

L'évaluation du fait criminel : entre soins et sanctions

Evaluating the Criminal Act: Between Treatment and Sanctions

La evaluación del hecho criminal: Entre cuidados y sanciones

Frédéric Meunier et Magali Ravit

Justice et santé mentale
Volume 48, numéro 1, printemps 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1029348ar>
DOI : <https://doi.org/10.7202/1029348ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)
1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Meunier, F. & Ravit, M. (2015). L'évaluation du fait criminel : entre soins et sanctions. *Criminologie*, 48(1), 59–76. <https://doi.org/10.7202/1029348ar>

Résumé de l'article

L'évaluation, dont les méthodologies singulières impliquent une standardisation et une objectivation suffisantes, est une pratique qui prend une coloration particulière lorsqu'elle est appliquée au champ criminel. Elle oblige à appréhender le fait criminel selon des catégories extrapolables amenuisant d'une part le champ relationnel et obturant d'autre part la lecture psychodynamique du passage à l'acte. Si l'intérêt scientifique de cette réduction est évident, puisqu'il permet la comparaison et les statistiques, l'intérêt casuistique est nettement plus faible. Il permet de définir pour un individu l'appartenance à une catégorie déterminée, mais la prédiction du risque demeure une probabilité lorsqu'elle s'applique à lui. Alors que l'acte violent et sa prise en charge ne peuvent aujourd'hui s'interroger en dehors des logiques qui tendent vers une obligation de résultat, l'évaluation fait-elle partie intégrante du soin et de la sanction ou répond-elle à une demande sociale ? Nous formulons l'hypothèse qu'au-delà de l'ambiguïté sur la finalité des soins « psy », tels qu'ils sont perçus par les cliniciens, et tels qu'ils leurs sont assignés par la société, il existe une confusion entre les objectifs et les moyens. Si on confie à la psychiatrie un rôle dans la défense sociale, ce ne serait pas parce qu'on la pense efficace pour réduire le risque de réitération, ou simplement le prédire, mais (surtout) du fait des moyens coercitifs qu'elle peut développer – parfois en s'affranchissant de la sanction.

L'évaluation du fait criminel : entre soins et sanctions

Frédéric Meunier¹

*Psychiatre, praticien hospitalier
Chef du pôle d'activité clinique Santé mentale des détenus et psychiatrie légale
Centre Hospitalier Le Vinatier, France
frederic.meunier@ch-le-vinatier.fr*

Magali Ravit

*Psychologue clinicienne
Unité hospitalière spécialement aménagée Simone Veil
Centre Hospitalier Le Vinatier, France
Maître de conférences (HDR), Université Lumière Lyon II
magali.mugniery-ravit@univ-lyon2.fr*

RÉSUMÉ • *L'évaluation, dont les méthodologies singulières impliquent une standardisation et une objectivation suffisantes, est une pratique qui prend une coloration particulière lorsqu'elle est appliquée au champ criminel. Elle oblige à appréhender le fait criminel selon des catégories extrapolables amenuisant d'une part le champ relationnel et obturant d'autre part la lecture psychodynamique du passage à l'acte. Si l'intérêt scientifique de cette réduction est évident, puisqu'il permet la comparaison et les statistiques, l'intérêt casuistique est nettement plus faible. Il permet de définir pour un individu l'appartenance à une catégorie déterminée, mais la prédiction du risque demeure une probabilité lorsqu'elle s'applique à lui. Alors que l'acte violent et sa prise en charge ne peuvent aujourd'hui s'interroger en dehors des logiques qui tendent vers une obligation de résultat, l'évaluation fait-elle partie intégrante du soin et de la sanction ou répond-elle à une demande sociale ? Nous formulons l'hypothèse qu'au-delà de l'ambiguïté sur la finalité des soins « psy », tels qu'ils sont perçus par les cliniciens, et tels qu'ils leurs sont assignés par la société, il existe une confusion entre les objectifs et les moyens. Si on confie à la psychiatrie un rôle dans la défense sociale, ce ne serait pas parce qu'on la pense efficace pour réduire le risque de réitération, ou simplement le prédire, mais (surtout) du fait des moyens coercitifs qu'elle peut développer – parfois en s'affranchissant de la sanction.*

1. Centre Hospitalier Le Vinatier, 95, boulevard Pinel, B. P. 300 39, F-69678 BRON CEDEX. Les auteurs sont également experts près la Cour d'appel de Lyon.

MOTS CLÉS • *Évaluation du risque de violence, évaluation clinique, demande sociale, défense sociale.*

« On ne juge pas les fous », affirme-t-on dans les prétoires français, au moment même où les débats se font nombreux et passionnés autour du jugement d'un homme cloîtré dans le délire et la psychose qui sera condamné lourdement pour l'assassinat d'un enfant. Avec l'affaire Moitroiret, le procès laissait ouverte la légitimité de la justice à juger la folie (Marchand, 2014). Il y a plus d'un siècle, Gabriel Tarde (1890) énonçait que la folie désassimilait un individu à son groupe social puisqu'elle conduisait à rendre le sujet étranger à lui-même. Pourtant, dans la pratique juridique française actuelle, l'irresponsabilité pénale est très peu prononcée par les experts et moins de 0,5 % des affaires criminelles instruites ces dernières années considèrent l'irresponsabilité pénale².

