

QUINZIEMES JOURNEES DE DEFENSE SOCIALE

Journées franco-belges
(Bruxelles, 23-25 novembre 1967)

organisées sous les auspices
de l'Université libre de Bruxelles
et du Centre d'études de défense sociale
de l'Institut de droit comparé de Paris

LE PROBLEME DES DELINQUANTS ANORMAUX ET DES RECIDIVISTES
EN BELGIQUE ET EN FRANCE

L'APPLICATION DES LEGISLATIONS DE DEFENSE SOCIALE
NOTAMMENT AUX DELINQUANTS ANORMAUX ET RECIDIVISTES

par

le Docteur Jean DUBLINEAU

Médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine
(service spécial des alcooliques)
et du Centre pénitentiaire spécialisé de Château-Thierry

F13151



QUINZIEMES JOURNEES DE DEFENSE SOCIALE

Journées franco-belges
(Bruxelles, 23-25 novembre 1967)

organisées sous les auspices
de l'Université libre de Bruxelles
et du Centre d'études de défense sociale
de l'Institut de droit comparé de Paris

LE PROBLEME DES DELINQUANTS ANORMAUX ET DES RECIDIVISTES
EN BELGIQUE ET EN FRANCE

L'APPLICATION DES LEGISLATIONS DE DEFENSE SOCIALE
NOTAMMENT AUX DELINQUANTS ANORMAUX ET RECIDIVISTES

par

le Docteur Jean DUBLINEAU

Médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine
(service spécial des alcooliques)
et du Centre pénitentiaire spécialisé de Château-Thierry

L'application de la législation de défense sociale, vue sous l'angle psychiatrique, nous a paru poser trois séries de problèmes :

- a) compréhension actuelle, sur le plan pratique, du concept d'"anomalie" (extension de la notion, discussion de ses prolongements);
- b) position du psychiatre face aux problèmes de dangerosité, tant sur le plan de l'appréciation que de l'application des mesures ;
- c) modalités actuelles d'articulation des problèmes de défense sociale et de réadaptation.

Ce groupement des faits (avec leurs incidences institutionnelles) revient à suivre, dans les problèmes qu'elles font surgir, les questions posées à l'expert depuis la révision du Code de Procédure pénale de 1958, sur le plan de l'expertise mentale. On demande en effet à l'expert si l'examen révèle des anomalies mentales ou psychiques, et si l'infraction est, ou non, en relation avec ces anomalies. C'est là le premier point. On lui demande ensuite si le sujet présente un état dangereux, et s'il est accessible à la sanction pénale : deux notions qui doivent déterminer la nature et l'importance de la mesure à prendre. Enfin -troisième point- en questionnant l'expert sur la curabilité et la réadaptabilité du sujet, on souligne la recherche, face au rôle de l'Autorité qui s'exprime dans ce qui précède, d'une sorte d'équilibre dialectique, le but étant en définitive la réinsertion sociale du sujet.

L'expérience montre que cet ensemble, s'il répond dans son esprit aux préoccupations d'une Défense sociale à orientation réadaptive, n'est pas sans soulever en pratique des difficultés d'application. Même complétées et nuancées par les données de l'expertise médico-psychologique, les conclusions se heurtent, dans leur rédaction, à des difficultés révélatrices d'incertitudes : anomalies, état dangereux, réadaptabilité, autant de termes évolutifs dans la façon de les entendre, qui dépassent, par les perspectives qu'ils ouvrent, ce qu'autorise le Code pénal, mais qui sont eux-mêmes limités, dans leurs développements possibles, par les conditions administratives d'application.

Pour nombre de ces problèmes, la Belgique, nous le savons, est en mesure d'offrir des éléments de solution. Dès lors, pouvait-on revenir sur des faits pratiquement connus ? Si nous nous y sommes résolus, c'est parce qu'il nous a paru qu'ainsi, nous prendrions mieux conscience et de nos propres difficultés, et des modalités pratiques qui ont permis à la loi belge de les résoudre.

I.- LE PROBLEME DE "L'ANOMALIE"

A.- Ambiguïté de "l'anomalie"

L'intérêt doctrinal du délinquant "anormal et récidiviste" tient à la situation de ce dernier : intermédiaire entre des sujets réputés normaux et d'autres qui, comme aliénés, échappent au fait judiciaire, ce délinquant s'inscrit dans un groupe charnière dont les limites sont des plus floues. Il suffit, au cas d'expertise, de voir comment l'expert répond à la question visant "l'anomalie mentale". Il semble qu'aux yeux de la plupart, le terme d'anomalie prenne un sens plutôt restrictif, assez proche en pratique de la "démence" médico-légale traditionnelle. Pour rendre compte des déséquilibres (constitutionnels ou acquis), des antécédents psychopathiques transitoires, on recourt à des artifices : tel écrit qu'il n' "existe pas de véritables anomalies mentales", ou d' "anomalies mentales au sens psychiatrique du terme". Tel autre conclut à l'absence d' "anomalies de dimension psychiatrique", avec présence toutefois de "particularités d'ordre caractérologique", plus ou moins accentuées par des facteurs connexes et "relevant surtout de l'analyse médico-psychologique".

Il y a là, la traduction d'un certain flottement, d'un gauchissement de la notion et d'un embarras, face au concept d' "anomalie". On sent le besoin d'une terminologie complémentaire, pour mieux cerner l'état psychique du délinquant. Or, sur le plan théorique, il est évident que parler d'anomalie revient à discuter d'une gamme très large de cas. L'extension au fait mental, plus proprement psychiatrique, n'est pas de nature à clarifier la donnée.

B.- Unicité du concept

Cette imprécision est gênante si l'on veut définir l' "anormal" face au "normal" et au "malade mental". Elle devient au contraire un fait privilégié si, dépassant cette tentative, elle conduit à des vues générales du problème -compte tenu, bien entendu, des diverses gradations. Dans tous ces cas s'instaure, plutôt qu'une discussion sur ce qu'est l'individu ou sur ce qu'exige le groupe, l'étude relationnelle du complexe "individu-milieu". Comment, à la fois face à face et partiellement imbriquées, ces deux forces se combinent-elles ?

