

Punir et soigner : questions éthiques¹

Léon Cassiers²

Depuis plus de cent ans, tous ceux qui se penchent sur la délinquance ont été frappés par l'espèce de causalité psychique qui semble peser sur les conduites de nombreux délinquants. Quiconque les a fréquentés connaît ce sentiment de fatalité devant la répétition de leurs histoires marquées par l'abandon affectif et la violence.

Selon les modes scientifiques en cours, la psychiatrie a cru y reconnaître tantôt une causalité cérébrale organique, éventuellement génétique, tantôt le résultat fatal de drames relationnels de l'enfance, tantôt l'effet de divers conditionnements, tantôt l'effet de la stigmatisation sociale, etc. Au plan juridique, ces hypothèses et ces recherches ont entraîné deux effets complémentaires. En premier lieu, de soulever la question de la responsabilité du délinquant : s'il est malade mental, il faut le considérer comme irresponsable de ses actes. En second lieu, il faut le soigner. La sanction perd en effet, dans de tels cas, son sens et sa légitimité, que ce soit dans sa dimension de restauration de l'ordre moral symbolique ou dans sa dimension d'exemplarité. La sécurité de la société, en outre, sera mieux assurée par une hospitalisation et un traitement. Cette hospitalisation et ce traitement peuvent, si nécessaire, s'effectuer sous contrainte, puisque ce délinquant a perdu ses capacités d'autonomie et de jugement. Diverses dispositions légales ont ainsi tenté de rencontrer dans nos pays cette double question de la responsabilité et du traitement des délinquants psychiquement malades.

Au plan éthique, la question paraissait simple. Si l'autonomie du sujet, c'est-à-dire sa capacité de juger, de choisir ses valeurs et d'y conformer ses conduites est bien le socle de la dignité humaine, il est légitime de soumettre le malade mental à des traitements qui lui permettront de retrouver l'exercice de son autonomie. A défaut, il est légitime de le contraindre à respecter l'autonomie d'autrui par une mesure de « protection sociale », s'il n'est plus capable d'en juger par lui-même.

Dans leur mise en pratique, ces dispositions légales se sont toutefois révélées particulièrement malaisées. La question de la responsabilité du délinquant, même reconnu pathologique, a soulevé une confusion sans issue dans les expertises psychiatriques demandées par les tribunaux. Le traitement sous contrainte est apparu, dans bien des cas, comme difficilement discernable d'une sanction au sein de la relation thérapeutique. Ces difficultés nous indiquent que l'apparente simplicité des principes résumés ci-dessus ne rencontre pas la réalité du psychisme humain. Nous devons donc reprendre la question sur de nouvelles bases.

¹ Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée n°64 – Avril 2006

² Professeur émérite, UCL

Délinquance et pathologie mentale. Rôles respectifs du juge et du psychiatre

Avant toute théorisation savante, le simple bon sens nous indique que le schizophrène qui agresse un inconnu dans lequel il voit son ennemi imaginaire, le mélancolique profond qui tue ses proches pour leur éviter de vivre une catastrophe qu'il est seul à prévoir, ou le dément sénile qui oublie de payer ses achats, sont des malades qui ne peuvent plus comprendre le sens des lois et que la compassion nous demande de soigner. La difficulté vient de ce que de tels cas, aussi évidents, ne forment qu'une infime minorité de la délinquance.

Beaucoup d'autres délinquants, et en particulier les délinquants sexuels ou ceux qui maltraitent leurs enfants souffrent aux yeux des psychiatres de troubles névrotiques ou psychopathiques plus ou moins accentués. C'est ici que les difficultés s'accumulent. Difficultés du diagnostic : la psychiatrie peine à donner une explication précise de ces troubles et elle y rencontre plus de querelles d'écoles que de clarté descriptive. Difficultés à tracer une frontière entre le normal et le pathologique : on trouve ces mêmes structures névrotiques ou psychopathiques dans le psychisme de tout citoyen ordinaire, mais à un degré moindre et sans que cela entraîne des actes délinquants. Mais si c'est l'acte délinquant lui-même qui définit la pathologie, c'est toute la délinquance qui deviendrait pathologie mentale. Cette position, intenable, viderait le droit pénal de son sens pour nous conduire à une « justice en blouses blanches ». Difficultés encore à définir entre spécialistes une méthode consensuelle de traitement. Aucune méthode ne donne des résultats nettement meilleurs que telle autre, en raison de l'importance que tiennent, dans l'efficacité de ces traitements, les capacités relationnelles personnelles du thérapeute. Difficulté à préciser une frontière entre sanction et thérapie : on constate que nombreux sont les cas où la sanction classique, ou à tout le moins la menace de sanction, est peut-être un élément nécessaire au succès du traitement. Difficultés enfin – et après querelles d'écoles ! – quant à l'évaluation de la responsabilité pénale et morale de ces délinquants. Si l'orientation et parfois la force de leurs pulsions laisse planer un doute sur leur responsabilité, on ne peut cependant les considérer ni comme incapables de comprendre la nature délinquante de leurs conduites, ni comme incapables d'y résister. Cette question entraîne vers des discussions indéfinissables d'anthropologie philosophique sur le gradient de liberté dont dispose tout être humain ? En outre, tout traitement demande d'établir avec le patient une relation qui le pose comme un interlocuteur conscient et libre de ces choix. Sauf rares cas particuliers, les pédophiles et les personnes coupables de maltraitance doivent donc être considérées comme responsables de leurs actes.

