

Apport des neurosciences au confluent de la psychiatrie et de la justice

3 décembre 2010
CHU Timone / Amphi HA1

Journée organisée Sous l'égide de la Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
et du CRIRAVS PACAC - Pr C. Lançon, Dr C. Paulet

Avec la présidence d'honneur du Directeur Général de l'AP-HM, M. J.P. Segade,
du Président de la CME, Pr G. Moulin et du Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, Pr G. Leonetti

Inscription / Contact : 04 91 83 90 33 - contact.violencesexuel@ap-hm.fr

Colloque 3 décembre 2010

Colloque 3 décembre 2010

Introduction :

pourquoi ces thèmes ?

9h30-9h50 :

Pr P. ROUBERTOUX : Y a-t-il des gènes de la violence ?

9h50- 10h10 :

Pr C. LANÇON : Que penser du Concept de personnalité pathologique ?

10h10-10h30 :

Dr C. BOULANGER-MARINETTI : Le concept de psychopathie revisité par les neurosciences

10h30- 10h50 :

Dr M LACAMBRE : Insight, cognition et agression sexuelle.

Gène et violence

Auteur(s) Pr Roubertoux Pierre

Mots clés : androgènes, neuromédiateurs, sérotonine, transcriptome, souris

Si l'éthologie classique a pu considérer, pendant longtemps, l'agression comme l'un des moteurs de l'évolution des espèces, ce point de vue semble dépassé, d'autres motifs incitent à s'y intéresser. Farrington (1992) mettait l'accent sur la croissance du nombre de crimes, de 20 à 76 par 1.000 habitants, pendant les vingt dernières années, de 1969 à 1989. Moffit (1993) présentait des valeurs montrant que l'indice de criminalité du FBI, incluant les arrestations pour homicide, viol, blessures corporelles et vols, atteignait un maximum chez les personnes situées dans une tranche d'âge entre 15 et 20 ans. La question, pour le biologiste n'est pas de comprendre pourquoi ces actes se produisent, mais de comprendre comment se déclenchent les conduites impulsives donnant lieu à des actes agressifs. Pour le généticien, elle est de comprendre les mécanismes physiologiques qui permettent la réalisation de comportements agressifs. Nous examinerons d'abord les gènes dont on a pu penser qu'ils étaient impliqués dans la violence, ceux du chromosome Y – existe-t-il un chromosome du crime ? – ceux liés aux neuromédiateurs excitateurs, aux androgènes, à la sérotonine.

On montrera que la relation entre gènes et phénotypes, qu'ils soient comportementaux ou autres, n'est pas linéaire. Entre le gène et la réalisation d'un gène – la protéine – on montrera qu'il se passe un ensemble de phénomènes connus sous le nom d'épigénétique. Les événements qui ont lieu pendant ces étapes montrent qu'au fur et à mesure qu'on monte dans la hiérarchie

des processus biologiques, on produit plus d'information mais cette production accrue d'entropie s'accompagne d'une dégradation de la causalité. On conclura en montrant que s'il est possible de mettre en évidence le rôle des gènes sur l'agression dans certaines conditions, il est difficile d'en tirer des prédictions au niveau de l'individu.

■ P. Roubertoux « Y a-t-il des gènes de comportements ? Paris, Odile Jacob, 2005 ;

■ Mortaud, S., Nicolas, L., Pinoteau, W., Tordjman, S., Carlier, M., & Roubertoux, P.L. (2010). Brain Pathways Mediating the Pro-Aggressive Effect of the Steroid Sulfatase (Sts) Behavior genetics, 40(2), 211-21.

■ Roubertoux, P.L., Guillot, P.V., Mortaud, S., Pratte, M., Jamon, M., Cohen-Salmon, C., & Tordjman, S. (2005). Attack behaviors in mice: From factorial structure to quantitative trait loci mapping. European Journal of Pharmacology, 526, 172-185.

Roubertoux, P., & Carlier, M. (2007). From DNA to mind. EMBO Reports, 8, 7-11.



Que penser du concept de personnalité pathologique ?

Auteur(s) Pr Christophe Lançon.

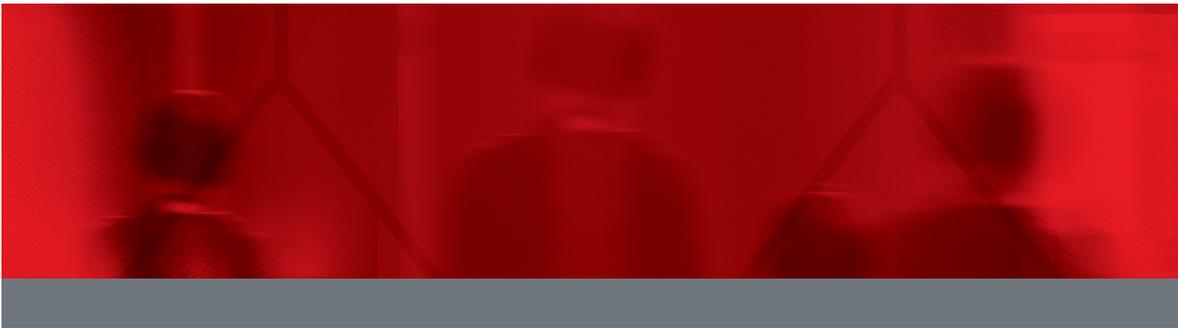
Mots-clés : trouble de la personnalité, norme.

La question de troubles de la personnalité est "centrale" en matière de responsabilité pénale ; c'est donc un problème qu'il faut analyser soigneusement du point de vue des concepts validés et dont il faut revoir les fondements au vu des conséquences qu'ils peuvent avoir dans les expertises psychiatriques et psychologiques.

Le « trouble de la personnalité » questionne tout d'abord la pertinence du concept de personnalité même et de son utilisation comme vecteur d'exclusion et de normalisation des différences interpersonnelles.

Les troubles de la personnalité posent la question de la maladie mentale au sein de laquelle le concept de troubles de la personnalité représente une lacune non négligeable. L'utilisation au quotidien de ce concept par les cliniciens renvoi souvent à une interprétation de leur part pouvant refléter une incompréhension de l'Autre ; Autre qui ne partage pas les mêmes valeurs et normes sociales.

Il faut donc être attentif à ne pas instrumentaliser un phénomène psychologique dont la validité reste à établir afin qu'il ne puisse être un outil d'interprétation à charge et travailler à des recommandations consensuelles.



