ÉDITO

Troubles psychiques, prison et mesures thérapeutiques

Dans ce nouveau numéro, l'Association romande Pro Mente Sana a décidé de mettre en lumière une thématique peu connue du public : celle de la psychiatrie légale.

Dans une étude du Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH) publiée en septembre 2020[1], il est démontré que la pratique pénitentiaire en Suisse viole les Règles Nelson Mandela (RNM) dans plusieurs domaines, dont celui des soins de santé et du traitement des personnes présentant des troubles psychiques. Pour rappel, en Suisse, c'est la Convention européenne des droits de l'homme qui prime sur les normes universelles, notamment en ce qui concerne les prescriptions relatives aux droits humains et aux règles appliquées dans les institutions pénitentiaires, écartant ainsi les RNM, souvent inconnues dans notre pays, alors que celles-ci bénéficient d'un champ d'application plus vaste[2].

Le droit pénal suisse prévoit des mesures thérapeutiques institutionnelles et ambulatoires pour les déliquant·e·s souffrant de troubles mentaux, ce qui concrètement signifie qu'un·e juge peut ordonner une mesure de soin en plus d'une peine s'il·elle estime que la peine seule n'écarterait pas le risque que le·la déliquant·e commette d'autres infractions[3]. La population souffrant de troubles « mentaux » est donc soumise à une double condamnation : « une peine d'une durée déterminée et une mesure thérapeutique dont la durée dépend de l'avancée des objectifs thérapeutiques »[4].

En Suisse, environ une personne sur cinq qui est condamnée et incarcérée suit des mesures thérapeutiques au sens de l'art. 59 du Code pénal. Selon le CSDH, « les personnes qui ne sont pas tenues pénalement responsables, ou chez lesquelles un handicap psychique ou une autre affection psychique grave est détecté ultérieurement, et dont l'état serait aggravé par le séjour en prison, ne doivent pas y être détenues en vertu du RNM ». Ainsi, bien que les bases légales suisses soient suffisamment souples pour garantir à ces personnes un hébergement conforme aux RNM, leur application s'avère insatisfaisante, notamment en raison du manque de places dans des établissements spécialisés.

Le dossier thématique de ce numéro aborde plusieurs perspectives en lien avec la prison, en commençant par un bref rappel historique sur l'enfermement carcéral des « malades mentaux », les aspects juridiques ou encore les mesures thérapeutiques exécutées en prison. ●

Daniela Camelo (Secrétaire générale de l'Association romande Pro Mente Sana)

[1] *https://www.skmr.ch/frz/domaines/police/publications/regles-nelson-mandela.html*
[2] *CSDH. Résumé de l'étude. Les Règles Nelson Mandela – Le corpus de règles des Nations Unies concernant le traitement des détenus et son importance pour la Suisse, 2020.*
[3] *Bulletin d'Infoprison, août 2019 : « La prise en charge judiciaire des délinquants souffrant de troubles psychiatriques, une alternative québécoise », et art. 56 du Code pénal.*
[4] *Ibid.*

Dossier

Le problème chronique de l'enfermement carcéral des « malades mentaux »

Où placer les personnes condamnées par les juridictions pénales et signalées pour leur extrême fragilité mentale ? La question est inlassablement reprise depuis le 19e siècle. Sans toutefois remonter aussi loin, limitons-nous ici à quelques rappels historiques[1].

Par : Cristina Ferreira, Ludovic Maugué, Mikhäel Moreau et Mirjana Farkas,
Haute École de santé Vaud (HESAV)

Comme le rappelait le remarquable colloque organisé par Infoprisons en octobre 2021, l'immense problématique des détenu·e·s malades psychiques est plus que jamais d'actualité[2]. Spécialistes du champ pénal et pénitentiaire, juges et médecins, proches et associations de défense des droits humains : des voix convergent pour réclamer une attention plus soutenue à l'application concrète des mesures prévues pour cette population, en particulier de l'article 59 du Code pénal[3].

LE FOSSÉ ENTRE LES AMBITIONS DU CODE PÉNAL ET LES RÉALITÉS CANTONALES

« Conçu à l'époque où l'individualisation de la peine était à la mode », écrit avec un brin d'ironie le professeur de droit François Clerc, le Code pénal de 1942 prévoit une myriade de lieux spécialisés en fonction du sexe, de l'âge, de la nature de la condamnation et de l'état personnel. Dès lors, explique-t-il, ce ne sont pas moins de vingt-deux établissements différents qu'il s'agirait de créer. Évidemment, « aucun canton suisse ne peut s'offrir pareil luxe »[4]. Aussi, malgré la promesse d'une contribution financière apportée par la Confédération, les cantons renoncent à édifier des maisons d'éducation au travail et de redressement pour personnes mineures, des asiles pour buveurs ou buveuses, ou encore des établissements médicalisés pour les délinquant·e·s à responsabilité restreinte ou jugé·e·s irresponsables.

Au fait de ces inerties politiques, les médecins-directeurs et directrices des cliniques psychiatriques répugnent, quant à eux et elles, l'idée de devoir accueillir en nombre une population de « judiciaires ». Ils et elles s'élèvent « contre la création de quartiers spéciaux pour psychopathes criminels »[5], ce qui risquerait de jeter le discrédit sur la véritable mission de l'hôpital, soulever les objections des familles effrayées et soumettre le personnel soignant aux tâches indignes de gardiennage.