Pour ne pas s'enliser dans ces difficultés, il est indispensable à nos yeux de maintenir une distinction claire entre délinquance et psychopathologie. Ce qui fait la délinquance d'une conduite sexuelle, qu'on la considère comme normale ou comme pathologique, est le fait qu'elle soit imposée à une personne sans son consentement. Pour la même raison, de telles conduites ne sont pas acceptables du point de vue de l'éthique. Ce qui, en outre, donne un caractère délictueux à la maltraitance, sexuelle ou autre, est le traumatisme, souvent physique, mais certainement psychique, que ces conduites font subir à la victime. Dans certains cas particuliers de pédophilie, même si les apparences semblent indiquer que l'enfant était consentant et n'aurait pas subi de traumatisme, l'acte reste délictueux parce que l'enfant se trouve, face à ses parents, ses éducateurs ou même face à tout adulte, dans une position d'ignorance, de soumission et de fragilité qui ne le met pas en situation de consentir valablement.

Le caractère pathologique ou non d'un acte n'intervient donc pas dans la qualification du délit. Par contre, en un deuxième temps, ce caractère est important pour orienter la décision du juge vers une sanction ou vers un traitement.

Pour éviter les confusions, il est donc nécessaire de séparer en deux temps distincts ces deux domaines de l'évaluation : le caractère délictueux d'une part, le caractère pathologique de l'autre.

Lorsque justice et psychiatrie s'entremêlent

La distinction entre les rôles respectifs du juge et du psychiatre permet, dans une majorité de cas, de maintenir la déontologie du psychiatre dans ses limites habituelles. Dans la pratique cependant, il est difficile d'éviter deux situations dans lesquelles ces rôles s'entremêlent : celle où l'expertise psychiatrique intervient comme élément de preuve à charge d'un inculpé, et celle du traitement obligé, ou sous contrainte.

L'expertise comme élément d'inculpation

Dans la situation habituelle, nous l'avons vu, l'expert psychiatre, en évaluant les troubles mentaux dont peut souffrir le prévenu, intervient comme consultant dans le type de décision que prendra un juge envers le délinquant, mais ne joue pas de rôle dans la qualification des faits incriminés.

Dans les cas de maltraitance, l'expert chargé d'évaluer les dommages physiques reste largement dans ce rôle d'information de la justice : il décrit les traumatismes observés et leur origine probable, mais il ne lui incombe pas de désigner le coupable.

Il en irait autrement pour le pédopsychiatre appelé comme expert à évaluer la validité des déclarations d'un enfant, en particulier dans les cas d'abus sexuels ne laissant pas de traces physiques. Lorsqu'un enfant raconte avoir été la victime d'approches sexuelles de la part d'un adulte, la position de base serait actuellement de faire confiance à ses dires. Toutefois, on sait bien que chez l'enfant, et d'autant plus qu'il est plus jeune, la séparation entre le réel et l'imaginaire n'a pas la même netteté que chez l'adulte. En outre, l'enfant, même s'il dispose en général d'une bonne intuition, vit dans une relative ignorance de la sexualité adulte. Il peut se tromper sur la signification sexuelle ou non de certains soins physiques ou manifestations d'affection. Enfin, un enfant peut être influencé par des adultes. L'histoire récente montre bien combien ces évaluations peuvent être difficiles, et entraîner parfois, lorsqu'on y manque de prudence, des drames irréparables, comme à Outreau.