Le concept de psychopathie revisité par les neurosciences

Auteur(s) Dr Christophe BOULANGER-MARINETTI

Mots clés : dysfonctionnement amygdalien – conséquences socio-morales – empathie – personnalité antisociale – psychopathie – sociopathie acquise – trouble des conduites – trouble développemental.

Née des courants organicistes du 19ème siècle et du début du 20ème siècle, la psychopathie n'a eu de cesse de poser des difficultés d'ordre terminologique et clinique, pas simplement à la psychiatrie toute entière mais aussi à l'ensemble de la société. Initialement définie par ses aspects négatifs dans l'univers psychiatrique, parfois même niée comme statut pathologique, la psychopathie est restée en marge de la psychiatrie. Malgré de nombreux remaniements nosographiques, la psychopathie reste à ce jour un concept aux limites floues relevant de la métapsychologie, de mécanismes neuro-cognitifs et d'une composante environnementale.

La notion même de psychopathie demeure encore aujourd'hui controversée. Certains rejettent ce concept sur la base des difficultés d'évaluation et d'un aspect trop moral marqué par un construct historique. Mais si l'on se réfère aux travaux des partisans de l'utilisation de l'échelle de Hare (PCL-R) plutôt que sur ceux de l'utilisation du DSM-IV, la psychopathie serait devenue au cours des 20 dernières années une entité nosographique mieux définie et distincte du trouble de la personnalité antisociale. La psychopathie doit alors être définie comme un construct clinique indépendant de la personnalité antisociale, un trouble développemental relativement homogène à l'intérieur du vaste champ du trouble de la personnalité antisociale. Dans le cas de la psychopathie, il semble que par le biais de la mise au point d'échelles comme celle de Hare, on arrive de plus en plus à s'entendre sur ce que la psychopathie veut dire, mais en ce qui concerne son traitement c'est le scepticisme qui fait le consensus. Et puis, ne devrait-on pas s'éloigner de la réduction sociologique de la personnalité

antisociale pour se tourner vers une dimension plus générale comme celle de l'empathie où la psychopathie pourrait être en partie comprise comme une pathologie de l'empathie ? La révolution récente des neurosciences dans ce domaine avec le modèle neuropsychologique de la « sociopathie acquise » et la découverte des neurones « miroir » pourrait ouvrir la voie à nos attentes et interrogations.

La recherche actuelle en neuropsychologie et en neuro-imagerie repose sur des corrélations entre anomalies anatomiques et fonctionnelles et perturbations comportementales. La pertinence explicative et prédictive par rapport à l'émergence de l'agressivité et de la psychopathie doit être relativisée. La psychopathie développementale au sens de Blair (ou primaire) regrouperait un sous-groupe de sujets antisociaux particulièrement sévère dont les comportements déviants seraient liés à une atteinte cérébrale structurale et fonctionnelle, précisément un dysfonctionnement amygdalien précoce. Mais une explication encore plus satisfaisante et cohérente de la psychopathie reste donc à construire pour ledit trouble neuro-cognitif présent tout au long de la vie, comme en témoigne l'existence de traits psychopathiques (ou trouble des conduites) chez certains enfants. La psychopathie ou pathologie de l'empathie pourrait constituer un modèle neuro-cognitif de l'empathie, qu'il conviendrait d'approfondir par des travaux empiriques. Dans une perspective néo-darwinienne, on pourrait même imaginer que l'empathie et la psychopathie sont deux stratégies d'adaptation équivalentes de l'espèce humaine. Bien qu'elles soient opposées en terme d'enjeux et de conséquences socio-morales, elles semblent toutes les deux relever de l'intelligence sociale.



Insight, cognition et agression sexuelle

Auteur : Dr Mathieu Lacambre

Dans la clinique des agresseurs sexuels nous avons été frappés par la fréquence et l'importance des distorsions cognitives à l'œuvre, se manifestant par des rationalisations ("c'est que j'en avais besoin"), banalisations ("c'est pas très grave et c'est finalement assez courant"), de la dénégation ("aimer le sexe ne fait pas de moi un malade") et du déni ("il n'y a pas d'agression sexuelle").

Absence de conscience du caractère pathologique des comportements sexuels perturbés en référence à l'insight? Dépression? Fausses croyances? Altérations des stratégies de prise de décision? Nous avons axé nos travaux sur l'évaluation de ces différentes dimensions afin de mettre en évidence des altérations spécifiques et/ou des corrélations particulières dans le champs des agresseurs sexuels pédophiles.

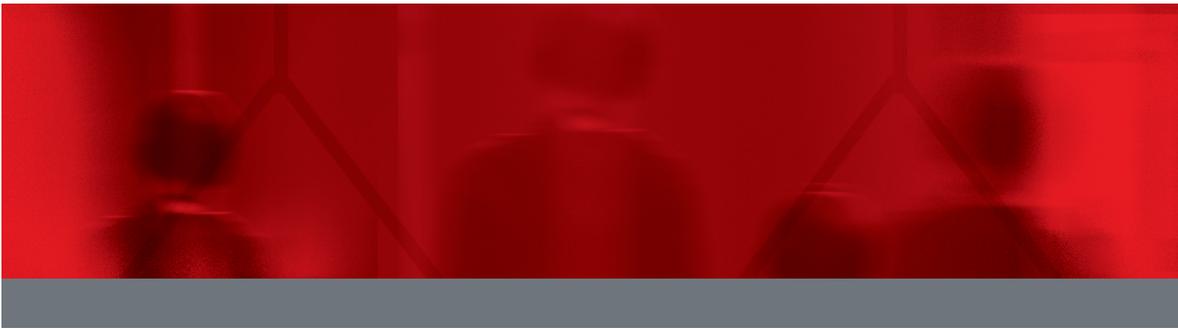


Table ronde

'dire la vérité' la clinique au
tribunal civil et pénal.

■ 11h10-11h30 :

Dr J. FARISSE : Intérêt de l'imagerie fonctionnelle dans le handicap

■ 11h30- 11h50 :

Dr S. TASSY : Une neuro-imagerie de la morale.

■ 11h50-12h10 :

Dr D. GLEZER: Le scanner au tribunal : vers un recyclage des experts psy ?