De tradition romaine, le droit français garde une représentation binaire, en tout ou rien, de la responsabilité. En se prononçant sur la capacité – ou non – à discerner et à contrôler ses actes, les experts formulent une appréciation sur l'auteur qui est généralement suivie par les juridictions. Dans le cas où le sujet est déclaré irresponsable, les conclusions de non-imputabilité aboutissent, depuis février 2008, à une audience de justice jugeant de la réalité des faits infractionnels et affirmant, en appui sur les arguments des experts, le contexte d'irresponsabilité pénale liée à l'abolition du discernement ou du contrôle des actes. La loi (article 706-135 du Code de procédure pénale) prévoit également que la juridiction peut prononcer l'hospitalisation qui suivra, sans consentement, instillant ainsi une décision judiciaire dans une mesure qui, jusqu'alors, était médico-administrative. Dans le cas où le discernement est simplement altéré (ou la capacité à contrôler ses actes entravée), le droit français envisage une responsabilité pleine et entière du délinquant ou du criminel³.

L'enquête évaluative, dans un mouvement amorcé depuis déjà plus d'une vingtaine d'années, a amené les experts à se prononcer également sur la dangerosité du prévenu, ses capacités à se réinsérer, autres

2. Chiffres récemment annoncés par le ministère de la Justice, publiés par *Le Point* (22 novembre 2013).

3. Ceci même si la loi du 15 août 2014 réduit, sauf motivation spéciale, d'un tiers la peine encourue.

demandes prospectives formulées aux différents stades de la procédure (enquête, instruction, jugement, application de la peine, etc.) qui se détachent nettement de la prise en compte de la responsabilité. L'évaluation de la dangerosité heurte ici la démarche clinique qui est alors ramenée à une logique sécuritaire, plaçant le curseur sur le risque de récidive et mettant le clinicien en position de devoir prédire. Roman (2010) note à ce titre que la référence à la dangerosité naît d'une tentative défensive de catégorisation pour éviter toute confrontation à un envahissement de la violence et des angoisses qu'elle suscite sur le plan de l'imaginaire. Nombre d'outils d'évaluation clinique ont depuis vu le jour et Niveau (2011) présente un panel de dix-huit échelles utilisées selon leur spécificité comme les modèles visant l'évaluation d'un risque sur la base de données objectives et codables préétablies. Et pourtant, comme le souligne Zagury (2006), la psychiatrie est-elle susceptible de jouer un rôle important dans la prévision et peut-elle accepter de se voir déléguer le fantasme collectif du risque zéro? L'appréciation clinique représente toujours une « mission à risque » (Lamothe, 2006) qui engage personnellement l'expert dans une rencontre clinique où il reste libre de sa méthodologie en vue de répondre à l'exercice de sa mission. Force est de constater que les logiques d'évaluation consistent parfois en une éviction des particularités de la subjectivité où l'hyperobjectivité semble représenter la garantie scientifique nécessaire et suffisante, comme le rappelle Casoni (1999). Parmi les démarches d'évaluation de la subjectivité, on peut également citer les travaux de l'école vauchoise (Gravier, 2008) impliquant un jeu entre des paramètres d'évaluation de la construction subjective et ses dimensions pathologies en même temps que des critères associés à l'environnement dans la trajectoire individuelle.

Comme on le voit, la place de l'expertise dans le champ judiciaire est de nature paradoxale, car elle est, d'une part, de plus en plus sollicitée, mais durement critiquée (Fernandez, Lez et Strauss, 2010) et, d'autre part, le dispositif d'évaluation est à la croisée d'un jeu de positionnement entre le judiciaire et la clinique subjectivante qui, elle, implique d'ouvrir l'accès au sens possible de l'acte violent pour le sujet, qui plus est, à partir du cadre singulier de la rencontre expertale.

À partir de deux vignettes cliniques, nous souhaitons interroger comment l'investigation du fait criminel, et la manière dont celui-ci est pris dans des interactions particulièrement complexes, implique une construction de type kaléidoscopique, dans le sens où il s'agit de mettre

en lumière et d'articuler, fragment par fragment, ce qui relève de la dynamique de personnalité du sujet avec les éléments de son histoire, en rendant également compte de ce qui a pu « déclencher » le passage à l'acte violent. Dans les éléments cliniques retranscrits ici, l'un de nous a été amené à rencontrer ces patients dans le cadre de sa pratique thérapeutique, l'autre a été désigné en tant qu'expert pour ces mêmes sujets. Il nous paraissait donc intéressant d'interroger comment la dynamique processuelle est infléchie, d'une part, dans la rencontre thérapeutique (qui suppose une suspension du jugement et où « voir » est un acte clinique sans suite fondé sur l'intérêt de la rencontre qui prime sur le savoir) et, d'autre part, dans l'évaluation qui peut parfois prendre l'allure d'un dispositif panoptique si l'éclairage concernant la personnalité du délinquant ou du criminel prend l'allure d'un savoir obligé.

Deux exemples

« Clément »

Clément sera lourdement condamné par la Cour d'assises pour meurtre. Il avait déjà fait l'objet de deux condamnations criminelles pour viol et tentative de viol. Avant l'affaire en cours, Clément a passé près de 15 ans de sa vie en prison, pour deux autres condamnations pour violences graves, l'une vers l'âge de 20 ans (alors qu'il était militaire), l'autre au cours de sa seconde incarcération, auxquelles on peut aussi ajouter diverses condamnations pour des larcins.