1°) Soit, d'abord, le sujet prétendu "normal". Qu'il s'agisse de "passage à l'acte", ou de conduites d' "omission", les facteurs qui conduisent à l'infraction sont d'ordre très général. Appétence de la situation dangereuse, confirmation de l'outrance dans un rôle ou un personnage, recherche de certains milieux, réactions suscitées par l'obstacle que figure l'Autorité : ces facteurs, banaux chez le récidiviste ou l'anormal entendu en termes généraux, se retrouvent chez le sujet "normal" : l'étude des infractions routières en témoigne suffisamment. Face à l'obstacle que représente le groupe social, avec ses impératifs, chacun réagit à sa manière, se heurte, s'affirme, s'adapte dans des conditions qui mettent à l'épreuve son sentiment personnel de responsabilité. L'Autorité admet donc, au delà d'une certaine moyenne d'adaptabilité, des

variations qui la conduisent à nuancer les mesures à prendre. Ainsi, la défense sociale, à partir de ce que nous montrent les "grossissements" réactionnels de "l'anormal", non seulement se trouve amenée à intégrer le "récidivisme" dans l' "anomalie", mais à partir de l'un et de l'autre, à tirer pour le normal les conséquences de ce qu'elle observe chez eux. Mais il faut préciser alors la nature de l'anomalie, devenue plus "sociale" ou "psychologique" que "médicale" ou "psychiatrique". Etant entendu toutefois, et c'est là le fait essentiel, que, de la "particularité" sociale au fait psycho-pathologique, le concept d'anomalie, entendu au sens général, implique, en dépit de l'inévitable diversité des disciplines, une compréhension unitaire du sujet "en situation".

2°) Si ce qui précède est relativement admis quand il s'agit de prolonger l' "anormal" vers le "normal", le problème est plus complexe quand on se tourne vers le malade mental. En pratique, nous le rappelons, l' "anomalie" se prolonge dans l'aliénation. Mais l' "appréciation" de la "démence" qui, en termes médico-légaux, en devient ainsi le synonyme, reste, faute de législation ad hoc, soumise à bien des aléas. Le problème, maintes fois débattu, du non-lieu qui laisse le champ libre, une fois l' "aliéné" interné, (ou, a fortiori, reconnu irresponsable sans mesures d'internement), ramène à discuter des conditions d'extension, à nombre de psychopathes, des mesures de défense sociale. Pour la majorité des cas, une déclaration d'irresponsabilité revient à la suppression du contrôle judiciaire du sujet. Or, avec les traitements actuels, il est fréquent qu'un malade mental, interné sur déclaration de démence, soit, sur le plan médical, assez vite amélioré pour que le principe de son retour dans le milieu social soit rapidement discuté. Son maintien dans le centre psychiatrique se justifie alors difficilement. La Société a le droit de se demander ce qu'il en sera s'il est remis en liberté. Aucune surveillance n'est prévue, autre que d'ordre médical, et le sujet peut s'y soustraire. La contrainte des "sorties d'essai" n'a qu'une valeur provisoire (et d'ailleurs limitée). Tout cela est bien connu.

Avec la loi du 15 avril 1954 sur les "alcooliques dangereux", il est possible, dans certains cas, d'avoir sur le sujet une action plus efficace. Signalé à l'autorité sanitaire, l'intéressé est astreint à une surveillance -sous le signe de la surveillance anti-alcoolique. Mais la loi de 1954 n'est que partiellement appliquée, et les limites en sont vite trouvées.

Au problème du sujet reconnu irresponsable parce que malade mental véritable (halluciné, schizophrène, affaibli, etc.) s'ajoute celui, tout aussi classique, du sujet dont on se demande "s'il faut" le reconnaître irresponsable. On retrouve ici la masse des sujets qui, porteurs d' "anomalies", n'en sont pas moins "intimidables". On a souligné la nocivité, chez un sujet en potentialité de récidive, du sentiment qu'il a de son "irresponsabilité". Que d'alcooliques menacent leur entourage, avec la conviction -ayant subi des cures- qu'on les internera en tant qu'irresponsables !

Il faudrait discuter ici des problèmes du déséquilibre, de la complaisance de certains dans un rôle d'irresponsables, de la nécessité (plus encore que de l'utilité) d'une intervention adaptée à leur poly-

morphisme d'une autorité qui les suive dans leurs personnalités fuyantes, qui se structure et les structure à la mesure de ce qu'ils sont et durant le temps qu'ils le seront.

Malheureusement, l'absence d'une législation adéquate oblige à poser encore un problème que rendent plus urgent chaque jour les nouvelles catégories d' "anormaux" délinquants, comme aussi les questions que l'on se pose sur certaines catégories d'infractions.

C.- Rappel de quelques exemples

1°) Sur le plan des sujets, on connaît la fréquence croissante des antécédents cranio-traumatiques, avec ou sans abus de boissons, les tracés électriques soulevant à leur tour des problèmes pratiquement insolubles si l'on y recherche l' "anomalie". L'épilepsie elle-même, qui n'est souvent qu'une "convulsivité" à manifestations protéiformes, est, souvent aussi, surchargée d'un halo de péristructure qui font de la "pulsion" un acte généralement complexe, pour lequel on ne peut se satisfaire de conclusions en "tout ou rien".

On retrouve dans le domaine -de plus en plus nuancé- des impulsivités, ces "maladies mentales" traitées (mais y avait-il eu vraiment "maladie mentale", et n'avait-on pas "traité", en tout bien tout honneur, un état dont on craignait qu'il devînt "maladie mentale" ?). Des problèmes comme celui de la méningite tuberculeuse "guérie", mais avec délinquance ultérieure, celui, toujours à l'ordre du jour, des "états méningés curables", des "encéphalites"-douteuses mais possibles- posent, en termes sans cesse nouveaux, ceux des limites de l'intimidabilité et, une fois encore, des façons dont le groupe social doit prendre en main des cas de ce genre, dans la double recherche de la défense sociale et de la réadaptation.