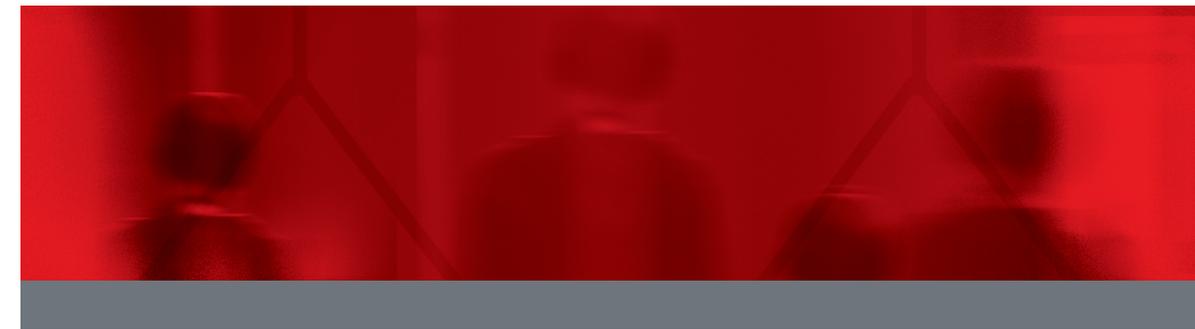


Intérêt de l'imagerie fonctionnelle dans le handicap

Auteur : Dr Jean Farisse

Bien que la Psychiatrie et la Neurologie se soient dissociées il y a longtemps, le concept de neuroscience les rapproche à nouveau, et plusieurs passerelles s'établissent. Grâce à la neuropsychologie appliquée [A et H Damasio] associée à des moyens d'exploration de plus en plus puissants et précis, le regard s'affine et la compréhension de certains phénomènes s'améliore. Composante caractéristique voire spécifique des troubles de la personnalité Border-Line, l'impulsivité et son corolaire le passage à l'acte peut bénéficier des progrès de l'imagerie fonctionnelle comme la scintigraphie cérébrale et le Pet-scan. Ces explorations mettent en évidence le rôle prépondérant du Cortex Orbito-Frontal, dans la régulation de l'humeur et du comportement. Après avoir rappelé les bases neuro-anatomiques et l'organisation du principal réseau impliqué dans le contrôle de l'impulsivité, un bref survol de la littérature permettra d'aborder les applications possibles des résultats de la neuro-imagerie dans les domaines de la clinique, de la thérapeutique et de l'abord expertal des troubles du comportement qui lui sont corrélés. Les liens du Cortex Orbito-Frontal avec le contrôle des émotions trouvent leur origine dans l'organisation embryologique de l'encéphale. Les fibres neuronales, constitutives du futur réseau l'unissant aux structures temporales (Amygdale et Hippocampe) vont s'établir suivant le formidable gradient de croissance antéro-postérieur du néo-cortex, dont le développement sera guidé par la future boîte crânienne. Les rapports de contiguïté entre le COF et les pôles antérieurs des

temporaux ne doivent pas faire oublier que les principaux circuits qui les unissent le font en suivant une boucle, centrée par les noyaux gris centraux, épousant la convexité du corps calleux [circuit de Papey], et pouvant émettre des prolongements distaux, se projetant jusqu'à certains noyaux du cervelet [Andreassen-CCTCC]. Le Lobe Frontal dans sa partie sus-orbitaire, le Système Limbique (plus particulièrement le Cingulum et les Noyaux gris centraux comme le Thalamus), le lobe temporal (Noyau amygdalien et Hippocampe) sont les principales structures encéphaliques qui sont étudiées sur le plan morphologique par l'imagerie neuroradiologique classique [scanner et IRM], et qui, désormais, peuvent être appréhendées sur le plan fonctionnel grâce aux Scintigraphies (SPECT) et au Pet-Scan. Les modifications comportementales liées aux atteintes des lobes frontaux sont connues et décrites [Derouesné C et Bakchine S. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Neurologie, 17-035-B-10, 1998, 7p] et l'impulsivité est rattachée aux lésions des circuits orbito-frontaux latéraux, associé à des modifications de la personnalité, une irritabilité, une familiarité excessive, une dépendance à l'environnement, et des troubles de l'humeur. Accompagnée d'incontinence émotionnelle, d'un caractère antisocial, de difficultés d'apprentissage, et d'un trouble de la réaction d'extinction, l'impulsivité peut aussi être un symptôme du syndrome frontal lors des perturbations des circuits médians.



La visualisation directe des dysfonctionnements de ces deux territoires, sous forme d'hypodébits à la scintigraphie ou d'hypométabolismes au PET-Scan permet de compléter, souvent avec une sensibilité et une précision plus grande les données morphologiques parfois insuffisantes, et « éclairent » en les illustrant les informations recueillies par l'évaluation neuropsychologique. Leur intérêt clinique apparaît comme évident, voire incontournable lorsque l'imagerie fonctionnelle confirme les lésions retrouvées aux examens morphologiques en les précisant dans leurs extensions et leur intensité. La reconnaissance de leurs résultats positifs, en l'absence de lésions retrouvées à l'IRM est plus difficile, et pourrait trouver une solution par l'établissement de référence, permettant l'édition de résultats relatif à une population témoin. Les implications thérapeutiques peuvent, par elles, être orientées, et leurs effets potentiels mesurés ou du moins évalués (examen comparatif à 6 mois ou 1 an). Leur emploi dans les situations expertales civiles ou pénales, est plus limité en raison du manque de recul et de pratique, d'une utilisation non-encore de diffusion large et plutôt limitée à la recherche, d'absence de « barème » et d'un prix plus élevé. A travers la présentation de quelques cas cliniques, différentes situations et trajectoires de vie seront détaillées, pour illustrer l'intérêt des nouvelles techniques d'imagerie fonctionnelle dans l'étude de l'impulsivité et des conséquences de celle-ci en terme de troubles du comportement auto- et hétéro-agressifs.