Clément est âgé d'un peu plus d'une cinquantaine d'années lorsqu'il étrangle, quelques mois après sa sortie de prison, une auto-stoppeuse. Celle-ci lui demande de s'arrêter en route parce qu'elle ne supporte plus l'odeur nauséabonde du véhicule, ce qui lui fait dire « ça sent mauvais ». Clément, humilié, arrête brutalement sa fourgonnette et serre le cou de la jeune femme qu'il étouffe. « Il fallait que ça s'arrête », ajoute-t-il. Il place ensuite le corps de la victime, non loin de là, dans un cours d'eau avant de repartir... Clément affirme être dans un état particulier au moment du crime : sortant récemment de prison, et n'arrivant pas à assumer le quotidien de la vie, qui lui était fourni de façon automatique lors de ses longues peines. Il n'avait alors pas le souci d'organiser son quotidien ni de travailler... En prison, tout mouvement est structuré en un espace et un temps appréciables et ostensibles, c'est-à-dire repérables architecturalement, comme le signale Foucault (1975). Dans ce sens,

l'espace intime est géré par l'appareil carcéral qui garde la mainmise sur la gestion du corps. Aussi, comme l'indique Goffman (1968), le principe dynamique de la vie dans ce type d'institution est conduit par une logique paradoxale dans laquelle la contrainte et l'emprise corporelle produisent la sensation d'être contenue de l'intérieur par l'extérieur. C'est dans cette dynamique que l'on peut relever certains indices qui nous amènent à penser que la prison s'impose pour certains patients comme une « fonction contenante », ce que souligne par ailleurs Clément.

L'ensemble des obligations auxquelles Clément était soumis en tant que probationnaire fut un autre élément d'exaspération. Vivant en milieu rural, loin de son contrôleur judiciaire et de tout lieu de soins, il devait se déplacer à plus d'une centaine de kilomètres pour chacun de ses rendez-vous fréquents, ce qui a ajouté à ses difficultés de pragmatisme et à son désarroi.

Après son arrestation, il se montre comme un homme à la fois déprimé et soulagé de se retrouver dans un environnement qu'il connaît; il donne l'impression d'une grande impulsivité et d'une violence en partie contenues par sa capacité à pouvoir sentir son niveau de tension interne: «heureusement qu'il y avait les gendarmes avec le juge. Il m'a dit que c'était grave, très grave, comme si je ne le savais pas. J'ai failli lui arracher la gorge...», précise-t-il au psychiatre au moment de la première rencontre. Isolé, inspirant la peur, incapable de vivre en dehors d'un milieu à la fois contraignant et maternel, la représentation de l'équipe soignante oscille entre la figure du monstre et celle du malade mental. Pourtant, tant auprès des experts que de l'équipe qui le prendra en charge sur le plan psychiatrique et psychologique, il affichera un tout autre visage. Celui, tout d'abord, d'un homme libre, car si en prison il est contraint, on s'occupe de ses besoins vitaux, rien ne limite ses capacités de rêverie et d'imagination. Il a toujours vécu à la montagne, et il nous dira qu'en permanence, son esprit s'échappe vers une montagne rêvée, fantasmatique, dans laquelle il éprouve des sensations et sur laquelle il peut exprimer ses connaissances. Il fera, par ailleurs, état des graves sévices dont il a souffert enfant, de la part de l'un et l'autre de ses parents; de l'espoir qu'il avait mis dans l'école pour le sortir de cette difficulté (il apprendra à lire seul, certain d'entrer ainsi en cours préparatoire dans les meilleures conditions possible), espoir que les enseignants mettront à mal en exerçant sur lui «la même violence injuste que celle que je vivais à la maison». Il répétera cet espoir d'un environnement meilleur en s'engageant dans l'armée, en ayant des

activités professionnelles dangereuses, mais chaque fois, il sera déçu... La seule chose qui, finalement, ne le déçoit pas, reste ses capacités à rêver et, d'une certaine façon, celle de faire partager ses rêveries avec ceux qui le soignent dans le seul environnement stable connu de lui : la prison.

« *Victoire* »

Victoire a été condamnée par contumace un an auparavant pour « vol avec arme et recel ». Elle doit être jugée de nouveau, après son arrestation. C'est une femme d'une quarantaine d'années, qui est soucieuse de son apparence. En prison, elle suit une formation pour devenir à sa sortie esthéticienne, et ne plus dépendre financièrement des hommes avec lesquels elle a jusqu'ici construit sa vie. Elle dit ne pas vouloir retracer sa vie. Elle avait refusé toute expertise avant son premier jugement. « Je ne veux surtout pas aborder mon enfance, et encore moins mon adolescence. » Victoire parle d'elle dans le temps présent, faisant part de sa grande préoccupation pour ses enfants qui sont placés, de sa fervente volonté de retrouver une « vie normale de femme et de mère » après son jugement. Elle souhaite « tout oublier » et lance à l'expert : « lors de mon jugement, je voyais bien que personne ne pouvait comprendre pourquoi je vivais avec des braqueurs, des hommes violents ; c'est sûr que j'avais beaucoup d'argent, je ne manquais de rien, mais à l'adolescence j'ai dérapé ». Elle tente de convaincre le clinicien que personne ne peut comprendre sa vie en « décalage ». À l'invitation de l'expert qui lui demande de préciser ce qu'elle appelle un « décalage », Victoire explique alors les règles du groupe, la loi du silence, l'organisation des femmes dans cette communauté et quelle est sa place. Ce qu'elle souligne est finalement combien ces règles marginales et antisociales lui sont fondamentales parce qu'indéfectibles : « si je dénonçais, si j'enfreignais le code d'honneur, je savais ce qui pouvait m'arriver ».

Une première lecture est celle qui consiste à souligner la position de victime de Victoire assujettie à l'emprise et à la violence des autres (les hommes du clan), position qu'elle revendique et tente de faire entendre sans trouver d'écho à sa parole. En effet, sa position subjective de victime est en « décalage » parce qu'elle date d'une période bien antérieure, période de son adolescence qu'elle ne souhaite pas « déterrer », selon ses termes. Le clinicien renvoie simplement à Victoire qu'elle était « pieds et poings liés » à ce clan et que, paradoxalement, si elle ne

pouvait pas partir, en contrepartie, elle était certaine de ne pas être quittée. Victoire semble particulièrement affectée. Elle évoque alors le décès de ses grands-parents. C'est une succession de placements, de séparations et de maltraitance qu'elle va alors reprendre à mots couverts.