Parmi les psychiatres, l'inquiétude est vive. Directeur de l'Hôpital de Cery entre 1936 et 1960, Hans Steck (1891-1980) se soucie avant tout de préserver « l'atmosphère thérapeutique » et de réserver les lits aux « vrais malades ». Se défiant des « délinquants psychopathes antisociaux », souvent rebelles, incorrigibles et prompt·e·s à s'évader, il préconise leur internement dans des colonies agricoles pénitentiaires[6].

Au cours des années 1960-1970, pour des personnalités investies à supprimer la contention et les barreaux aux fenêtres, l'amalgame avec la prison relève tout bonnement de l'intolérable. Directeur de Malévoz, Jean Rey-Bellet (1925-2011) s'attire les foudres des juges valaisans lorsqu'on leur signale que des délinquant·e·s placé·e·s à l'hôpital sous décision de justice, à des fins d'expertise ou d'internement, se promènent librement dans la paisible ville de Monthey[7].

Au surplus, les psychiatres suisses ne s'enthousiasment pas à l'idée de diriger une structure médico-légale et s'évertuent plutôt à éloigner des cliniques une patientèle pénale réputée impulsive et caractérielle[8]. Il n'empêche : les transferts vers l'hôpital psychiatrique au motif de « réactions carcérales » (agitation extrême, idées suicidaires, passages à l'acte) relèvent à la fois d'une routine institutionnalisée et d'une réalité humaine toujours prise au sérieux.

On ne saurait oublier non plus à quel point la pratique en milieu pénitentiaire est un parent pauvre de la médecine, suscitant peu de vocations et d'intérêt historiographique. Songeons, par exemple, au Dr Marcel Mivelaz (1920-2001), psychiatre méconnu, chargé dès 1954 des consultations aux Établissements de la Plaine de l'Orbe (EPO). Après son départ en 1980, faute de trouver « l'oiseau rare » pour le remplacer, les prisonniers et prisonnières n'ont guère bénéficié de suivis médico-psychiatriques réguliers. Avant l'engagement du psychiatre Bruno Gravier en 1991, « seuls quelques médecins vacataires et trois infirmiers dispensaient des soins dans l'ensemble du canton »[9].

UNE SUCCESSION DE PROJETS ÉLABORÉS, PUIS ABANDONNÉS

Prenant acte de l'inadéquation de la prison pour des condamné·e·s atteint·e·s de troubles psychiatriques sévères, les autorités du canton de Vaud annoncent en 2012 leur volonté de créer un « hôpital carcéral » au sein des EPO (60 lits, budget de 50 millions de francs, coût journalier de 1000 à 1500 francs)[10].

Toutefois, ce projet est abandonné. Les instances de l'exécution des sanctions demeurent contraintes de maintenir de nombreuses personnes sous mesure dans des établissements carcéraux fermés et non adaptés en termes de soins, d'autant que les institutions non carcérales sont parfois réticentes à accueillir ce type de clientèle.

Ce énième abandon s'inscrit dans une longue histoire. Dès les années 1940, une kyrielle de commissions ad hoc conçoivent, en vain, des projets d'établissements alternatifs à la prison et à l'hôpital. Le Concordat romand sur l'exécution des peines et mesures de 1966 prévoit d'adresser les « psychopathes délinquants » à Genève. Un projet ambitieux voit le jour sous l'impulsion de Jacques Bernheim (1924-2008), directeur de l'Institut de médecine légale genevois, qui en décrit la philosophie, inspirée de modèles étrangers[11]. Admissions uniquement volontaires et occupations en vue d'un retour à la vie civile : les patient·e·s et détenu·e·s s'impliqueraient selon les principes de la communauté thérapeutique alors en vogue. Bénéficiant d'un crédit de 1,7 million de francs, ce projet est cependant ajourné sine die. Le Conseil d'État donne priorité à la prison préventive de Champ-Dollon, inaugurée en 1977. Il faut attendre 2014 pour que l'établissement de Curabilis ouvre ses portes.

Rappelant les impasses perpétuelles auxquelles aboutissent les tentatives pour empoigner le traitement adéquat des « délinquants mentalement anormaux », le pénaliste genevois Christian-Nils Robert note en 1976 qu'il s'agit là d'un « mauvais sujet électoral », « statistiquement négligeable », avant tout susceptible de se révéler particulièrement onéreux « pour des résultats d'emblée compromis »[12]. Sans conteste, la question des coûts financiers demeure l'un des nerfs de la guerre : en 2021, le prix de pension à Curabilis (1310 francs par jour) s'avère quatre fois plus élevé qu'en prison.

Mais quid des conditions d'existence ou du travail socio-thérapeutique entrepris auprès des personnes sous article 59 ? En 2020, parmi les 1029 personnes en exécution d'une mesure dans un établissement pénitentiaire (93 % d'hommes), deux tiers suivaient un traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS) et une personne sur dix était internée au sens de l'art. 64 CPS.

L'état des savoirs scientifiques sur cette population pénale demeure assez lacunaire. Il n'existe que peu d'enquêtes en sciences sociales. Les itinéraires biographiques et les parcours professionnels avant l'incarcération ne sont guère documentés[13]. Dans ces conditions, ces détenu·e·s sous mesure ne risquent-ils et elles pas d'être réduit·e·s à leur seul profil criminologique et, in fine, aux risques de récidive qu'ils et elles représentent ? Sans-voix et sans-visage, les « article 59 » rejoignent ainsi les « indésirables sociaux » dont se nourrit, de longue date, l'imaginaire collectif en matière de classes dangereuses.