Bibliographie :

- 1) The Orbitofrontal Cortex. David H. Zald and Scott L. Rauch. Oxford University Press 2006
- a) The role of human orbitofrontal cortex in reward prediction and behavioral choice : insight from neuroimaging. John P. O'Doherty, Raymond Dolan, 265-306
- b) The role of larela orbitofrontal cortex in the inhibitory control of emotion. Christine I. Hooker, Robert T. Knight, 307-324
- 2) Therapy for cognitive and neurobehavioral disorders. In Neurology of cognitive and behavioral disorders. Orrin Devinsky, Mark D'esposito. Oxford University Press 2004.
- 3) The Frontal lobes and Neuropsychiatric Illness. Stephen Salloway, Paul F. Malloy, James D. Duffy, American Psychiatric Publishing, Inc 2001 – 2005.
- 4) Textbook of Traumatic Brain Injury. Jonathan M. Silver, Thomas W McAllister, Stuart C. Yudofsky. American Psychiatric Publishing, Inc 2005
- 5) The Neuropsychiatry of Limbic and Subcortical Disorders. Stephen Salloway, Paul F. Malloy, Jeffrey L. Cumming. American Psychiatric Publishing, Inc 2005
- 6) Prise en charge des traumatisés crânio-encéphaliques. Approche pharmacologique des troubles cognitifs et du comportement. A.L. Ferrapie, M. Dinomais, S. Tasseel, V. Saoût, I. Richard. In Prise en charge des traumatisés crânio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion, sous la direction de P. Azouvi, P.A. Joseph, J. Pelissier, F. Pellas.



Une neuro-imagerie de la morale

Auteur : Dr Sébastien Tassy.

Mots-clefs : Morale, émotion, cognition, préfrontal.

Depuis une quinzaine d'années les sciences cognitives ont permis d'améliorer très significativement la compréhension des fondements biologiques de notre moralité. Les neurosciences conduisent à remettre en question la dichotomie raison/émotion qui a profondément influencé la philosophie et la psychologie morale. D'après les travaux de Greene, lors de la résolution de problèmes moraux, il existe une compétition dynamique des mécanismes cérébraux émotionnels et rationnels, plutôt qu'une implication exclusive d'un processus cognitif rationnel ou d'un processus émotionnel. Le "jugement moral" reposerait sur un système dual de traitement de l'information dans lequel les structures du contrôle cognitif, en particulier le cortex préfrontal latéral, inhibent les réponses émotionnelles dépendantes de structures parmi lesquelles le cortex préfrontal médian. Plus récemment Glenn et al ont montré que des traits de personnalités psychopatiques étaient corrélés à un hyperfonctionnement du cortex préfrontal latéral lors de la résolution de dilemmes moraux activant habituellement les structures très

émotionnelles sans qu'il soit noté de modifications perceptibles des réponses à ces dilemmes. Cela suggère que les psychopathes utiliseraient des processus contrôlés « rationnels » pour le traitement d'informations émotionnelles. Or les patients identifiés comme psychopathes bien qu'ayant des capacités de jugement moral normales ont des comportements totalement immoraux. Une question cruciale reste donc ouverte : comment expliquer la dissociation existant chez les psychopathes, mais à un degré moindre chez chacun de nous, entre nos actions et les jugements moraux qui les précèdent. Les résultats d'imagerie et nos travaux de stimulations magnétiques transcrâniennes font penser que le JUGEMENT moral est différent du CHOIX comportemental par ce qu'il n'implique pas de conséquences personnelles directes (réelles ou simulées) pour le sujet. Cette différence de référentiel conditionnerait l'activation de processus cognitifs différents et constituerait donc un paramètre essentiel à étudier pour améliorer encore notre compréhension des fondements cognitifs de notre moralité.

■ Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, Darley JM, Cohen JD. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science* 2001; 293(5537): 2105-2108.

■ Glenn AL, Raine A, Schug RA. The neural correlates of moral decision-making in psychopathy. *Mol Psychiatry* 2009; 14(1): 5-6.

■ Tassy S, Oullier O, Cermolacce M, Wicker B. Do psychopathic patients use their DLPFC when making decisions in moral dilemmas? *Mol Psychiatry* 2009; 14(10): 908-909; author reply 909-911.

■ Cima M, Tonnaer F, Hauser MD. Psychopaths know right from wrong but don't care. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2010; 5(1): 59-67.



Le scanner au tribunal : vers un recyclage des experts psy ?

Auteur : Dr Daniel Glezer

Alors que depuis deux siècles l'évaluation par l'expert-psychiatre de la responsabilité pénale, puis de la dangerosité (psychiatrique) de l'accusé s'appuyait essentiellement sur l'entretien clinique, l'approche psycho-pathologique au regard des faits reprochés, les modalités de l'expertise pourraient bientôt évoluer, à la lueur des données des neurosciences pour se centrer sur l'organicité cérébrale, et des explorations anatomo-pathologiques et biochimiques du cerveau

Après les suspicions de fliquiatrie va-t-on assister à la prévalence de la chimiatrie, à la revanche de la neurologie ou de la neuro-psychologie sur la psychiatrie.

Vers une prévention de la récidive :

place et enjeux des traitements des auteurs de violences sexuelles.

14h-14h20 :

Me G. CASILE-HUGUES : La responsabilité pénale à la lumière des neurosciences.

14h20- 14h40 :

Dr C. PAULET : De quoi la rétention de sûreté est-elle le nom ?

14h-14h40 :

Dr E. KANIA : Évolution des pratiques de soins.

15h-15h30 :

Pr F. THIBAUD : Traitement hormonal des auteurs d'agressions sexuelles, quelles indications ?

16h10-16h30 :

Me S. ACHARD, Me M. CHOLLIER : Thérapie sous injonction, quelles thérapies, quelles évaluations ?

16h30-16h50 :

Dr M-N. PETIT, A. DEGROLARD-GARCIA : L'unité Joseph Grasset, service de psychiatrie légale et de victimologie (84)

16h50-17h10 :

Me B. RICHARD : Le législateur et le psychopathe: la régulation juridique de la violence

Le concept de responsabilité pénale à la lumière des neurosciences.

Auteur : Geneviève Casile-Hugues

La responsabilité pénale est l'obligation de répondre des conséquences de ses actes. Le jugement de responsabilité porte sur l'appréciation du comportement de l'auteur. Or, les neurosciences peuvent fournir des indications sur les déterminants du comportement.

Le développement des connaissances scientifiques au XIXème siècle a servi de base à des conceptions positivistes totalement opposées au système classique. Cependant, celui-ci a fini par intégrer des éléments scientifiques dans une perspective purement humanistes avec la Défense Sociale Nouvelle intégrant les données de la criminologie avec des traductions en droit positif.

La persistance de certaines formes de délinquance que le système classique n'est pas parvenu à contrôler conduit à se tourner vers les apports de ces neurosciences pour élaborer de nouvelles formes de réaction sociale visant à prendre en charge des catégories particulières de délinquants. Néanmoins, cette évolution de la réaction sociale pourrait conduire à une nouvelle conception de la politique criminelle substituant le concept de responsabilité pénale classique par le droit pénal de l'ennemi dont le type pourrait être présenté par le délinquant sexuel.



