



HAL
open science

Enjeux actuels de la participation de la psychiatrie au contrôle social à travers la question de l'évaluation des dangerosités

Anne Cristofari

► **To cite this version:**

Anne Cristofari. Enjeux actuels de la participation de la psychiatrie au contrôle social à travers la question de l'évaluation des dangerosités. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03016469

HAL Id: dumas-03016469

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016469>

Submitted on 20 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Enjeux actuels de la participation de la psychiatrie au contrôle social à
travers la question de l'évaluation des dangers.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 16 Octobre 2020

Par Madame Anne CRISTOFARI

Née le 25 février 1986 à Hyeres (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	Président
Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Madame le Docteur GIRAVALLI Pascale	Directeur

**Enjeux actuels de la participation de la psychiatrie au contrôle social à
travers la question de l'évaluation des dangers.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 16 Octobre 2020

Par Madame Anne CRISTOFARI

Née le 25 février 1986 à Hyeres (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	Président
Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Assesseur
Madame le Docteur GIRAVALLI Pascale	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
 LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
 MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
 GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 POUGET Benoît (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
 ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 ROMANET Pauline (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
 GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
 ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)
 DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUY'S Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François Poinso, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse bien sûr, mais aussi pour le privilège que fut celui d'assister à quelques-unes de vos consultations. C'est peu dire que l'humilité et la finesse avec lesquelles vous les conduisez m'auront réconciliée avec la psychiatrie de l'enfant, et donné un souffle d'espoir nouveau quant à l'exercice de la psychiatrie en général. Je n'aurais pas pu espérer mieux pour terminer mon internat.

A Madame le Docteur Pascale Giravalli, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger mon travail de thèse, mais surtout pour ta générosité et ta disponibilité au quotidien, ton attachement à la clinique, ta rigueur, et ton envie d'apprendre, de transmettre et de partager. Tes enseignements resteront d'une aide précieuse tout au long de mon parcours.

A Monsieur le Docteur Jokthan Guivarch, pour la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de participer à mon jury de thèse, votre disponibilité et vos précieux conseils pour la rédaction de mon mémoire,

A Monsieur le Professeur Christophe Bartoli et à Monsieur le Docteur Michel Cermolacce, pour la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail,

A Monsieur le Docteur Jean-Marc Chabannes, pour votre exemple d'une psychiatrie résolument tournée vers l'humain, la confiance que vous m'avez témoignée dès le début de mon internat et celle que vous m'avez permis d'acquérir quant à mes capacités à exercer ce métier,

A chacun des services qui m'ont permis de conforter mon intérêt pour la psychiatrie et de me sentir plus à l'aise dans mes fonctions d'interne, notamment aux équipes du CAP 72 de l'hôpital Nord, du secteur 4 de l'hôpital de la Conception, de l'UHSA de Marseille, du secteur 1 de l'hôpital de Bastia, de Château Guis,

A la faculté de médecine d'Aix-Marseille, qui accepta de me donner ma chance en PACES lorsque les universités parisiennes me fermaient leurs portes, « faute de place disponible » pour mon parcours trop atypique,

Aux rencontres hyéroises et des alentours, les plus anciennes, qui, de près ou de loin, ont toutes ces années accompagné mon chemin,

Aux rencontres « politiques », russes ou assimilées, qui ont supporté mes doutes et souri de soulagement, finalement, à l'annonce de cette nouvelle grande aventure que serait pour moi la médecine,

Aux rencontres parisiennes, marseillaises, bastiaises et d'ailleurs, dans et hors les murs de l'hôpital, de mes années d'externat et d'internat, qui m'ont permis de ne jamais regretter ce choix,

Aux trois frères qui rivalisent d'intelligence, d'humour et de générosité,

Aux parents qui nous ont donné la liberté de poursuivre nos rêves,

A Damien, avec qui le rêve devient réalité – et je mentionne à peine tes traductions,

Merci.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
I. LA NOTION DE DANGÉROSITÉ : UNE ILLUSTRATION DES LIENS TĒNUS ENTRE JUSTICE ET PSYCHIATRIE	8
A. DANGÉROSITÉ OU DANGÉROSITÉS : UN CONCEPT ANCIEN ET DES DÉFINITIONS INCERTAINES	8
1. La dangerosité, notion pérenne de politique criminelle (10).....	8
2. Dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique, une distinction empirique	11
B. LA DANGÉROSITÉ PSYCHIATRIQUE AU CŒUR DU MÉTIER DE PSYCHIATRE	13
1. La loi du 5 juillet 2011 : des mesures de soins sans consentement en réponse à la dangerosité psychiatrique.....	13
2. L'instauration jurisprudentielle d'une obligation de résultats en matière d'évaluation de la dangerosité psychiatrique ?.....	15
C. LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE AU CŒUR DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ?	18
1. Du Code Pénal de 1994 à l'époque actuelle : le développement d'un arsenal juridique renforçant la place du psychiatre dans l'évaluation de la dangerosité criminologique	18
2. La loi du 25 février 2008 et l'« autonomisation du droit de la dangerosité » : un changement de paradigme (25).....	23
3. Expériences étrangères en matière de rétention de sûreté	26
II. L'ÉVALUATION DES DANGÉROSITÉS : MOYENS ET LIMITES	29
A. ENTRETIENS CLINIQUES, MÉTHODES ACTUARIELLES ET SEMI-STRUCTURÉES : DIFFÉRENTES TENTATIVES D'ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ	29
1. L'évaluation de la dangerosité psychiatrique	29
2. Les méthodes d'évaluation de la dangerosité criminologique	32
a. La méthode clinique, « première génération » de l'évaluation de la dangerosité.....	32
b. La méthode actuarielle et le développement de scores visant à la prédiction du risque de récidive.....	34
c. L'amélioration de la méthode actuarielle et l'incorporation de facteurs dynamiques : développement des troisième et quatrième générations d'outils d'évaluation du risque de récidive.....	37
d. Du modèle « Risque-Besoins-Réceptivité » à la « désistance » et au « Good life model » : une cinquième génération d'outils visant la gestion de la délinquance.....	39
e. Les outils actuariels : de leur origine américaine à leur importation en France.....	40
B. DE LA POSSIBILITÉ D'ÉVALUER « SCIENTIFIQUEMENT » ET « OBJECTIVEMENT » LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE.....	44

1. Méthodes cliniques VS méthodes statistiques : un débat qui demeure d'actualité... et à dépasser ?.....	44
2. Quels obstacles à une évaluation fiable et valide de la dangerosité criminologique ?	47
3. L'exemple canadien : « faux-positifs » et focalisation sur l'infraction commise, des difficultés insolubles en matière d'évaluation de la dangerosité criminologique ?	53

III. PARTICIPATION À L'ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE : LES ENJEUX DE L'INSTRUMENTALISATION DE LA PSYCHIATRIE57

A. ENTRE SOINS PENALEMENT ORDONNÉS ET ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE : UN RECOURS ÉLARGI À LA PSYCHIATRIE .57

1. Les « soins sur prescription politique (54) ».....	58
2. La rétention de sûreté et l'apogée des interrogations quant au rôle du psychiatre en matière d'évaluation pronostique de la dangerosité criminologique	60

B. UNE « CAUTION PSYCHIATRIQUE » À L'ORIGINE D'UNE CONFUSION ENTRE PERSONNES MALADES ET PERSONNES DANGEREUSES 63

1. La psychiatrisation de la délinquance comme réponse à la recherche du « risque zéro »	64
2. Un renforcement de l'assimilation entre « personnes malades » et « personnes dangereuses »	67

C. ENTRE RESPONSABILITÉS ACCRUES ET CONTRÔLE SOCIAL RENFORCÉ : POUR LE PSYCHIATRE, UN POSITIONNEMENT À RETROUVER 71

1. Après la recherche infructueuse du « risque zéro », la recherche de « responsables ».....	71
2. Se garder d'un rôle toujours plus grand dans le contrôle social... tout en conservant une place dans le déroulement judiciaire	74

CONCLUSION79

BIBLIOGRAPHIE 82

• Bibliographie par ordre d'apparition.....	82
• Bibliographie par ordre alphabétique d'auteurs	99
• Textes juridiques	113

ANNEXES 116

1. L'échelle VRAG	116
2. L'échelle SORAG.....	117
3. L'échelle CATS (utilisée comme item dans l'échelle VRAG).....	118
4. L'échelle HCR-20.....	119
5. L'échelle ISRG et le potentiel de réinsertion	120
6. Cas cliniques illustrant la place de l'évaluation de la dangerosité dans l'activité clinique du psychiatre.....	121
a. M. D.....	121
b. M. T.....	133
c. Mme Z.	141

ABRÉVIATIONS

CATS	Childhood and Adolescent Taxon Scale
CNE	Comité National d'Evaluation
COVR	Classification of Violence Risk
CPIP	Conseiller pénitentiaire d'orientation et de probation
HAS	Haute Autorité de Santé
HCR-20	Historical-Clinical Risk Assessment
ICT	Iterative Classification Tree
LS-CMI	Level of Service Inventory/Case Management Inventory
LSI-R	Level of Service Inventory - Revised
MnSOST-R	Minnesota Sex Offenders Screening Tool
NS-IGC	Niveau de service-Inventaire de gestion des cas
OASys	Offender Assessment System
PCL-R	Psychopathy Checklist -Revised
PCL-SV	Psychopathy Checklist Screening Version
RBR	Risque-Besoins-Réceptivité
RRASOR	Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism
SAPROF	Structured Assessment of Protective Factors
SORAG	Sex Offender Risk Assessment Guide
SPDRE	Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat
SPDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPDTU	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide
VSC	Violence Screening Checklist

INTRODUCTION

Si son rôle a « varié depuis sa création », la psychiatrie « a depuis ses origines un rôle social de régulateur d'un certain nombre de tensions » (1). Ces mots de Rechtman nous rappellent que la psychiatrie n'est pas une spécialité médicale comme les autres. Plus encore qu'à d'autres, on lui demande largement et en maintes occasions de dépasser sa mission première de soin. Ses liens étroits avec la justice, le droit, la philosophie, l'éthique, la politique, et le politique remontent à ses origines. Sans doute son champ s'élargit-il encore lorsque le terme consacré devient celui de la « santé mentale ».