Durant sa préadolescence, elle évoque des abus sexuels subis durant deux ans par un collègue de travail de son père. Elle ne comprend pas ce qui lui arrive et décide d'en parler quelques mois plus tard à ses parents qui portent plainte dans un premier temps avant de retirer leur plainte. Quelques années plus tard (elle a alors une quinzaine d'années), elle voit une photo sur laquelle figure sa mère portant un bébé dans ses bras (Victoire) et un homme qui n'est pas son père, ce qui fait dire à Victoire qu'elle « a tout de suite compris qu'elle a été adoptée », que « son père n'était pas son père ». C'est durant cette période et dans ce contexte que Victoire « dérape » (selon ses termes), fugue de chez ses parents, puis est placée successivement dans des foyers où elle s'éprend d'une sorte de caïd grand genre qu'elle n'a « plus jamais quitté », étant désormais adoptée par ce clan d'hommes qu'elle investit comme une figure d'attachement violente et indéfectible.

Lors de la seconde rencontre, Victoire fait part de sa colère à l'expert, l'ayant attendu vingt minutes. Elle lui lance qu'elle ne pourra pas rester longtemps, évoquant moult détails pour asseoir ses propos (temps limité des parloirs, heure de fermeture des portes de cellules). Traduction d'un sentiment de colère qui ne peut se dire et prendre forme qu'à travers les éléments matériels du dispositif.

Victoire est là affectée, elle en veut au clinicien. Elle livre une situation qui lui paraît anecdotique : elle a rencontré son dernier conjoint par l'intermédiaire d'une amie à qui elle avait donné un frigo américain. Elle voit l'expert écrire ce détail. Étonnée, elle lui demande : « Cela a de l'importance pour vous ? » Le clinicien lui répond qu'un frigo américain, c'est un « sacré beau geste », « un beau cadeau ». Victoire est émue. De manière associative, elle évoque les cadeaux somptueux qu'elle recevait en provenance des vols. Puis vient immédiatement le thème de la trahison, de ses parents, de son père en particulier qui ne l'a pas protégée des viols subis... On comprend aisément alors que l'interprétation subjective de la photo où elle dit être adoptée est portée par un discours interne, condensant les éléments de son histoire, qui pourrait être celui-ci : « J'ai été adoptée à l'âge de trois ans par mes parents. Ce n'est pas mon père, je le fais disparaître parce qu'il est complice des actes d'attouchement que j'ai subis. »

La casuistique et le sens

L'exposé de ces deux cas illustre qu'il existe une pluralité d'approches du fait criminel. Si on se place du point de vue de l'environnement, de la société, ce sont les caractéristiques de la nuisance qui sont au premier plan. L'escalade de la violence au cours de l'histoire de ces personnes, leurs difficultés à se projeter dans un cadre de réinsertion et de probation, l'inefficacité des soins et des sanctions, paraîtront évidentes à chacun. Du point de vue des acteurs de l'incarcération et de la procédure, il en ira de même. Ils se montrent retors, subversifs ou menaçants.

Pendant, ces deux personnes peuvent solliciter des représentations de douceur de vivre, de connaissances précises des milieux dans lesquels elles ont évolué... à partir du moment où l'environnement relationnel se présente à elles comme porteur d'espoir, au sens winnicottien, c'est-à-dire habité par un projet de vie. Si la clinique de ces sujets convoque des mouvements contre-transférentiels massifs impliquant parfois la rupture identificatoire du professionnel (Ravit, 2012), ces manifestations sont à déchiffrer du côté de la mort de la pensée comme moyen de préserver la position subjective et (donc) de méconnaître ce qui dans le passé est survenu comme un accident incommunicable (souvent donné à *éprouver* abusivement sur la personne du thérapeute). La reconnaissance de cet événement traumatique, aliénant, énigmatique, et de surcroît la reconnaissance de la participation du sujet à l'événement, n'est-elle pas la demande informulable qui anime ces sujets et que semble traduire le passage à l'acte ?

Si l'on revient au fait que Clément ait placé le cadavre de la victime dans un ruisseau, cet élément sera perçu par les enquêteurs comme une tentative de dissimulation venant aggraver l'infraction. Mais ce qu'il en dit est tout autre. Depuis qu'il est enfant, Clément vit dans une famille d'éleveurs où le troupeau de chèvres attirait les mouches. Les mouches sont liées à sa terreur phobique du pourrissement, de l'atmosphère familiale nauséabonde. Clément dira avoir porté le corps de la victime dans l'eau de peur que celui-ci attire les mouches. De manière associative, la narration de la scène du passage à l'acte convie le lien entre la mort subie et agie, reliant le passé et le présent... Sur le plan des capacités de communication, on voit à quel point Clément reste profondément déçu par la relation humaine et à quel point il vit dans un monde déshabité où il se sent seul, accompagné de sa seule rêverie comme espoir...

Ce que traduit Victoire est des « signes » de son histoire, d'une histoire décousue qui ne fait pas forcément sens dans la logique secondarisée du langage et dans une temporalité organisée. Autrement dit, l'espace de la rencontre expertale est proche de ce que Roussillon (2008, p. 32) a désigné par espace sémaphorisant, c'est-à-dire « un lieu producteur de signes, de signes énigmatiques dans leur sens, mais potentiellement signifiants ». La clinique des agirs est bien souvent prise dans le lit du traumatisme où le comportement apparaît comme un moyen de survie et une expression subjective jamais appropriée. En paraphrasant Roussillon (2008), on peut dire que le comportement, l'acte et l'action ont perdu leur valeur « autosubjective », qui ne peut donc être reconnue dans l'économie pulsionnelle du sujet. C'est la manière dont le clinicien s'autorise à se positionner comme une pâte, dans la transformation de cette rencontre, en accueillant les états émotionnels du sujet, qu'une adresse subjective peut se construire et permettre (peut-être) de donner un sens à des signes psychiques restés en panne d'interprétation subjective.

