

Extrait du " Bulletin de l'Union des Sociétés de Patronage de France "
(Publié dans la *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal*)

**L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE
ET
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DES JEUNES DÉLINQUANTS**
Conceptions actuelles

par

P. R. BIZE

Conseiller médical à la Direction de l'Éducation Surveillée
Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers

Conférence du 27 juin 1958

MELUN
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE
1958



L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE
ET
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DES JEUNES DÉLINQUANTS
Conceptions actuelles

par le Docteur P. R. BIZE

Conseiller médical de la Direction de l'Éducation Surveillée
Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers

C'est à dessein que nous avons choisi ce titre, plutôt que celui de l'« Expertise psychiatrique », voulant marquer par là que l'expertise au sens judiciaire traditionnel devait être dépassée. Ceci pour toute une série de raisons :

1° Le terme d'expertise, effectivement, est trop limitatif; il laisse à entendre que le seul but poursuivi par le psychiatre est l'appréciation du niveau de responsabilité de l'inculpé, appréciation qui contribue à éclairer les jurés et à déterminer la peine.

2° Les expertises, au sens traditionnel, sont devenues insuffisantes et ne répondent plus aux besoins actuels. L'article 64 du Code pénal ne demandant au médecin que de se prononcer sur la question de savoir si l'accusé est aliéné ou sain d'esprit, les experts ne s'attachent qu'aux maladies mentales caractérisées et ignorent ou veulent ignorer tous ces cas marginaux qu'ont mis en lumière les progrès de la médecine mentale et qui se situent dans une perspective plus psychologique que psychiatrique.

3° Il est de plus en plus demandé au psychiatre, notamment dans les consultations ouvertes, telles celle de la rue de l'Arbre-Sec, à Paris, dont le promoteur fut le regretté Président COTXER DE ANDREIS, et dans les centres d'observation, de rédiger des rapports portant sur la personnalité des mineurs, dans le dessein de définir, non seulement leur niveau de responsabilité ou de discernement, mais aussi les mesures de protection sociale et de réhabilitation qui sont à envisager.

4° Le rapport du psychiatre, s'il demeure pièce maîtresse du dossier, s'insère actuellement dans un document de synthèse auquel collaborent psychologues, conseillers d'orientation professionnelle, éducateurs, assistantes sociales, et la démonstration est faite que la coopération du psychiatre avec les autres techniciens peut être des plus harmonieuses.

5° D'ailleurs, la nouvelle procédure prévue à l'article 81 du Code de Procédure Pénale recommande aux juges d'instruction de procéder à tous les actes d'information qu'ils jugent utiles à la manifestation de la vérité, notamment en faisant enquêter sur la personnalité des inculpés, ainsi que sur leur situation matérielle, familiale ou sociale, et en ordonnant toutes mesures utiles, notamment en prescrivant un examen médical ou en confiant à un médecin le soin de procéder à un examen médico-psychologique.

Cette procédure élargit singulièrement le domaine de l'expertise médicale; celle-ci, de par les termes mêmes du nouveau Code, n'est plus uniquement psychiatrique, mais *médico-psychologique*. Le médecin n'a plus seulement à faire acte de psychiatre, se bornant à rechercher les traits pathologiques, mais encore de médecin somatique et de médecin psychologue, étudiant des niveaux d'aptitude et des motivations, la personnalité cognitive et celle profonde, scrutant en quelque sorte l'âme, la « psyché » dirait-on maintenant, dans sa genèse et son devenir.

Si nous avons ajouté à notre titre le terme de jeunes délinquants, c'est que nous occuperons essentiellement de ceux-ci, en raison des problèmes spéciaux qu'ils peuvent poser.

On sait en effet que la Révolution fixa la majorité civile à 21 ans et la majorité pénale à 16 ans. La loi du 12 avril 1906 fixa à 18 ans cette majorité pénale et permit de faire durer jusqu'à 21 ans les mesures éducatives. La loi du 22 juillet 1912 introduisit un stade nouveau : l'irresponsabilité; au-dessous de 13 ans, l'enfant est présumé irresponsable; au-dessus de 18 ans, il est présumé responsable; entre 13 et 18 ans, le juge doit se poser la question du discernement, celui-ci étant susceptible d'exister ou non selon les individus. L'ordonnance du 2 février 1945, modifiée par la loi du 24 mai 1951, si elle maintient les catégories d'âge instaurées par la loi de 1912, supprime la question du discernement et laisse au juge le soin d'apprécier, compte tenu de la personnalité du mineur et des circonstances du délit, la mesure de protection, d'assistance, de surveillance, d'éducation ou de réforme qui convient au cas, avec la possibilité exceptionnelle de prononcer une peine.

Mais les âges ainsi fixés, s'ils sont faciles à définir chronologiquement, constituent des fausses notions claires, en raison de

la diversité des composantes qui interviennent physiologiquement, psychologiquement, socialement dans la notion d'âge. Tout critère abstrait d'âge empêche toute individualisation alors même que l'optique nouvelle est essentiellement celle de l'individualisation.

*

**

I. — UTILITE DU CONCOURS DU PSYCHIATRE

La diversité actuelle des postes d'observation, qui visent à la connaissance aussi complète que possible de la personnalité des mineurs, rend-elle aussi nécessaire qu'autrefois l'intervention du psychiatre ? D'autant que les cas où la délinquance peut être imputée à des altérations organiques nettes du système nerveux ou à des psychoses caractérisées sont relativement rares.

Ce serait certainement une grave erreur que de se passer de ce concours.

1° Seul, en effet, le médecin est qualifié pour distinguer chez un sujet ce qui est normal et ce qui est anormal, autrement dit pour porter un diagnostic d'état pathologique. Or, c'est de ce diagnostic que découle le niveau de responsabilité et, par application, l'amendabilité ou la dangerosité, ainsi que les mesures à prendre, dont certaines peuvent être d'ordre thérapeutique, car il est des criminels qui doivent être soignés médicalement.