Portelli rappelle qu'au 19^{ème} siècle, c'est à l'occasion de la question de la responsabilité et de la prise en charge des sujets jugés en « marge » de la société, et contre lesquels il faudrait protéger cette dernière, qu'un partage s'opère entre justice et psychiatrie en matière de contrôle social : l'« aliénation mentale » devient une cause d'irresponsabilité pénale et les aliénés passent sous la responsabilité du psychiatre (2).

Polysémique, la notion de « contrôle social » recouvre plusieurs réalités (3).

Dans le langage « courant », elle désigne aujourd'hui l'ensemble des moyens et pratiques, formels ou informels, mis en œuvre au sein d'une société ou d'un groupe social pour que ses membres agissent en conformité avec les normes en vigueur.

La conception « fonctionnaliste » des sociologues américains et européens des 19^{ème} et 20^{ème} siècles, qui montrent la nécessité de règles dans nos sociétés, aborde le contrôle social comme « régulation sociale », et lui donne un sens positif. Recouvrant l'ensemble des mécanismes qui permettent à une société de maintenir une relative cohésion sociale, il est le garant d'une vie commune possible (3). Ross distingue contrôle social interne – la coutume, la religion, l'opinion publique – et externe – l'Etat, via les lois ou le droit. Parsons et Merton distinguent les régulations externes obligatoires, que les institutions imposent à l'individu, des régulations internes, que l'individu s'impose à lui-même par l'intériorisation des normes.

Durkheim explique que le contrôle social est indispensable à la socialisation, elle-même indispensable au respect de la cohésion sociale qui permet « la reproduction de la société mais aussi l'épanouissement de l'individu par son intégration à une structure qui le dépasse » (3).

A travers l'Europe et dans les années 1960, le contrôle social acquiert peu à peu le sens plus négatif de « phénomène de pouvoir ». Foucault, Deleuze ou encore Castel analysent à ce titre les nouveaux modes de contrôle et de surveillance, notamment technologiques (3).

Différentes conceptions du contrôle social coexistent à l'époque contemporaine. Pour Reynaud, il est « l'activité de la société qui consiste à assurer le maintien des règles et à lutter contre la déviance » (4). Mécanisme diffus, s'exerçant aux différents niveaux de la société, il résulte d'un contrôle externe ou interne à l'individu. Lianos évoque lui un contrôle social « non intentionnel et non coercitif », ayant évolué vers une forme plus diffuse, s'exerçant de façon plus « fragmentée », par des organismes multiples, et de façon souvent involontaire (5). Mais pour d'autres encore, à ce contrôle social intrinsèque et diffus s'ajoutent à nouveau les menaces d'un contrôle social contraignant, la société du 21^{ème} siècle ayant toutes les caractéristiques d'une société de *contrôle*. Pour Deleuze, dans cette société, « la question du contrôle social des déviances se pose avec acuité. »

Le contrôle social n'a jamais été une notion véritablement étrangère à la psychiatrie.

Castel, s'interrogeant sur le facteur de contrôle social ou de régulation sociale que constitue la psychiatrie, montre qu'il a évolué, quittant son caractère coercitif et asilaire « pour s'exercer plus indirectement comme instrument de gestion des populations » (3).

Susceptible *d'enfermer* sans le consentement de la personne, le psychiatre, auquel on prête souvent toute une panoplie de pouvoirs, effraie. Les modalités des soins sans consentement – dans lesquels il joue un rôle majeur, là où les pratiques sont parfois plus judiciairisées à l'étranger –, le recours à des chambres d'isolement thérapeutique, les services fermés, ou encore les contentions suscitent des craintes. Les personnes prises en charge sont-elles vraiment toujours *malades* ? Le psychiatre ne pourrait-il pas abuser de son pouvoir ? Le souvenir de la participation de psychiatres à l'extermination de malades mentaux dans l'Allemagne Nazie ou à l'internement abusif de dissidents politiques, sous le diagnostic de

« délire de réforme », dans l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques (URSS), contribue aussi à nourrir le soupçon méfiant qui pèse sur les moyens et les fins de la psychiatrie (6). L'instauration comme garde-fou du juge des libertés et de la détention, qui se prononce désormais obligatoirement dans les quinze premiers jours d'une hospitalisation sans consentement, et dont les missions se verront encore renforcées avec un contrôle exercé a posteriori sur les mesures d'isolement, ne suffit pas toujours à rassurer là où les critiques du contrôleur général des lieux de privation de liberté se font récurrentes (7).

Trop rapide à enfermer, peut-être même de manière *arbitraire*, mais aussi trop rapide à « libérer » : la psychiatrie se voit d'un autre côté reprocher ses méthodes ou prises en charge lorsque des passages à l'acte délinquants, de nature plus ou moins grave, sont considérés comme autant de « témoignages » d'échec des soins et traitements prodigués. La confiance en la psychiatrie s'érode alors au fur et à mesure qu'elle se montre incapable d'assurer une mission de protection de la société (2).

Ces injonctions paradoxales au piège desquelles se retrouve prise la psychiatrie reflètent les aspirations sociales contradictoires de la période contemporaine. Marquée d'un côté par l'extension du champ des libertés individuelles, cette société prompte à évoquer une entrave aux droits de l'Homme fait cependant preuve d'une tolérance toujours plus grande vis-à-vis des systèmes de contrôle, au nom de la sécurité (3,8). Bouquet observe qu'« il y a déplacement du point d'équilibre entre sécurité et liberté ; la visée sécuritaire l'emporte » (3).

De Munck distingue deux types de contrôle social : d'un côté la maîtrise du discours, des interprétations, des croyances, dont les sociétés contemporaines se désintéressent devant les difficultés croissantes à y parvenir, de l'autre la maîtrise des comportements, sur laquelle elles se concentrent en mettant en place davantage de contrôle (8). C'est à cette modalité-là du contrôle social, la maîtrise des comportements, que l'on demande à la psychiatrie de prendre part.

Dès le 19^{ème} siècle, les aliénistes adhèrent à la volonté de défendre la société. Pour Foucault, c'est en « fonctionnaires de l'hygiène publique (...) chargés de contrôler tout ce qui est désordre, ce qui est *danger* » que les transforme la loi Esquirol du 30 juin 1838 (qui pendant plus d'un siècle organisera les soins apportés aux malades mentaux) : l'idée est d'assurer la maîtrise du danger et des risques que font courir les aliénés à la population

générale (9). Cette protection sociale est assurée par l'exclusion de certaines catégories : les fous et les criminels.

La question de la dangerosité, ou des dangerosités, est ainsi un exemple flagrant de la part que prend la psychiatrie à une modalité du contrôle social, et c'est ce que ce travail nous permettra d'explorer.

Nous reviendrons dans un premier temps sur la notion, « séculaire et mutante » de *dangerosité* (10). Foucault note en 1978 que « le droit et les codes semblent hésiter à faire place » à la notion d'*individu dangereux* : fruit d'une évolution longue de plus d'un siècle ayant vu se succéder différents termes jusqu'à ce dernier de « dangerosité », si le concept était bien présent en filigrane dans la pensée juridique depuis l'époque des premiers aliénistes, et s'il était bien la question centrale de beaucoup d'expertises psychiatriques déjà, il hésitait à dire son nom dans les textes de loi (11). C'est désormais chose faite, et abondamment. La dangerosité est-elle pour autant parfaitement définie ? Comment naît la distinction communément admise entre dangerosité *psychiatrique* et dangerosité *criminologique* ? Comment se déclinent ces notions dans le cadre législatif actuel ? Et quel impact pour le métier de psychiatre ?

Comment évaluer la ou les dangerosité(s) ? Les moyens développés feront l'objet d'une seconde partie, et seront confrontés avec leurs limites et les difficultés inhérentes à l'exercice : relève-t-il, finalement, du domaine du « possible » ?

Enfin, un troisième axe de réflexion nous permettra de questionner la place de la psychiatrie et du psychiatre dans l'évaluation des dangerosités : quels sont les enjeux de cette modalité de participation de la psychiatrie au contrôle social dans le monde d'aujourd'hui ?

I. LA NOTION DE DANGÉROSITÉ : UNE ILLUSTRATION DES LIENS TĒNUS ENTRE JUSTICE ET PSYCHIATRIE

S'intéresser à la *dangérosité*, c'est se heurter à une première difficulté : celle de sa définition (12,13). Nous tenterons d'en délimiter les contours, ce qui nous amènera à distinguer dangérosité *psychiatrique* et dangérosité *criminologique*. L'une comme l'autre feront alors l'objet d'une attention spécifique quant au cadre législatif qui fait qu'elles sont aujourd'hui des notions centrales pour le quotidien du psychiatre, que ce soit dans son activité de soins ou dans son activité expertale.

A. DANGÉROSITÉ OU DANGÉROSITÉS : UN CONCEPT ANCIEN ET DES DÉFINITIONS INCERTAINES

En 2006, les membres de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme s'inquiètent de la place centrale faite au concept, flou, de dangérosité, « notion émotionnelle dénuée de fondement scientifique » pour Norman Bishop (14).

Concept « sans consistance », ni vraiment médical, ni vraiment juridique pour Liotta, notion sans valeur scientifique pour Debuyst, « floue par excellence » pour Hirsshelmann-Ambrosi : si les auteurs ne manquent pas, le concept de dangérosité et sa définition ne font pas l'unanimité à travers les pays, les époques, ou les théories divergentes (15–18).

1. La dangérosité, notion pérenne de politique criminelle (10)

La dangérosité, ce n'est pas le *danger*, « ce qui menace la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose » (Petit Robert). Ce n'est pas non plus le *risque*, « danger éventuel plus ou moins prévisible » (Petit Robert) ou « possibilité, probabilité d'un fait, d'un

événement considéré comme un mal ou un dommage » (Petit Larousse), mais c'est plutôt dans ce registre, celui de la *probabilité*, que l'on se situe.

Sans précision, la dangerosité désigne en effet pour le dictionnaire le « caractère dangereux » (Petit Robert et Petit Larousse) ou « la probabilité de passage à l'acte délictueux ou criminel » (Petit Larousse).

La Haute Autorité de Santé insiste sur la nécessité d'évoquer la notion de « violence, acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale », pour définir la dangerosité, « habituellement abordée comme un risque de violence » et « étudiée sous l'angle des passages à l'acte violents ou des condamnations pour acte violent » (19).