2°) Sur le plan des infractions, ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on se pose des problèmes à propos de certains faits comme l'exhibitionnisme récidivant, le vol de grands magasins, les conduites dites pyromaniaques, et peut-être aussi, actuellement, des formes de vols de voitures qui, toutes ne se ressemblent pas. On renonce à "interner" sur le fait de la récidive, mais on en est encore à chercher des propositions valables pour une "prise en main" correcte à la suite de l'infraction.

La réalité semble être celle-ci : en gros, l'opinion ressent ces faits comme l'expression "d'anomalies". D'où le recours naturel à l' "expertisè" mentale (ou à tout le moins médico-psychologique). Mais, pour répondre valablement, il est nécessaire de dépasser le concept d'anomalie et d'inclure la "déviation" dans une perspective plus large, ce qui implique, pour une législation de défense sociale, à la fois l'extension du concept en deça et au delà de l' "anomalie" traditionnelle, et l'inventaire (aussi varié que possible) des modes de prise en charge, soit, en fait d'application.

II.- L'APPLICATION DES MESURES

A.- Le concept de "dangerosité"

Dans le cadre de l'application, nous situerons d'abord le problème de la "dangerosité", dont le concept, lui aussi, demande à être précisé. En principe, une déclaration de "dangerosité" réduit l'effet d'atténuation susceptible de résulter d'une constatation de "relation partielle" entre infraction et "anomalie". Mais ce retour implicite à la sévérité ne peut prendre son vrai sens que si la sanction débouche sur quelque chose de positif. Encore faut-il s'entendre sur la notion "d'état dangereux". Si, sur le plan criminologique, cette notion nous est devenue familière, elle reste faussée encore, sur le plan pratique, par les conclusions qu'on en tire en matière d'internement. L'internement d'office est prévu pour le sujet "dangereux pour lui-même et pour les autres". Il s'agit là d'une dangerosité "psychiatrique".

A cette compréhension classique, la loi du 15 avril 1954 a ajouté celle de l'alcoolique dangereux "au sens de ladite loi", c'est-à-dire, relevant comme tel, des mesures prévues par la loi. Mais ces mesures étant elles-mêmes incomplètement appliquées, il en résulte nécessairement -pour un alcoolique chronique- un flottement dans les conséquences à tirer d'un constat de dangerosité. Un tel constat peut conduire à l'internement au sens de la loi de 1838 : modalité transitoire, mais qui, pour le profane, entretient l'équivoque.

Quant à la dangerosité criminologique, elle constitue, il faut bien le dire, une arme assez redoutable. L'expérience montre que l'on conclut rarement à une telle dangerosité. A cela sans doute, plusieurs raisons :

. a) Y entre d'abord une vague inquiétude sur les conséquences qui seront tirées d'une conclusion de dangerosité. Peut-être serait-on moins inquiet s'il était possible de nuancer la conclusion : question de degré (on paraît plus ou moins dangereux), mais aussi de nature (les biens, les personnes, le "groupe" entendu en termes plus généraux). Il en est de la dangerosité criminologique comme du "dommage" en matière civile. Tout cela reste à discuter, approfondir, asseoir sur des bases bio-sociales, elles-mêmes à définir.

. b) Mais ces bases restent incertaines, et l'on hésite à conclure sur une impression qui reste en définitive essentiellement subjective. On tend, plus ou moins consciemment, à avoir surtout en vue l'infraction contre les personnes, et, dans cette dernière, avant tout, les affaires de sang. Mais l'escroc récidiviste, l'exhibitionniste sont-ils socialement dangereux ? Si, à la rigueur et sans trop de discussion (mais l'expérience prouve que ce n'est pas démontré) un cambrioleur "en série" peut paraître socialement dangereux, l'opinion, (pas plus que le psychiatre) ne semble guère prête à admettre des conclusions d' "état dangereux" sans qu'un passé délinquantiel confirme l'authenticité de ce dernier. Or, le concept d'état dangereux est destiné, en principe, à prévenir la récidive plus qu'à désigner une constatation d'évidence.

Ici encore, la loi du 15 avril 1954 a marqué malgré tout un progrès. Non seulement, elle familiarise avec le concept d'état dangereux "non psychiatrique", mais encore on peut, par le biais de l' "état dangereux alcoolique", signaler que le sujet, ou est dangereux "au sens de la loi du 15 avril 1954", ou pourrait le devenir s'il retombait dans ses excès.

. c) Dans cette notion du "devenir" réside d'ailleurs, peut-être, une autre source d'hésitation. Il entre dans une déclaration d'état dangereux une manière de pessimisme qui, s'il n'est pas explicité, risque de donner un aspect statique à une notion au plus haut point évolutive. Certes, quand on parle d' "état dangereux", on entend l'état actuel. Mais on ne doit pas non plus omettre de penser à l'avenir, donc au retour dans le milieu social. Or, justement, l'avenir, constitue en soi un problème, dans la mesure où il se pose en termes de "maturation".

En résumé, parler d'état dangereux implique la nécessité de préciser dans quel sens le sujet peut être étiqueté dangereux. Il peut l'être soit au sens psychiatrique du terme, soit au sens de la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux. Il peut l'être enfin au sens criminologique, avec les problèmes subsidiaires de degré, de nature, et d'évolution. Ces derniers d'autant plus essentiels qu'ils solidarisent dans de nouvelles structures le sujet en cours de peine, l'Autorité qui en a la charge, les tiers amenés à le "prendre en charge" : structures qui ne peuvent qu'être fluides, comme il convient de le voir maintenant.

B.- Dangerosité et maturation

L'importance du fait évolutif, si elle est reconnue en principe, donne lieu, en pratique, à des interprétations diverses. Rappelons d'abord pour mémoire, l'importance pratique du concept maturatif, puisqu'il abouti aux notions d' "immaturité", de "retard maturatif", avec ce qui en découle sur le plan du "jeune adulte" et des modes d'approche spéciaux dans l'ordre judiciaire et rééducatif. Bien que récentes, ces notions sont généralement admises ; mais, pour les intégrer à la pratique quotidienne, force est de postuler, pour la masse de jeunes en cours de délinquance, une attitude ouverte, à la recherche des virtualités positives du sujet. La nécessaire combinaison d'une lucidité raisonnable et d'un optimisme de principe ne peut avoir son plein effet que dans une compréhension générale de la maturation, ainsi que dans la possibilité d'en tirer des conséquences pour l'évolution de la sanction en cours de peine.