[1] *Notre analyse prend appui sur l'étude : « Expertiser la transgression et la souffrance. Savoir et pouvoir de la psychiatrie légale ». PNR 76 (Assistance et coercition)/FNS. Pour un aperçu des thématiques et de nos publications : https://pnr76expertise.hesav.ch/*

[2] *Prison, justice et droits humains. À quoi sert la prison ? Deux jours de réflexions critiques, Lausanne, 1-2 octobre 2021.*

[3] *Les mesures thérapeutiques institutionnelles sont ordonnées lorsque l'auteur a commis un crime ou un délit en lien avec sa pathologie et lorsqu'il est « à prévoir que la mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble » (art. 59 CPS). L'alinéa 3, fort critiqué dans la doctrine, pallie les carences de places en autorisant le placement dans un établissement pénitentiaire. C. Ferreira et L. Maugué. 2017. « Prévenir le risque de récidive par l'obligation de soins : les apories de l'article 59 du Code pénal suisse ». Champ pénal, 16. http//champpenal.revues.org/9473.*

[4] *F. Clerc. « Les travaux de révision du Code pénal suisse ». Revue de sciences criminelles et droit comparé, n° 2, 1956, p. 277-285.*

[5] *F.-R. Humbert. « Problèmes d'hygiène mentale des alcooliques et des psychopathes, en relation avec le nouveau Code pénal », Revue suisse d'hygiène, 1943, p. 171.*

[6] *M. Moreau et C. Ferreira. « La thérapeutique par le travail contraint à la colonie agricole pénitentiaire des Prés-Neufs (20e siècle) », Tsantsa, Revue suisse d'ethnologie, n° 25, 2020, p. 30-43.*

[7] *C. Ferreira, L. Maugué et S. Maulini. « L'assistance contrainte dans le canton du Valais : le rôle politique de l'hôpital psychiatrique de Malévoz de l'entre-deux-guerres à 1990 », Vallesia, LXII, 2017, p. 363-451.*

[8] *U. Germann. « Psychiatrists, criminals, and the law: Forensic psychiatry in Switzerland 1850-1950 ». International Journal of Law and Psychiatry, 37, 2014, p. 91-98.*

[9] *« Sécurité et soins : un équilibre délicat », entretien avec Bruno Gravier, Diagonales, n° 132, novembre-décembre 2019, p. 5.*

[10] *« Les autorités vaudoises planchent sur un projet d'hôpital carcéral », RTS info, 7 octobre 2012.*

[11] *J. Bernheim. « Un projet d'institution pour traiter certains délinquants mentalement perturbés ». Nouvelles perspectives en criminologie, Zürich, 1975, p. 141-155.*

[12] *C.-N. Robert. « Délinquants mentalement déficients, psychiatrie et justice pénale en Suisse ». Revue de droit pénal et de criminologie, n° 1, 1976, p. 3.*

[13] *Voir à ce propos les résultats d'une étude universitaire bernoise mandatée par la Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) : J. Weber, « Gros plan sur le traitement institutionnel des délinquants souffrant de troubles mentaux », Prison-Info, 1/2017, p. 4-10.*

JURIDIQUE

Une nouvelle maladie qui se traite au pénal : la dangerosité

Par : Shirin Hatam, juriste de l'Association romande Pro Mente Sana

En droit suisse, la peine a pour but d'améliorer le comportement social d'une personne délinquante et en particulier son aptitude à vivre sans commettre d'infraction[1]. Toutefois, lorsque l'intéressé·e a accompli son forfait en état d'irresponsabilité, de sorte qu'il ou elle ne pourrait pas donner un sens à la punition qui s'ensuivrait, le droit prévoit de le ou la soumettre à des mesures thérapeutiques susceptibles de le ou la ramener à la sociabilité. Ces mesures peuvent s'ajouter à la peine[2] et ont une vocation pédagogique autant que sécuritaire.

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE POUR DES INFRACTIONS MINEURES

Depuis 2007, un traitement ambulatoire peut être infligé à une personne ayant commis un acte illicite en état d'irresponsabilité, quelle que soit la gravité de cet acte[3], ce qui dénote une disproportion assumée entre l'insignifiance de l'infraction et la lourdeur de la mesure qui la sanctionne. Dès lors, des actes aussi dommageables que de vous rendre méconnaissable[4] ou de ne pas ramasser le caca de votre chien sur la voie publique[5] peuvent vous valoir un traitement psychiatrique de longue durée pour autant que ces facéties soient en lien avec votre grave trouble mental.

On ignore combien de personnes subissent un traitement ambulatoire à long terme pour une infraction de peu de gravité, car cette statistique n'existe pas. Mais on sait que des centres de soins dénoncent aux autorités pénales les patient·e·s dont ils ne peuvent faire façon[6], ce qui trahit les liens incestueux liant thérapie et répression.