Deux composantes apparaissent ainsi au premier plan lorsque l'on cherche à cerner au mieux la notion de dangerosité : d'une part une référence à la *criminologie*, d'autre part la notion de *probabilité*.

Une perspective historique est intéressante pour resituer la dangerosité, et cette référence à la criminologie, dans les débats.

Danet rappelle que la dangerosité est une notion pérenne de politique criminelle, « séculaire et mutante », qui apparaît formellement à la fin du 19^{ème} siècle, au terme d'une succession de dénominations : témibilité, nocuité, périculosité, état dangereux et enfin dangerosité (10).

La thématique de l'individu dangereux est probablement à l'origine des deux « écoles » que sont en matière criminologique l'école positiviste d'anthropologie criminelle italienne d'un côté, et l'école de la défense sociale, d'abord belge avec Prins, de l'autre (11).

Le concept est notamment formé par l'école positiviste italienne de la seconde moitié du 19^{ème} siècle de Lombroso, Ferri et Garofalo. Ce dernier définit en 1878 la *témibilité* : « perversité constante et agissante d'un délinquant et la quantité de mal que l'on peut redouter de sa part ». Il définit en parallèle l'*adaptabilité* d'un délinquant, « conditions dans lesquelles il cessera d'être dangereux », défendant l'idée qu'une enquête sociale s'impose dans le cadre de l'évaluation de la dangerosité (20).

Voyer établit que c'est dans un contexte de défense sociale que naît le concept de dangerosité au 19^{ème} siècle, c'est-à-dire dans une volonté de protection de la population contre le crime (9).

Indissociable de la criminologie depuis sa naissance, et de sa tentative d'aborder le problème de la délinquance, Debuyst explique que le concept devenu omniprésent est né de l'objectif de contrôle des individus dangereux : la notion de dangerosité « trouve son origine dans une volonté politique qui s'est clairement affirmée : celle de gérer une population d'individus posant problème, en vue de la discipliner et d'exercer sur elle un contrôle » (15). On recherche la maîtrise des activités criminelles et la gestion des populations susceptibles de heurter l'ordre social afin de s'en protéger. La dangerosité est utilisée pour tenter de comprendre les conditions nécessaires au passage à l'acte et l'évaluation de la probabilité d'un comportement délinquant futur (15).

A l'époque contemporaine, la dangerosité se voit proposer différentes définitions. Pour les uns « propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageables pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence », elle est pour d'autres une construction sociale qui se modifie selon les valeurs changeantes de la société (9).

C'est d'ailleurs bien l'idée que reprend la Haute Autorité de Santé, lorsqu'elle souligne que « la dangerosité est une perception subjective qui connaît des évolutions en fonction du temps et des lieux et au regard des exigences variables du droit pénal positif et des attentes de la société en termes de sécurité et de protection » (19).

Bénézech insiste sur l'absence de définition valable de la dangerosité, et tente la définition suivante : « état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction » (21–23).

C'est la définition de *l'état dangereux* par Debuyst en 1953, « phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou les biens », qui représente la définition la plus retenue de la *dangerosité criminologique* à ce jour : appréciée autrefois au regard de

l'acte *passé*, elle s'évalue désormais au regard des actes à *venir* (24,25). Mais Debuyst, pour qui la dangerosité est avant tout la « maladie infantile de la criminologie », ajoute qu'elle est aussi la « probabilité que présente une situation de donner lieu à des comportements de ce genre », mettant en exergue les deux visages de l'évaluation de la dangerosité : la dimension personnelle, et la dimension situationnelle et environnementale (20,26). Il préconise un éclatement de la notion de dangerosité, voyant en elle une « préoccupation qui unifie artificiellement une pluralité de difficultés se situant dans des problématiques différentes et qui pourraient donner lieu à une pluralité de démarches ».

Quelle que soit la définition retenue, elle prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles d'engendrer un passage à l'acte (27). Nombre d'auteurs insistent ainsi sur l'importance des *circonstances* lorsque l'on aborde la dangerosité : Buffard par exemple préfère parler de « situation dangereuse » (26). Cette importance accordée aux *circonstances* traduit combien les observations révèlent que la *dangerosité* ne présente pas un caractère permanent, qu'elle est souvent *fluctuante*, dépendante de facteurs environnementaux, de facteurs de stress, ou encore de facteurs de protection, et doit à ce titre être considérée comme un processus *dynamique* (27).

La *dangerosité* et son corollaire le *risque* sont les deux concepts qui font évoluer la justice pénale avec l'entrée en vigueur du Code Pénal de 1994. Relevant du champ pénal, jamais explicitement définie dans les textes de loi mais renvoyant clairement au souci de *prévention de la récidive* (comme en témoigne par exemple le titre du rapport Burgelin de juillet 2005 : « Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive »), cette dangerosité qualifiée désormais de *criminologique* se manifeste par une absence de pathologie psychiatrique, et diffère de la dangerosité *psychiatrique* (28).

2. Dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique, une distinction empirique

Si la psychiatrie du 20^{ème} siècle, orientée vers la psychanalyse et les traitements médicamenteux, s'éloigne peu à peu du déterminisme des aliénistes, davantage convaincue qu'une amélioration des symptômes est possible, le terme de dangerosité ne disparaît pas pour autant des débats, et reprend toute son importance dans les années 1980-90, à la faveur d'une modification des attentes sociales dans les pays industrialisés, prônant la *tolérance zéro*, pour les malades mentaux y compris (9,29).

Les psychiatres notamment français ont tenu depuis longtemps à ce que soient distinguées les notions de dangerosité *psychiatrique* et *criminologique* (24). La dangerosité psychiatrique est pour sa part définie de manière assez consensuelle comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » ou encore comme le « risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante » (19,30).

Dangerosités psychiatrique et criminologique peuvent bien sûr être toutes deux présentes chez un même individu, ce qui complique parfois encore les choses.

La richesse, la complexité et le flou soulevés par la notion de dangerosité sont finalement bien résumés par Archer : « la dangerosité, ce n'est rien d'autre que la probabilité plus ou moins grande – jamais nulle, jamais égale à l'unité – estimée avec plus ou moins de rigueur, pour un sujet plus ou moins malade mental, d'accomplir dans une unité de temps plus ou moins longue, dans des contextes plus ou moins propices, une agression plus ou moins grave » (31).

Si la dangerosité est un concept ancien en criminologie, il connaît un regain d'attention ces dernières décennies dans les deux domaines de la justice criminelle et de la santé mentale. Dozois soulevait déjà ce paradoxe : le concept de dangerosité est à la fois davantage dénoncé – de l'avis même de nombreux criminologues eux-mêmes, pour qui la dangerosité demeure une notion floue, dépendant de caractéristiques difficiles à cerner, évoluant dans le temps et au gré de situations stabilisantes ou déstabilisantes – et davantage utilisé (32). Dans ses deux champs de prédilection, la dangerosité est devenue le point d'appui de mesures privatives de liberté : motif d'hospitalisation sans consentement pour la

psychiatrie, et critère de refus de peines alternatives à l'enfermement pour la justice. Et dans ces deux champs, il est fait appel au psychiatre.

B. LA DANGÉROSITÉ PSYCHIATRIQUE AU CŒUR DU MÉTIER DE PSYCHIATRE

La notion de dangerosité psychiatrique est indéniablement au cœur du métier de psychiatre, qui est, au quotidien, amené à s'interroger sur le risque que pourrait représenter pour lui-même ou pour autrui le patient qu'il rencontre. La crainte d'une dangerosité pour lui-même ou pour autrui, en raison de l'expression, à un instant t, d'une pathologie psychiatrique, peut conduire à la mise en place d'une mesure de soins sans consentement.

1. La loi du 5 juillet 2011 : des mesures de soins sans consentement en réponse à la dangerosité psychiatrique

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et modifiée par la loi n° 2013-869 du 25 septembre 2013, a redéfini les contours et les modalités des mesures de soins sans consentement (33,34). Précipitée par le fait divers de Grenoble sur lequel nous reviendrons, elle constitue l'aboutissement de réflexions élaborées depuis les années 2000 par les travaux d'évaluation de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (35) .

Sans prononcer le mot, c'est le concept de *dangerosité psychiatrique* que décline la loi du 5 juillet 2011, en prévoyant les différentes modalités de recours aux mesures de soins sans consentement en présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement et nécessitant des soins psychiatriques immédiats.

Les *soins psychiatriques à la demande d'un tiers* (SPDT) et les *soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence* (SPDTU) permettent ainsi de prendre en charge un patient sans son accord lorsqu'il existe un « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade » – la formule remplaçant un « péril imminent pour la santé du malade ».

Les *soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat* (SPDRE) ont remplacé l'*hospitalisation d'office* sans en modifier globalement les critères et s'appliquent dans la situation où est constatée une atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public. L'admission en SPDRE, prononcée d'ordinaire par une autorité administrative, peut également être prononcée par le juge pénal en même temps qu'une mesure d'irresponsabilité pénale.

L'innovation la plus grande est constituée par les *soins psychiatriques en cas de péril imminent* (SPPI), qui permettent de pallier l'absence de tiers en présence d'un péril imminent pour la personne.

Couturier note l'ambiguïté de ce texte (36). La loi se propose d'un côté de renforcer les droits du patient, avec l'introduction du juge des libertés et de la détention, qui en garantit en théorie une plus grande protection, contre la crainte de l'« arbitraire » de mesures de soins *imposées*. De l'autre, elle renforce les devoirs du patient, avec une facilitation du déclenchement des soins sans consentement, et l'élargissement de l'éventail des prises en charge, désormais possibles sous d'autres formes que l'hospitalisation complète dès les débuts des soins.

Cette généralisation des mesures de soins sous contrainte, possibles désormais même en-dehors de l'hôpital, a fait craindre à certains psychiatres d'être affectés à une fonction d'*instance de régulation* (36).