Ces principes une fois reconnus, il faut avouer qu'en pratique, nous sommes encore mal renseignés sur la maturation elle-même. On tend volontiers à ne voir dans la maturation qu'un processus évolutif conduisant à l'adaptation. Encore l'insertion du sujet implique-t-elle un point d'équilibre entre l'individu et le milieu. Une "adaptation" excessive risque en fait d'aboutir à la disparition du sujet, "absorbé" par un milieu où il se fond, à force d'être imprégné par lui. Il faut donc que, face aux forces permettant l'adaptation, le sujet se manifeste dans son dynamisme propre, "s'affirme" face au milieu, coure en conséquence des risques où il

rencontre l'Autorité (de quelque nature qu'elle soit). Il y a "immaturité" soit dans l'excès de l'adaptation (avec suggestibilité à l'ambiance), soit dans les maladresses d'affirmations qui se cherchent, sans tenir compte de l'ambiance. Affirmation, adaptation sont des forces complémentaires, expressions, en fait, des deux forces de l'activité et de l'émotivité.

Or, chacune de ces forces, dans le cadre de l'évolution générale qui conduit, en termes continus, de la naissance à la mort, n'évolue pas elle-même de façon continue. Il y a, au cours de la vie, une suite d'activités, elles-mêmes fonctions de l'âge - croissance, reproduction, extension du territoire géographique et social- mettant chacune en jeu des formes énergétiques successives qui, pour leur propre compte, naissent, se développent, s'éteignent ou se ralentissent. Et il en va de même de la vie émotionnelle avec, ici aussi, pour un moment donné de la vie du sujet, des secteurs jeunes et d'autres, évolués, différenciés, sinon déjà sénescents.

C'est à cette recherche des "secteurs jeunes" de l'économie que vise en réalité l'observation continue. Seuls, ils permettent l'exploitation ou d'activités neuves qui ne demandent qu'à se produire, ou de "moments sensibles" où le sujet, "redevenu jeune" pour quelque temps, en redevient accessible à l'action du milieu.

Si l'on ajoute : a) que le sujet passe par des alternances générales d'activité et de sensibilité ; b) que ces données valent, toutes choses égales d'ailleurs, pour tous les âges de la vie ; c) que les formes possibles d'activité sont d'autant plus difficiles à saisir qu'elles s'investissent dans des oppositions stériles, qu'il s'agit de redresser avant de repartir du bon pied ; d) enfin, que les phases sensibles sont souvent déformées en cours de peine par les réactions du sujet à lui-même et au milieu, on en arrive à cette conclusion que l'application des mesures de défense sociale ne peut être qu'évolutive et dynamique. Faute de la fluence dans la structuration de la peine, ou l'on précipite les gauchissements de l'activité, ou l'on passe à côté des moments sensibles et l'on ramène le sujet à des conduites de régression.

Il est évident que ces faits, pour peu que le sujet trouve en lui le moyen de ses adaptations, n'ont pas chez le sujet normal l'importance pratique qu'ils prennent pour l'anormal ou le récidiviste. Ces derniers sont modifiés soit parce que "déviant biologiques", soit parce que "déviant sociaux" (le but de l'observation étant de trouver aux deux types de déviations le dénominateur commun). Mais, c'est par l'anormal et le récidiviste qu'on saisit le mieux les mécanismes aboutissant aux gauchissements.

C.- Sur quelques aspects de l'intervention psychiatrique

On rappellera d'abord, en vertu même de ce qui précède, que les problèmes sont trop complexes pour ne relever que du psychiatre, même si prévaut en apparence le fait psycho-pathologique. Mieux : l'intervention psychiatrique peut s'avérer indésirable si son seul effet ne doit

être, pour certaines structures plastiques, que de se définir en fonction de la nature de la prise en charge. Il y a chez trop de délinquants une tendance au refuge dans la névrose pour que soit encouragée une perspective de psychiatrie. On pourrait presque dire que ceux qui ont le plus besoin du psychiatre sont ceux qui, engagés dans les cadres de l'action réadaptative de contact, se heurtent aux difficultés et cherchent, pour les modes d'abord du délinquant, des orientations d'action. L'ensemble de l'action thérapeutique se dégage alors d'entretiens de synthèse où, la ligne psychiatrique aidant, peuvent s'harmoniser les conduites éducatives, psychologiques, administratives et, le cas échéant, médico-psychiatriques.

C'est à l'orientation, effectuée en début de peine, de définir le "poids de la présence psychiatrique" et de diriger le sujet, s'il le faut, vers le psychiatre. A ce point de vue, la législation permet de distinguer deux modes d'action, selon que la sanction pénale est, ou non, privative de liberté.

1°) L'action psychiatrique en détention. Une première remarque a trait à la différence, parfois spectaculaire, entre des comportements difficiles en prévention et le retour à l'acceptation, même s'il s'agit d'une lourde peine, de la condamnation. Certains sujets, qui poussent jusqu'à ses extrêmes limites le comportement psychopathique durant la prévention, sont capables, une fois condamnés, d'une remise en ordre complète et de conduites pratiquement normales. Tout se passe comme si le sujet trouvait dans la peine une manière de sécurité et liquidait une fois pour toutes les conduites d'emprunt parasites qui troublaient son observation.

