

La rencontre psychiatrique «ordonnée»

Les thérapeutes ne peuvent pas être convoqués comme contrôleurs sociaux, policiers, éducateurs ni encore comme criminologues. L'action de surveillance n'est pas de ressort du psychiatre. L'action auprès de personnes condamnées à une mesure de soin reste un pari, un exercice à plusieurs.

René Raggenbass

Psychiatre Psychothérapeute, médecin-chef du Service de Médecine Pénitentiaire (SMP) valaisan, président de la Commission de Déontologie de la Société Médicale du Valais (SMV)

Cet article est une suite du texte: Des chimères du monde juridico-pénitentiaire au «Pégase» de l'espace de la rencontre thérapeutique [1].

Ce texte interroge la rencontre ordonnée d'un psychiatre [2]. Comment pratiquer, sans être instrumentalisé, une psychiatrie et psychothérapie respectueuse des règles légales, éthiques et déontologiques de la relation médecin-patient lorsque le thérapeute l'exerce auprès de personnes condamnées à une mesure de soin après un passage à l'acte criminel, mais ... pas seulement criminel? [3]

Qu'entend un psychiatre lors de soins ordonnés?

Voici quatre situations typiques; une personne condamnée pour des actes d'ordre sexuels avec des enfants nous explique: «Je ne suis pas pédophile, j'ai un penchant pour les enfants. C'est dans ma tête, je n'ai pas le choix. Mais je suis prêt à faire ce qu'il faut pour que vous m'enleviez ça de ma tête.» Ce sujet est déclaré dangereux par les experts. Personne n'évoque sa psychose. Un quadragénaire, condamné pour des actes d'ordre sexuels avec des enfants, de contrainte sexuelle et de pornographie, est rencontré dix ans après les faits. Il arrive hostile et oppositional et ne comprend pas pourquoi la justice l'oblige à consulter un psychiatre. Comment, dans ces circonstances, mettre une dimension psychique au travail? Dans quelle mesure la clinique observée est-elle, aussi, induite par les décisions qui lui sont adressées? Pour le psychiatre, le «bruit» fait par la personne n'est pas égal au sujet qui le produit [4]. Un cinquantenaire incarcéré en raison d'une tentative de meurtre clame haut et fort: «Ce n'est pas moi, je n'étais pas là!» alors qu'une caméra et des témoins l'ont identifié. La justice s'acharne à lui faire avouer qu'il y était. Pourtant ce sujet, qui présente une schizophrénie paranoïaque, a raison, comme sujet de son acte, il n'était pas là! Comment, dans le travail avec lui, entendre cette nuance clinique? Comment la transmettre à la justice et qu'en faire? Un adolescent est incarcéré suite à la récidive d'actes d'ordre sexuels sur des enfants. Dès qu'il est trop directement interrogé, l'énoncé qui le désigne dans son rapport à l'Autre est un: «Je ne sais pas?!» C'est sa seule réponse possible. La justice ne l'accepte pas mais le clinicien, lui, sait qu'il est possible de manquer de mots pour dire le réel auquel nous sommes confrontés.

Le déni, le clivage, la projection, l'amnésie, la banalisation, la rationalisation, la pauvreté narra-

tive, le gel des représentations ou encore l'abrasion des affects, si souvent pointés, sont-ils les indices d'une «volonté perverse ou psychopathique» d'une «dangerosité», d'un «trop à éliminer», d'un «déficit à rectifier» ou peut-on aussi y lire l'effet, la réponse singulière d'un sujet pour – encore – se tenir dans le monde, dans un rapport à l'autre?

Ces extraits illustrent le traitement sécuritaire contemporain des paroles de personnes judiciarisées. L'écoute est méfiante et suspicieuse [5]. Elle se fait soit dans la direction de la recherche de la vérité du crime (qui n'est pas la vérité du criminel [6]), soit dans la glue du sens – un sens collé à la sécurité et orienté par les concepts criminologiques de risque de récidive et de dangerosité. L'écoute est centrée sur des indices dans lesquels les condamnés ne se reconnaissent pas et dont ils ne peuvent, par conséquent, pas répondre. Notre pari clinique est, au contraire, de chercher les points dont l'auteur du crime répond. Points qu'il s'approprie et, à partir de là, le soutenir dans sa tentative de dégager la position subjective qui l'inscrit dans un lien social.