2° Habitué à remonter aux causes, à faire le point du rôle, chez tout malade mental, des facteurs biologiques et de ceux de l'environnement, habitué aussi à explorer le psychisme profond avec ses mobiles récents ou anciens, aussi bien pour expliquer la genèse d'une psychose ou d'un état névrotico-caractériel que d'un crime, le médecin ne peut qu'être compétent pour saisir la personnalité dans son dynamisme, faire le bilan des motivations éventuellement criminogènes, apprécier la valeur même de la personnalité.

3° De par le caractère quasi sacré de sa profession, la confiance qu'il ne peut qu'inspirer — et ne parle-t-on pas de sacerdoce chez lui ? — le médecin peut poursuivre, mieux que quiconque, avec l'inculpé un entretien en profondeur, approcher ses mobiles dans une perspective d'objectivité, se prononcer sur son niveau de sincérité, dépister chez lui la simulation, la sursimulation et la dissimulation.

4° Un problème de doctrine se pose aussi. Corps et esprit ne sont plus aussi séparés que du temps de Descartes. La pensée est bien, dans une grande part, comme le voulait Cabanis, le produit

du fonctionnement du cerveau; elle est, en outre, fortement influencée par les sécrétions hormonales et l'exercice des viscères; elle peut être absorbée par des préoccupations d'origine physique (ainsi chez les infirmes); elle est ainsi sous la dépendance étroite de l'organisation corporelle. Dans ces conditions, une connaissance du psychisme sans intégration somatique et, partant, sans examen médical, est impensable.

Comme l'écrivait le regretté LÉVI-VALENSI, dans son *Traité de Psychiatrie*: « Penché sur ce que les croyants appellent l'âme, le psychiatre est amené à en sonder les replis les plus obscurs, les abîmes les plus profonds, regardant avec tristesse ses laideurs; dans le tréfonds des processus psychiques, il a accoutumé de rechercher les mobiles d'évolution humaine; il les recherche plus haut dans le passé et plus haut encore en remontant l'échelle souvent si douloureuse de l'hérédité ».

En présence de tout criminel, morbide ou apparemment normal, le médecin retrouvera ces facteurs d'hérédité, d'infirmités diverses, de conditions éducatives défavorables génératrices de complexes affectifs, les facteurs d'occasion aussi, sans lesquels il n'y aurait sans doute ni crime, ni délit..., ni châtement.

*

**

II. — L'ÉVOLUTION DES IDÉES EN MATIÈRE D'EXPERTISE; CRITIQUE DES TEXTES

Le Code pénal de 1810 (comme le Code civil, du reste, dans ses grands principes) repose sur une conception à la fois exhaustive de l'homme, c'est-à-dire d'un homme libre, maître de lui, responsable de ses actes, et utilitaire. Le Code pénal établit une correspondance entre la gravité de la faute et le degré de la sanction. Par la suite, notre Droit pénal s'est humanisé et individualisé, mais la notion de responsabilité pour faute continue d'imprégner nos institutions.

On connaît l'influence considérable qu'exerça le courant anthropologique en matière judiciaire. C'est à LOMBROSO que revint le mérite de montrer que le crime n'était pas toujours un acte libre, mais un acte pouvant être déterminé par des facteurs anthropologiques et qu'à côté des criminels d'occasion, des criminels par passion et du délinquant d'habitude, il convenait de distinguer des criminels aliénés, voire des criminels-nés; on se rapprochait en

criminologie des conceptions qu'un Français, A. MOREL, avait mises en lumière pour l'explication des psychoses, en montrant la fréquence chez les aliénés des stigmates dits de dégénérescence.

La constatation déjà ancienne de la possibilité d'actes criminels chez les aliénés et ce courant, malgré ses erreurs doctrinales, justifiaient la nécessité de l'expertise psychiatrique criminelle. Celle-ci repose sur deux articles du Code pénal :

ART. 64. — « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

ART. 463 (révisé par la loi du 20 avril 1832). Cet article admet une responsabilité atténuée pour un trouble mental ne réalisant pas la démence.

En pratique, aux termes de la circulaire Chaumié, du 12 décembre 1905, l'expert devra répondre aux deux questions suivantes :

- 1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal;
- 2° Dire si les examens psychiatrique et biologique ne révèlent point des anomalies mentales ou physiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité.

Ces différents textes mettent ainsi l'accent sur deux notions clés : la démence, la responsabilité; or l'une et l'autre ne vont pas sans soulever de nombreuses discussions.

1° La notion de démence.

Dans la psychiatrie actuelle, la démence a un sens très précis et n'est qu'un des chapitres de l'aliénation mentale; la démence peut être définie comme la perte progressive des diverses facultés mentales, résultant d'un état d'altération organique du cerveau; il s'agit donc d'une affection essentiellement organique, dont le prototype est la paralysie générale syphilitique, mais qui peut avoir pour causes des toxi-infections diverses, des processus traumatiques ou mécaniques et des phénomènes d'involution. Les autres chapitres de l'aliénation mentale sont l'arriération mentale grave, les grandes psychoses cyclothymiques et schizophréniques, les grands délires systématisés, l'épilepsie mentale, les délires aigus et la confusion mentale. Or, ces diverses affections peuvent donner matière à des processus criminogènes dans lesquels la responsabilité du sujet ne peut être que nulle, au même titre que l'état de démence. Si bien que démence, au point de vue juridique, doit être pris dans le sens d'aliénation mentale, chronique ou aiguë, mais encore conviendrait-il que le texte le précisât.

2° La notion de responsabilité.

Le juge demande à l'expert si le délinquant ou le criminel était, au moment de l'acte, dans un état tel que sa responsabilité était complète, atténuée ou nulle, étant entendu que, quand il s'agit d'enfants de moins de 18 ans, la question posée est celle du discernement et, plus exactement, celle des mesures de protection et, exceptionnellement, de peine.

Or, de très bons esprits, Gilbert BALLEZ entre autres, avaient, depuis longtemps déjà, contesté au médecin le droit et le devoir d'apporter au juge le renseignement de responsabilité, celle-ci étant une notion philosophique et non médicale.