Il est plus fréquent cependant, dès lors qu'un sujet s'est déjà manifesté en termes psycho-pathologiques, de le retrouver tôt ou tard dans les mêmes termes en cours de peine. Sans parler des cas mineurs, relevant de traitements symptomatiques, trois problèmes sont à retenir : l'action à mener lorsque le cas s'aggrave, le rôle des traitements récents dans une perspective de défense sociale, l'influence de la de la détention sur le comportement.

a) pour ce qui est du premier point, la question se pose de savoir comment traiter les psychopathes en détention. Question d'ordre général, mais qu'on peut discuter ici puisqu'en définitive, elle concerne la défense sociale. Au cas, en effet, de troubles mentaux (plus ou moins intriqués à des conduites d'opposition) on oriente le sujet vers des Centres appropriés (en France, Château-Thierry ou Haguenau). Dans ces centres, s'opère une nouvelle décantation ; au cas de maladie mentale avérée, l'équipement n'est pas suffisant pour garder le psychopathe : on doit donc l'interner. Le malade est généralement orienté sur le service d'aliénés difficiles de Sarreguemines d'où il revient sur l'établissement d'origine après amélioration.

L'expérience montre que le transfert sur un établissement psychiatrique doit être réduit au minimum, en raison de l'attrait qu'exerce une telle mesure sur les autres sujets du Centre pénitentiaire. De par leur plasticité psychique, nombre de sujets s'orientent vers des conduites susceptibles de donner le change. Ces comportements nuisent à l'ensemble de la situation rééducative.

. b) Inversement, avec les traitements récents, de nature chimiothérapique, des améliorations s'observent, pour lesquelles on peut s'interroger sur ce qui est amélioré : la superstructure psychopathique (le fonds restant inchangé), ou le terrain lui-même (ce qui, dans ce dernier cas, conduirait à se demander, comme pour le psychopathe ordinaire qu'on ne garde plus à l'asile, si le maintien en détention a encore un sens, puisque le sujet est modifié).

En fait, c'est tout le problème de la libération conditionnelle qui se trouve ainsi posé. Pour les propositions concernant cette dernière, l'avis du psychiatre ne peut guère être que consultatif : il y a au surplus des règles qui n'autorisent les propositions qu'à partir d'un certain stade dans l'exécution de la peine. S'il était avéré qu'un traitement déterminé a amené avant cette limite une amélioration du terrain, on pourrait, certes, se demander s'il n'y a pas pour le psychiatre une initiative à prendre. De même -au delà de l'action psychiatrique, et en termes plus généraux- une amélioration de structure, survenant au cours d'une phase évolutive ou sous le coup d'une circonstance d'exception, pourrait faire poser le problème d'une initiative de cet ordre,

A notre avis, quelle qu'ait pu être leur action, ni le psychiatre, ni le rééducateur n'ont qualité pour formuler (au moins officiellement) de telles propositions. Ces dernières relèvent de la seule Administration. L'action thérapeutique et éducative risquerait sans doute de pâtir d'initiatives, qui engagent les techniciens sur un domaine où ils ne seront plus libres, quand il s'agira d'autres détenus. Ils se trouveront alors en face de tentatives, de demandes instantes ou pressantes, (sinon menaçantes) pour obtenir une proposition que tel autre avait obtenue. Le technicien ne peut que donner un avis, et il ne peut le faire qu'à la demande de l'Autorité.

. c) Reste à évoquer le rôle de la détention sur le comportement général des individus. On sait l'importance des problèmes psychosomatiques en détention, la fréquence des refuges psychiques dans un trouble corporel quelconque (le plus souvent digestif ou cardio-respiratoire). Dans la grande majorité des cas, ces troubles sont transitoires. Mais ils peuvent devenir chroniques, alimenter une hypocondrie avec ses résonances affectives et ses impulsions réactionnelles.

Nous avons décrit d'autre part l'aspect pseudo-schizophrénique de certaines régressions psychiques, que nous appelons "psychofdotiques" sans dissociation ni discordance, qui s'améliorent parfois sans interrompement, et dans le mécanisme desquelles entre à notre avis, outre des réactions complexes à l'acte et à ses conséquences, une part non négligeable de complaisance ou de démission.

Enfin, existent des cas dans lesquels se pose le problème de l'internement en fin de peine, faute pour le sujet des moyens d'une autonomie sociale valable. Ces cas sont à rapprocher de celui des vieux relegués, devenus incapables de bénéficier d'une mesure de libération, et qui relèveraient en fait surtout, de par leur vieillissement, de placements en hospice.

Faut-il conclure de ce qui précède à l'action systématiquement dégradante de la détention ? Sans discuter d'un tel sujet, qui soulève d'énormes problèmes de doctrine, rappelons que ces derniers rejoignent les préoccupations psychiatriques en matière d'internement. Dans les deux cas, la question se pose, de la remise dans le milieu social. Mais, dans les deux cas aussi, deux observations s'imposent. La première c'est que, dans certaines conditions de forme et de durée, les "murs" suscitent chez le sujet des reconstructions internes, surtout d'ordre émotionnel et probablement positives qu'il s'agit d'utiliser. La seconde, c'est que, pour ce faire, l'utilisation ne vaut que dans la mesure où elle se combine à des prolongements externes. Il y a donc un double travail : susciter les "retours sur soi", ce qui ne peut se faire sans l'aide morale, éducative, éventuellement psychiatrique ou médico-psychologique, que l'individu trouve dans un Centre structuré. En second lieu, utiliser le "moment sensible", l'investir éducativement, préparer, pour le milieu libre, un retour qui se prolonge dans ce dernier. Il semble qu'en attendant ce retour, lorsqu'il s'agit d'une longue peine, les transferts de Centre à Centre soient de nature à réduire certaines tensions, et à permettre in situ la poursuite de l'action éducative dans le cadre des impératifs de la peine. Encore y a-t-il lieu parfois de prévenir certaines dépressions de prélibération, révélatrices de ce que l'on a appelé le "vertige de la sortie".

2°) L'action psychiatrique en milieu libre. L'extension des indications du "traitement en milieu libre" n'est pas sans soulever des problèmes, qu'il s'agisse de la probation pour les anormaux et récidivistes ou encore des problèmes neufs liés à la lutte anti-alcoolique.

a) sur le plan de la probation, on sait d'abord que, dans nombre de cas, le sujet libéré conditionnellement est orienté sur le dispensaire d'hygiène mentale du secteur. On doit toutefois prendre garde au fait qu'un recours trop fréquent au psychiatre risque de susciter chez le sujet le sentiment d'une surveillance astreignante et dévalorisante. Peut-être aussi est-ce au Centre d'hygiène mentale d'apprécier dans quelle mesure il doit effectuer des pressions pour assurer l'assiduité du libéré ou au contraire autoriser une certaine marge de relâchement.