Rappelons en effet que, s'ils sont régulièrement décriés par une partie de l'opinion publique, des associations de familles de patients mettant en avant des enfermements « arbitraires », les soins sans consentement ne sont pas davantage une *option* pour le psychiatre que pour le patient. Ils s'imposent en effet autant à l'un qu'à l'autre dès lors que l'un et l'autre se retrouvent dans la situation décrite par le texte de loi, c'est-à-dire que des troubles mentaux empêchent le patient de consentir à des soins qui s'avèrent nécessaires selon le psychiatre. Ce dernier n'a alors d'autre choix que de rédiger un certificat médical en vue

d'une mesure de soins sans consentement, en optant pour la mesure de soins correspondant à la « déclinaison » adaptée du concept de dangerosité.

Et plus encore : la jurisprudence a montré que la survenue d'un crime commis par un patient faisant l'objet de soins sans consentement pourra conduire à la mise en jeu de la responsabilité pénale du psychiatre, qui aurait dû être en mesure d'empêcher le passage à l'acte. Depuis la rencontre d'un psychiatre avec un patient pour lequel une mesure de soins sans consentement sera initiée, jusqu'à la disparition de la dangerosité de ce patient, pouvant permettre la levée de la mesure de soins, la loi du 5 juillet 2011 produit finalement autant d'obligations pour le psychiatre que pour le patient.

Deux jugements récents attestent des obligations du psychiatre en matière de dangerosité psychiatrique.

2. L'instauration jurisprudentielle d'une obligation de résultats en matière d'évaluation de la dangerosité psychiatrique ?

En 2012, une psychiatre exerçant dans un hôpital de Marseille est jugée coupable d'homicide involontaire après l'assassinat commis en mars 2004 par un de ses patients, alors qu'il était en fugue d'une hospitalisation sans consentement (37). Le patient en question alternait depuis 2001 périodes d'hospitalisations et sorties d'essai. Lors d'une consultation de suivi le 19 février 2004 et alors qu'il lui est signifié la nécessité d'une réhospitalisation immédiate, le patient s'enfuit. La psychiatre signale la situation aux autorités administratives et aux forces de l'ordre, rédigeant les certificats et avis de recherche requis, et informant de la nécessité de réhospitaliser le patient. Le passage à l'acte criminel a lieu le 9 mars 2004.

Le patient, présentant une schizophrénie paranoïde ayant, de l'avis des experts, entraîné une abolition du discernement au moment des faits, est déclaré irresponsable. L'hôpital est d'abord mis hors de cause, puis condamné en 2009 à verser la somme de quinze mille euros. La responsabilité de l'Etat n'est pas retenue. La psychiatre est quant à elle condamnée en première instance à un an de prison avec sursis par le tribunal correctionnel de Marseille, qui considère que des « défaillances dans le suivi du malade » sont à l'origine de l'errance du patient, de la fuite de l'établissement, puis du passage à l'acte qui a conduit à

l'assassinat. Il lui est notamment reproché de « n'avoir pris aucune disposition effective pour ramener à exécution de manière contraignante la mesure d'hospitalisation d'office » (37). Sa responsabilité est ainsi retenue.

La Cour d'Appel d'Aix constatera finalement la prescription des faits lors de son jugement de 2014, laissant l'affaire non tranchée sur le fond.

Même époque, autre décor : en 2016, un psychiatre exerçant dans un hôpital proche de Grenoble est reconnu coupable d'homicide involontaire et condamné à dix-huit mois d'emprisonnement avec sursis, une peine confirmée en appel en 2018. Les faits concernent l'assassinat commis par un patient schizophrène. Hospitalisé sans son consentement dans un pavillon dont le psychiatre avait la responsabilité, il avait obtenu l'autorisation de sortir dans le parc de l'établissement, d'où il s'était enfui.

Le patient est déclaré irresponsable en 2011, et l'hôpital est relaxé. Le tribunal reproche au médecin « un défaut d'appréciation de la dangerosité » (38).

Dans les deux affaires, les psychiatres mis en cause sont donc accusés d'avoir mal évalué la dangerosité de leur patient et de n'avoir pas tout mis en œuvre pour éviter qu'elle ne s'exprime dans un passage à l'acte criminel.

Ce faisant, les tribunaux envoient un message qualifié de « négatif » par de nombreux psychiatres, qui craignent que ces jurisprudences n'incitent à faire moins sortir les patients et à prolonger les durées d'hospitalisation de manière décorrélée par rapport à la clinique, reléguée à l'arrière-plan, par crainte de conséquences pénales. Pour le docteur Labouret, alors président de l'Union Syndicale de la psychiatrie, il y a là illustration du glissement sécuritaire de la psychiatrie (37). Cette dernière serait désormais en charge, avant toute autre considération, de la protection de la société vis-à-vis de la dangerosité de ses patients.

Les syndicats de psychiatres publics dénoncent à propos de la première condamnation une « tendance à vouloir mettre en cause la responsabilité des psychiatres hospitaliers en exigeant d'eux une obligation de résultats et non pas de moyens, dans un domaine où la prédictivité et le risque zéro n'existent pas » (37). « On veut faire porter au psychiatre la responsabilité », explique le docteur Labouret, le psychiatre étant devenu « bouc-émissaire ». Cette recherche de responsabilité, « d'un coupable absolument », inquiète le docteur

Bétrémieux, du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, commentant la deuxième affaire (39,40).

Ce sont bien cependant les deux apports que l'on peut retenir de ces deux jurisprudences : la responsabilité du psychiatre dans l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité psychiatrique d'une part, illustrant cette tendance à la recherche de *responsabilité* à tout prix, d'autre part – sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir dans la troisième partie de ce travail.

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique constitue ainsi une partie importante de l'activité du psychiatre dans son exercice quotidien. A chaque décision de soins qu'il prend, et notamment en termes de sortie d'hospitalisation, il lui est demandé d'être le garant de l'absence de dangerosité *psychiatrique* de son patient.

Inspirées par l'idée de « défense sociale », ces dernières décennies voient par ailleurs entrer en vigueur des lois qui cherchent à mettre en place des dispositifs de prédiction de la dangerosité *criminologique* pour mettre à l'écart de la société certains individus : la *dangerosité* devient un instrument essentiel de gestion de la délinquance, et l'absence de dangerosité bien souvent le pré-requis indispensable à une mesure d'aménagement de peine (9).

Au cœur de ce dispositif, d'autres pays, anglophones notamment, disposent de « criminologues ». Un premier cycle (« bachelor », soit quatre années) en « criminologie » est ainsi chose courante aux Etats-Ûnis, où un grand nombre d'universités proposent cette formation alliant enseignements de psychologie, sociologie, sciences politiques, droit, ou encore des théories de la délinquance et méthodes d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive. Il constitue souvent un premier pas avant des études de droit (« law school ») à proprement parler.

En France, où cette spécialisation reste peu répandue, au terme d'une formation essentiellement dispensée par des diplômes d'université sans reconnaissance aussi grande que les grades universitaires standards, ce n'est pas à un criminologue mais à l'expert *psychiatre* que l'on pose désormais la question de la dangerosité *criminologique*, dans des circonstances de plus en plus nombreuses.

C. LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE AU CŒUR DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ?

L'installation dans le paysage législatif du recours au psychiatre aux fins d'évaluation de la dangerosité *criminologique*, désormais globalement définie comme nous l'expliquions comme le *risque de récidive*, se fait en plusieurs étapes.

1. Du Code Pénal de 1994 à l'époque actuelle : le développement d'un arsenal juridique renforçant la place du psychiatre dans l'évaluation de la dangerosité criminologique

Si le Code Pénal de 1994 n'en faisait pas encore cas, on voit apparaître rapidement la notion et l'objectif de « protection » de la société dans les lois pénales qui lui succèdent. La *dangerosité* va s'installer comme « opérateur clef » pour la justice pénale qui n'a plus seulement pour mission de punir, mais aussi de « surveiller, contrôler, traiter, voire enfermer, jusqu'à la disparition » de l'état dangereux, la protection du corps social s'affirmant comme la priorité et reconstruisant l'organisation du droit pénal (25).

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs instaure le suivi socio-judiciaire avec l'objectif annoncé de *prévenir la récidive* (41). Le suivi socio-judiciaire comprend différentes obligations et interdictions décidées au cas par cas par le tribunal – par exemple : l'obligation de signifier ses changements d'adresse, d'emploi, ses déplacements à l'étranger, l'interdiction de certaines professions ou de certains lieux, etc – et qui existaient déjà dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve, ainsi que la possibilité d'une *injonction de soins*. Cette dernière, pouvant être prononcée par la juridiction de jugement ou par le juge d'application des peines, nécessite une *expertise médicale préalable* établissant que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

La loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité prévoit des dispositions particulières en cas de *fort risque de récidive*, et crée le fichier des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAIS), dont les dispositions seront renforcées par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (42,43). L'inscription au FIJAIS s'accompagne de mesures restrictives de liberté justifiées par la dangerosité de l'intéressé, qui aura par exemple l'obligation de déclarer ses adresses et changements d'adresses selon des rythmes plus ou moins soutenus.

Le terme de « dangerosité » apparaît en toutes lettres pour la première fois dans la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales qui instaure le *placement sous surveillance électronique mobile* (PSEM) – qui devient un élément central du suivi socio-judiciaire de la loi du 17 juin 1998 –, crée la surveillance judiciaire, et étend le champ de l'injonction de soins aux auteurs d'infractions les plus graves (par exemple : torture, barbarie, meurtre, pyromanie) (44).

Un examen réalisé par deux experts et faisant le constat préalable de la dangerosité sera nécessaire – entre autres conditions – pour la mise en place d'un PSEM.

Définie comme une « mesure de sûreté », la surveillance judiciaire présente « l'avantage » de pouvoir être immédiatement appliquée (contrairement au PSEM, du registre des peines, et qui n'est donc pas rétroactif). La jurisprudence considère en effet classiquement que les mesures de sûreté, poursuivant un objectif de prévention et de protection, visant à sortir d'un état dangereux la personne ou les tiers, ne sont pas des peines et s'appliquent immédiatement. Ces mesures de sûreté sont fondées sur la notion de dangerosité, tournées vers l'avenir, et permettent d'instituer, au-delà de la durée de la peine fixée en amont, un contrôle social durable sur les personnes présumées dangereuses (25).