Le processus d'affectation à l'œuvre dans la rencontre avec Victoire ou Clément (« cela a de l'importance pour vous ? », sa colère vis-à-vis du retard du clinicien qu'elle interprète comme une déloyauté) va lui permettre de « mettre du relief », un relief subjectif et associatif, à ce qui d'emblée se présente comme une histoire linéaire, livrée dans une pensée opératoire, linceul de la subjectivité. Restituer l'intelligibilité de l'histoire subjective suppose donc un accompagnement affectif qui est justement ce contre quoi le sujet tente de se couper dans les comportements antisociaux, vivant son corps et son histoire comme une « machine à influencer ».

Catégoriser ou comprendre ?

Les savoirs relatifs à l'appréhension des comportements délinquants et de la criminalité se sont construits selon des orientations épistémologiques et méthodologiques différentes. Loin de pouvoir reproduire ici les enjeux de ces différents modèles, nous invitons le lecteur à se reporter à l'ouvrage de référence de Debuyst, Digneffe et Pires (2008), *Histoire des savoirs sur les crimes et la peine: Expliquer et comprendre la délinquance* (tome 3).

Cliniciens et experts disposent de trois types d'outils d'évaluation. Le premier est l'évaluation clinique, c'est celui auquel nous venons de

nous livrer. L'avantage de cette approche est qu'elle s'appuie sur une démarche dynamique processuelle partageable entre professionnels du champ de la santé, et basée sur l'approche diagnostique. Cette démarche ouvre le champ de la thérapeutique, et de la dimension interindividuelle des soins. Clément, ainsi, est probablement psychotique, il souffre d'un handicap relationnel d'une part et d'une certaine confusion entre sa production imaginaire et la réalité d'autre part. Victoire est sans doute en quête d'identité. Et la problématique de l'abandon est au centre de son histoire.

Que l'approche soit psychologique ou psychiatrique, c'est sur le diagnostic que repose l'évaluation clinique, que le diagnostic soit perçu de façon structurelle ou qu'il soit établi en référence à un thésaurus nosographique.

Le second type d'outils est celui qui renvoie à l'évaluation structurée. Ils se partagent en deux catégories, les outils d'évaluation criminologique structurée (PCL-R, HCR 20, etc.) et l'évaluation actuarielle, basée sur la statistique et la pondération algorithmique (Pham, Ducro, Marghem et Reveilleir, 2005).

Enfin, est proposée, à titre plus ou moins expérimental, l'évaluation criminologique visant à analyser l'adéquation entre le cadre de prise en charge et le sujet, notamment dans sa dimension de risques, mais aussi de facteurs de protection (Millaud et Dubreucq, 2012). Les études actuelles montrent que, quel que soit le type d'évaluation, le risque d'erreur, soit dans le sens de l'évaluation d'un risque trop élevé, soit au contraire dans sa sous-évaluation, demeure très important. Au-delà des imprécisions dues à la méthode, le problème est le passage de la catégorisation dans un groupe, lequel est centré sur le passage à l'acte, au risque pour l'individu (Fazel, 2013 ; Hanson et Morton-Bougon, 2009 ; Raoult, 2014).

En médecine, on connaît bien cette difficulté quand on aborde la question du pronostic. Ainsi, le cancérologue qui peut affirmer que telle tumeur est de bon pronostic, car la survie à cinq ans est de 95 % est juste quand il l'énonce sur le plan statistique, mais il ne répond pas à l'attente de son patient, qui est dominée par le fait que ce qu'il souhaite, c'est savoir s'il fait partie de ceux qui survivront ou de ceux qui mourront. Il veut savoir, aussi, s'il survit, quelles sont les conditions de cette survie (qualité de vie, traitement...), et s'il meurt, quelles seront les conditions de sa mort (dépendance, conscience, douleur...). Même lorsqu'on est juste sur la catégorisation dans un groupe, on ne répond

pas aux questions essentielles des sujets et de la société. Ainsi, la catégorisation répond à des questions pragmatiques. La construction du concept de psychopathie, par exemple, repose sur des bases purement pragmatiques. Partant du principe que la catégorie diagnostique de « personnalité dyssociale » n'est pas suffisamment discriminante dans la mesure où on observe, en prison, une prévalence allant de 30 à 50 % de troubles de personnalité, historiquement et vers la fin des années 1980, la création du concept partait sur des bases simples : parmi ces personnes, quelles sont celles qui présentent les états les plus sévères ?

L'idée pragmatique qui dominait était celle de la mesure de sûreté : s'il n'est pas possible de réduire le risque, alors, protéger l'environnement de leur possible nuisance... Certains auteurs, comme Cooke et Michie (2001) ou Meloy (2002), ont montré que finalement, si l'on pouvait construire des catégories de diagnostic, le devenir en termes prospectif et thérapeutique de ces individus n'était pas si simple. On ne peut se résoudre ni à les abandonner à une mesure de sûreté ni à affirmer que des techniques psychosociales peuvent être efficaces...

Malgré cela, on a créé un groupe à risque, avec un certain nombre de conséquences sur la conduite des peines et leur application. Ainsi, l'analyse conceptuelle est sans doute récente, en termes de recherche, en termes de mesure de l'efficacité de telle ou telle action sur le groupe. Elle est plus compliquée lorsque l'on passe aux conséquences individuelles (Moulin et Gasser, 2012).

Changements de paradigme

Les différents modèles, selon leur sensibilité épistémologique et méthodologique, ont donc le souci d'une certaine objectivité pour interroger aussi bien le fait criminel que sa place dans l'histoire de l'individu. Mais une question essentielle qui ne va pas de soi est celle qui relie objectivation et subjectivité, cette dernière étant relative au sujet pensant, ce qui se trouve à l'opposé de l'objectivité impliquant l'objet pensé (Falissard, 2008).