QUAND LA MESURE DEVIENT UNE PEINE

L'imprévisibilité de la durée des mesures rejette fatalement ces dernières dans le camp de l'aveugle punition. En effet, les mesures destinées aux auteur·e·s d'infractions souffrant d'un grave trouble mental sont prononcées pour cinq ans au maximum mais peuvent être prolongées de cinq ans en cinq ans[7]. C'est ainsi qu'une personne schizophrène paranoïde condamnée à sept mois de prison peut passer sept longues années privée de liberté : sa compliance adéquate, sa reconnaissance d'un besoin d'un traitement à vie ou l'alliance thérapeutique significative n'indiquent que la nécessité de poursuivre, pendant trois ans encore, la prise en charge, car sa dangerosité du moment excède celle qui découle des infractions réprimées, pourtant qualifiées de « pas particulièrement graves »[8]. Ce tonneau des Danaïdes met la personne condamnée dans une cruelle incertitude quant à son avenir.

VA ET REPENS-TOI...

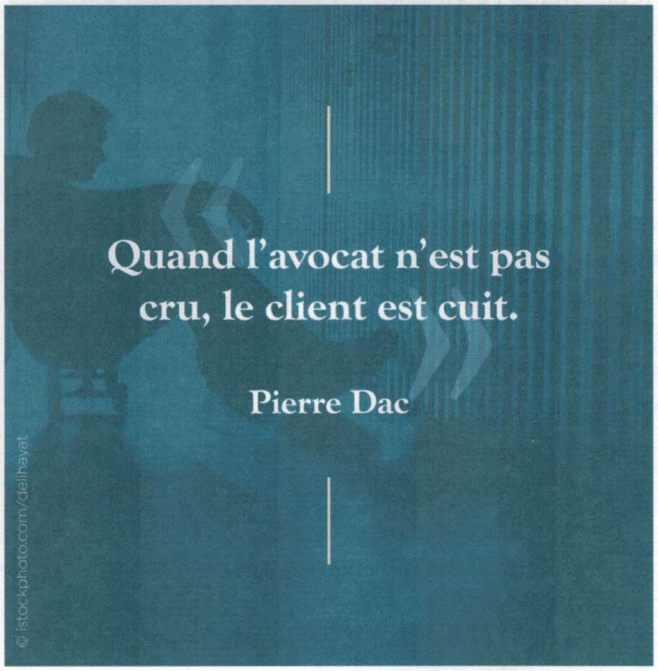
L'ordre juridique attend, pour la libérer de la mesure pénale, qu'une personne souffrant d'un grave trouble mental fasse un travail introspectif et change sa manière d'être[9], qu'elle exprime des regrets à l'égard de ses victimes et de ses agissements, qu'elle prenne conscience du trouble psychique dont elle souffre[10] et ne l'attribue pas à la consommation de produits illicites[11]. Alors qu'un·e auteur·e sain·e d'esprit n'est pas obligé·e de regretter ses actes pour voir arriver la fin de sa peine et peut reprendre tranquillement sa vie de personne

délinquante après avoir payé sa dette, une personne malade subira indéfiniment une mesure visant à l'empêcher de commettre de nouvelles infractions, même différentes de celles qui lui ont valu un premier jugement pénal. Il pèse, par conséquent, sur elle une injonction à se transformer en une autre personne qui constitue la plus vive des atteintes à la liberté personnelle.

LA PEUR DU DANGER

L'internement de sécurité s'adresse spécifiquement aux auteur·e·s de crimes graves[12], sans qu'il soit nécessaire qu'ils ou elles souffrent d'un grave trouble mental[13] : il suffit que d'autres infractions du même genre soient à craindre en raison de caractéristiques de leur personnalité[14], des circonstances de l'infraction ou de leur vécu[15]. À cela s'ajoute que le placement à des fins d'assistance, censé porter secours, est parfois prononcé à l'issue d'une peine pour empêcher la mise en liberté d'une personne qu'on redoute dangereuse[16].

L'ordre juridique opère par là une forme d'identification classique et familière à la vox populi des personnes malades à celles qu'il faut neutraliser, hésitant constamment entre la nécessité de secourir un ou une proche et celle d'éloigner un monstre. Fort·e·s d'une appréhension néolibérale des relations sociales, qui rend chacun et chacune responsable de sa vie, y compris des circonstances sur lesquelles il ou elle n'a aucune prise, nous revenons à la confusion qui fut celle des régimes totalitaires du 20e siècle entre l'infraction à la règle de droit positif, qui est une blessure portée au corps social, et l'état dangereux, qui est un écart à la norme comprise comme la moyenne des comportements. Le droit pénal, qui a longtemps interdit de punir un individu pour un acte qu'il n'a pas encore commis, s'y met à bas bruit : répression des actes préparatoires délictueux[17] et modification du code de procédure pénale élargissant la détention pour des motifs de sécurité à des crimes ou délits qui pourraient être commis[18]. Confrontées à l'impossibilité d'enfermer une personne présentant un risque réel de causer un dommage grave, les autorités en appellent à créer une base légale pour placer une personne représentant un danger pour les autres[19] et réclament la possibilité de protéger les tiers contre un ou une mineur·e libéré·e au terme de sa peine – sans souffrir de trouble psychique et sans mettre sa propre personne en danger, ce qui autoriserait un placement à des fins d'assistance (PAFA)[20] – plutôt que d'empoigner courageusement la question de savoir comment garantir une vie digne à ces prochains si lointains. ●