L'objectif affiché de la surveillance judiciaire, demandée par le juge d'application des peines et consistant en une série de mesures existant dans le suivi socio-judiciaire, le sursis avec mise à l'épreuve, ou encore incluant un PSEM, est de pouvoir contrôler dès leur libération des personnes ayant commis des infractions particulièrement graves, considérées comme dangereuses, et susceptibles de récidiver. Le *risque de récidive avéré* doit être constaté par une *expertise médicale* : la loi du 12 décembre 2005 consacre explicitement ce que la loi du 17 juin 1998 avait initié : l'expertise a évolué, passée d'une expertise de *responsabilité* à une expertise de *dangerosité* (45).

La loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs généralise l'injonction de soins à toutes les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, dès lors qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement (46). Cette loi instaure par ailleurs des peines plancher pour les récidivistes.

La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ajoute encore une arme à l'arsenal de la lutte contre la dangerosité et pour la prévention la récidive (47).

La rétention de sûreté est une procédure permettant de placer, à l'issue de leur détention, pour un an renouvelable indéfiniment, dans un centre « socio-médico-judiciaire de sûreté », des personnes qui présentent toujours « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité ». Peuvent faire l'objet de ce placement les personnes qui ont été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'au moins quinze ans pour assassinat, meurtre, torture, acte de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis sur une victime mineure, ou pour assassinat, meurtre aggravé, torture ou acte de barbarie aggravés, viol aggravé, enlèvement ou séquestration aggravés sur une victime majeure.

La procédure prévoit un placement de six semaines dans le centre en question, un an avant la date prévue de libération, pour les détenus concernés. Ces six semaines ont pour but une évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité, *assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts*.

La commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté est composée d'un magistrat président de Cour d'Appel, d'un Préfet de région, d'un directeur interrégional des services pénitentiaires, d'un expert psychiatre, d'un expert psychologue, d'un avocat et d'un représentant d'association d'aide aux victimes. Elle prononcera, ou non, sur la base de cette évaluation, la mesure de rétention de sûreté. Cette dernière ne peut être décidée que si elle constitue l'unique moyen de prévenir la commission, dont la probabilité semble très élevée, d'une nouvelle infraction, alors que toutes les autres mesures de sûreté semblent s'avérer insuffisantes (48). La rétention de sûreté ne peut être envisagée que si la personne n'a bénéficié d'aucune mesure d'aménagement de peine avant la fin de sa détention.

Il peut être utile de définir précisément, en droit, la notion de *récidive*, sur laquelle se focalisent ces textes à côté de la notion de dangerosité : la récidive constitue la situation dans laquelle une personne déjà condamnée commet une nouvelle infraction. On distingue récidive générale (n'importe quelle nouvelle infraction constitue une récidive) et récidive spéciale (la seconde infraction doit être identique ou assimilée à la première pour parler de récidive). La rétention de sûreté, par exemple, concerne la récidive générale. Pour l'expert qui se prononcera dans le cadre de la procédure de rétention de sûreté, il s'agira ainsi de dire si le risque de récidive *quelle qu'elle soit* dans les cinq ans peut être garanti comme nul.

La circulaire de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces du 17 décembre 2008 prévoit que les centres socio-médico-judiciaires de sûreté sont placés sous la responsabilité conjointe d'un directeur des services pénitentiaires et d'un directeur d'établissement public de santé (49). Leur mission consiste à proposer une prise en charge *médicale*, psychologique et sociale ayant pour objet la *diminution de la dangerosité*.

La possibilité d'une rétention de sûreté – dont le Conseil Constitutionnel a décidé que, bien que n'étant pas une « peine », elle serait d'application non rétroactive, « eu égard à sa nature privative de liberté, à la durée de cette privation, à son caractère renouvelable sans limite et au fait qu'elle est prononcée après une condamnation par une juridiction » – doit avoir été prévue au moment du prononcé de la condamnation : il faudra donc attendre 2023 pour assister à la mise en œuvre des premières rétentions de sûreté (20).

La même loi crée enfin la surveillance de sûreté, mesure de sûreté qui permet de contraindre à des mesures proches de celles du suivi socio-judiciaire, à la suite, justement d'un mesure de suivi socio-judiciaire, dès lors qu'une expertise constate « la persistance de la dangerosité », ou encore de prolonger la surveillance après une rétention de sûreté. Qualifiée de mesure de sûreté, elle est immédiatement applicable. Le non respect de ses obligations peut entraîner le placement en centre socio-médico-judiciaire de sûreté : la surveillance de sûreté permettant de fait d'appliquer indirectement la rétention de sûreté à des auteurs d'infractions commises avant l'entrée en vigueur de la loi (25).

Faisons enfin mention de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, qui propose de répartir les détenus dans des établissements de sécurité « renforcée », « intermédiaire », « adaptée » ou « allégée » en fonction de leur *dangerosité* (50,51).

L'un des résultats de cette suite de textes de lois est le renforcement de la place de la psychiatrie dans le processus judiciaire, notamment concernant l'évaluation de la *dangerosité* (52). Avant les années 1990, l'expertise psychiatrique précédant la libération d'un détenu était *possible* : la logique s'inverse lorsqu'elle devient *obligatoire* avec la loi du 17 juin 1998 pour les auteurs de violence sexuelle, et avec la loi du 12 décembre 2005 pour les auteurs de crimes d'une exceptionnelle gravité.

Les expertises psychiatriques peuvent désormais intervenir à différents moments du processus judiciaire : lors du placement en détention provisoire, avant et pendant le jugement, après la condamnation, en vue d'un aménagement de peine, ou encore en fin de peine pour les mesures de sûreté. Rabaux souligne que les multiples formes d'expertise deviennent les instruments d'appréciation de la *dangerosité*, et la notion de *risque*, évaluée en termes de probabilité, prend toute sa place (48).

Les missions du psychiatre lors d'une expertise post-sentencielle, ordonnée par le juge d'application des peines, longtemps centrée sur l'expertise de pré-libération conditionnelle mais à comprendre désormais dans un sens plus large, nous sont rappelées par Archer (53). Il s'agit de décrire la personnalité, de décrire l'évolution de la personne depuis l'ouverture du dossier pénal, de décrire les éventuels troubles, d'émettre un avis sur l'attitude du sujet par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné, de *déterminer s'il présente une dangerosité en milieu libre*, de discuter les éléments favorables et défavorables du pronostic, *tant du point de vue de la réinsertion que du risque de récidive*, ou encore de préciser s'il relève d'un suivi médical ou d'un traitement.

Les situations de recours à l'expertise psychiatrique sont démultipliées par la seule loi du 25 février 2008 : tout au long de la procédure, l'expert se verra interrogé sur la question de l'existence chez le sujet d'une « particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive en raison d'un trouble grave de la personnalité », que ce soit :

- dans la mission pré-sentencielle, quant à l'opportunité de prévoir la possibilité d'un placement en rétention de sûreté à l'issue de la peine,

- lors de la double expertise demandée par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté un an avant la libération,
- lors d'une contre-expertise demandée par le condamné,
- ou lors de chacune des expertises à chaque renouvellement de la mesure (tous les ans voire tous les trois mois si le condamné en demande la levée).

D'autres missions encore impliqueront le recours à l'expertise psychiatrique : en vue d'un placement sous surveillance de sûreté, concernant le traitement à suivre en détention, lorsqu'il y a prononcé de mesure de sûreté à l'encontre d'une personne déclarée irresponsable pénalement, pour la demande de levée des mesures d'interdiction par la personne concernée.

2. La loi du 25 février 2008 et l'« autonomisation du droit de la dangerosité » : un changement de paradigme (25)

Attardons-nous un moment sur la rétention de sûreté. Incarnant la mise en place d'un dispositif de « prévention » survenant *avant* le délit, elle est l'héritière de mesures de sûreté anciennes (48). La loi sur la relégation du 27 mai 1885 permet par exemple d'enfermer « perpétuellement » des récidivistes. Au début du 20^{ème} siècle, l'école de la défense sociale préconise que des mesures de sûreté, répondant à la probabilité d'une dangerosité (et non à une culpabilité comme les peines) soient applicables aux aliénés, en même temps que leur enfermement. La rétention de sûreté pourrait enfin être analysée comme l'héritière d'une anthropologie criminelle qui prônait à la fin du 19^{ème} siècle de se focaliser sur la notion de *danger* plutôt que de responsabilité et de « peine » comme « défense de la société » plutôt que comme « punition » (11).

David rappelle que la rétention de sûreté est « l'aboutissement d'une longue dispute de plus de deux siècles entre politiques, juristes, et psychiatres » (54). Elle était déjà préconisée par le Rapport Burgelin en 2005, dans lequel elle est définie comme une « mesure de défense sociale imposée à un individu dangereux pour prévenir les infractions futures qu'il pourrait commettre et que son état rend probables » (30). Après les tergiversations est venu le temps de la mise en œuvre : un consensus politique émerge concernant la nécessité de répondre à la

question de la dangerosité par des actions fortes. David explique que deux principes essentiels guident l'adoption du texte : la volonté de placer les victimes au cœur du système judiciaire, et celle de « neutraliser » les individus « particulièrement dangereux » (54).

Pour Leturmy, la loi du 25 février 2008 « autonomise le droit de la dangerosité de celui de la responsabilité » : une personne jugée irresponsable pénalement pour cause de trouble mental pourra en effet désormais faire l'objet d'une mesure de sûreté : si son état mental empêchait de la condamner pour un acte passé, la crainte d'une rechute future autorise une mesure de sûreté, mesure de protection de la société. Jusqu'ici, le prononcé d'une mesure de sûreté, visant à prévenir la *récidive* – ce qui impliquait, comme nous l'avons rappelé plus haut, qu'il y ait eu une première condamnation – ne pouvait concerner que des personnes ayant fait l'objet d'une condamnation. Le droit pénal ne s'intéressait à la dangerosité que des seules personnes reconnues pénalement responsables : la dangerosité constituait en quelque sorte un prolongement de cette responsabilité pénale antérieure. La loi du 25 février 2008 s'affranchit de ce principe. A différents égards, il y a donc changement de paradigme.