Le concept de responsabilité pénales à la lumière des neurosciences

Da quoi la rétention de sûreté est-elle le nom ?

Auteur : Dr Catherine Paulet

La loi du 25 février 2008 créant la rétention de sûreté fait suite à un fait divers dramatique survenu durant l'été 2007 : le viol d'un petit garçon par un homme déjà condamné pour viol et récemment libéré.

La loi prévoit qu'à titre exceptionnel, les personnes condamnées à 15 ans (ou plus) de réclusion criminelle pour un crime grave (homicide, viol, actes de torture ou de barbarie, séquestration, enlèvement) à l'encontre d'une victime mineure ou majeure, qui présentent à la fin de leur peine, « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité », soient placées à leur sortie de prison, dans un centre socio-médico-judiciaire de rétention de sûreté.

Dans l'évaluation de cette « particulière dangerosité » par une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, les expertises psychiatriques jouent un rôle central. La rétention dure tant que la dangerosité de la personne retenue ne permet d'envisager aucune autre mesure de sûreté à l'extérieur et toute la prise en charge –singulièrement médico-psychologique – vise à réduire le risque de récidive criminelle.

Le premier centre de rétention de sûreté, sous double tutelle Justice-Santé, a ouvert ses portes en 2009 à Fresnes. La loi n'étant pas rétroactive, les personnes condamnées relevant de ce dispositif commenceront à pouvoir y être orientées à partir des années 2020. En revanche, le dispositif est d'ores et déjà opérationnel pour les personnes placées sous surveillance de sûreté à l'extérieur qui ne respectent pas les obligations qui leur sont imposées.

Cette loi a ceci de particulier qu'il s'agit de priver de liberté une personne non pour un acte commis mais

pour un risque, en l'occurrence de récidive. Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

L'esprit et la lettre de la rétention de sûreté méritent à l'évidence une réflexion approfondie.

On pourrait penser que ce dispositif tout à fait marginal est une exception mais Mireille Delmas-Marty, une de nos plus éminentes juristes, en démontre dans son dernier ouvrage, l'inquiétante exemplarité dans la consécration d'une culture de la peur.

Nous sommes entrés dans des sociétés de plus en plus marquées par la peur des dangers qui conduit de plus en plus à des processus d'exclusion. La vision humaniste du droit pénal moderne est remise en cause par la banalisation du courant sécuritaire.

En France, les nombreuses lois sur la prévention de la délinquance et de la récidive de ces dernières années nous mettent en présence d'une nouvelle logique pénale : d'un côté les fondamentaux du droit pénal, la culpabilité et la sanction, de l'autre, le retour du positivisme de la Défense Sociale, la dangerosité et les mesures de sûreté.

La Défense Sociale substitue la dangerosité à la culpabilité et la mesure de sûreté à la peine. Elle est déterministe (le criminel né) et probabiliste (le criminel potentiel et les populations à risques).

Ce changement a trouvé sa pleine consécration dans la loi de 2008 qui permet de maintenir un condamné en rétention après exécution de sa peine, pour un an renouvelable indéfiniment, sur le seul critère de sa dangerosité, c'est-à-dire une probabilité très élevée de

récidive associée à un trouble grave de la personnalité. Alors que la présomption d'innocence oblige l'accusation à prouver la culpabilité et que le doute profite à l'accusé, la preuve de la non-dangerosité semble impossible. Le doute profite alors à l'accusation, au nom du principe de précaution qui, transposé aux personnes, devient présomption de dangerosité.

La place des psychiatres dans ce dispositif est déterminante puisque l'approche du risque se veut scientifique, utilisant le profilage et le repérage de facteurs de risque, au croisement d'observations cliniques et d'études dites actuarielles, inspirées du vocabulaire et des méthodes des assurances, qui recherchent des corrélations statistiques entre la récidive et un ensemble de variables indépendantes.

Un ouvrage américain récent de Harcourt démontre à cet égard clairement la faiblesse des bases théoriques, fondées sur des critères peu variés, redondants et non pertinents, de l'approche prédictive actuarielle, et souligne l'échec de pratiques qui ont entraîné non pas une diminution de la criminalité, mais l'accroissement de la population pénale.

Sur des bases aussi douteuses, comment peut-on recommander une mesure aussi contraignante que la rétention de sûreté ?

Pour évaluer la dangerosité criminologique, on fait appel à l'expertise psychiatrique.

Si la dangerosité psychiatrique relève du diagnostic qui peut être fait par l'expert médical, la dangerosité criminologique se confond avec un pronostic de réitération ou de récidive dont on ignore quel type d'expert pourrait l'établir.

La confusion avec la dangerosité psychiatrique liée à la maladie mentale entretient l'illusion qu'il existerait un savoir permettant d'évaluer, sous le nom de dangerosité criminologique, une notion que la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme qualifie de « notion émotionnelle dénuée de fondement scientifique, soulignant aussi le caractère « extrêmement aléatoire de la prédiction du comportement futur ».

On rappellera la mesure et la sagesse qui font dire au psychiatre Georges Lantéri-Laura : « La psychiatrie dès qu'elle se trouve sollicitée non plus de donner un avis sur l'éventualité de l'état de démence au temps de l'action ou sur la présence d'une pathologie mentale précise et avérée, mais de rendre compte d'une grande partie des conduites d'infraction, se retrouve devant un dilemme : mesurer lucidement les limites de son savoir et de son savoir faire, faute d'explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives ou bien dépasser ce qu'elle sait, allant vers un usage sans

critique de l'analogie et de l'à peu près, c'est à dire, au bout du compte, vers un croire savoir et faire croire que l'on sait, infiniment préjudiciable à la vérité et à la déontologie ».

La rétention de sûreté qui dénature la logique pénale et l'objet de la psychiatrie, renvoie à ce que disait Michel Foucault le 18 septembre 1981 dans un éditorial du journal Libération, au moment où se discutait l'abolition de la peine de mort au Parlement ; il se déclarait « contre les peines de substitution ». « La véritable ligne de partage, disait-il, parmi les systèmes pénaux ne passe pas entre ceux qui comportent la peine de mort et les autres, elle passe entre ceux qui admettent les peines définitives et ceux qui les excluent... L'abolition de la peine de mort sera sans doute facilement votée. Mais va-t-on sortir radicalement d'une pratique pénale qui affirme qu'elle est destinée à corriger mais qui maintient que certains ne peuvent et ne pourront jamais l'être, par nature, par caractère et par une fatalité biopsychologique ou parce qu'ils sont, en somme, intrinsèquement dangereux ?... En maintenant sous une forme ou sous une autre, la catégorie des individus à éliminer définitivement (par la mort ou la prison) on se donne facilement l'illusion de résoudre les problèmes les plus difficiles : corriger si on peut, sinon, inutile de se préoccuper, inutile de se demander s'il ne faut pas reconsidérer toutes les manières de punir : la trappe est prête où l'incorrigible disparaîtra... ».