[1] Art. 75 CP
[2] Art. 57 CP
[3] Art. 63 CP
[4] Art. 12a LACP 31.1 Fribourg
[5] Art. 11C LPG E 4 05 Genève
[6] 5A_715/2021 patiente dont le trouble psychique se manifeste par des sollicitations excessives et abusives, qui avait harcelé un centre de soins lausannois : condamnée à 9 mois de prison, mise en détention de sûreté et soumise à un traitement institutionnel.
[7] Art. 59 al. 4 CP et art. 63 al. 4 CP
[8] 6B_1160/2013
[9] Affaire Kadusic. Suisse 43977/13
[10] 6B_555/2008
[11] 6B_778/2013
[12] Art. 64 al. 1 CP
[13] Art. 64 al. let b CP
[14] 6B_84/2014 : intolérance à la frustration.
[15] Art. 64 al. 1 let a CP
[16] ATF 138 III 593 désavoué par la CourEDH 1760/15 ; 5A_228/2016 ; 5A_652/2016 ; 5A_617/2016, RMA 1/2017 RJ 47-17 ; 5A_567/2020, RMA1/2021 RJ 43-21
[17] Art. 260 bis CP en 1982 dont la liste s'allonge en 2012 et en 2017
[18] Art. 364 a CPP en 2020
[19] ATF 145 III 441
[20] Motion Caroni 16.3142 déposée le 17 mars 2016

TRIBUNE

Mesures thérapeutiques institutionnelles : entre soins et sécurité

Par : Melody Bozinova, Groupe Infoprisons

Lorsque l'auteur·e d'une infraction souffre d'un grave trouble psychique, le·la juge peut prioriser le traitement avant la peine en ordonnant une mesure thérapeutique institutionnelle. La mise en œuvre de ces mesures, largement prononcées, se heurte à de nombreux obstacles qui remettent en cause l'ambition initiale de soigner plutôt que de punir.

En 2018, la Cour européenne des droits de l'homme donne raison à M. Kadusic, qui demandait sa libération à la suite du prononcé d'une mesure thérapeutique institutionnelle au sens de l'art. 59 du Code pénal (CP) par les tribunaux suisses. En effet, la Cour reproche à la Suisse d'avoir maintenu M. Kadusic dans un établissement de détention ordinaire « manifestement inadapté aux troubles dont il souffre »[1], quatre ans après sa condamnation à une mesure thérapeutique. De plus, la mesure était prononcée sept mois avant sa libération définitive sur la base d'expertises psychiatriques anciennes.

Cette décision illustre les problématiques liées à l'exécution des mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu carcéral. Possibles depuis 2007, ces mesures indiquent une avancée importante dans l'idéal de réhabilitation de la justice pénale. Malgré leur caractère thérapeutique, la pratique démontre toutefois une image tout autre, celle des dimensions sécuritaires.

LA THÉRAPIE DE NEUTRALISATION

Les mesures thérapeutiques institutionnelles prévoient une dérogation au principe de séparation des lieux de détention[2] en permettant leur exécution dans un établissement carcéral[3]. Le manque de lieux adaptés fait que cette dérogation est devenue la règle. La plupart des traitements institutionnels se poursuivent en partie ou dans leur intégralité dans les établissements carcéraux[4].

Ces pratiques semblent ignorer le caractère pathogène de la prison qui a pour effet d'empirer la santé psychique, contrairement aux buts thérapeutiques des mesures. À cela s'ajoutent les contraintes carcérales qui réduisent la qualité des soins pouvant être apportés, rendant ainsi encore plus difficile la prise en charge psychosociale déjà emparée par la contrainte.

Il s'ensuit alors que des personnes dont les besoins en termes de traitement ont été reconnus par la justice se retrouvent enfermées dans des établissements carcéraux sans thérapie adéquate. Ces carences assimilent les mesures thérapeutiques à des mesures de neutralisation, à tel point qu'elles sont considérées comme des « petits internements » par les praticien·nes[5].

LA MESURE SANS FIN

Ces vingt-cinq dernières années, les pratiques pénales suisses, tout comme celles des autres pays occidentaux,

évoluent dans un climat sécuritaire qui vise la réduction du risque de récidive des personnes judiciarisées. La confusion fréquente entre maladie psychique et dangerosité fait que les personnes condamnées à des mesures thérapeutiques institutionnelles sont particulièrement touchées par les préoccupations sécuritaires.

Le prononcé des mesures, les modalités d'exécution et la fin du traitement dépendent des évaluations psychiatriques se prononçant sur le degré de dangerosité de la personne. Les constats des psychiatres sont pourtant clairs : la justice impose des attentes et des objectifs irréalistes en leur demandant de quantifier la dangerosité et de se prononcer sur un comportement futur[6]. Dominée par une perspective sécuritaire, la justice pénale ne s'en remet pas au hasard. Il est plus sûr de garder une personne sous contrôle que de risquer des dérapages. En conséquence, les mesures institutionnelles sont souvent prolongées à la fin de leur terme de cinq ans ou sont suivies d'autres mesures relevant du droit pénal ou du droit civil dont le but est de garder un certain contrôle sur une population jugée dangereuse.

LA MESURE, UN CERCLE VICIEUX

Ces pratiques inchangées depuis l'adoption du système des mesures pénales génèrent des souffrances importantes chez une population déjà vulnérable. La progression dans l'exécution des mesures institutionnelles, telles que les sorties et le transfert d'un lieu fermé à un lieu ouvert, mieux adapté aux problématiques psychiques, dépend des progressions thérapeutiques. Or, les milieux carcéraux n'offrent pas une prise en charge permettant une réelle amélioration. Les mesures sans perspective de sortie démoralisent et contraignent, affaiblissant ainsi les motivations personnelles pour un rétablissement.