L'adoption de la loi du 25 février 2008, étape symboliquement importante dans la lutte contre la dangerosité et la récidive à l'époque contemporaine, suscite des réactions mitigées et des craintes nombreuses, moins de la part de la société civile, en proie à des inquiétudes sécuritaires fortes, que de la part du monde du droit et de la psychiatrie. Ces craintes sont de différents ordres et feront l'objet de développements ultérieurs. Nous ne ferons, dans un premier temps, que les mentionner.

D'un point de vue purement juridique, nous rappellerons simplement que la possibilité, nouvelle, de sanctionner un individu pour une infraction qu'il *pourrait commettre* et non plus qu'il *a* ou *aurait* commise, c'est-à-dire pour un *risque*, interpelle en droit, en remettant en question un des principes essentiels de notre justice : le principe de légalité des délits et des peines. La Commission Consultative des Droits de l'Homme insiste elle sur le principe de la stricte nécessité et de la proportionnalité des peines proclamées par l'article 8 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Dozois rappelle le danger, que l'on pourrait qualifier de politique ou de philosophique, de l'utilisation à tout va du concept de

« dangerosité » : s'en servir pour tout justifier n'est pas sans risque pour le respect des droits fondamentaux – la rétention de sûreté, c'est en quelque sorte la sûreté de tous au prix de la liberté de quelques-uns. Pour Senon, l'évaluation de la dangerosité est « en rupture avec les principes fondamentaux du droit pénal : la longueur de la peine n'est plus en rapport avec la culpabilité de l'auteur ou avec l'infraction qu'il a commise, mais dépend de sa dangerosité supposée, c'est-à-dire de sa probabilité à récidiver » (51).

Du côté de la psychiatrie, on soulève que la formulation même de l'intitulé du texte pose question en réunissant dans son titre deux thématiques : la gestion des individus *criminologiquement* dangereux d'une part, l'irresponsabilité pénale pour cause de *trouble mental* de l'autre, témoignant de ce que *dangerosité* et *folie* restent fortement associées dans les esprits. C'est ensuite la question du recours au psychiatre pour évaluer la dangerosité criminologique, d'individus ayant auparavant été jugés responsables et donc en quelque sorte « soustraits » au champ de la psychiatrie, qui interroge. On a expliqué enfin qu'un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (article 706-130 du Code de Procédure Pénale) par une cour d'assise ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental par un tribunal correctionnel (article 706-153) peuvent désormais s'accompagner de mesures de sûreté ¹ : l'interface psychiatrie/justice n'a jamais été aussi flagrant (55–57).

En 2013, la Conférence de Consensus pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive propose une inflexion de la politique pénale dans un sens tout autre que celui observé depuis 1994. Jugées « particulièrement attentatoires aux libertés individuelles », surveillance de sûreté et rétention de sûreté devraient selon elle être abolies (58). La loi n° 2014-896 du 15 août 2014 s'inspirant de ce rapport supprime les peines plancher, et se recentre sur la réinsertion sociale comme méthode de prévention de la récidive. La rétention de sûreté n'est toutefois pas supprimée.

¹ Pour rappel : sursis avec mise à l'épreuve (article 132-40 du Code Pénal), libération conditionnelle (article 729 du Code de Procédure Pénale), suivi socio-judiciaire (article 131-36-1 du Code Pénal) avec possibilité d'injonction de soins (article 131-36-4 du code Pénal) et d'une surveillance électronique mobile (article 131-36-9 du Code Pénal), surveillance judiciaire (article 723-29 du Code de Procédure Pénale).

3. Expériences étrangères en matière de rétention de sûreté

Il est enfin intéressant de rappeler que la France n'est pas le premier pays à se doter d'un mécanisme permettant d'enfermer à vie et en *prévention*, des personnes considérées dangereuses (59).

La Belgique promulgue en 1930 une loi célèbre de « défense sociale », prévoyant une mesure de sûreté prenant la forme d'un enfermement de durée indéterminée et potentiellement infini à l'encontre de personnes reconnues coupables mais déclarées irresponsables (60). Elle vise les personnes ayant commis un crime ou un délit passible de trois mois d'emprisonnement au moins, étant reconnues se trouver dans un état grave de démence ou de déséquilibre mental, et représentant un danger pour la société. L'objectif annoncé est la maîtrise du danger social qu'elles représentent. Le système, qui concerne des personnes se trouvant par définition dans le champ de la psychiatrie, repose largement sur des psychiatres et expertises psychiatriques.

La loi anglaise se dote en 1908 d'un dispositif de « détention préventive » (Prevention of crime act) permettant d'enfermer pour une durée indéterminée, de façon indépendante d'une nouvelle condamnation pour une nouvelle infraction, des personnes ayant fait l'objet de trois condamnations avant leurs seize ans et « menant de façon persistante une vie malhonnête ou criminelle » (61). Le Criminal Justice Act de 1967 la réformant, tout en établissant l'interdiction de la détention préventive, crée la possibilité d'une « peine allongée » fondée sur « les comportements antérieurs et la probabilité de commettre de nouvelles infractions ». Le Criminal Justice Act de 2003 conforte différentes possibilités de « peines prolongées », de durée indéterminée voire infinie, pour des criminels considérés « à risque pour la société » (58). La dangerosité est alors évaluée par un expert-psychiatre, mais il appartenait à la personne en cause de « prouver » qu'elle n'était plus dangereuse afin d'obtenir une remise en liberté. Le texte a été réformé en 2012 face au nombre grandissant de personnes incarcérées.

En Suisse, le Code Pénal prévoit la possibilité d'un « internement à vie », décidé par le juge après au moins deux expertises psychiatriques, pour les auteurs de crimes particulièrement graves (dont une liste est proposée) qui cumulent trois caractéristiques : avoir

porté une atteinte particulièrement grave à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui, présenter une forte probabilité de commettre un nouveau crime, et avoir reçu la qualification de « durablement non amendable, dans la mesure où la thérapie semble, à longue échéance, vouée à l'échec » (62). Il est intéressant de noter que le même article prévoit que l'autorité compétente examine « si de nouvelles connaissances scientifiques pourraient permettre de traiter l'auteur de manière qu'il ne représente plus un danger ».

Les Pays-Bas disposent d'une loi permettant de placer sous une mesure de « mise à disposition dans un établissement » des auteurs de crimes ou délits graves reconnus pénalement responsables mais présentant des troubles psychiques graves (perversité, troubles graves de la personnalité, comportement dangereux) et dont la remise en liberté présenterait un risque sérieux de récidive pour la société (59). L'autorité judiciaire est compétente pour prononcer, pour deux ans renouvelables indéfiniment, cette mesure d'enfermement dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire et dans lesquels les personnes doivent bénéficier d'un suivi médical et social. La mesure est accompagnée d'une sanction pénale amoindrie : la mesure de sûreté s'effectue à sa place, mais le système s'adresse à des personnes présentant un trouble mental ayant entraîné une altération du discernement.

Au Canada, la juridiction de jugement peut prononcer l'enfermement dans un établissement pénitentiaire pour une durée indéterminée d'un délinquant ayant été condamné pour des sévices graves à la personne et chez lequel elle suspecte une incapacité à contrôler ses actes, une indifférence aux conséquences prévisibles de ses actes, ou encore l'absence d'inhibition par les normes ordinaires de restriction du comportement, ce qui laisse prévoir qu'il causera des sévices ou autres maux à l'avenir (59). La mesure de sûreté se substitue à la peine.

L'Allemagne prévoit également la possibilité de maintenir en détention, pour une durée illimitée, un détenu ayant purgé sa peine, lorsqu'il est considéré à l'issue de cette peine qu'il présente un danger en raison de sa propension à commettre des crimes de nature à causer un préjudice corporel, moral ou économique important (59). Les textes détaillent des conditions de condamnations antérieures, pouvant avoir été des peines de quelques années seulement. Il s'agit du modèle le plus coercitif, l'appréciation de la dangerosité y étant assez large, et la peine et la mesure de sûreté se cumulant.

Dangerosité et prévention de la récidive, thématiques de prédilection de gouvernements français successifs, et témoignages d'une préoccupation sécuritaire croissante de la société, s'installent de manière durable au cœur d'un arsenal juridique de plus en plus étoffé. On observe alors une évolution parallèle entre le durcissement d'une législation à vocation sécuritaire et le recours fait aux psychiatres, la psychiatrie devenant, en quelque sorte, un instrument indispensable de cette politique sécuritaire. Pour le dire de manière similaire à Badinter, le phénomène observé est celui du passage d'une justice de responsabilité fondée sur la culpabilité à une justice de *sûreté* fondée sur la *dangerosité*, appréciée le plus souvent par le psychiatre (55).

Si l'évaluation de la *dangerosité psychiatrique* constituait une partie importante de son activité clinique au quotidien, le psychiatre est désormais amené à se prononcer de plus en plus fréquemment sur la *dangerosité* dans son ensemble, sans précision, et donc également *criminologique*, dans son activité d'expertise.

II. L'ÉVALUATION DES DANGEROUSITÉS : MOYENS ET LIMITES

Cette deuxième partie sera l'occasion de s'intéresser aux *méthodes* qui permettent de répondre à la question de l'évaluation de la dangerosité et à la prédiction du risque de récidive, dont nous venons de rappeler les contours du cadre législatif prévoyant l'intervention du psychiatre dans cette mission.

Danet s'interrogeait : comment faire pour éviter que l'évaluation de la dangerosité ne devienne « un art soustrait à tout contrôle », ne réponde à aucune règle (10) ? C'est probablement dans ce souci que les différentes époques ont vu se développer des méthodes, échelles ou outils cherchant à rendre plus objective et plus *scientifique* l'évaluation de la dangerosité.

A. ENTRETIENS CLINIQUES, MÉTHODES ACTUARIELLES ET SEMI-STRUCTURÉES : DIFFÉRENTES TENTATIVES D'ÉVALUATION DE LA DANGEROUSITÉ

Découlant souvent principalement de l'activité délirante, comme le rappelle sa définition même, l'évaluation de la *dangerosité psychiatrique* fait partie de toute évaluation psychiatrique. Paulet évoque « l'ici et maintenant de la dangerosité psychiatrique (...) assez bien repérable pour le psychiatre » et qui se différencie du risque à moyen et long terme (63). Rien n'est plus délicat en revanche, en matière de dangerosité criminologique, que de procéder à son évaluation : comment déterminer la dangerosité et le risque de récidive d'une personne dans les cinq années qui viennent (28) ? Voir à plus long terme ?