Certes, si nous avons bien le sentiment de notre responsabilité, c'est-à-dire d'être un « être » qui sent et pense, prend position et mesure les conséquences de ses actes, se considère également comme répondant et se portant garant de quelqu'un ou de quelque chose, si la responsabilité se relie ainsi à un sentiment de devoir et d'obligation, elle possède une signification spirituelle et se rattache au sentiment et à l'idée de liberté. Elle est essentiellement la solidarité de la personne humaine avec ses actes, et c'est cette solidarité vis-à-vis de soi qui, entraînant un perpétuel courant de lutte contre les déterminismes malsains, constitue le fondement de la morale et, par extension, on le conçoit, de la juridiction.

Mais l'acte réellement libre devient de plus en plus discuté. La psychanalyse nous a montré que nous sommes profondément déterminés par tout notre passé. Les réflexes conditionnés nous enseignent que le milieu est source de réflexes acquis et que notre personnalité est considérablement façonnée par ce milieu. Le déclenchement de l'acte lui-même peut être conçu dans une perspective réflexologique, en terme de stimulus-réponse, de simple réponse à une circonstance criminogène.

Cependant, en pratique, il n'y a peut-être là que querelle de mots.

a) Il est tout d'abord des cas faciles, à condition toutefois de pouvoir parvenir à la certitude en matière de diagnostic.

La responsabilité ne peut être que nulle chez les délirants aigus ou chroniques, les déments, les confus, les maniaques et les mélancoliques en accès, dans l'idiotie et l'imbécillité, chez les épileptiques en état de crise, voire même chez certains obsédés impulsifs.

b) L'appréciation est plus délicate dans d'autres cas; ainsi, dans l'épilepsie (en dehors du paroxysme), dans la débilité mentale, dans l'hystérie et dans certains états de déséquilibre (dans les per-

versions, celles sexuelles notamment). C'est ici que, selon ses propres tendances, mais aussi selon le contexte mental associé, l'expert conclura à la responsabilité complète ou atténuée.

c) Restent tous les autres cas, ceux où le sujet est apparemment normal; l'état de normalité implique-t-il alors *ipso facto* la capacité d'auto-détermination ?

Il serait absurde de concevoir l'homme comme soustrait à tout déterminisme, c'est-à-dire abstrait de la vie elle-même, une sorte d'idée pure; mais on peut admettre que nous jouissons d'une certaine possibilité de liberté et que cette liberté se nourrit de la nécessité, car sans celle-ci nous n'aurions pas le sentiment de celle-là. On peut ainsi considérer que nous sommes affrontés, d'une part à une exigence de liberté et, d'autre part, à l'expérience incessante d'un déterminisme qui atteint le plus profond de notre être.

Il va de soi que cette conception n'est valable que pour l'homme sain, vivant dans un milieu sain, ayant accédé à la maturité, doué d'une forte capacité de lucidité et quelque peu désinséré des passions humaines. C'est une position théorique, certes admissible, mais qui, en pratique, ne peut être que le lot d'un très petit nombre d'individus.

La question à poser à l'expert serait donc, non plus de lui demander si un individu est responsable, mais de dire dans quelle mesure il jouit d'une *capacité normale de résistance à ses pulsions personnelles ainsi qu'aux tentations et pressions du milieu*, c'est-à-dire à un état de contrainte au sens de l'article 64, étant entendu que par contrainte il convient de ne pas tenir compte uniquement de la contrainte extérieure, mais également des possibilités d'états de contrainte intérieure.

C'est dans cette optique que l'on peut comprendre tous ces crimes de caractère impulsif survenant sur un terrain d'immaturité affective, surgissant dans un milieu hautement défavorable, où la personnalité est comme menacée; si bien que le crime apparaît comme une sorte d'aboutissement fatal liquidant une situation conflictuelle pénible ou l'effet inéluctable de circonstances auxquelles seul un sujet doué d'une personnalité supérieure pouvait échapper ou trouver une solution rationnelle.

La conscience se situe sur des seuils divers et il devient admis de parler de différents *niveaux de conscience*. La conscience dite normale n'est qu'une conscience au stade subjectif, assistant passivement au déroulement de nos sentiments, n'intervenant que pour les rationaliser et refouler dans l'extra-conscient ceux que notre vigilance sur nous-mêmes réprouve; elle n'est, au fond, qu'une sorte de sous-conscience, une conscience de rêve éveillé. De temps

à autre, dans des moments privilégiés et chez certaines natures initiées aux prises de conscience, peuvent survenir des éclaircies conférant lucidité, permettant des conversions, aidant au passage de la rive sombre à celle de lumière.

On peut donc, à la rigueur, interroger le psychiatre sur la capacité de responsabilité d'un sujet, celle du niveau du commun, mais non sur une capacité de responsabilité absolue, c'est-à-dire pleine et entière car, à ce niveau, aucun criminel n'en jouit et celui qui pourrait la posséder ne deviendrait que difficilement un criminel.

**

III. — NATURE ET OBJECTIFS DES EXAMENS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES AUX DIFFERENTS MOMENTS DE LA VIE DU DELINQUANT

La notion de responsabilité pour faute continuant à imprégner nos institutions, l'expertise psychiatrique traditionnelle conserve toujours sa place, mais l'optique actuelle d'humanisation et d'individualisation exige qu'on la reconsidère; elle ne devrait plus se borner à donner un cliché négatif du délinquant, ne s'attachant qu'au dépitage et à la description des traits pathologiques, mais s'orienter vers la compréhension de la personnalité totale du délinquant, visant davantage à établir son portrait psychologique complet, avec ses aspects positifs et avec ses déterminants passés, sa nature actuelle et son devenir, c'est-à-dire dans une perspective de structure espace-temps. L'examen doit ainsi être à la fois psychiatrique et médico-psychologique.