LA MESURE ET LES ALTERNATIVES

La confrontation entre justice pénale et personnes souffrant de troubles psychiques n'est pas un phénomène nouveau. Certains pays, comme le Canada, approchent la problématique à travers une démarche socio-judiciaire qui s'inscrit dans une perspective de prise en charge précoce de la maladie et de l'initiation à la thérapie plutôt qu'à la contrainte. Il s'avère toutefois que l'intervention judiciaire en Suisse est limitée par le cadre légal, qui ne permet pas une « justice d'adaptation »[7]. Pourtant, l'inadéquation entre les buts thérapeutiques et les moyens de mise en œuvre des mesures reflète une pratique pénale adaptée aux politiques sécuritaires. En effet, l'exécution des mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu carcéral contredit les idéaux de réhabilitation avancés dans les textes légaux. Par conséquent, il y a lieu de chercher des alternatives pour mener à bien les objectifs thérapeutiques des mesures pénales. L'intérêt d'une thérapie efficace ne concerne pas uniquement l'auteur·e de l'infraction, mais aussi la collectivité, par la réduction des coûts d'exécution et le rétablissement d'une cohabitation paisible.

[1] *Arrêt CourEDH Kadusic contre Suisse du 9 janvier 2018, Requête n° 43977/13, consid. 58.*
[2] *Art. 58 al. 2 CP.*
[3] *Art. 59 al. 3 CP.*
[4] *Voir à ce sujet : Sous-Comité pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (SPT). 2020. Visite effectuée en Suisse du 27 janvier au 7 février 2019 : recommandations et observations adressées à l'État Partie, p. 24, n° 176 ss.*
[5] *Les mesures thérapeutiques considérées comme « le petit internement ». Bulletin Infoprisons, n° 8, 2013.*
[6] *Vladimir Loncar. 2011. Crime et châtiment : Comment évaluer la responsabilité en cas de maladie psychique ? Diagonales, 83. / Fati Mansour. Juin 2017. Interview avec Bruno Gravier. Le crime n'est pas une maladie. Le Temps.*
[7] *Voir plus : Melody Bozinova. 2019. « La prise en charge judiciaire des délinquants souffrant de troubles psychiatriques, une alternative québécoise ». Bulletin Infoprisons, n° 26.*

INTERVIEW

Expertise et thérapie : les psychiatres coopèrent avec la justice

Propos recueillis par : Elisabeth Gordon

Les relations entre les psychiatres et la justice s'exercent à la fois dans le champ de l'expertise et dans celui de la prise en charge des mesures thérapeutiques ordonnées par le ou la juge. Comment les médecins effectuent-ils et elles leur mandat ? Quelles sont leurs relations avec la personne expertisée ou traitée ? Les explications de la Dre Marie Pflieger, médecin-cheffe du Service de médecine pénitentiaire du Valais romand, et du Dr Georges Klein, médecin-chef coordinateur du Pôle de psychiatrie et de psychothérapie du Centre hospitalier du Valais romand.

Esprit(s) : **En tant qu'expert psychiatre, quel est votre rôle ?**

Dr Georges Klein (GK) : L'expertise psychiatrique a pour objectif d'aider la justice à rendre son jugement. Notre travail consiste à investiguer sur le plan psychiatrique une personne prévenue qui pourrait souffrir d'un trouble psychique. Il s'agit d'aider la justice à se prononcer sur l'irresponsabilité du sujet par rapport à l'acte qui lui est reproché. L'expert ou l'experte intervient donc en auxiliaire de la justice. Il faut préciser que l'expertise psychiatrique est une activité clinique qui comporte des enjeux relationnels entre les expert·e·s – en général, il y en a deux – et la personne expertisée. Mais il ne s'agit pas d'une activité thérapeutique.

Vous parlez de responsabilité. C'est une notion qu'il est important d'évaluer car cela peut influencer la nature de la peine prononcée...

GK : Tout le monde est présumé responsable de ses actes. Il ne s'agit donc pas pour nous de statuer sur la responsabilité mais de démontrer, s'il y a lieu, l'irresponsabilité, totale – ce qui est rarissime – ou partielle d'un·e prévenu·e. À cette fin, nous nous fondons sur l'étude du dossier fourni par la justice et sur un examen clinique psychiatrique. Notre rapport peut en effet influencer la peine qui sera prononcée par le ou la juge, ainsi que l'opportunité d'ordonner des mesures thérapeutiques.

Dre Marie Pflieger (MP) : Il faut souligner que l'expert·e n'est pas là pour statuer sur la culpabilité d'un·e prévenu·e. Cela est du ressort de la justice.

L'expert·e doit-il ou elle aussi se prononcer sur la dangerosité de l'individu ?

GK : Non, car il n'existe pas d'outils médicaux permettant de statuer sur la dangerosité d'une personne. En revanche, nous devons fournir au juge ou à la juge une appréciation sur le risque de récidive, que nous évaluons en fonction de l'état clinique de la personne au moment de l'expertise, de ses antécédents et des circonstances dans lesquelles elle a commis l'acte qui lui est reproché. L'expert·e peut s'appuyer pour cela sur des outils criminologiques.