Du sujet à l'objet

Le principe même de l'évaluation est sous-tendu par un positionnement clinique de grande neutralité dans une visée d'hyperobjectivation et de généralisation ; alors que le soin, dans son versant psychodynamique

ou intégratif, est conduit par un positionnement d'ajustement, au cas par cas, où le « sur-mesure » relationnel est requis pour comprendre ce qui se déploie et se réactualise ici et maintenant dans le contexte relationnel. Les questions suscitées par l'articulation entre soin et évaluation soulèvent donc ces questions : faut-il faire le deuil de la pratique soignante pour se situer dans une perspective évaluative ? Faut-il renoncer à l'aménagement des conditions de la rencontre clinique et penser le sujet dans une certaine extériorité ? Penser le sujet sans prendre en compte le contexte de la rencontre revient à repérer un certain nombre de « signes cliniques » ; « comme si » ceux-ci n'étaient pas adressés à un autre. Ce qui voudrait dire que les processus mobilisés par la rencontre seraient appréhendés comme des invariants ; or, toute rencontre suppose une adresse, un objet de cette adresse et une réponse (réelle et fantasmée).

L'environnement, le contexte de la rencontre, est une donnée fondamentale de la connaissance du fait psychique. Nous souhaitons à ce titre reprendre ce court et beau passage issu d'un cas bien connu de Winnicott (1971). Il s'agit de l'analyse d'un homme d'âge mûr qui avait déjà fait l'expérience d'un travail analytique. Comme à l'accoutumée, le patient se rend en séance et, ce jour-là, ce qui frappe Winnicott est que cet homme lui parle de l'envie du pénis. Il est rare qu'on ait recours à ce terme dans la description d'un homme, précise Winnicott qui s'adresse alors ainsi à son patient : « Je suis en train d'écouter une fille, je sais parfaitement que vous êtes un homme, mais c'est une fille que j'écoute, et c'est à une fille que je parle. Je dis à cette fille : "Vous me parlez de l'envie du pénis." » Winnicott souligne que son interprétation n'a rien à voir avec une quelconque homosexualité. Après une pause, le patient dit : « Si je me mettais à parler de cette fille à quelqu'un, on me prendrait pour un fou. » Winnicott répond en s'adressant à son patient : « Il ne s'agit pas de vous qui en parlez à quelqu'un ; c'est moi qui vois la fille et qui entends une fille parler alors qu'en réalité, c'est un homme qui est sur mon divan. S'il y a quelqu'un de fou, c'est moi. »

Ce que le cadre de la rencontre réactualise est quelque chose de l'histoire du patient avec son environnement : Winnicott voit ce que la mère voyait (une fille) et le patient (qui s'est regardé dans le miroir maternel) qui a intériorisé ces premières relations avec sa mère et qui s'est conformé à la place que lui concédait sa mère. Winnicott ne dit pas que ce patient est fou, il place le cadre d'écoute et de rencontre comme un dispositif qui permet une lecture de l'histoire du sujet, c'est-à-dire de l'histoire de sa construction subjective.

Dans la lecture clinique du fait criminel, il importe tout autant de garder cette part de perplexité, de doute également, pour remettre en perspective cette part folle et énigmatique de l'environnement s'adressant jadis au sujet. Cela nous paraît fondamental dans les configurations psychopathologiques qui nous intéressent puisque l'accompagnement de ces sujets-détenus-patients et la prise en compte de leur folie meurtrière suscitent d'importantes défenses qui engagent des formes d'écoute et de (non-) disponibilité ne faisant parfois que réactualiser ce que l'environnement primitif n'a pu concéder au sujet.

Pourquoi la psychiatrie ?

Ce qui ne change pas depuis le fondement du droit pénal moderne au début du XIX^e siècle est la position de l'institution psychiatrique. Elle est d'une certaine façon juge et partie. Juge puisque c'est par la voix des experts que va être dite la question de la responsabilité – et aujourd'hui celle de la « probabilité du devenir » ; partie puisque les soins sont censés améliorer l'avenir. Ce qui change à nos yeux, c'est le lieu de ces soins. Les insensés irresponsables sont confiés depuis des lustres à la psychiatrie – en France toutefois. Et malgré les réformes récentes dont nous parlions en introduction, peu de changements de pratique sont visibles, les « fous » irresponsables cheminent à travers un parcours de soins finalement classique et de l'ordre de la psychiatrie générale. Mais c'est l'avenir des autres, jugés responsables et avec un potentiel dangereux, qui est en passe d'être profondément revu. Tout d'abord, par le fait que l'institution psychiatrique se déplace en prison. Le débat est vif, dans le pays, pour savoir s'il s'agit ou non d'une filière spéciale de soins (Thomas et Adins-Avinée, 2012) ; il n'est sans doute pas encore tranché (et pour la France, sans doute pas près de l'être). Ensuite, parce qu'après sa remise en liberté, le condamné n'en a pas fini des soins, pénalement ordonnés et pensés comme une façon de concilier humanisme et sécurité, plus que par leur finalité thérapeutique (Lameyre, 2003).

Malgré son caractère encore fermé et répressif, la prison, en Europe et en France en particulier, a vécu ces 20 ou 30 dernières années de profonds remaniements. L'offre de soins, et plus généralement l'offre médico-sociale, est devenue importante. En France, et depuis 1994, les soins proposés aux détenus sont de plus en plus proches de ceux dont ils auraient pu bénéficier s'ils ne l'étaient pas. Ainsi, l'accès au droit

fondamental qu'est celui de se soigner devient réel et efficient. Mais, et cela semble être le cas dans ces mêmes pays, l'offre et l'accès aux soins psychiatriques en milieu libre sont réduits pour les personnes psychotiques, ou souffrant de troubles graves de personnalité, ayant des antécédents de violence, non compliantes, addictives... Ainsi, la prison devient un lieu de soins spécifique (Salize, Dreßing et Kief, 2007).