En outre, le but essentiel, au terme de la nouvelle législation, n'étant plus seulement la sanction, mais la réhabilitation et le choix des mesures facilitant celle-ci, l'examen mental doit satisfaire à toute une série de nouvelles exigences: thérapeutique mentale le cas échéant, action éducative, orientation professionnelle, formation professionnelle, réadaptation sociale. L'expertise de niveau de responsabilité ou de discernement doit ainsi se doubler d'un bilan de personnalité aux fins de réhabilitation.

Dans ces conditions, l'examen psychiatrique, et plus exactement médico-psychologique, doit se proposer d'apporter des renseignements précis susceptibles d'être utilisés, non plus au seul moment de l'instruction, mais lors des différentes étapes ultérieures de la vie du délinquant.

A. — RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ÉTAPE DE L'INSTRUCTION

C'est pour cette période que l'expertise, au sens traditionnel mais renouvelée, constitue toujours l'acte majeur du psychiatre, mais déjà d'autres préoccupations doivent prendre place: examens complémentaires nécessaires, affectation immédiate, degré d'urgence de la procédure.

1° *En ce qui concerne l'expertise:*

Celle-ci doit principalement répondre aux problèmes suivants:

a) *L'explication du délit*, en faisant la part à la fois des causes occasionnelles et des facteurs de personnalité, en démêlant parmi ceux-ci le poids qu'il convient d'accorder aux facteurs biologiques et médicaux, aux facteurs psychologiques et complexes, aux différents déterminants de l'environnement et en essayant d'interpréter le mode d'interaction des uns et des autres.

b) *Le niveau de responsabilité* et, plus exactement, compte tenu de ce que nous avons dit précédemment, le degré de normalité. Trois composantes principales sont, à ce point de vue, à distinguer: la capacité de discernement, qui dépend étroitement du jeu des différentes fonctions intellectuelles et du niveau général de l'intelligence; la capacité de résistance aux pressions du milieu et aux pulsions personnelles, qui commande la possibilité de maîtriser les conduites criminogènes ou leur inéluctabilité; l'intensité même des motivations criminogènes qui empêchent les digues normales de pouvoir intervenir.

Dans ces conditions, plutôt que de demander au psychiatre de se prononcer sur le degré de responsabilité de l'inculpé, il serait préférable qu'il formulât son jugement en termes de personnalité pathologique, de personnalité subpathologique (ou psychopathique), de personnalité vulnérable (parce que fragile ou menacée) et de personnalité pratiquement normale.

c) *L'âge « pratique » du sujet*: La croissance, en effet, non seulement peut être décalée physiologiquement (en plus ou en moins par rapport à la chronologie normale), mais encore ne s'effectue pas parallèlement dans tous les secteurs; à côté de l'âge chronologique et de l'âge physiologique, il faut tenir compte de l'âge mental (que l'on exprime en termes de quotient intellectuel), de l'âge de maturité sociale (que l'on peut décrire en niveau de capacité d'autonomie sociale, économique, morale) et aussi de l'âge aspiré (celui que le sujet désire avoir en fonction des droits et du « paraître » afférents).

d) *La valeur de la personnalité*, dans une perspective de dangerosité ou de récupérabilité, par une mise en balance des facteurs

de facilitation du passage à l'acte et des facteurs d'inhibition — des dispositions antisociales et de celles prosociales — de l'orientation maligne ou, inversement, allocentrique de la personnalité.

2° Mais l'expertise unique et définitive ne saurait être le seul objectif du psychiatre lors de l'étape de l'instruction :

a) Pour compléter son examen et assurer de façon plus précise son diagnostic, des *données complémentaires* peuvent lui être nécessaires, celles apportées par l'examen du fond d'œil, des radiographies crâniennes, l'analyse du liquide céphalo-rachidien et, surtout, l'électroencéphalographie.

b) Des problèmes d'affectation peuvent se poser; le délinquant est-il justiciable simplement de sa prise en charge par une consultation ouverte? Son cas nécessite-t-il son admission dans un centre d'observation? Doit-on le diriger vers une section spéciale de maison d'arrêt ou, au contraire, est-ce l'hôpital psychiatrique qui est le plus spécialement indiqué?

c) L'urgence de la procédure ne se présente pas avec le même degré dans tous les cas; certes, celle-ci doit toujours être aussi rapide que possible; rien de plus déprimant, et par conséquent de plus menaçant pour la personnalité, que l'attente prolongée de la sanction éventuelle; il est même des sujets pour lesquels la procédure doit être aussi raccourcie que possible, quand la santé physique et mentale l'exigent et que des circonstances sociales particulières le légitiment.

B. — RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ÉTAPE DE LA SANCTION

En raison de la connaissance approfondie qu'il peut avoir de la personnalité du délinquant, il serait souhaitable que le psychiatre puisse faire valoir son point de vue sur un certain nombre de problèmes.

1. *Sur le régime conseillé* : non-lieu, observation ouverte, liberté surveillée, placements divers.

2. *Sur la peine envisagée*; si celle-ci peut, dans certains cas, avoir un effet favorable, de par le choc créé, en tant que facteur de remaniement de la personnalité et ainsi de conversion, en tant également que susceptible d'intimider le sujet; il est des cas où la sanction ne peut que renforcer, si elle est mal comprise et mal dosée, l'antisociabilité du délinquant, chez le récidiviste notamment, si bien qu'on a pu parler d'une antisociabilité conditionnée par voie judiciaire. Plus efficace seraient sans doute, chez les voleurs

récidivistes, par exemple, des sanctions du type travaux punitifs de remboursement, seul moyen d'engendrer chez eux la prise de conscience du « mien » et du « non-mien ».

3. *Sur certains motifs invoqués*, et notamment sur les notions de responsabilité atténuée et d'irresponsabilité. L'irresponsabilité entraîne le placement dans un hôpital psychiatrique, où le sujet, le plus souvent, n'est pas conservé faute de l'agencement nécessaire des locaux (simplement aussi parce que, la psychose ayant évolué favorablement, le sujet est considéré comme réintégré dans la société). Or, certains délinquants particulièrement dangereux peuvent ainsi être remis en liberté. La responsabilité atténuée entraînant aux yeux de l'inculpé la diminution de sa responsabilité, permet à sa personnalité de rester inchangée et laisse persister les conduites criminelles. Si bien qu'ici encore mieux vaudrait invoquer d'autres motifs que le degré de responsabilité et faire intervenir ces notions de personnalité pathologique, psychopathique, vulnérable ou normale dont nous parlions plus haut.

C. — RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ÉTAPE DE RÉÉDUCATION

Ce chapitre qui ne figure pas dans les expertises traditionnelles mériterait cependant ample développement en raison de la nouvelle législation. La réhabilitation nécessite un certain nombre de mesures et parmi celles-ci des choix, fonction même de la personnalité du délinquant; aussi serait-il nécessaire que le psychiatre fît valoir son avis à ce sujet et le motivât. Quelles sont les mesures qui relèvent particulièrement de sa compétence?

1. *Les mesures thérapeutiques* qui relèvent des besoins thérapeutiques présentés par le sujet; soit à distinguer :

- a) des cas médicaux ou somatiques, parce que l'on a constaté des signes de tuberculose, une affection cardiaque décompensée, un trouble grave quelconque;
- b) des cas névrotiques nécessitant une psychothérapie en consultation ouverte ou en milieu hospitalier;
- c) des cas vésaniques : démence, psychose grave, détérioration mentale organique ou fonctionnelle, nécessitant l'admission dans un hôpital psychiatrique.

2. *Les mesures pédagogiques*, fonction des besoins en instruction scolaire ou professionnelle.

Certes, ces mesures découleront surtout des données des examens psychologiques, psychotechniques, du passé professionnel, du comportement dans les ateliers, mais il est nécessaire que le psychiatre,

surtout s'il veut bien se situer dans une perspective médico-psychologique, fasse valoir son point de vue en raison du *support biologique* de nombre d'aptitudes et de l'importance des contre-indications professionnelles d'ordre médical; soit à préciser :

- a) l'existence d'inaptitudes médicales, fonction d'infirmités diverses, viscérales ou sensorielles;
- b) le niveau d'intégrité du système psycho-moteur, en dépistant les signes de débilité motrice ou plus exactement psycho-motrice, d'origine organique ou fonctionnelle, entraînant la malhabileté manuelle;
- c) l'aspect typologique d'où découlent la robustesse, la résistivité générale, le rythme tempéramental et certaines pulsions fondamentales;
- d) la structure mentale générale : niveau intellectuel, orientation intellectuelle vers l'abstrait ou le concret, goût de l'effort et de l'étude, motivations professionnelles et mode du contrat social, qui peuvent commander à la fois le mode de formation et le type d'activité professionnelle.

3. *Les mesures familiales*, fonction des besoins affectifs profonds à l'égard de la famille.

Ici également, le choix de la mesure sera dicté par le résultat des examens des psychologues et des entretiens avec les éducateurs; mais le psychiatre, par les aveux que lui feront spontanément et plus objectivement les délinquants, pourra apporter des renseignements utiles sur :

- a) la situation du jeune vis-à-vis de sa famille : ses sentiments à son égard et les sentiments aussi de sa famille quant à lui;
- b) la valeur de la famille et les mesures éventuelles la concernant : déchéance, tutelle aux allocations familiales, bien-fondé des doléances, des demandes des parents en matière de correction.

4. *Les mesures de placement*. Cinq axes sont principalement à considérer :

- a) le lieu, c'est-à-dire le climat favorable, eu égard à la santé physique et même à certains besoins psychologiques; rien de comparable entre le climat méridional ou nordique, entre celui de l'Est, du Centre et de l'Atlantique, pour certaines personnalités, et entre des climats de montagne, de plaine ou maritimes, pour certaines santés;

- b) l'âge du délinquant, non pas seulement son âge chronologique, mais son âge synerétique. On ne saurait mélanger impunément, dans le même établissement, des impubères et des sujets à puberté précoce; le niveau de scolarité et de formation professionnelle n'est, en outre, pas le même aux différents âges;
- c) le mode d'établissement : internat simple, établissement d'éducation surveillée, internat médico-psychologique, établissements spéciaux, ceci selon le type de personnalité et de dangerosité;
- d) le type de formation professionnelle : complète pour les jeunes, accélérée pour les sujets plus âgés (et même pour certains jeunes qui se refusent à un apprentissage de longue durée), spécial pour les sujets possédant déjà un bagage professionnel;
- e) l'aspect sociométrique, c'est-à-dire la *structure affective* de l'établissement : mode de liaison affective entre les différents membres du groupe; personnalité du directeur; densité de l'effectif; caractère familial avec voisinage des grands et des petits, des garçons et des filles. Tout ceci mérite intérêt; les placements ne doivent pas obéir simplement à des problèmes d'organisation formelle, mais doivent tenir le plus grand compte de tous ces facteurs informels qui répondent à des besoins affectifs profonds et sont facteurs d'*affinités électives*.

On conçoit ainsi que l'expertise traditionnelle se trouve dépassée et qu'il convient de lui substituer un rapport complet où l'expertise, certes, conserve toujours place importante mais n'en est plus qu'un des chapitres.

**

IV. — TECHNIQUE GENERALE DE L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET DE L'EXAMEN MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Si certains débats de prétoire ont pu faire douter de la validité de l'examen psychiatrique et des conclusions des experts, c'est peut-être parce que les problèmes en jeu pouvaient faire intervenir des conceptions doctrinales discutables (nous avons vu ce qu'il fallait penser de la notion de responsabilité), et faute aussi d'une connaissance suffisante des modalités de l'examen psychiatrique.

Notre but n'est autre que de montrer brièvement comment procèdent le médecin et le psychiatre afin que puisse être évité tout malentendu dans les questions qui peuvent être posées et dans les conclusions qu'on peut attendre d'eux.