Et si nous en étions là, à des stratégies d'élimination qui commencent à dire leur nom.

L'évolution sociétale où sont mises en tension critique une anthropologie guerrière pour reprendre le terme de Mireille Delmas-Marty, où l'autre est un ennemi à neutraliser/éliminer, et une anthropologie humaniste qui fait de tout homme un membre de la famille humaine, concerne, traverse, contamine nécessairement la communauté psychiatrique.

Nous avons, en tant que professionnels de santé, à nous positionner. Les demandes de sécurité qui nous sont adressées, sont à interpréter au sens psychopathologique du terme. Mais nous ne pourrions répondre de façon structurante sinon rassurante, que lorsque nous aurons nous-mêmes éclairci et redéfini notre champ et nos outils, lorsque nous aurons régénéré notre pensée et affronté nos démons (tentation de l'exclusion) et nos aspirations (volonté d'inclusion).

Sans quoi, nous guettent l'indifférence morale et la rationalité pseudo-scientifique qui peuvent faire le lit du pire.



Le concept de responsabilité pénales

Evolution des pratiques de soin.

Auteur : Dr Eric Kania

Mots-clefs : auteurs de violences sexuelles, injonction de soin, suivi socio-judiciaire, bio-pouvoir.

Au cours des dernières années, l'opinion publique a été sensibilisée, comme jamais auparavant, par la gravité potentielle des agressions sexuelles, en particulier sur les mineurs.

La médecine, et singulièrement la psychiatrie, a été « interpellée » par l'opinion, relayée par les médias et le pouvoir politique, afin d'apporter des réponses à ces nouvelles attentes du corps social, et des solutions en termes de réduction des risques, par le biais de soins, éventuellement dans le cadre d'une « injonction de soins » (loi du 17 juin 1998) ou d'une « thérapie destinée à limiter le risque de récidive » (loi du 12 décembre 2005).

Nous vivons dans une époque tourmentée par l'obsession de la sécurité et le principe de précaution. La société met en place des processus de gestion et de contrôle de certaines couches de la population : immigrants illégaux, terroristes, agresseurs sexuels. Les limites entre le traitement et la punition sont de plus en plus floues, le traitement étant souvent considéré comme une alternative, pire encore comme une continuité du contrôle social.

La fonction sociale de la psychiatrie, dans son rôle de contrôle, n'est plus à démontrer. Même si certains détracteurs de la psychiatrie, dont quelques-uns étaient issus de ses rangs, ont traité le thème de la psychiatrie comme moyen de contrôle social de façon

abusive, à une époque où il était peut-être dans l'air du temps de contester sans vergogne, on ne peut pas nier que le psychiatre est, depuis presque deux siècles, mandaté par le législateur pour participer activement au maintien de l'ordre public et agir pour la sécurité des biens et des personnes. La psychiatrie s'est trouvée très tôt investie de responsabilités particulières à l'égard de sujets considérés comme criminels, délinquants ou déviants. Elle s'est vue attribuer une tâche multiple de diagnostic, d'explication des conduites déviantes, et de traitement, voire de rééducation, ou plus simplement d'enfermement. La demande sociale adressée à la psychiatrie depuis ses débuts jusqu'à nos jours s'est considérablement accrue, avec un élargissement conséquent de son champ de savoir et d'action.

La proximité du domaine de la psychiatrie et de celui de la déviance fait apparaître la difficulté que rencontre la médecine pour déterminer son rôle véritable auprès de sujets qualifiés de délinquants. Ainsi, la psychiatrie a connu bien des changements dans ses conceptions et ses pratiques, non seulement du fait des progrès scientifiques, mais aussi en raison de l'ampleur des mutations sociales et culturelles.

Actuellement, la pression exercée sur les psychiatres par divers éléments du corps social se manifeste de façon aiguë autour de la délinquance sexuelle et des abuseurs

d'enfants. Notre propos n'est pas tant de mettre en question la légitimité de la requête adressée par la société à la psychiatrie, que de nous interroger sur l'adéquation entre le savoir psychiatrique et le rôle social que ce savoir est appelé à tenir, en ce qui concerne la prise en charge des « auteurs de violences sexuelles ».

La société, c'est-à-dire la société populaire avec ses traditions et ses préjugés, mais aussi la société cultivée (celle des journalistes, des magistrats, des hommes politiques) a un certain nombre d'opinions sur la folie, la déviance, la délinquance, la perversion. Nous pouvons repérer commodément l'ensemble de ces opinions, de ces représentations sociales, par un terme emprunté à la culture grecque classique : la doxa, en soulignant que ce mot n'a rien de péjoratif et que l'opinion, c'est souvent l'opinion éclairée. La science, de son côté, a pour fonction de découvrir une connaissance (vraie ou présumée vraie) des phénomènes et d'énoncer une certaine vérité relative à ses objets : le discours scientifique appartient, à cet égard, à l'ordre de l'épistémè. En ce qui concerne les « délinquants sexuels », nous tendons à nous retrouver dans une situation où la doxa créerait une catégorie clinique pour laquelle la médecine devrait

fournir, sur-le-champ, l'épistémè, sans que cette épistémè remette en cause, de quelque façon que ce soit, la doxa. Or, il importe de remarquer que la doxa précède et enveloppe l'épistémè. C'est la doxa qui délimite le champ des phénomènes dont l'épistémè traitera : l'opinion indique quel est le domaine des comportements pervers ou déviants, et la connaissance reste tributaire de l'opinion, même si elle modifie l'étendue de ce champ. La culture ambiante tend ainsi à forcer le savoir à produire une justification scientifique de ses opinions, justification qui, à l'âge classique, était laissée à la religion.

Nous essaierons de réfléchir à ce que signifie, pour les pratiques de soins, cette évolution sociétale qui aboutit à l'extension des domaines d'action de la médecine, pour participer à ce que le philosophe Michel Foucault appelait les dispositifs du « bio-pouvoir ».