1. L'évaluation de la dangerosité psychiatrique

Si des instruments spécifiques, s'adressant aux patients présentant des pathologies psychiatriques uniquement, ont été développés – parmi eux, par exemple, l'IPMC, Instrument de mesure des progrès cliniques, proposant, sur la base de onze variables cotées de 0 à 5, chaque mois, d'évaluer l'évolution des comportements violents chez des patients psychotiques – ils restent marginalement utilisés en France et c'est à *l'entretien* que la dangerosité psychiatrique est recherchée en pratique clinique courante (9).

Le psychiatre s'appuie à cet effet sur la connaissance de facteurs de risque mis en évidence par la littérature (64).

On peut notamment citer la Haute Autorité de Santé dans un rapport de mars 2011, dans lequel elle répertorie les facteurs de dangerosité psychiatrique chez les personnes présentant un trouble schizophrénique ou un trouble de l'humeur (19).

Les facteurs de risque de violence mis en évidence sont les suivants :

- des facteurs sociodémographiques : un âge jeune, le sexe masculin, le statut économique précaire, le faible niveau d'éducation, le célibat, l'absence de soutien social
- les antécédents personnels et familiaux de violences commises et les antécédents personnels de violences subies
- les antécédents de trouble des conduites dans l'enfance et l'adolescence
- les comorbidités de type addictives (alcool et autres substances psychoactives) et personnalités psychopathique ou antisociale sous-jacentes
- les troubles neuropsychologiques de type confusion mentale, trouble cognitif, retard mental
- les facteurs liés aux soins : le défaut d'accès aux soins, une évolution longue avant le début des soins, le faible insight, le déni des troubles, la mauvaise observance médicamenteuse seront des facteurs de risque tandis que la capacité à demander de l'aide, la qualité du suivi psychiatrique et l'alliance thérapeutique peuvent être des facteurs de protection
- les facteurs contextuels de violence subie, de séparation, ou encore de perte d'emploi *dans l'année*

- des facteurs cliniques, notamment une symptomatologie dépressive ou mélancolique, avec des idées suicidaires et d'incurabilité, ou une symptomatologie délirante avec idées de ruine, de culpabilité, de grandeur ou de persécution.

Les facteurs de risque cliniques varient quelque peu d'un trouble à l'autre, on ajoute par exemple pour les patients présentant un trouble schizophrénique :

- un syndrome d'influence
- la présence d'une idéation, d'un fantasme, d'une rêverie diurne, ou d'un propos de violence, ou des menaces écrites ou verbales
- une fascination pour les armes
- la réticence, la méfiance
- la participation émotionnelle intense ou l'émoussement affectif
- la désorganisation
- les hallucinations auditives impératives
- des projets irréalisables
- l'exposition à des facteurs déstabilisants (65).

Pour les patients présentant un trouble de l'humeur, on pense également à la présence d'un état mixte, l'impulsivité ou l'hostilité.

On note dans les faits combien les éléments cités recouvrent finalement bon nombre des éléments de sémiologie qui sont classiquement recherchés à l'examen clinique d'un patient présentant les différents types de pathologies évoquées.

Comme en population générale, l'abus de substances et les antécédents de violence – subies et commises – ressortent comme des facteurs de risque majeurs de dangerosité chez les personnes présentant une pathologie psychiatrique (66). L'abus de substance est notamment flagrant dans les passages à l'acte des patients bipolaires (67). Hodgkins ajoute également les troubles de personnalité associés et la rupture de suivi parmi les facteurs principaux (68).

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique diffère de l'évaluation de la dangerosité criminologique : et c'est notamment une différence de temporalité qui apparaît au premier

plan. Si le psychiatre évalue et réévalue la dangerosité psychiatrique au jour le jour, au gré de l'évolution des symptômes de la maladie de son patient – idées délirantes, idées suicidaires, etc – il lui est demandé de se projeter et de se prononcer sur une temporalité bien plus longue, de durée indéfinie et presque *infinie*, lorsqu'interrogé au cours d'une expertise sur la dangerosité criminologique, qui se confond finalement avec le risque de récidive.

2. Les méthodes d'évaluation de la dangerosité criminologique

Le siècle dernier et surtout sa seconde moitié ont vu se développer différentes générations d'« outils » visant à évaluer la dangerosité criminologique ou risque de récidive, assortis de différents « modèles » de la délinquance. Nous en dresserons un panorama résumé, en mettant l'accent sur les méthodes et modèles ayant bénéficié du plus de reconnaissance.

a. La méthode clinique, « première génération » de l'évaluation de la dangerosité

La méthode clinique, méthode « historique » ou de « première génération », repose sur l'entretien libre.

Elle fait appel au jugement professionnel non structuré, ou « jugement clinique, subjectif et arbitraire » du psychiatre, qui évalue de manière « libre » les différents et principaux facteurs de risque de dangerosité répertoriés par la littérature (59). L'objectif est de recueillir faits et témoignages. L'entretien est le plus souvent non directif, les experts ne se reposant pas nécessairement sur une trame prédéfinie.

En 1992 l'Institut Philippe Pinel de Montréal distingue cinq catégories de facteurs associés aux passages à l'acte violents et à leur récidive : facteurs statiques/dynamiques/situationnels ou environnementaux/biologiques/liés à l'état mental (69).

Les facteurs de risque de dangerosité recherchés sont ainsi de différents ordres. On insiste souvent sur la différence entre les facteurs *statiques*, c'est-à-dire sur lesquels on ne pourra pas agir – l'âge, le sexe, les antécédents, etc – et les facteurs *dynamiques*, c'est-à-dire susceptibles d'évoluer grâce à une prise en charge spécifique (27).

Le psychiatre pourra privilégier, avec Bénézech par exemple, les facteurs dynamiques aux facteurs statiques, les mesures qualitatives aux mesures quantitatives, retenant comme indicateurs principaux : l'impulsivité, le niveau et la nature des angoisses, la labilité, l'intolérance à la frustration, la fragilité narcissique et le degré d'extraversion/intraversion (22).

Au cours de l'entretien libre, il recherchera notamment l'évolution de la personnalité du sujet, son rapport aux faits, sa reconnaissance des faits, une éventuelle contrainte exercée sur lui en vue de commettre les faits, sa capacité à appréhender le retentissement psychologique de la victime, et son rapport à la loi (59).

Doyle et Donan proposent une évaluation du risque de violence selon cinq étapes au cours de l'entretien libre : le recueil d'informations biographiques auprès du sujet et de tiers, l'identification des facteurs de risque de violence, la recherche de facteurs protecteurs, l'évaluation et la qualification du risque de violence – nature, sévérité, imminence et évolution possible – et enfin la proposition d'une prise en charge adaptée (70).

Chaque psychiatre évaluateur demeure libre d'adopter le plan qui lui paraît le plus pertinent. Des épreuves projectives tels le TAT (Thematic Apperception Test) ou le Rorschach, ou encore des tests de personnalité, peuvent compléter l'entretien libre.

La méthode clinique offre l'avantage d'une certaine flexibilité pour l'évaluateur, qui peut adapter son entretien et ses questions aux spécificités de chaque situation.

Il lui est reproché le risque d'ignorer les taux de base, de rechercher plus volontiers des corrélations confirmant l'idée de départ que l'infirmant ou encore de se laisser aller à des corrélations illusoire, ou plus généralement de ne pas tenir compte des facteurs de risque prédictifs « connus » en matière de récidive (71).

b. La méthode actuarielle et le développement de scores visant à la prédiction du risque de récidive

La méthode actuarielle, encore nommée méthode de « deuxième génération » à ses débuts, consiste à l'origine en l'utilisation d'instruments structurés qui délivrent une probabilité statistique à partir de variables statiques préétablies, de type socio-démographiques et anamnestiques. Elle ne nécessite pas de formation particulière, contrairement aux évaluations fondées sur la clinique.

Elle débute avec Burgess en 1928, qui établit, sur la base d'une étude réalisée sur trois mille délinquants, une liste de vingt-et-une variables généralement associées à l'échec en période de libération. Son idée est d'établir un score qui représenterait le risque de récidive (72). Ohlin, élève de Burgess, met en œuvre une première application à l'échelle d'un Etat (27).

A partir d'une revue de la littérature, Hall définit en 1984 différentes variables qu'il regroupe en trois catégories, depuis répliquées et validées, fondant la plupart des approches actuarielles (73). Ces catégories reprennent les antécédents de violence du sujet, subies et commises (âge, type), les éléments susceptibles de *renforcer* les comportements violents (statut socio-économique, marginalité, impulsivité, etc), et les stimuli susceptibles de *déclencher* les comportements violents (utilisation de toxiques, symptômes psychiatriques aigus, etc).

La construction des échelles actuarielles impliquent, au départ, un échantillon de sujets ayant présenté une dangerosité dans le passé, l'observation d'un maximum de variables, et des régressions statistiques afin de déterminer les facteurs ayant pu jouer un rôle clé dans le passage à l'acte et le poids relatif de chacun de ces facteurs. L'objectif est ensuite de pouvoir associer un score à un taux de récidive.

L'avantage des méthodes actuarielles est d'assurer la transparence et l'uniformité des évaluations. Pour Chartrand, ces outils sont une méthode précise, efficace et économique qui permet d'atteindre des standards professionnels et éthiques (74). Pour Proulx et Lussier, « la prédiction actuarielle est une méthode objective, valide, et fidèle qui permet de prédire la

récidive » (75). Une opinion partagée par Bonta et Andrews pour qui « les instruments actuariels d'évaluation du risque, de deuxième génération, donnent des résultats satisfaisants ; ils sont fiables pour différencier les délinquants à faible risque des délinquants à risque plus élevé » (76).

L'inconvénient majeur est d'être lié par des facteurs d'une part statiques (non susceptibles d'évoluer), et d'autre part prédéterminés, sans possibilité de prendre en compte d'autres facteurs qui seraient propres au sujet évalué et auraient pu apparaître au cours d'un entretien libre. En outre, la généralisation des résultats n'est possible que dans la limite de la représentativité de l'échantillon qui a servi de base à l'élaboration (59).