Du fait qu'il s'agit d'un examen neuro-psychiatrique (on devrait dire plutôt médico-psychiatrique) et que cet examen doit être complété, dans les perspectives de la législation actuelle, par un examen psychologique, il ne peut que procéder en deux temps : recherche des signes corporels par un examen corporel et recherche des signes psychiatriques et psychologiques par un examen mental, voire en trois temps lorsque des examens complémentaires appropriés sont nécessaires.

A. — L'EXAMEN CORPOREL ET LA RECHERCHE DES STIGMATES

Son but est le dépistage de signes susceptibles d'être symptomatiques soit d'une déficience viscérale, soit d'une déficience neurologique.

Il est regrettable que nombre de psychiatres considèrent cette première partie comme négligeable et se cantonnent trop volontiers dans une attitude « à distance » en procédant uniquement par voie d'entretien; or, il est impossible de faire la part de l'organique et du fonctionnel dans la genèse des troubles mentaux si connaissance minutieuse n'est pas prise du fonctionnement organique; le fait également de faire déshabiller un malade ne peut qu'habiliter aux yeux du délinquant le caractère médical et donc quasi sacral de celui qui l'examine; enfin, en raison de l'accent actuellement mis sur la rééducation, un bilan complet des fonctions somatiques est nécessaire et il n'apparaît pas indispensable que l'on fasse appel à un médecin somatique pour procéder à ce bilan, qui, s'il doit être complet, ne requiert que d'être sommaire; étant entendu que dans les cas difficiles le recours à un spécialiste peut être demandé.

Dans ces conditions, cet examen corporel consistera :

1. En l'examen médical général du sujet, dans une perspective de bilan des infirmités présentées, de vulnérabilité générale et élective et de dépistage de maladies évolutives (tuberculose, syphilis, maladies contagieuses diverses);

2. En l'appréciation de la valeur physique; robustesse générale, dans une optique de force, carrure, résistance;

3. En un bilan typologique, s'inspirant au besoin des conceptions de Sheldon et de Kretschmer, permettant de définir le type

basique général (pénique, athlétique, leptosome) et certaines composantes complémentaires : type sthénique, type sexuel, stade de maturité, degré de différenciation;

4. En un bilan des fonctions neurologiques par la recherche de signes neurologiques symptomatiques d'altération organique du système nerveux;

5. En la recherche non moins minutieuse de certains *stigmates* mettant sur la voie d'une prédisposition psychologique :

— stigmates dysmorphiques (stigmates de dégénérescence de Morel), indicatifs d'une sorte de maldonne héréditaire ou acquise, permettant d'inférer l'existence d'un développement général anormal;

— stigmates psychiatriques, apportés par l'interrogatoire systématique : onychophagie, tics, énurésie persistante, encoprésie, bégaiement, *pavor nocturnus*, phobies diverses précoces, somnambulisme, convulsions, retards dans les divers développements, qui indiquent des troubles dans l'évolution mentale.

Ce sont ces signes neurologiques, morphologiques, psychiatriques, qui mettent sur la voie de l'organicité éventuelle des troubles présentés; certes, ils doivent être interprétés, mais il convient de les rechercher minutieusement.

B. — L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE PROPREMENT DIT

L'examen psychiatrique consiste fondamentalement en un entretien sous-tendu par des connaissances psychiatriques servant de références pour juger ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Mais, dans la perspective actuelle, à côté de ce portrait en quelque sorte négatif, il convient d'ajouter un portrait positif, c'est-à-dire conçu dans un sens de compréhension de la personnalité totale du sujet, afin qu'à côté des signes négatifs, place soit faite également à des signes positifs : aptitudes, valeurs, qualités possibles qui joueront un rôle important dans la réhabilitation. Cet entretien s'effectue à la fois sur le mode libre en laissant parler le sujet et en l'écoutant — sur le mode dirigé en le questionnant avec tact sur les aspects pathologiques qu'il peut présenter — en faisant au besoin intervenir, mais avec encore plus de tact, des « stress » permettant d'apprécier ses modes réactionnels, enfin, en l'interrogeant sur sa conception de la vie et ses divers desiderata.

Les données de l'entretien, qui *ipso facto* ne proviennent que du plan verbal, sont utilement complétées par l'observation même

du *comportement*, c'est-à-dire par l'étude des réflexes, non plus neurologiques mais psychologiques, qui se succèdent pendant l'examen. Cette observation du comportement a toujours fait partie de la technique psychiatrique, mais a précisé ses modalités ces dernières années : on interroge le regard (malheureusement bien trompeur souvent), la mimique, le timbre de la voix, les gestes, les réactions végétatives, en cherchant les moments d'accord et de désaccord entre les mots et leur expression, entre le regard et la mimique.

La méthode des tests (tests métriques et épreuves projectives) constitue un troisième mode d'investigation : cette méthode a pour avantage d'apporter des possibilités de mesure et de permettre des notations précises ; mais elle nécessite tout un apprentissage spécial ; aussi de plus en plus l'usage prévaut de les réserver au psychologue.

Ainsi compris, cet examen mental aura pour objectifs principaux :

1° De définir éventuellement le type d'anomalie mentale grave présentée : troubles de l'intelligence (démence, retard mental grave), troubles de la personnalité (atteinte schizophrénique et état délirant), troubles graves des fonctions thymiques (cyclothymie, état maniaque ou dépressif), troubles graves de la moralité (folie morale, mentalité perverse ou gravement pervertie) ;

2° De dire s'il s'agit d'un état de mauvais ajustement, c'est-à-dire de personnalité psychopathique (par troubles caractériels importants), de personnalité névrotique (avec dispositions introverties prédominantes), de personnalité dite déséquilibrée (avec difficulté de la régulation des mœurs et perversions mineures) ;

3° De connaître les conflits éventuels, présents et passés, socio-économiques ou affectifs, en explorant les sentiments à l'égard de la famille, du travail, de la société et les solutions apportées à ces conflits par les conduites présentées (frustration, castration, fixation et, par extension, revendication, démission, évasion, autisme, identification et inacceptations diverses) ;