Traitement hormonal des auteurs d'agressions sexuelles : quelles indications ?

Auteur : Pr Florence Thibaut.

L'emprisonnement peut dissuader un pédophile de récidiver, au moins pendant la période de l'incarcération, mais il ne modifie en aucune manière son orientation sexuelle. Seule la prise en charge médicale et psychologique de la pédophilie permet d'apporter à ces sujets une solution à la fois humaine et durable à leurs difficultés.

Afin d'aider les psychiatres à acquérir des connaissances dans ce domaine très particulier, des recommandations ont été publiées dans le but de guider les cliniciens dans le choix des stratégies thérapeutiques (en France : sous l'égide de la Haute Autorité de santé, un groupe pluridisciplinaire d'experts a élaboré des recommandations professionnelles :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/prise-en-charge-des-auteurs-d'agression-sexuelle-a-lencontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans ; au plan international : des recommandations établies par une « Task Force de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry » réunissant des experts internationaux et coordonnée par F. Thibaut (World J Biol Psy) paraîtront début 2010 (<http://www.wfsbp.org>).

Les traitements antiandrogènes, c'est-à-dire l'acétate de cyprotérone et les analogues de la Gonadotrophin Releasing Hormone sont réservés, en première intention, aux formes de pédophilie associées à des passages à l'acte d'ordre sexuel, soit environ 20 % des cas. Dans ce cadre, deux molécules (Androcur* dans sa forme 100 mg et Salvacyl LP* dans sa forme injectable retard (11,25 mg/3 mois) ont obtenu, en 2005 et 2007 respectivement, une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies » pour l'Androcur* ou, dans l'indication « déviances sexuelles sévères de

l'homme adulte » pour le Salvacyl LP*. Une association avec une psychothérapie est préconisée dans le libellé d'AMM. Ces deux produits sont maintenant inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux. Les thérapies psychologiques, et en particulier cognitivo-comportementales, sont également fortement préconisées en association avec les traitements pharmacologiques. Dans les formes de pédophilie sans passage à l'acte (pédophile visionnant uniquement des images pornographiques d'enfants, par exemple), les thérapies cognitivo-comportementales peuvent être associées à des antidépresseurs sérotoninergiques.

Références

Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement. F. THIBAUT
In "Encyclopédie Médico-Chirurgicale" Traité de psychiatrie. 37-105-G-10, 2000, 9p.
Psychotropes et chimiothérapie hormonale des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés et limites
F. THIBAUT, B. CORDIER In "Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle". Conférence de consensus du 22-23 novembre 2001.
Ed. J. Libbey Paris, 2002 : 283-295.
Pédophilie : quoi de neuf ? Editorial
F. THIBAUT
Encéphale 2010 A paraître
Guidelines WFSBP : pharmacological treatment of sex offenders
F. THIBAUT, F. TORRES de la BARRA, H. GORDON, J. BRADFORD, P. COSYNS
World Journal of Biological Psychiatry 2010 A paraître



Thérapie sous injonction : quelles thérapies, quelles évaluations ?

Auteurs : Sophie Achard, Marie Chollier.

Les soins injoints ont une dimension sociale qui dépasse largement le champ de la santé. D'une demande sociale curative, basée sur la bonne foi d'un 'soignons les délinquants' aux plans de prévention de la récidive (ouvertement sécuritaires) quelle place reste-t-il au supposé désir d'un supposé sujet ? D'un côté certains pensent que toute thérapie ordonnée est en soi une ineptie tandis que d'autres se donnent comme objectif thérapeutique la disparition (ou le silence) des comportements prohibés.

Entre ces deux positionnements extrêmes, ne pourrait-on envisager qu'à l'intérieur de ce dispositif d'injonction de soin il reste une marge de choix au sujet. Jambe de bois ou bras en mousse : injonction de soins, ou retour à la case prison, le choix, même par défaut, ne devrait-il pas être pensé comme un acte de demande, a minima, de la part du sujet ?

Nous voyons là se dessiner une conception bien européenne, pour ne pas dire française, du soin et de la thérapie, basée sur la demande et le désir d'un sujet. Cela tranche d'avec les systèmes anglo-saxons dominants, où le soignant est au service de la société, en devant réadapter, rééduquer les déviants. Le système canadien est bien rodé puisque la réadaptation (avec ces critères d'évolution et/ou d'involution) est plus facilement quantifiable, mesurable et donc outil de gestion. En France la pluralité des approches, et l'objectif de soin (et

non de prévention de la récidive) rendent les cliniciens souvent réticents à l'évaluation de leur travail en terme de réduction des risques criminologiques.

Ainsi, dans l'idée du choix d'un symptôme et l'évaluation d'une thérapie en rapport à la disparition du symptôme, la construction méthodologique de ces recherches dite d'efficacité des thérapies présente plusieurs biais :

- tout d'abord, le postulat sous-jacent que la disparition du symptôme équivaut à une guérison
- ensuite, la fausse homogénéité d'une population pénale, où la psychopathologie (s'il y en a) est secondaire au passage à l'acte socialement condamné
- enfin, ces évaluations occultent toute dimension relationnelle patient-thérapeute.



Unité J. Grasset service de psychiatrie légale et victimologie (84)

Auteur : Dr M-N. PETIT, A. DEGROLARD-GARCIA.

Mots clés : Auteurs, victimes, soins, justice, récidive.

Présentation de l'unité

L'Unité Joseph Grasset est une unité de psychiatrie légale et de victimologie rattachée au Pôle d'Activités Inter-Sectorielles du Centre Hospitalier de Montfavet. Cette Unité est ouverte aux personnes concernées par des soins en lien avec le pénal ou le péri-pénal, directement ou indirectement (patient ou famille), que les individus soient agresseurs ou victimes.

Cette unité s'est différenciée du secteur de psychiatrie polyvalente en raison de la spécificité inhérente à la prise en charge de certains types de patients nécessitant une approche thérapeutique particulière, une connaissance du cadre juridique et un personnel motivé.

La zone géographique s'étend au Vaucluse et aux départements limitrophes.

Les objectifs mis en avant consistent notamment pour les auteurs à favoriser la prévention de la récidive par la mobilisation du matériel intra-psychique et l'amélioration des compétences sociales permettant la prise de conscience et le traitement des dysfonctionnements internes à l'origine du trouble de la relation à autrui ayant induit le passage à l'acte transgressif.