Travailler avec une demande venant d'un tiers?

Après un crime, la psychiatrie peut être convoquée pour appliquer des mesures thérapeutiques ordonnées par la justice. Les bases juridiques sont une expertise psychiatrique (cf. art. 56. al. 3 CPS), un jugement ou encore l'art. 237, ligne f, du code de procédure pénale suisse. Il n'est pas inutile de préciser que c'est le criminel qui est condamné à une mesure, jamais le thérapeute [7]! Si un sujet condamné à une mesure de soin refuse la rencontre avec le psychiatre – dans sa pleine capacité de discernement – ce dernier en prend acte et en informe l'autorité compétente. Dans les rencontres, qui peuvent se poursuivre, le psychiatre travaille avec le condamné sur le comment il peut et veut répondre des conséquences de sa position auprès de l'autorité pénale. C'est bien à lui de répondre de cette position de refus et non au psychiatre de le forcer dans une psychothérapie! De leur côté, les criminologues tireront les conséquences de cette position sur le plan de la dangerosité et du risque de récidive et en feront part à l'autorité compétente qui décidera de mesures. Chacun, le sujet du passage à l'acte compris, prend ses

Correspondance:
Dr René Raggenbass
Rue du Nord 4
Case postale 872
CH-1920 Martigny

rene.raggenbass[at]hin.ch

responsabilités dans le champ de compétence qui est le sien, tout en s'articulant à l'autorité pénale.

Le psychiatre est impliqué, par décision de justice, comme spécialiste du soin dans la santé mentale. Son objet est la prise en charge d'un sujet porteur d'une psychopathologie définie par un corpus scientifique. Par conséquent, lorsque l'autorité de-

Notre pari clinique est de chercher les points dont l'auteur du crime répond.

mande une action autre que celle enseignée par la faculté, comme par exemple l'improprement nommée «thérapie de justice» [8], le psychiatre devrait orienter l'autorité vers le/les spécialiste-s de la question. Les thérapeutes ne peuvent pas être convoqués comme contrôleurs sociaux, policiers, éducateurs ni encore comme criminologues.

Ce qui cause la place d'un psychiatre-psychothérapeute auprès d'un «criminel» qui n'en fait pas la demande est double: l'une est du champ juridique, l'autre est clinique. Dans le champ juridique, c'est

giques et éthiques qui régissent la pratique médicale sont applicables. Lorsqu'une mesure est ordonnée, le psychiatre est un des nombreux effets du passage à l'acte illicite du «patient» [10]. Par conséquent, pour le clinicien, c'est d'abord son désir de saisir la logique du sujet et de son acte qui le convoque et le légitime à cette place. Que la mesure soit ordonnée ou non importe donc peu puisque de son dire, de son acte et de leurs effets le sujet a toujours à répondre, soit à en dire quelque chose en son nom.

Ici, le psychiatre-psychothérapeute a à choisir son orientation: la chimère du «thérapeute de justice» qui fonde son action autoritaire sur les déterminants de la dangerosité et du risque de récidive ou le psychiatre-psychothérapeute qui fonde son agir sur les dires du sujet et sa psychopathologie? Il a à soutenir qu'il est compétent pour traiter la question du passage à l'acte et que ce qui, chez le sujet, fait itération. Finalement, il a à expliquer et à défendre auprès des tiers, que pour être efficace et déployer ses effets, la rencontre requiert une autre approche des signifiants criminologiques de «dangerosité» et de «récidive».

Travailler avec un sujet qui est adressé par un tiers comporte une difficulté que les cliniciens exerçant auprès d'adolescents ou d'enfants connaissent

Pour un psychothérapeute, il n'est pas question de vouloir traiter un symptôme dans lequel le sujet ne se reconnaît pas.