4° D'établir un bilan général de personnalité : niveau général d'intelligence, orientation de l'intelligence dans le sens abstrait ou concret, degré d'élaboration des valeurs morales (« surmoi » faible, développé ou dévié), niveau des fonctions de régulation (intensité des pulsions, capacité d'inhibition) ;

5° D'étudier la sincérité : ce n'est pas là la tâche la plus comode ; le psychiatre devrait essayer de dépister la simulation, la sursimulation, la dissimulation. Rappelons :

- que la simulation de la folie est fréquente chez les criminels ; aussi l'expert mettra tout en œuvre pour la reconnaître ; il n'y a pas de règle à appliquer ; cependant quelque averti que puisse être l'inculpé en médecine mentale, il pourra toujours trahir à un moment donné son incompetence et on ne manquera pas de lui tendre des pièges où il pourra tomber, voulant faire trop bien ;
- que la sursimulation est l'exagération d'un trouble psychique réel, pour des motifs divers ;
- que la dissimulation, rare d'ailleurs en criminalité, est la tendance qu'ont quelques psychopathes, les obsédés en particulier, ou les mélancoliques criminels, à vouloir se faire passer pour des individus normaux ;

6° D'essayer d'expliquer le délit. On notera tout d'abord comment le délinquant explique lui-même son acte, non seulement les motifs occasionnels qu'il invoque, mais également les mobiles d'origine plus lointaine qu'il peut se trouver lui-même. C'est ensuite au psychiatre qu'il incombe, compte tenu de ses investigations sur la personnalité du mineur, de définir les conduites criminelles présentées et d'essayer de les interpréter par les interactions des facteurs d'origine biologique et d'origine sociologique, en pesant notamment comparativement le poids des facteurs d'organicité (stigmates décelés, données de l'examen électro-encéphalographique), et le poids des facteurs sociologiques (occasionnels ou habituels) ;

7° De sonder les sentiments du sujet en matière de choix de la mesure : séparation d'avec la famille, métier désiré, opinion concernant la sanction éventuelle. Tout ceci doit être étudié soigneusement ; il est des délinquants dont les parents sont incontestablement de médiocre valeur et qui pourtant aiment leurs parents, ne veulent pas s'en séparer ; ce serait les traumatiser gravement parfois que de les soustraire à leur famille. De même, en matière professionnelle, vouloir le bien du mineur en lui faisant subir un apprentissage complet, portant sur plusieurs années, peut l'exposer si l'on n'a son consentement, à s'évader de l'établissement dans lequel il est placé, avec toutes les conséquences judiciaires que cela comporte.

En ce qui concerne la peine, les uns y verront un châtement justement mérité capable même d'apaiser des sentiments morbides de culpabilité, alors que d'autres se regimberont avec véhémence et s'ancreront dans l'antisocialité.

Il va de soi que le psychiatre pourra profiter de son examen pour exercer déjà un *début d'action thérapeutique* en aidant notam-

ment le délinquant à « intégrer » son acte dans sa personnalité, en l'aidant soit à faire sa prise de conscience, soit même à se déculpabiliser, l'équilibre mental se trouvant à mi-chemin de la capacité de culpabilisation et de la capacité de déculpabilisation.

C. — DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Ces informations complémentaires, qui peuvent être nécessaires à l'établissement du diagnostic ainsi qu'à la connaissance totale de la personnalité du sujet, procèdent des sources suivantes :

1° *Les examens complémentaires.*

Ils sont indispensables dans certains cas pour étayer le diagnostic. Fond d'œil, réaction de Bordet-Wasserman, radiographie crânienne, examen du liquide céphalo-rachidien, sont parfois nécessaires. Mais c'est surtout à l'électro-encéphalographie qu'il est fait de plus en plus appel; la constatation d'un tracé altéré demande cependant à être interprétée avec prudence, en raison de la fréquence de l'altération des tracés chez des gens dits normaux; il faudrait donc se garder de conclure trop hâtivement à l'irresponsabilité ou à la responsabilité atténuée lorsqu'on se trouve en présence d'une anomalie.

2° *Le contact avec la famille.*

Trop souvent le psychiatre ne connaît que l'inculpé; il ignore, de ce fait, tout des antécédents familiaux, des maladies personnelles qui sont survenues dans l'enfance, de l'évolution de l'enfant; la façon même dont parents et enfants réagissent entre eux est d'une connaissance indispensable; aussi serait-il souhaitable que d'une façon quasi systématique, le psychiatre puisse entrer en contact avec la famille de l'inculpé.

3° *L'enquête sociale.*

Elle est un élément d'information de grande valeur pour le psychiatre. Ce n'est guère que là qu'il peut trouver les renseignements indispensables sur la vie de l'enfant, dans sa famille, à l'école; sur sa réussite scolaire ou son adaptation professionnelle et la nature de ses loisirs; c'est enfin grâce à elle qu'il peut notamment vérifier les allégations du mineur concernant sa famille et les circonstances du délit.

4° *L'information des faits nouveaux.*

Il est évident que le psychiatre doit être systématiquement mis au courant de tous les faits nouveaux qui parviennent à l'ins-

truction. Il en est, en effet, du diagnostic psychiatrique comme du diagnostic médical; c'est autant par l'évolution des symptômes que par la constatation des signes que celui-ci peut être établi de façon précise.

V. — MODE DE REDACTION DU RAPPORT

La forme habituelle du rapport d'expertise comprend :

1° Le préambule :

- a) nom, prénoms, qualité, domicile de l'expert;
- b) reproduction de l'ordonnance, du jugement ou de l'arrêt en vertu duquel l'expertise est exécutée;
- c) mention de prestation du serment;

2° L'exposé des faits : c'est l'étude du dossier qui les fournit;

3° L'observation clinique;

4° La discussion;

5° Les conclusions.

Lorsqu'il est demandé au psychiatre un rapport d'expertise, ce mode de présentation reste toujours valable.