Dans ce contexte, l'influence du pronostic sur les juridictions est particulière, puisqu'elle aboutit toujours aux mêmes conclusions. Si le pronostic peut être amélioré par les soins ou des mesures médico-sociales, celles-ci peuvent se dérouler en prison. S'il ne peut pas, c'est encore la prison qui sera la meilleure garantie de défense sociale. Au-delà même, ce qui est remis en question, est-ce l'avis de l'expert ou la fonction particulière qu'a la psychiatrie? En effet, le psychiatre, et plus précisément en France, le psychiatre d'exercice public partage avec le juge l'une des rares professions à qui est donné le droit de limiter la liberté d'une personne (et, pour le psychiatre, paradoxalement, au nom justement de la future restauration de la liberté du sujet). Ainsi, si «on» confie au psychiatre un rôle pronostique prépondérant, est-ce vraiment parce qu'il est un professionnel adéquat, ou parce qu'il a, lui aussi, les moyens de protéger la société d'une nuisance éventuelle par l'interne-ment (Hur-Vario, 2012)? Finalement, la question de l'évaluation est-elle un élément pertinent dans le processus de décision de la mesure ou de la peine, puisque, quel qu'en soit le résultat, c'est à la limitation de la liberté qu'elle est renvoyée? Ce qui semble central, c'est qu'une protection de la société soit efficiente, et qu'à ce titre, l'enfermement et la coercition sont les méthodes paraissant les plus fécondes. Ne serait-ce que parce qu'elles ont par elles-mêmes une tendance à l'autojustification : le risque craint ne survient pas chez la personne privée de liberté, c'est donc que la privation de liberté est efficace contre le risque (Gravier et Eytan, 2011)...

La psychiatrie est sollicitée, selon nous, non pas pour sa capacité paradoxale à «objectiver ce qui est subjectif», mais pour sa capacité à catégoriser – et à priver de liberté. Nous plaillons donc pour un choix inverse.

Conclusion

Quelle que soit la méthode, il nous apparaît que la notion de risque, lorsqu'elle est appliquée à un ensemble d'individus, peut être pertinente,

mais qu'elle devient fortement critiquable lorsqu'on passe au cas d'es-pèce. Il serait alors plus juste d'évoquer le risque dans une dimension probabiliste et classique (Senon, Voyer, Paillard et Jaafari, 2009), impliquant les notions de vulnérabilité (facteurs de risque), de ressources propres du sujet (facteurs de protection) et d'environnement (facteurs de situation). De plus, elle risque d'exposer à une sorte de tautologie puisque l'avenir du délinquant dangereux sera le même, qu'il soit curable ou non : l'enfermement. Ne soyons cependant pas pessimistes, puisque le risque extrême, celui du monstre, reste exceptionnel. Nous sommes dans une société pour laquelle le risque le plus faible (voire le risque zéro) est une nécessité, comme est nécessaire la question de trouver un responsable... Et quand le responsable ne peut pas être l'auteur de la faute lui-même, encore faut-il en trouver un, au moins institutionnel...

La complexité du dispositif expertal tient d'une part à sa dualité (clinique et judiciaire) qui lui donne un caractère singulier et d'autre part à la convocation du tiers qui s'y inscrit sous une forme hybride entre soins et sanctions, entre voir et savoir. Cette rencontre comporte toujours un risque. Comprendre les processus subjectifs du sujet présumé criminel, c'est déjà appréhender son intérêt privé et intime et donc accepter de se situer dans une position d'empathie comportant des mouvements identificatoires. Faut-il faire le deuil de sa pratique soignante dans l'exercice de la consultation expertale ? L'expert clinicien est toujours de parti pris, celui de la subjectivité. Qu'il le souhaite ou non, il est donc inscrit dans un processus (pré) thérapeutique. Si deuil il doit y avoir, c'est au lecteur de l'expertise qu'il s'adresse : il n'y trouvera sans doute pas l'éclaircissement attendu sur l'opacité du sujet et de son devenir. Ce qui est surprenant, c'est qu'il le cherche encore...

Références

- Casoni, D. (1999). Réflexion sur la légitimité du psychologue comme expert. Dans L. Brunet (dir.), *L'expertise psycholégale : balises méthodologiques et déontologiques* (p. 115-133). Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cooke, D. J. et Michie, C. (2001). Refining the Construct of Psychopath: Towards a Hierarchical Model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188.
- Debuyst, C., Digneffe, F. et Pires, A.-P. (2008). *Histoire des savoirs sur le crime et la peine : Tome 3, Expliquer et comprendre la délinquance (1920-1960)*. Bruxelles, Belgique : Larcier.
- Falissard, B. (2008). *Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique*. Paris, France : Elsevier-Masson.