l'ordonnance d'une mesure pénale qui l'invite à rencontrer le «criminel». Ce point l'autorise à convoquer – sans morale, sans arbitraire ni abus de pouvoir – une personne qu'il ne connaît pas et qui ne lui demande aucun soin [9]. Quant à la clinique, elle le concerne directement. Même dans la relation de soins ordonnée, toutes les règles légales, déontolo-

giques et éthiques qui régissent la pratique médicale sont applicables. Lorsqu'une mesure est ordonnée, le psychiatre est un des nombreux effets du passage à l'acte illicite du «patient» [10]. Par conséquent, pour le clinicien, c'est d'abord son désir de saisir la logique du sujet et de son acte qui le convoque et le légitime à cette place. Que la mesure soit ordonnée ou non importe donc peu puisque de son dire, de son acte et de leurs effets le sujet a toujours à répondre, soit à en dire quelque chose en son nom.

bien [11]. Non seulement la demande est portée par un tiers (parents, école, autres) mais les adolescents et/ou enfants, désignés comme «malades», ne se reconnaissent pas dans les plaintes, les craintes ou encore les demandes de l'autre. Or, pour un psychothérapeute, il n'est pas question de vouloir traiter un symptôme dans lequel le sujet ne se reconnaît pas. C'est pourquoi, il cherchera plutôt à savoir, à identifier, dans les détails des paroles qui lui sont adressées, ce à quoi le sujet tient. Pour cela, il propose et défend un dispositif de parole où le sujet peut être écouté, à l'abri du regard, du jugement et des énoncés dans lesquels un tiers l'a enfermé. Il ne doit pas en être autrement dans notre contexte!

Les psychiatres-psychothérapeutes ne peuvent rencontrer les auteurs de passage à l'acte criminel que s'ils se décalent de la demande de sécurité et de la demande de réduction de la récidive, signifiants auxquels les auteurs rencontrés ne s'identifient pas. Leur pari est celui de la «vérité du sujet» et non celui de la demande de sécurité de l'Autre. Cela ne signifie pas que la sécurité de la collectivité leur soit indifférente, mais cette demande devra être traitée parallèlement, ailleurs et sur d'autres bases théoriques, avec d'autres responsabilités, par d'autres acteurs comme la police,



Comment pratiquer en prison, sans être instrumentalisé, une psychothérapie respectueuse des règles légales, éthiques et déontologiques de la relation médecin-patient?

les criminologues, les agents de probation, les travailleurs sociaux et les éducateurs avec lesquels les thérapeutes ont, à un moment ou à un autre, à articuler leur différence.

Qu'est-ce que parier sur le sujet dans la rencontre?

La notion de pari implique un rapport direct avec la contingence des rapports humains. Comme l'indique un de ses synonymes, parier c'est prendre un risque. Pour le psychiatre-psychothérapeute cela signifie accepter qu'il n'y ait pas de savoir préalable sur le sujet qu'il rencontre! Prendre un risque, c'est encore mettre une mise, ici y mettre du sien. Cette mise est exigée de tous les acteurs gravitant autour du délit, y compris de l'auteur. Pour le thérapeute, elle consiste à savoir écouter de manière neutre «le criminel», c'est-à-dire à lire et à traduire le dire du sujet sans causalité naïve, ni préjugés. Pour l'autorité, la mise serait d'accepter le point d'impossible inclu dans la demande, socialement légitime, d'absence de risque et de récidive. Quant à l'auteur du crime, y mettre du sien, serait prendre le risque d'en passer par la parole plutôt que par l'acte dont il a à répondre.

Parier sur le sujet requiert en outre la stricte différenciation entre la fonction de thérapeute et celle d'évaluateur (l'expert ou autres) [12]. Il est dès lors exclu d'inscrire la pratique du psychiatre-psychothérapeute sous la bannière du «thérapeute de justice» qui agit sur les indices criminologiques du délit. Cette chimère, qui prétend à toujours plus d'efficacité dans le «traitement» autoritaire du criminel, ne voit pas, qu'en excluant la catégorie de l'impossible, elle tend à fixer ces sujets dans l'impuissance. Or, cette catégorie laisse le champ libre à la pulsion de mort et à ses avatars (les passages à l'acte).