Lorsque des mesures thérapeutiques sont prononcées par le tribunal, est-ce le Service de médecine pénitentiaire dont vous êtes en charge, Dre Pflieger, qui intervient ?

MP : En effet, notre service, strictement ambulatoire, assure plusieurs missions en Valais romand. Nous sommes en charge des soins médicaux, notamment psychiatriques, ordonnés ou non par la justice, pour les patient·e·s-

détenu·e·s en milieu carcéral, d'une part. D'autre part, nous intervenons sur mandat de la justice pour des suivis hors détention dans le cadre de mesures thérapeutiques.

On entend souvent dire que les psychiatres sont trop complaisant·e·s vis-à-vis de la personne expertisée. Qu'en pensez-vous ?

GK : On nous reproche en effet souvent de contribuer à adoucir la peine des délinquant·e·s. Ce n'est pas le cas. Lorsque nous concluons que la responsabilité de la personne est diminuée, cela aboutit à des mesures thérapeutiques qui sont loin d'être douces.

MP : Pour les personnes concernées, ces mesures sont souvent ressenties comme une double peine. Une peine de prison a une fin et, lorsque les détenu·e·s sont libéré·e·s, on estime qu'ils ou elles ont payé leur dette à la société. Alors que la mesure thérapeutique se prolonge parfois quand les personnes sont sorties du milieu carcéral. Celles-ci restent donc redevables auprès des services d'application des peines, elles doivent consulter un·e thérapeute qu'elles n'ont pas choisi·e et suivre une thérapie dont les objectifs ne sont pas forcément les leurs. Malgré tout, pour certaines personnes, c'est aussi une opportunité. L'un de nos objectifs est de faire en sorte que la personne concernée puisse trouver un intérêt personnel dans ce suivi ordonné, dont les enjeux pour la justice sont également d'ordre sociétal et sécuritaire. Le ou la thérapeute en charge du patient ou de la patiente n'est toutefois pas garant·e de ces aspects, propres au système pénal.

Vous êtes tous deux médecins psychiatres, mais vous collaborez avec la justice. Votre statut n'est-il pas ambigu ?

GK : Non, car pour les expert·e·s, le travail est très clair : il est encadré, explicite et transparent pour la personne expertisée.

MP : En tant que thérapeutes, même si nous avons des rapports de prise en charge à remettre à la justice, notre priorité reste l'intérêt thérapeutique pour le ou la patiente.

Mais cela pose quand même la question de la levée du secret médical ?

GK : Il est vrai que l'expert·e n'est pas soumis·e au secret médical vis-à-vis de l'autorité qui le ou la mandate. Mais nous prévenons d'emblée la personne expertisée que tout ce que nous apprenons de pertinent dans notre travail d'investigation avec elle figurera dans notre rapport. Le ou la prévenu·e doit d'ailleurs signer un document l'informant de ce fait. L'expertisé·e est également invité·e à délier ses médecins et autres intervenant·e·s de leur secret professionnel vis-à-vis de l'expert·e.

MP : En tant que thérapeutes intervenant dans le domaine forensique, nous avons une posture différente. Nous devons être délié·e·s du secret médical par les patients et patientes pour toute communication avec la justice concernant la prise en charge. Par ailleurs, nous respectons la confidentialité dans notre travail quotidien avec les patient·e·s pour les éléments qui ne sont pas estimés pertinents pour ce type de rapport.

En quoi le travail que vous effectuez dans le cadre d'un mandat judiciaire diffère de votre pratique courante de psychiatre ?

MP : Pour se sentir à l'aise dans ce milieu, je pense qu'il conviendrait de pouvoir faire preuve d'encore plus de bienveillance et d'humilité que ce que demande déjà toute mission de soin. Nous ne sommes pas là pour exercer un pouvoir que nous donnerait notre savoir.

TÉMOIGNAGE

De la contrainte en psychiatrie à la résilience

Par : Blaise Rochat, ancien infirmier en psychiatrie, aujourd'hui pair-aidant et enseignant dans le domaine de la santé

Il y a de cela une dizaine d'années, j'ai fait une décompensation psychotique. Pendant quatre ans, j'ai été submergé par des hallucinations auditives (des voix) et j'ai traversé de nombreux délires et épisodes de paranoïa. Au cours de cette période, j'ai vécu d'intenses souffrances psychiques et c'est au bord du suicide que j'ai fini par accepter d'être hospitalisé.

Compte tenu de mon isolement social et du chaos intérieur qui m'habitait, l'internement en psychiatrie que j'ai connu suite à une décompensation psychotique a été salvateur. En effet, mon état psychique était tel qu'aucun autre endroit n'aurait été en mesure de m'accueillir à ce moment-là.

L'hospitalisation a bien débuté. Au cours de la période d'admission, j'ai eu le sentiment d'être entendu, de pouvoir évoquer mon vécu traumatique, de retrouver enfin d'autres interlocuteurs et interlocutrices que mes voix. Sortir de cet isolement mortifère était essentiel. Pour survivre, il me fallait recréer des liens, retrouver des valeurs et des représentations plus largement partagées.