- Fazel, S. (2013). Assessment of Reoffending Risk is Coin-flip Justice. *New Scientist*, 2946(220), 28-29.
- Fernandez, F., Leze, S. et Strauss, H. (2010). Comment évaluer une personne? L'expertise judiciaire et ses usages moraux. *Cahiers internationaux de sociologie*, 1-2(128-129), 177-204.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris, France: Gallimard.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris, France: Éditions de Minuit.
- Gravier, B. (2008). De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. Dans J.-I. Senon, G. Lopez et R. Cario (dir.), *Psychocriminologie, clinique, prise en charge, expertise* (pp. 51-65). Paris, France: Dunod.
- Gravier, B. et Eytan, A. (2011). Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1806-1811.
- Hanson, R. K. et Morton-Bourgon, K. E. (2009). The Accuracy of Recidivism Risk Assessments for Sexual Offenders: A Meta-analysis of 118 Prediction Studies. *Psychological Assessment*, 21(1), 1-21.
- Hur-Vario, N.-M. (2012). *Dignité et peines privatives de liberté: La dignité dans l'exécution des peines privatives de liberté*. Paris, France: Presses académiques Francophones.
- Lameyre, X. (2003). Une poétique des soins pénalement ordonnés. *Forensic*, 13, 13-23.
- Lamothe, P. (2006). L'expertise, encore jamais plus? *Perspectives Psy.*, 4(45), 398-403.
- Marchand, J.-C. (2014). *Valentin et les délirants*. Paris, France: AC éditions.
- Meloy, R. J. (2002). *Les psychopathes: essai de psychologie dynamique*. Paris, France: Frison-Roche.
- Millaud, F. et Dubreucq, J.-L. (2012). Les outils d'évaluation du risque de violence: avantages et limites. *L'Information Psychiatrique*, 431-437.
- Moulin, V. et Gasser, J. (2012). Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récidive d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques. *Revue Médicale Suisse*, 1775-1780.
- Niveau, G. (2011). *Évaluation de la dangerosité et du risque de récidive*. Paris, France: L'Harmattan.
- Pham, T., Ducro, C., Marghem, B. et Reveilleir, C. (2005). Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 842-845.
- Raoult, S. (2014). Hidden Under the ROC. A Critique of Dangerousness Assessment Models Evaluation Masson-. Repéré à <http://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID2458446_code1424774.pdf?abstractid=2443735&mirid=1>
- Ravit, M. (2012). L'entretien clinique en prison. Dans B. Chouvier et P. Attigui (dir.), *L'entretien clinique* (p. 185-199). Paris, France: Armand Colin.
- Roman, P. (2010). Une approche psychanalytique de la notion de dangerosité. Violence et subjectivation: le risque de la rencontre. *L'Évolution psychiatrique*, 75(1), 139-151.

- Roussillon, R. (2008). Corps et actes messagers. Dans B. Chouvier et R. Roussillon (dir.), *Corps, acte et symbolisation* (p 23-37). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Salize, H. J., Dreßing, H. et Kief, C. (2007). *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems –Needs, Programmes and Outcome* (EUPRIS). Bruxelles, Belgique: European Commission. Repéré à http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
- Senon, J.-L., Voyer, M., Paillard, C. et Jaafari, N. (2009). Dangerosité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique*, 85(8), 719-725.
- Tarde, G. (1890). *La criminalité comparée*. Paris, France: Félix Alcan.
- Thomas, P. et Adins-Avinee, C. C. (2012). *La psychiatrie en milieu carcéral*. Paris, France: Elsevier- Masson.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité – l'espace potentiel*. Paris, France: Gallimard.
- Zagury, D. (2006). *Place et évolution de la fonction d'expertise psychiatrique*. Paris, France: Inserm.

Evaluating the Criminal Act: Between Treatment and Sanctions

ABSTRACT • *The clinical evaluation, which involves standardization and objectification, takes on a peculiar form when applied to the field of criminal justice. It requires understanding criminal acts in terms of categories that extrapolate and reduce them on the one hand to the formalized relation between the evaluator and the offender and, on the other hand, obscure the psychodynamic meaning of the act. While the scientific interest of this reduction is evident, as it permits comparisons and the calculation of statistics, interest in the case-mix is weaker. It permits us to define an individual in terms of a pre-determined category, but the prediction of risk remains a mere probability. The final objective of risk assessment and care for violent offenders is to provide results. But is evaluation an integral part of the care and the sanction? Or is it only a social requirement? We hypothesize that the ambiguity about the purpose of psychiatric or psychological care, as it is perceived by clinicians and as it is assigned by society, is not the only cause of confusion between the objectives and the means of clinical evaluations. If psychiatry is entrusted with a role in social defence, it would not be because of its effectiveness in terms of reducing recidivism or predicting behaviour, but because of the coercive means that it can develop – sometimes by suspending the punishment.*

KEYWORDS • *Violence risk assessment, clinical evaluation, social demand, social defence.*

La evaluación del hecho criminal: Entre cuidados y sanciones

RESUMEN • *La evaluación, cuyas metodologías particulares implican una estandarización y una objetivación suficientes, es una práctica que toma un matiz particular cuando es aplicada al campo penal. Esta obliga a aprehender el hecho criminal según unas categorías extrapolables, minimizando, por un lado, el campo relacional y cerrando, por el otro, la lectura psico-dinámica del paso al acto. Si bien el interés científico de esta reducción es evidente, ya que permite la comparación y las estadísticas, el interés casuístico es netamente más débil. Permite definir la pertenencia de un individuo a una categoría determinada, pero la predicción del riesgo sigue siendo una posibilidad cuando se aplica a él. Mientras que el acto violento y su gestión no pueden, hoy en día, interrogarse por fuera de las lógicas que tienden hacia una obligación de resultado, ¿hace la evaluación una parte integral del cuidado y de la sanción o responde a una demanda social? Formulamos la hipótesis que más allá de la ambigüedad sobre la finalidad de los cuidados "psi", tal y como son percibidos por los clínicos, y tal y como les son asignados por la sociedad, existe una confusión entre los objetivos y los medios. Si le confiamos a la psiquiatría un rol en la defensa social, no sería porque pensamos que es eficaz para reducir el riesgo de reiteración, o simplemente para predecirlo, sino (sobre todo) por los medios coercitivos que puede desarrollar – a veces prescindiendo de la sanción.*

PALABRAS CLAVE • *Evaluación del riesgo de violencia, evaluación clínica, demanda social, defensa social.*