Si, par contre, le psychiatre doit se situer dans une perspective non seulement de responsabilité, mais encore de réhabilitation, la rédaction du rapport gagnera à être plus complète et surtout plus exhaustive en présentant un bilan non seulement négatif de faits psychologiques, mais également positif, c'est-à-dire un *portrait complet*. Voici schématiquement comment l'on peut en concevoir, après rédaction du préambule et de l'exposé des faits, le plan général :

1° *Présentation générale du sujet.*

Aspect typologique, attitude générale, santé, stigmates morphologiques et stigmates neuro-psychiatriques.

2° *Description de la personnalité.*

a) Bilan général de normalité.

b) Bilan plus spécial des fonctions intellectuelles, motrices, dynamiques, d'une part; des fonctions affectives (nature des sentiments) et morales (valeurs et niveau des valeurs), d'autre part; des fonctions de régulation enfin.

c) Type de personnalité.

Il est bon, en effet, de pouvoir mettre une étiquette sur le type mental présenté, autrement dit, de porter un diagnostic de personnalité en indiquant que l'on a affaire à un schizoïde, paranoïaque, impulsif, anxieux, obsédé, débile, pervers, etc., sans en être dupe cependant, en raison de la diversité même des composantes de la personnalité; cette manière de voir permet, en effet, de mieux saisir l'individu dans son pronostic et de conseiller le choix des mesures.

Plus intéressante nous paraît, d'un point de vue plus pragmatique, la classification, établie avec VOIRIN, des délinquants en personnalités décontenancées (par des circonstances brutales et graves), en personnalités menacées (par un milieu habituellement défavorable) et en personnalités altérées (par des situations complexuelles graves, des handicaps physiques sérieux et des troubles mentaux importants).

3° Discussion.

a) L'explication du délit :

- en indiquant la part des facteurs constitutionnels, des facteurs réactionnels et des intentions mêmes;
- en discutant du poids des facteurs organiques constatés (dans quelle mesure entrent-ils en jeu) et du poids des facteurs sociologiques (quelle est l'intensité du conditionnement éventuel, quelle a été la force de la pression exercée; c'est-à-dire dans quelle mesure un homme normal eût été capable de résister).

b) Le niveau de sincérité :

Problème difficile mais capital; la fausse bonne foi des enfants n'est pas rare; il faut savoir tenir compte de la cohérence de l'argumentation et aussi, comme le présent n'est que la continuation du passé, des antécédents en cette matière.

4° Bilan général des besoins :

- a) Médicaux;
- b) Familiaux;
- c) Professionnels;
- d) Éducatifs.

5° Pronostic général et conclusions.

Toute présentation commande une forme. Or, il est souvent reproché au psychiatre d'utiliser des termes hermétiques. Cependant, toute science est un langage et toute technique a son langage;

le maçon, l'artiste, l'ingénieur, le philosophe, ont leur langage, les mots techniques recouvrent un contenu précis qu'il est difficile d'exprimer sous une forme simple à l'aide de circonlocutions; ils ont la même signification, pour le technicien du non-quantifiable, que les coefficients pour le mathématicien; en outre, d'un psychiatre à l'autre, en l'occurrence, le terme conserve sa pleine signification et permet une communication exacte; il est donc difficile de supprimer le vocabulaire technique. Néanmoins, il convient que le rapport puisse être compris par les utilisateurs. Aussi la meilleure solution est-elle de réserver le vocabulaire technique à la seule partie descriptive. Par contre, la partie interprétative peut s'en dispenser et il peut y être fait usage d'un vocabulaire normal.

Il va de soi, par ailleurs, que l'examen psychiatrique, tel que nous l'avons compris, est long; long à conduire et long à rédiger.

Quand il ne s'agit pas d'une expertise judiciaire, mais d'un simple rapport d'examen, comme cela se pratique dans les consultations ouvertes et dans les centres d'observation, on peut se dispenser du préambule et de l'exposé des faits, dont la rédaction est toujours fastidieuse.

Il est, par ailleurs, des cas où le problème est facile; diagnostique, thérapeutique et mesure s'imposent. Il peut aussi n'être demandé que de procéder à un dépistage des anormaux. Dans ces cas, la forme brève est suffisante.

Dans d'autres cas, au contraire, le problème est complexe; ou bien parce que le délit est grave, ou bien parce que le diagnostic n'est pas évident et qu'il est nécessaire de procéder à l'exploration complète de la personnalité, d'atteindre les profondeurs, de suivre l'évolution du sujet. C'est alors une rédaction complète qui est nécessaire, procédant au besoin en plusieurs temps, quand une observation continue et approfondie s'impose ou quand des réserves sont formulées.

Enfin, la conception exposée, à savoir celle d'un rapport conçu à la fois dans un sens d'expertise et de réhabilitation, peut obliger les psychiatres à reconsidérer leur problème. Il faut, certes, qu'ils pensent toujours en psychiatres, mais aussi en psychologues; il faut qu'ils connaissent le passé, mais qu'ils songent aussi à l'avenir; il faut qu'ils sachent évaluer les aptitudes, estimer les valeurs et préciser les niveaux. On ne peut aider au choix des mesures qu'à cette condition.

Si l'examen ainsi compris doit être de plus en plus médico-psychologique, peut-être devient-il alors nécessaire qu'il résulte de

la participation harmonieuse, courtoise et sans méfiance ombrageuse de plusieurs techniciens et, plus particulièrement, du psychiatre et du psychologue, car tous deux sont complémentaires.

*
**

Notre guide dans tout ceci doit être de juger autrui, non pas tant dans ce qu'il a fait que dans ce qu'il peut devenir. Comme le disait Vauvenargues « il ne faut pas rendre malheureux ceux que nous n'avons pu rendre bons », et on comprend la réponse de ce juré d'un roman de Tolstoï, sourd et qui n'avait pas suivi les débats, auquel on demandait cependant ce qu'il pensait : « Nous ne sommes pas parfaits, il faut pardonner ». Certes, ces phrases contiennent une part de dangereuse utopie; il ne convient pas d'en faire une règle de conduite, mais elles méritent méditation; elles doivent dominer nos préoccupations en matière de réhabilitation.