Dans le cadre de la mise à l'épreuve par jugement, on recourt parfois au psychiatre pour certaines infractions d'ordre obsessionnel ou stéréotypé. C'est le cas notamment de certains délits sexuels. Il semble en effet que la conjonction d'une intervention psychiatrique et de l'encadrement probatoire est de nature à prévenir la récidive, par exemple en matière d'exhibitionnisme. Mais les difficultés de l'intervention psychiatrique en matière de déviations sexuelles doivent inviter à la prudence. On connaît malheureusement vite les limites de l'action thérapeutique pour un sujet affligé d'impuissance sexuelle et plus ou moins pédophile. Il semble que l'on soit conduit à demander alors au psychiatre (dans le sentiment général qu'il existe une "anomalie"), plus que ce qu'il peut apporter.

Toutefois, c'est là un cas extrême, et l'action médico-éducative peut être au contraire bénéfique - menée parallèlement à celle des services post-pénaux- chez nombre d'impulsifs mineurs, plus ou moins instables ou alcoolisés.

Il est difficile dans le présent, de se faire une idée des possibilités de l'action psychiatrique externe. Sans doute parce que le dispensaire de secteur est, par définition, assez éloigné d'une compréhension judiciaire du problème. Une fois devenu -s'il le devient- client du dispensaire d'hygiène mentale, le sujet échappe pratiquement, dans ses aspects psychiatriques, à la connaissance de synthèse que le magistrat de probation est en droit d'attendre : or, ce dernier n'est pas toujours renseigné sur l'évolution psychiatrique du cas. D'où l'idée de Centres judiciaires de surveillance psychiatrique en probation. Mais des surveillances de cet ordre impliquent, pour être acceptées, qu'elles ne gênent pas le travail (consultations vespérales, proximité du domicile). L'application pratique reste donc à débattre. Nous avons, pour notre part, pu mettre en oeuvre à titre d'essai, durant un certain temps, une organisation intermédiaire, en suivant des sujets en probation, adressés par le Service post-pénal du Tribunal de la Seine, dans le cadre des permanences d'hygiène mentale de la Préfecture de police.

En tout état de cause, seules des données statistiques seraient en mesure de préciser l'apport de la psychiatrie au maintien (ou au retour) des délinquants en milieu libre, notamment en matière d'anormaux et de récidivistes.

. b) L'action de défense sociale en milieu libre est, on le sait, prévue pour les alcooliques, délinquants ou non. Dans ce cas, la loi de 1954 prévoit pour les médecins un rôle actif d'intervention, puisqu'il existe des "commissions médicales" de trois membres, habilitées à prescrire l'astreinte du buveur à la fréquentation du dispensaire anti-alcoolique. Dans quelques départements sont créés des "Centres de rééducation" pour buveurs, avec (comme c'est le cas, par exemple, pour l'établissement d'Etampes) possibilité d'intervention judiciaire. Il semble que l'intervention judiciaire reste encore très limitée. Elle n'a pas été mise en oeuvre dans le département de la Seine, mais il n'est pas rare que des mesures officieuses soient prises, qui orientent le buveur délinquant sur un centre de cure, pour désintoxication, en échange d'une mesure de mise en liberté provisoire.

Toujours dans le cadre de la lutte anti-alcoolique, mais rejoignant en cela des mesures d'ordre plus général, signalons que le psychiatre peut être appelé à participer aux mesures de restitution de permis de conduire, après suspension par l'autorité administrative.

III.- DEFENSE SOCIALE ET READAPTATION

Le développement de la probation a permis pour un très grand nombre de sujets la reprise d'occupations professionnelles normales, et donc une réinsertion sociale satisfaisante. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler qu'au delà du délinquant primaire, d'importance moyenne, et sans problèmes psychopathiques, la réadaptation se situe en termes autrement sévères pour les anormaux avérés et les récidivistes. Comment, alors, concilier les impératifs de la défense sociale et les nécessités d'une

réadaptation, sans quoi la récurrence est pratiquement certaine ? Depuis longtemps, en France, les expériences menées pour la réadaptation des relégués ont mis en évidence l'utilité de certaines formules, notamment en matière de semi-liberté, comme aussi la nécessité, pour que la réinsertion s'opère, d'une coopération de l'employeur. C'est dans l'articulation des mesures de défense sociale et de réadaptation que réside en définitive la possibilité d'une réinsertion valable.

A.- Etude d'un problème voisin : l'alcoolisme chronique récidivant.

Certains des problèmes ainsi évoqués se retrouvent dans un domaine qui touche par bien des côtés aux problèmes de défense sociale : nous voulons parler de l'alcoolisme récidivant, quand ce dernier a conduit le buveur au stade de la déchéance sociale, à la suite d'une longue histoire de violences, d'interactions, parfois de délinquance. Chez ces sujets tarés -au surplus déjà d'un certain âge, plus de quarante ans- l'alcool ne se présente guère que comme un facteur entre d'autres. Or, l'expérience montre que l'on peut ramener certains de ces sujets dans le milieu social, mais ce, dans des limites (et sous des réserves) qu'il convient de définir. Trois points paraissent essentiels : le rôle de l'employeur, l'enkystement de la récurrence, l'aménagement temporo-spatial de la surveillance.

1°) Il y faut d'abord la coopération de l'employeur, en particulier à l'échelon des contremaîtres, assortie au besoin d'une coopération du groupe des travailleurs. Encore faut-il garder avec l'employeur, des relations constantes, être en mesure de le "dépanner" en fonction des exigences de la fluctuation du marché, de reprendre le sujet qui ne donne pas satisfaction, quitte à le réemployer soi-même dans des ateliers ad hoc, en attendant sa réembauche ailleurs.

2°) Dans le retour du buveur au travail, il faut compter avec une proportion considérable de rechutes alcooliques. L'abstinence est rarement observée à ce stade de la déchéance. Mais l'expérience montre que l'on peut compter sur une tempérance moyenne, dont il s'agit alors de suivre l'évolution.