Le pédopsychiatre qui serait amené à donner son avis d'expert dans ces situations jouerait un rôle direct comme acteur dans l'inculpation éventuelle d'un suspect, rôle qui, en principe, est celui des services du parquet. Il faut rappeler ici le rôle de l'expert psychiatrique lorsqu'il s'agit de personnes adultes. Pour évaluer correctement la personnalité et les troubles éventuels dont souffre une personne, les seuls tests objectifs ne suffisent pas. Cette évaluation demande un dialogue confiant avec la personne examinée. Lorsque cette confiance s'établit, ce qui n'est d'ailleurs pas toujours facile, il peut arriver que le délinquant confie au psychiatre des éléments

de son histoire qui constituent des délits que la police ignore. La règle est qu'il n'appartient pas au psychiatre, même en position d'expert, de révéler des faits qui serviraient à inculper le prévenu. En effet, cette révélation constituerait une sorte d'abus du lien de confiance que le psychiatre a créé pour réaliser sa mission d'évaluation de l'état mental du sujet. Par contre, le pédopsychiatre qui se prononce sur la véracité des déclarations d'un enfant contribuerait directement à l'inculpation éventuelle d'une personne.

Pour éviter cette relative confusion de rôle, notre pays a engagé, dans les services du parquet, des psychologues et des policiers spécialisés dans ces évaluations. Il est rare qu'un pédopsychiatre soit désigné comme expert supplémentaire à ce propos. La séparation des rôles reste donc claire en général, et cela est une fort bonne chose.

Le traitement obligé

Lorsqu'une personne est jugée coupable de faits de maltraitance ou de pédophilie, il arrive que le juge sursoie à sa condamnation à condition qu'elle se soigne. Ce traitement sous obligation pose à la fois des problèmes d'efficacité psychothérapeutiques et de respect de l'éthique des traitements.

Quelle pathologie avons-nous à soigner ?

Nous sommes thérapeutes et nous parlons bien de traitement et pas de punition. Nous supposons donc avoir une pathologie à traiter. Il ne s'agit pas de psychoses, de dépressions, de démences, etc., comme nous l'avons dit plus haut, mais de troubles névrotiques ou psychopathiques. Or les écoles psychiatriques se divisent sur la définition de ces troubles et des traitements qui en découlent.

Personnellement, je pense qu'il y a moyen de dépasser, en un premier temps, ces clivages d'écoles. Il me semble en effet que la première caractéristique à reconnaître dans l'abord d'un délinquant en traitement obligé est le phénomène du déni, et d'évaluer son importance comme préalable à toute entreprise thérapeutique, quelle qu'en soit la méthode.

Il est plus aisé de décrire d'abord ce déni dans la délinquance sexuelle, pour l'étendre ensuite à la question de la maltraitance.

Déni de quoi ? En profondeur, il s'agit du déni, du refus de la légitimité de la loi naturelle qui nous impose l'existence de deux sexes différents. Cette réalité nous contraint à dépendre de l'autre pour éprouver l'éveil du désir sexuel en nous, et plus encore de l'assentiment de l'autre pour le satisfaire. La bipolarité sexuelle marque pour chacun sa limite, puisqu'il ne dispose que d'un sexe. Surtout, il doit obtenir l'acquiescement du partenaire pour accéder au plaisir. Il est, quant à son désir et son plaisir, vulnérable envers un autre, dépendant du désir de l'autre.

Cette situation de dépendance au désir et à l'acquiescement de l'autre pose problème pour tout humain. La solution « normale » passe par la place suffisante laissée au désir de l'autre et le droit qu'on lui accorde à son autonomie.

Le déviant sexuel ne peut accepter cette limite, cette vulnérabilité. Non qu'il en ignore l'existence (auquel cas il aurait versé dans la psychose). Mais il en conteste la légitimité. Pour diverses raisons qui tiennent chaque fois à son histoire propre, le déviant vit cette vulnérabilité envers l'autre comme une situation de force intolérable et injuste qui l'humilie et l'angoisse, et il y répond en forçant l'autre.