«Ne pas céder sur le désir de parier pour l'existence du sujet là où tout permet de l'oublier si facilement» [13]

Travailler sur ordonnance nécessite l'articulation, et pas l'opposition, de professions, de fonctions diverses. L'objet de l'action du psychiatre-psychothérapeute est le dire des sujets et la psychopathologie définie dans un corpus scientifique. Le psychiatre traitant est formé pour proposer, sur la base d'énoncés, un soin au sujet du passage à l'acte et à ce qui, chez lui, fait itération. L'action de surveillance, de contrôle social (réduction de la dangerosité et du risque de récidive) et d'évaluation criminologique ne sont pas de son ressort. L'action auprès de personnes condamnées à une mesure de soin reste un pari, un exercice à plusieurs, difficile et complexe, qui nécessite le respect et l'articulation de professions, d'objectifs ainsi que de responsabilités fondamentalement différentes.

Références

- 1 Raggenbass R. Des chimères du monde juridico-pénitentiaire au «Pégase» de l'espace de la rencontre thérapeutique. Bull Méd Suisses. 2011;92(27):1063-5.
- 2 Dans la mesure où la psychothérapie ordonnée n'existe pas (on ne parle pas librement sur ordre), nous parlons de rencontres ordonnées. Ces rencontres peuvent, ou non, aboutir à une demande de psychothérapie.
- 3 Les soins ordonnés ne seront bientôt plus que pénaux. Dès 2013, le nouveau droit de la protection de l'adulte et de l'enfant prévoit aussi des traitements psychiatriques post-institutionnels et ambulatoires obligatoires (cf. art. 437 CCS, art. 61, 62, 63 LACCS du Valais).
- 4 Il «ne faut pas faire d'un trait caractériel une constante de la personnalité, et moins encore une caractéristique du sujet» (p.36). «Pendant l'analyse, par exemple d'un comportement instinctuel, on peut négliger un certain temps la position subjective. Mais cette position ne peut absolument pas être négligée quand il s'agit d'un sujet parlant. Le sujet parlant, nous devons l'admettre comme sujet. Et pourquoi? Pour une simple raison: c'est qu'il est capable de mentir, c'est-à-dire qu'il est distinct de ce qu'il dit.» Lacan J. Séminaire I. Paris: Seuil; 1975. p. 218.
- 5 G. Wajeman interroge le règne de la transparence qui caractérise notre modernité. Dans: «L'Œil absolu». Ed. Denoël; 2010 et «L'intime» in Silicet: L'Ordre symbolique au XXI^{ème} siècle. p. 202-204; 2011.
- 6 «Cette vérité qui parle dans ce qui se dit, dit quelque chose de différent de ce que vous voulez dire». Miller JA. La psychanalyse, sa place parmi les sciences. Mental. 25. p.18.
- 7 La pratique confronte les psychiatres à des injonctions autoritaires qui l'obligent à chercher le condamné pour le contraindre à se rendre à la consultation. Cette injonction ne se soucie pas de ce que peut devenir le lien thérapeutique après une telle action. C'est bien le sujet à qui il est ordonné de nous rencontrer, pas à nous!
- 8 B. Brägger, dans «Gefängnismedizin in der Schweiz» (Jusletter, 11 avril 2011) écrit: «la thérapie de justice ne vise pas la guérison d'un trouble somatique ou psychique mais la réduction du risque de récidive de passage à l'acte délictueux. Est-il encore légitime de nommer ces actes des «thérapies» alors qu'il s'agit d'une mesure de contrôle social?» A ce sujet, voir le précieux ouvrage de J.-Cl. Maleval; «Etonnantes mystifications de la psychothérapie autoritaire». Navarin. Champ Freudien; 2012.
- 9 Sans cette «autorisation juridique», et pour autant que la personne ait sa capacité de discernement et que nous ne nous trouvions pas dans un cas de privation de liberté à des fins d'assistance, nous ne sommes légalement pas autorisés à convoquer, sans son consentement, une personne à nous rencontrer.
- 10 Le terme de patient est entre guillemets dans la mesure où le sujet n'est, le plus souvent, pas porteur d'une demande de soins même si l'expertise psychiatrique a posé un diagnostic psychiatrique.
- 11 Deltombe H. Les enjeux de l'adolescence. Paris: Ed Michèle; 2010.
- 12 Comme l'indique très clairement le point 3.1 des directives médico-éthiques de l'ASSM sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues.
- 13 Eric Laurent in «Préliminaire», Publication du Champ freudien en Belgique, n°9/10, 1998. Là où la société parie sur l'absence de risque nous proposons de parier sur le sujet.