Pour les victimes en revanche, il s'agit de favoriser une verbalisation du sujet avec une mobilisation des affects dans le cadre psychothérapeutique associé à la guidance sociale pour permettre de surmonter les difficultés induites par le traumatisme.

Concernant les auteurs, nous avons pu percevoir que les soins malgré la coercition restaient des soins ; car bien que nous soyons très loin des conditions optimales de consentement du patient habituellement posé comme préalable, nous avons vu émerger la plupart du

temps un engagement personnel du sujet au cours des thérapies qui a pu perdurer après la fin de l'obligation de soins, le sujet venant spontanément.

Cette unité est l'émanation d'une réflexion sur une spécificité de la prise en charge soignante de victimes et d'auteurs dans une réelle dynamique d'accès aux soins, de prévention et de déstigmatisation.

L'utilité d'une telle structure et d'une telle équipe pluridisciplinaire s'est démontrée au fil du temps.

Evolution des liens avec la justice

Les relations avec les partenaires et particulièrement avec la justice se sont tissées progressivement, chacun ayant pu appréhender les limites de l'autre dans le respect du secret professionnel dû au patient et des missions de chacun, avec un objectif commun dans le domaine de la prévention.

L'évolution de nos liens avec la justice a permis de parvenir à une reconnaissance mutuelle par l'intermédiaire de la mise en place des tables rondes Joseph Grasset, réunissant régulièrement les différents acteurs (JAP, Parquet, experts, praticiens hospitaliers, psychologues, direction hospitalières, gendarmerie, association de médiation et d'aide aux victimes, planning familial, PJJ, SPIP, ...) autour de thèmes choisis auparavant à partir de la synthèse des demandes de chacun exprimées lors de colloques prévus à cet effet.

Parmi les thèmes abordés :

- De la logique du contrôle vers l'accompagnement - La responsabilité des malades mentaux ;
- Le secret partagé ;
- Le partenariat dans la prise en charge ambulatoire ;
- Les victimes : identification du réseau et prise en charge médicale, sociale et judiciaire ;
- L'articulation médico-judiciaire pendant et après l'incarcération ;
- Enquête de police judiciaire et psychiatrie : quand les impératifs de l'enquête judiciaire s'opposent à la nécessaire préservation de l'espace de soin en psychiatrie.

Ces échanges sur la pratique de chacun, associés à des débats théoriques évoquant l'actualisation législative, mettent en exergue les nombreuses difficultés rencontrées par les différents intervenants dans leur activité quotidienne et favorisent une meilleure connaissance du cadre de compétence de chaque acteur afin de tenter de trouver des solutions ou des réponses acceptées par tous.

Associé à l'équipe de soin, l'intervention de la juriste permet, par son indépendance à l'égard du cadre judiciaire, de garder une certaine neutralité des informations nécessaire à la préservation de l'espace de soin, et de faciliter l'adaptation à un langage pénal indispensable pour une meilleure collaboration avec les professionnels judiciaires. Elle permet également l'instauration d'une dynamique de formation et d'information quotidienne de l'équipe.

Le statut pénal de l'obligation ou injonction de soins imprégnant inévitablement la relation soignant-soigné, il importe de prendre en considération que l'équipe ainsi "éclairée", sera plus à même de créer et de maintenir le cadre nécessaire au respect des compétences de chacun.

Questions pour l'avenir

Dans la dernière partie de notre travail nous nous questionnerons sur les nouveaux enjeux que nous aurons à affronter dans les années à venir au regard notamment de l'inflation législative actuelle concernant la récidive. En effet, notre objectif sera de tenter de trouver des réponses pour rester dans le domaine des missions dévolues au soin psychiatrique face à une demande qui pourrait nous inviter à dépasser nos champs de compétence.

Conclusion

L'unité J. Grasset est un lieu de soin spécifique prenant en charge les auteurs et les victimes d'infraction. Elle travaille sur des articulations avec la justice tout en préservant l'indispensable confidentialité de l'espace thérapeutique dans l'intérêt du patient. Elle devra, dans l'avenir, perpétuellement réinterroger son positionnement face aux nouveaux enjeux politiques et législatifs.

Bibliographie

- Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. PUF, le fil rouge, Paris, 1996.
- Conférence consensus n° 5 – 2001 / Conférence consensus n° 7 – 2003.
- Fuya C., Fournier A., Petit M-N., Tyrode Y. Quelques réflexions autour du concept de soin au sein de l'unité Joseph Grasset. *Forensic* 16, 28-31, 2003.
- Petit M-N., Tyrode Y. Joseph Grasset : unité de psychiatrie légale et de victimologie. *Forensic* 16, 32-33, 2003.
- Fournier A, Garcia A., Fuya C., Petit M-N. Unité Joseph Grasset : une unité spécialisée en psychiatrie légale et victimologie. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 82, 15-19, 2005.
- Delmas-Marty M. Libertés et sûretés dans un monde dangereux. Ed seuil 2010 Broché.



Le législateur et le psychopathe, la régulation juridique de la violence.

Auteur : Blandine Richard

Mots-clefs : Droit, Rétection de sûreté, Psychopathie, Éthique, Violence, Criminalité, Politique pénale, Droit pénal, Santé, Régulation.

Notre époque contemporaine est marquée par la perpétuation d'actes criminels d'une grande violence. Cette violence criminelle est d'ailleurs largement retranscrite par les médias. C'est suite à de tels faits divers que les responsables français ont décidé de légiférer et ont adopté la Loi du 25 février 2008.

Nous constaterons que, dans le cadre de cette législation, les pouvoirs publics ont ciblé une population spécifique, les individus souffrant de troubles mentaux et notamment ceux présentant les troubles de la personnalité. C'est ainsi que le psychopathe est devenu l'objet de toutes les intentions.

La désignation des malades mentaux et spécifiquement des psychopathes comme criminels est de nature à soulever de nombreuses controverses, dont nous ferons état afin d'ouvrir des pistes de débats avec l'auditoire et les intervenants.

D'autre part, il conviendra certainement de faire un bref rappel sur le dispositif applicable qui consiste en une forme de régulation de la violence criminelle au sein de la société.

Enfin, il paraît utile de discuter des difficultés éthiques que peut soulever la participation de corps médical au sein d'un tel dispositif qui, sous couvert de prise en charge et de soin, n'en poursuit pas moins un objectif de politique pénal direct.