Sachant qu'il dépasse ou transgresse une loi humaine – et parfois juridique – il sait aussi que les autres ne peuvent l'accepter, mais il vit cette transgression comme plus ou moins justifiée. Il s'en ressent le droit, contre la position des autres. D'où sa manière de se cacher, de mentir, d'inventer de fausses raisons envers tous les autres qui respectent cette loi de base, mais qui à ses yeux participent de ce fait de l'injustice humaine. C'est aussi pourquoi ces délinquants ne reconnaissent ni leurs délits, ni la réalité psychique de leurs victimes, pas plus que le désir ou la souffrance de l'autre dans le domaine sexuel, ou, dans le cas de maltraitance, dans le domaine physique. C'est pourquoi ils ne consultent presque jamais spontanément. C'est aussi pourquoi ils ressentent le thérapeute comme participant à l'injustice générale qui accepte la vulnérabilité structurelle du désir, et donc plus ou moins comme un ennemi. C'est enfin pourquoi, si nombreux sont les thérapeutes qui, ayant l'expérience de ces situations, affirment que le critère pertinent d'une possibilité thérapeutique est de surmonter ce déni et d'arriver à ce que l'auteur du délit reconnaisse sa responsabilité envers la victime, et de là envers la société. Cela, quelle que soit la méthode thérapeutique dont on se servira par la suite.

Je ne sais si ce fil conducteur du déni, du refus de la légitimité de la loi qui régit les relations entre hommes, femmes et enfants peut être pour vous un concept éclairant. Personnellement, je l'ai trouvé utile pour guider les thérapies que j'ai effectuées dans ce domaine, et pour en évaluer les résultats.

Quelle relations thérapeutique ?

Si nous acceptons le mécanisme du déni, nous comprenons que le délinquant en traitement obligé risque bien de nous situer dans la place du tenant de l'injustice, position qui, a priori, rend impossible une relation thérapeutique.

Pour être réelle et éventuellement efficace, toute thérapie demande que s'installe entre soignant et soigné une relation d'ordre affectif, au sens général du terme. On peut la désigner de diverses manières : alliance thérapeutique, transfert, confiance envers le thérapeute. C'est une relation humaine, de personne à personne, qui présuppose que le thérapeute soit animé par le désir du bien du patient. C'est parce qu'il est convaincu que le thérapeute veut son bien que le patient accepte de se confier et de suivre éventuellement les indications données par ce thérapeute.

Or cette base de bienveillance thérapeutique a priori est évidemment problématique avec le délinquant en traitement obligé. Ce dernier accepte la relation pour échapper à des peines plus lourdes, mais non pas par confiance dans le désir de son bien qui animerait le thérapeute. Il ne sait d'ailleurs trop si le thérapeute est lui aussi du côté du déni, tout en jouant la complicité avec la justice pour être avec des plus forts, ou s'il désapprouve la position du déni sur le fond. Souvent, d'ailleurs, il testera discrètement ce point chez le thérapeute, essayant d'amener ce dernier à minimiser avec lui le délit. De toute manière, complice de l'injustice ou assez naïf pour l'accepter, le thérapeute est celui de la bonne volonté de qui dépend que le sujet aille ou non en prison. On est loin d'une relation de confiance thérapeutique.

Comme le soulignent ceux qui ont l'expérience de telles thérapies, le vrai problème de la relation avec le délinquant sera de surmonter cet obstacle, ce malentendu. Il faudra, en premier, élucider toutes les formes concrètes sous lesquelles s'exprime et se vit cette peur du désir de l'autre et le déni, pour chaque sujet : peur de la sanction bien sûr, peur de perte narcissique, peur de perdre son couple, ou son rôle paternel, etc. C'est dans la mesure où, à partir d'une ambivalence qui l'habite comme tout un chacun entre reconnaissance et déni de l'autre, le délinquant pourra entrevoir le caractère imaginaire de ses peurs et le bien-être psychologique et sexuel personnel qu'il pourrait retirer de s'en débarrasser, qu'il entrera dans une relation thérapeutique véritable, avec ses chances d'efficacité. Toute la question repose donc sur cette négociation première entre thérapeute et auteur du délit. Question qui demande patience et bienveillance du côté du thérapeute, et surtout qu'il croie dans cette possibilité. Cela ne réussit pas toujours, nous le savons, mais cela réussit souvent.

Ceci dit, je pense que les références théoriques et les méthodes relationnelles utilisées par les thérapeutes n'ont qu'une importance seconde. Ce qui importe est sans doute plutôt que le thérapeute se sente à l'aise dans les références qu'il aura choisies. Je mettrais cependant deux limites au choix de la méthode. D'une part, je me permets de douter que le conditionnement aversif donne de bons résultats à long terme en raison de l'agressivité latente qu'il risque bien de susciter chez le délinquant. En outre le conditionnement aversif pose de sérieux problèmes éthiques par la coercition physique qu'il implique. D'autre part, je ne crois pas que la cure psychanalytique classique soit possible dans ces cas, en raison du caractère très fantasmatique du transfert que nécessite une telle cure.