L'accentuation de la vigilance peut aboutir éventuellement, en liaison avec l'employeur, à un retrait du travail pour quelques jours, avec courtes remises en état, reprise par l'employeur et maintien dans le réemploi. La surveillance, c'est là l'important, a permis "l'enkystement" de la récurrence, en en minimisant l'effet, en la neutralisant sur le plan réadaptatif.

3°) Pour une telle surveillance, la présence des observateurs n'est réalisable que dans des conditions d'hébergement du buveur, qui assurent à ce dernier la présence de l'encadrement. Sans insister sur les détails, nous précisons seulement qu'il y faut des formes aussi variées que possible de prise en charge ("foyers" divers avec différents niveaux de surveillance, possibilité, après le séjour en foyer, de revenir sur place pour les repas, le club, l'hébergement, le "dépannage" éventuel). Le tout, dans un climat où le rôle du médecin se réduit plus à une présence disponible qu'à une action directe et personnelle sur le buveur réinséré.

Ainsi sont assurés non seulement la surveillance sur place du buveur, mais aussi la permanence de cette surveillance, sous le signe complémentaire de la stabilité dans l'emploi.

B. - Applications à la défense sociale.

1°) Lors d'études menées à l'occasion du vagabondage, par le Centre de Défense sociale, nous avons eu l'occasion, naguère, de présenter, en application des mesures de réadaptation alors à l'étude, quelques idées, inspirées de ce qui précède, pour l'hébergement éventuel et le réemploi des vagabonds.

En termes plus généraux, il s'agit d'abord de vivre, en pratique, les questions posées à l'expert sur le plan "curabilité" et "réadaptabilité".

Pour ce qui ^{est} de la curabilité, cette dernière ne vise en principe que les cas d'anomalies psychiatriques, les autres se référant surtout à des problèmes de terrain, dont la modification reste du domaine de la recherche ou de l'hypothèse. La curabilité d'ailleurs n'est en général envisagée qu'avec prudence, l'état pouvant paraître curable "en principe", sans qu'on puisse pour autant s'engager sur l'espèce.

Pour ce qui est de la réadaptabilité, on admet d'abord, quelles qu'aient pu être les motivations de l'infraction, que cette dernière n'implique pas en soi une forme d'inadaptation. Face, en d'autres termes, à une conception théorique de caractère unitaire, la pratique conduit à conclure, pour une infraction commise par un sujet bien inséré, que ce dernier "n'est pas désadapté". Cela revient à considérer que, pour un grand nombre d'individus, le problème pénal se ramène aux conceptions traditionnelles. C'est là, répétons-le, une position pratique, qui doit laisser entiers les problèmes de doctrine sur les limites et la nature de l'inadaptation.

Quand se pose le problème de la réadaptation, l'expert rencontre d'autres difficultés. Sa réponse ne peut être que d'ordre général. Comme pour l'état dangereux, étant orientée sur l'avenir, elle ne peut trop se baser sur ce que l'on constate dans le présent. Faut-il dès lors, au cas d'impression mauvaise, faire peser sur le sujet - surtout si c'est un jeune - un pessimisme qui, justifié en principe, risque en fait d'inhiber chez lui les vellétés possibles pour l'avenir réadaptatif ? Des conclusions trop absolues reviendraient à méconnaître ces renouvellements partiels, qu'une compréhension nuancée de la maturation invite à rechercher. Vellétés sans doute, et comme telles, fragiles. Mais il n'est d'action rééducative et réadaptative que dans l'ordre positif. On doit laisser intactes les chances et de l'éducateur, et du sujet qu'il prend en charge. Au cas de doute sur l'avenir réadaptatif, il faut donc "réserver l'avenir", l'observation en cours de peine étant de nature à modifier, sur le plan biologique et social, les données de la situation.

2°) Pour une observation de ce genre, on retrouve le problème de la

"durée", que nous évoquions plus haut, tant à propos des "phases sensibles" que de l'action possible des traitements. C'est ici que le recours au cas des alcooliques chroniques peut avoir son intérêt. En règle générale, on ne change pas en un jour et, dans le cas inverse, il n'est guère de changement brusque qui ne doive être surveillé. Le problème revient donc, pour une défense sociale valable, à "organiser la durée" dans un climat réadaptatif. Cela revient encore pour le groupe, à rechercher les moyens d'obtenir l'acceptation, voire la coopération du sujet. Bien qu'on ne puisse se permettre d'illusions excessives, il existe en pratique une marge d'adhésion, de nature probablement complexe (intimidabilité latente, émotivité disponible, mélange d'une certaine curiosité de l'avenir et d'un "pourquoi pas ?" chez le sujet qui tendait à démissionner, après avoir perdu "ses chances"....).

Pour utiliser au mieux des possibilités fragiles, il semble qu'il faille diversifier les formes de relation "individu-milieu". C'est en multipliant les formules, au prix d'expériences limitées, (non forcément renouvelables, si l'on ne dispose pas des moyens - ou des hommes - qui permettraient de les renouveler) que l'on peut espérer, dans le cadre d'une durée à prévoir largement, remettre le sujet dans le circuit social, réduire ses récidives possibles à des infractions de second ordre, intéresser le groupe social à l'action réadaptative.

Il y aurait lieu en tout cas d'étudier les phases biologiques qui précèdent certaines récidives. Brusque cessation de l'emploi, dans l'illusion d'une place meilleure (qu'on ne recherche qu'après avoir "demandé son compte"), "coup de cafard" avec beuveries (solitaires d'abord, puis en groupe par rencontres de débit), sentiment de malaise personnel ou social laissant vaguement pressentir que le sujet "va faire une bêtise" : autant d'aspects, prémonitoires ou favorisants, dont l'étude serait à mener en termes bio-sociologiques. Ici encore, seule l'observation prolongée - à condition d'aménager et de rendre possibles les conditions de cette observation - permettrait des ouvertures en matière de prévention.

.../...