IMPASSE RELATIONNELLE

Une fois la période d'admission terminée et le diagnostic plus ou moins posé, les choses sont rapidement devenues plus compliquées. En effet, on observait mes attitudes, mes comportements, mais sur le plan relationnel, c'est un peu comme si, à partir du moment où l'adjectif « délirant » avait été posé, on ne voyait plus d'intérêt à explorer ce que je vivais sur le plan intérieur. Cette situation a rapidement débouché sur une impasse relationnelle. J'étais délirant, mes convictions et mes hallucinations m'empêchaient d'être « plus normal », de communiquer de manière adéquate. Les soignants, eux, cherchaient à me ramener « dans la réalité ». Ils avaient donc tendance à systématiquement m'interrompre quand j'exprimais mes perceptions, mes ressentis. Ne plus parvenir à échanger de manière significative, sur le plan de la parole, a eu des conséquences.

UNE DÉCISION À MON SENS TOTALEMENT DISPROPORTIONNÉE

Un jour, en prise avec mes voix, j'ai haussé le ton, je me suis montré revendicateur. En quelques minutes, j'ai été conduit de force dans une chambre d'isolement et cela sans que personne ne me donne véritablement d'explication. Je n'ai pas compris ce qui motivait cette décision à mon sens totalement disproportionnée. Dans mon souvenir, les soignants n'ont pas cherché à comprendre ce qui se passait pour moi, ils ont sanctionné un comportement.

Être mis de force dans un isolement m'a amené à éprouver des sentiments de honte et de profonde humiliation. Dans mes représentations, cette mesure extrême me faisait passer du stade de patient psychiatrique à celui de personne dangereuse pour autrui, un fou dangereux. Je ne suis resté que quelques heures dans cette « chambre de soins intensifs », mais l'image de moi qui m'était renvoyée était insupportable et je me suis empressé « d'oublier » cet épisode.

Ce n'est que plusieurs années plus tard, au cours de mon rétablissement, que j'ai réalisé que je gardais une blessure liée à cet évènement. Pour moi, cicatriser cette plaie, me rétablir en profondeur, nécessitait de reprendre cet incident, de chercher à mieux comprendre ce qui s'était réellement passé.

RETRACER LE DÉROULEMENT DES FAITS

J'ai donc tenté de retracer le déroulement des faits, il était important d'aller au-delà de ce que j'avais éprouvé, de comprendre comment les choses avaient été perçues par l'équipe. J'ai donc demandé de pouvoir accéder à mon dossier médical, dans lequel je relève les propos suivants : « A été conduit à l'isolement, car élève la voix, trouble la tranquillité du service et devient agressif verbalement envers le personnel soignant. Médication donnée. » Le compte rendu des soignants a tendance à confirmer mes souvenirs, à savoir que je n'ai jamais été violent physiquement, mais que j'étais agressif verbalement et que cela dérangeait. Le texte ne précise pas à quel point mon comportement perturbait gravement l'organisation et la dispensation des soins, ce qui aurait pu être un élément allant dans le sens d'étayer sur le plan juridique une mise à l'isolement. Du point de vue légal, il est également demandé qu'avant de prendre une mesure de contrainte, d'autres mesures moins restrictives soient tentées. Or, il n'est rien mentionné de tel dans le compte rendu des faits. En résumé, si je me réfère à ce qui est relaté par l'équipe soignante, on a l'impression que la mise en chambre d'isolement est banalisée, qu'elle ne fait pas l'objet d'un protocole particulier, qu'il s'agirait pratiquement d'un acte « comme un autre ».

UN ENJEU PROFESSIONNEL MAJEUR

Pour moi, comprendre cet évènement nécessite également de ne pas l'envisager uniquement comme un incident isolé, mais comme la résultante d'un processus, ici, d'une impasse relationnelle. Le fait que le personnel soignant refusait presque systématiquement de permettre l'expression de ce que je vivais sur le plan intérieur empêchait la mise en place d'une relation significative, d'une alliance thérapeutique. Or, à défaut de parvenir à gérer les choses, sur le plan de la parole, sur le plan symbolique, l'équipe soignante est réduite à réguler les situations par la contrainte physique et cela ne se fait pas sans violence et donc sans traumatismes. Il me semble qu'il y a là un enjeu professionnel majeur, à savoir comment considérer des personnes délirantes ou confuses comme de véritables interlocutrices ? À mon sens, cela est possible, mais demande de se décentrer de soi, de ses références, pour chercher à rencontrer l'autre dans sa réalité. De ce point de vue, le délire n'a pas à être considéré comme une menace à annihiler à tout prix, mais plutôt comme une passerelle qui permet de rejoindre l'autre dans sa souffrance, dans sa manière singulière de transformer le réel.

C'est en se fondant sur ce lien, sur une relation investie, qu'il devient alors possible de désamorcer des situations de crise à travers la parole. S'inscrire dans cette perspective n'est pas synonyme de réussite ou d'absence de violence, mais correspond à ce que la société est en droit d'attendre des professionnel·les des soins, à savoir qu'ils et elles se donnent véritablement les moyens de recourir le moins possible à quelque forme de contention que ce soit.

Le fait d'élargir ma compréhension de cet évènement me permet de sortir de la honte et de l'auto-stigmatisation. Dans mon cas, tant mes souvenirs que le compte-rendu médical m'amènent à considérer que la situation à elle seule ne justifiait probablement pas la mise en place d'une mesure de contrainte. L'idée n'est pas de blâmer les professionnel·les, mais d'échapper à ce sentiment de faute, presque de délit, qui a longtemps pesé sur mon rétablissement. ●