Question éthique

Au-delà des difficultés qu'il entraîne quant à la possibilité d'une thérapeutique, le traitement obligé soulève des problèmes d'ordre éthique. Il transgresse le principe du consentement libre auquel nous adhérons tous par respect de l'autonomie et de la liberté qui forment, à nos yeux, le socle de la dignité humaine.

Je pense que pour affronter cette question, nous devons nous interroger sur la manière dont chacun de nous perçoit ces dimensions éthiques.

L'éthique est en général comprise et présentée comme la réflexion qui permet de dégager les principes qui doivent orienter nos conduites. Cette affirmation nous interroge, en fait, sur le statut et le rôle de ce que nous définissons comme « principes », ici le principe du respect de l'autonomie comme fondement du respect de la dignité du sujet. Si nous le vivons comme une entité morale absolue qui ne peut souffrir de transgression, alors, oui, le traitement obligé transgresse ce principe. Il se justifie au mieux, dans ce cas, par le fait que le délinquant, le premier, a enfreint le respect de la liberté de l'autre. Une transgression justifie l'autre.

Ce n'est pas ma position. Nous ne devons pas faire des principes éthiques des entités absolues, quasi-métaphysiques, mais bien des idéaux, des guides, des phares qui nous indiquent dans quel sens nous devons marcher pour sauvegarder – et construire – l'humanité et l'humain. Un phare est indispensable pour conduire le bateau au port, et nous ne pouvons donc jamais l'ignorer ni le détruire. Mais le phare n'est pas le but, le point d'arrivée du bateau. Si le bateau va droit sur le phare, il se fracassera sur les rochers. Il doit passer à côté pour entrer dans le port. Autrement dit, les hommes ne sont pas faits pour les principes, mais les principes pour aider à

l'humanisation – et au bonheur – de l'homme. L'humanité de l'homme n'est pas faite de principes, mais d'hommes en chair et en os.

De ce point de vue, je suis surtout sensible au caractère relationnel de dignité humaine, et même de la liberté, de l'autonomie.

Telle qu'elle est vécue, par les humains, la dignité n'est pas d'abord l'aboutissement d'une théorie philosophique, mais bien plutôt une qualité relationnelle de respect qu'il attend des autres. L'autonomie elle-même, telle qu'elle se vit, ne se réclame pas d'abord comme légitimée par diverses qualités propres au sujet, mais bien comme un droit. C'est-à-dire comme une reconnaissance de la réalité de son désir, et donc comme une qualité relationnelle accordée par autrui.

Si c'est le non-respect du droit de l'enfant qui autorise le non-respect du droit du délinquant à son autonomie, puisqu'il en a fait mauvais usage, nous ne sortons pas du cycle de la violence, de la punition, voire de la vengeance. L'obligation de traitement et même la sanction ne retrouvent leur statut éthique que dans une signification positive : celle de contribuer à restaurer l'ordre symbolique de l'échange de dignité qui instaure l'humanité de l'humain. Si l'enfant doit y retrouver le respect de son désir, de son autonomie et de sa dignité, le délinquant lui aussi y retrouvera sa dignité. Le déni de l'autre et le forçage de l'enfant n'apportent aucun surcroît d'autonomie et de dignité au sujet délinquant, tout au contraire. Derrière le plaisir et la satisfaction narcissique qu'il se donne, il se sent plutôt prisonnier de ses pulsions, menacé par les autres, et n'y ayant acquis aucun surcroît de dignité. La position éthique est, à mes yeux, de miser sur le fait qu'il continue à le savoir et à y adhérer, au fond de lui-même, au-delà de son déni et de sa violence.

De tels propos peuvent facilement paraître idéalistes, utopiques, voire naïfs. Mon expérience est cependant que, lorsqu'ils nourrissent la conviction du thérapeute, la plupart des délinquants le perçoivent et en ressentent leur propre dignité respectée. Ce qui les conduira parfois, souvent peut-être, mais certes pas toujours à y adhérer. Dans les évolutions favorables, l'éthique rejoint de la sorte l'efficacité thérapeutique. Lorsque ce ne sera pas le cas, on pourra espérer, au moins, que le sujet délinquant gardera la mémoire de s'être vu offrir une autre manière d'aborder son autonomie et sa dignité.