C O N C L U S I O N S

Des données, quelque peu diffuses, développées dans ce qui précède, nous dégagerions volontiers, sur le plan institutionnel, les conséquences suivantes en matière de traitement :

1°) Le caractère est inévitablement extensif, de la notion d'"anomalie", qu'il s'agisse d'anomalies vraies ou de formes dégradées s'étendant en deçà (particularités diverses) ou au delà (états complexes allant, par les régressions et les sursimulations possibles, jusqu'à la psychose caractérisée) de l'"anomalie" théorique.

Il est donc souhaitable que le psychiatre soit présent dans le milieu pénitentiaire pour répondre sur place aux problèmes psychiques ou psycho-somatiques de la vie carcérale quotidienne.

2°) Inversement, il faut limiter la tendance des sujets à "se vivre" en psychopathes et à rechercher, sous le signe de la psychose, une sorte de maternage qui n'est en fait qu'une régression et une fuite devant les responsabilités. A cet effet, l'admission en Centre pénitentiaire spécialisé doit être réservée à un nombre de cas limité, l'ensemble des cas mineurs relevant de la surveillance psychiatrique sur place.

Dans le cadre de l'Institution spécialisée, doivent pouvoir être, en contre-partie, mis en oeuvre les moyens psychiatriques les plus actuels, l'orientation sur un hôpital psychiatrique ordinaire devant être réduite (et, le plus possible, découragée) si l'on veut éviter une sorte de contagion de groupe et d'attirance inconsciente vers l'état psychopathique (soit, en fait, vers l'évasion du milieu carcéral).

3°) Il est essentiel, en tout cas, d'inclure le fait psychiatrique dans une compréhension plus large, d'ordre criminologique, avec, dès qu'on tend vers la simple "particularité", réduction du "personnage" psychiatrique à une présence, plus propre à représenter, dans les réunions de synthèse, le "point de vue psychopathologique", qu'à intervenir directement dans la prise en main du détenu.

Inversement, cet effacement relatif (ou, si l'on préfère, cette "situation de partage" dans l'action commune rééducative) implique le développement, en tiers, des techniciens "au contact" : psychologues, rééducateurs, sans préjudice d'une formation poussée du personnel de surveillance.

4°) Cet effacement - souhaitable si l'on veut que le sujet assume son sentiment de responsabilité, et "se vivre" normal, affirmé, accessible - n'empêche pas pour autant l'application à la dynamique délinquantielle des acquits de la psychiatrie à la faveur des traitements modernes. Ces traitements ont permis (tant sur le plan chimiothérapique que sur

le plan des psychothérapies de toute nature) la réduction des troubles en intensité et en durée. Ils favorisent, d'autre part, l'orientation ouverte des établissements psychiatriques et la tendance à la sortie précoce.

Toutefois, entre le psychopathe ordinaire et le délinquant anormal, deux différences majeures existent : le passage à l'acte antérieur, la sanction consécutive. Il y a là deux faits qui ont leurs développements propres, leurs interactions secondaires. Le problème de la sortie ne se pose pas dans les mêmes termes pour les deux types de psychopathes. La sortie, notamment, n'est pas d'ordre purement médical ; elle dépend d'autres facteurs. Par contre, pour son appréciation, la connaissance du sujet, entendue en termes évolutifs et maturatifs, peut être d'un certain secours et influencer sur la mesure pour en modifier les données théoriques.

Dans tous les cas, la "réduction" d'un trouble est loin d'être toujours une guérison. Une surveillance reste indispensable, ce qui implique une longue durée, en milieu libre, de la surveillance psychiatrique. Or, si cette dernière est possible, (encore que déjà difficile) pour le psychopathe ordinaire, elle devient plus malaisée pour le psychopathe délinquant, et plus malaisée encore s'il s'agit d'un délinquant récidiviste et asocial. Il faudra donc organiser la surveillance "dans la durée", problème qui s'avère particulièrement délicat.

a) La première conséquence de ce qui précède a été l'institution et le développement de la probation, avec "traitement" en milieu libre et, grâce aux "libérations conditionnelles", retour rapide en milieu libre dans des conditions institutionnalisées de surveillance.

b) Toutefois, si la probation en soi suffit pour le délinquant à particularités mineures (avec, éventuellement, surveillance complémentaire par le dispensaire d'hygiène mentale du secteur), le "traitement en milieu ouvert" impose, pour l'anormal et le récidiviste, des mesures à la fois plus fermes, plus variées et, si possible, plus prolongées.

Pour l'organisation de ces mesures, le "fait institutionnel" doit s'intégrer dans une politique extensive de la réadaptation, où puissent être assurés plusieurs impératifs :

- fusion pratique de l'institution et de l'entreprise, l'employeur (sous des formes à débattre) étant lui-même engagé dans le réseau réadaptatif ;
- diversification des modes de retour dans le milieu, par diversification, notamment, des modes d'hébergement ;
- enkystement des récidives éventuelles, la "rechute" dans la délinquance devant être appréciée (et jugée) moins en tant que telle que parce qu'elle représente "en poids" par rapport au passé délinquantiel du sujet.

Pour la mise en pratique de ces modalités, des expériences

existent déjà (dans le cadre, notamment, de la réinsertion des relégués). Le résultat a pu en paraître décevant. Mais, ce qui compte en définitive, c'est moins, au début, le nombre des récupérés que la preuve, pour certains, d'une récupération possible. Cette donnée doit servir de base pour des tentatives ultérieures, en améliorant les techniques, quitte à l'interruption locale, si manquent, pour poursuivre l'expérience, l'un ou l'autre des impératifs reconnus indispensables.

Pour la mise en place des moyens, il semble indiqué de se référer à ce qui se fait, non seulement sur le plan de la psychiatrie générale, mais aussi pour des expériences plus spéciales - plus proches aussi des problèmes délinquantiels : le cas de l'alcoolisme chronique paraît à cet égard, intéressant à suivre.

L'ensemble de la situation met en évidence, sur le plan français, à la fois la réalité d'une orientation conforme à ce que postule le concept de défense sociale, et les insuffisances d'une législation qui ne permet qu'imparfaitement l'exploitation de ce concept.