La « nouvelle pénologie » fondée en 1992 par Feeley et Simon a pour objectif de « substituer à la description morale ou clinique de la personne un langage actuariel de calculs probabilistes et de distributions statistiques appliquées au groupe de populations » : l'idée est de réguler la délinquance perçue comme un risque « normal » dans toute société. Le concept de « risque de violence », purement statistique et probabiliste, se substitue largement à celui de dangerosité, et se prête d'autant plus au développement et à l'utilisation des outils actuariels (77).

Le rapport Garraud en 2006 distingue deux types d'évaluation actuarielle (59).

D'un côté, l'utilisation actuarielle de tests psychologiques particuliers, élaborés « pour rendre plus opérationnels certains concepts psychologiques ». La PCL-SV (Psychopathy Checklist Screening Version) regroupe par exemple vingt items cotés de 0 à 2 et permettant d'aider au diagnostic de psychopathie si le score est supérieur à 30. La PCL-R (Psychopathy Checklist – Revised) ou échelle de Hare est quant à elle utilisée comme item en tant que tel au sein d'instruments comme les échelles VRAG ou HCR-20, que nous présenterons plus loin.

De l'autre, les instruments actuariels d'évaluation du risque, développés à cette fin spécifiquement. Il s'agit d'instruments purement algorithmiques, valables pour une population, un risque et une période donnés. Enumérons quelques-uns de ces outils pour préciser qu'il en existe un très grand nombre : VRAG (Violence Risk Appraisal Guide), ICT (Iterative Classification Tree), COVR (Classification of Violence Risk), VSC (Violence Screening Checklist), dépistage de Hartvig, instrument de Wooton, V-RISK 10, M55. Les outils de type SORAG (Sex Offender Risk Assessment Guide, 1998), RRASOR (Rapid Risk

Assessment of Sexual Offense Recidivism), Statique 1999, Satique 2002, MnSOST-R (Minnesota Sex Offenders Screening Tool) sont spécifiques à l'évaluation du risque de récidive en matière d'infraction de nature sexuelle. L'échelle SORAG figure en annexe.

Instrument actuariel élaboré en 1993, l'échelle VRAG, utilisée dans l'évaluation du risque de récidive de comportements violents, comprend douze items, choisis par régressions statistiques successives parmi un plus grand nombre d'items-candidats. Ils sont listés ci-après dans l'ordre de leur poids respectif. Le fait de cocher l'un des items apporte un certain nombre de points. Chaque item bénéficie d'une pondération prédéterminée, le tout permettant d'établir un score et une classification du risque de violence :

- psychopathie (évaluée à l'aide de l'échelle PCL si possible)
- inadaptation scolaire à l'élémentaire
- troubles de personnalité
- âge au moment du délit (négativement corrélé : un âge élevé attribue moins de points)
- séparation d'un des parents avant seize ans
- manquement antérieur à une libération sur parole
- histoire de délits non violents
- le fait de n'avoir jamais été marié
- la schizophrénie (négativement corrélé : un diagnostic de schizophrénie diminue le risque de récidive !)
- la blessure la plus sévère infligée à une victime (négativement corrélée : un décès attribue moins de points qu'une blessure légère)
- l'histoire avec l'alcool (personnelle et familiale)
- le fait que la victime ne soit pas une femme (positivement corrélé : une victime homme attribue davantage de points, rendant plus élevé le risque de récidive).

On peut finalement regrouper les variables sélectionnées par la VRAG en trois catégories : relatives à des éléments biographiques, relatives à l'histoire criminelle, relatives à un trouble mental éventuel.

Le risque est classé comme faible (de -24 à -8), moyen (de -7 à 13) ou élevé (de 14 à 32). Remarquons qu'un score élevé à une échelle de psychopathie peut à lui seul dans ce

modèle rapporter douze points, lorsque les autres items rapporteront trois points au maximum. L'échelle détaillée est disponible en annexe.

c. L'amélioration de la méthode actuarielle et l'incorporation de facteurs dynamiques : développement des troisième et quatrième générations d'outils d'évaluation du risque de récidive

Reposant dans un premier temps sur des items purement « statiques », de nature essentiellement « historiques » et non susceptible d'évoluer, la méthode actuarielle de « deuxième génération » s'enrichit par la suite pour pallier ses lacunes, et intègre des facteurs « dynamiques », s'intéressant à la situation présente et future – car susceptible d'évoluer – de la personne évaluée : on parle alors d'instruments de troisième génération (72,76). Les facteurs dynamiques peuvent en outre être scindés en variables stables et variables aiguës, selon la durée sur laquelle s'observent des fluctuations (71).

Le modèle « Risque-Besoins-Réceptivité » (RBR), développé dans les années 1980 par Andrews, Bonta, Gendreau et Ross est l'un des modèles les plus utilisés en matière d'évaluation du risque de récidive (71). Il contribue au développement des outils de troisième et quatrième générations autant qu'il s'appuie sur leur utilisation (76,78). Il s'agit d'un modèle reposant sur trois principes. Le *principe du risque* établit qu'il est possible de réduire le niveau de récidive si le traitement proposé est proportionnel au niveau de risque identifié au départ par les outils actuariels. Il repose sur le postulat qu'il est effectivement possible de prédire le niveau de risque de récidive d'une personne, et le traitement devra alors se focaliser sur les personnes présentant le plus grand risque de récidive (71). Le *principe des besoins* recommande que les facteurs criminogènes, c'est-à-dire les facteurs dynamiques identifiés, soient la cible du traitement proposé. Andrews et Bonta énumèrent huit facteurs centraux de risque et de besoins, dont sept « dynamiques » sur lesquels il faudrait agir : la personnalité antisociale, les attitudes procriminelles, le soutien social de la criminalité, la toxicomanie, les relations familiales, l'école/le travail, les activités récréatives prosociales. Le huitième facteur est de nature statique, il s'agit des antécédents criminels (76). Le *principe de la réceptivité*

suggère que les interventions soient fondées sur des stratégies de nature cognitivo-comportementale de l'apprentissage social pour enseigner de nouveaux comportements (76).

Une méta-analyse réalisée en 1998 par le Solliciteur Général du Canada insistait sur l'importance des facteurs dynamiques, qui différenciaient mieux les récidivistes des non récidivistes que les facteurs statiques (53).

Le LSI-R (Level Service Inventory – Revised), le VRS-SO (Violence Risk Scale Sexual Offender) ou le VRS-2 (Violence Risk Scale) sont des exemples d'outils actuariels de troisième génération intégrant des facteurs dynamiques.

Le LSI-R, développé par Bonta en 1995, très utilisé en Amérique du Nord, distingue dix domaines associés à la délinquance :

- l'histoire criminelle
- l'éducation et l'emploi
- les finances personnelles
- les relations familiales et conjugales
- le logement
- les loisirs
- la fréquentation des pairs
- les drogues et l'alcool
- la santé mentale et psychologique
- les attitudes (79).

La réponse à cinquante-quatre items dichotomiques (il y est répondu par oui ou par non) permet d'établir en trois heures de passation un score reflétant le risque criminogène et le besoin de supervision.

Par rapport à l'échelle VRAG, on remarque l'introduction de notions plus dynamiques parmi les items évalués : les finances, les loisirs, la fréquentation des pairs, etc.

Ce score est réputé apte à prédire le risque général de récidive : arrestations, condamnations, et réincarcérations (72).

Une quatrième génération d'outils s'appuie sur l'évaluation systématique et globale d'une gamme élargie de facteurs de risque et de besoins et y ajoute intervention et contrôle systématiques, avec l'objectif de définir un plan d'intervention individualisé (76).

Le NS-IGC (Niveau de service-Inventaire de gestion des cas) ou LS-CMI (Level of Service Inventory/Case Management Inventory) est un exemple d'outil de quatrième génération proposé par Andrews et Bonta (80). Il s'agit d'évaluer les facteurs généraux liés aux risques et aux besoins à travers une série d'items : antécédents criminels, éducation/emploi, famille/couple, loisirs/activités récréatives, fréquentations, drogues/alcool, attitudes ou orientations procriminelles, types de comportement antisocial. On analyse ensuite les facteurs particuliers liés aux risques et aux besoins à travers les thèmes des problèmes personnels ayant un potentiel criminogène et les antécédents d'acte criminel. S'y ajoutent les facteurs liés à l'établissement de détention, à l'expérience carcérale, à la vie en société, et à la santé mentale. Un programme est proposé sur la base des scores obtenus (71)

LSI-R et LS-CMI sont tous deux utilisés de façon privilégiée par les services correctionnels canadiens.

Là encore, les échelles existantes sont toutefois nombreuses. On citera par exemple le SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors), élaboré en 2011, qui se concentre pour la première fois sur les facteurs de protection, ou encore l'OASys (Offender Assessment System) qui combine facteurs de protection et facteurs de risque, statiques et dynamiques.

d. Du modèle « Risque-Besoins-Réceptivité » à la « désistance » et au « Good life model » : une cinquième génération d'outils visant la gestion de la délinquance

Le modèle RBR se voit reprocher, entre autre, la primauté accordée à la société sur l'individu, la vision du condamné comme la somme de facteurs de risques, l'attention excessive portée aux éléments négatifs ou encore le manque de prise en compte de facteurs contextuels. Pour y remédier, d'autres modèles se développent.

La « désistance » (ou « désistement » pour les Québécois) désigne le processus conduisant à l'arrêt d'un parcours de délinquance, processus devant s'envisager en « zig-zag ». Ce modèle avance différents arguments pour expliquer l'arrêt de la délinquance : Kazemian ou Maruna étudient notamment le paradigme ontogénétique, qui propose un lien entre avancement en âge et arrêt de la délinquance, le paradigme sociogénétique, qui propose que le développement de liens sociaux à l'âge adulte, soit un « contrôle social informel », aide à quitter un parcours de délinquance, ou encore le changement subjectif en matière de valeurs, d'identités et de certitudes antisociales (81,82). McNeill s'intéresse aux « opportunités de changements » que connaissent par exemple davantage les femmes que les hommes, ces dernières désistant davantage à l'occasion d'une naissance ou de responsabilités familiales (83). Modèle encore jeune, parfois considéré comme un « cinquième génération » d'outils, il fait face à plusieurs difficultés, notamment l'absence de définition consensuelle commune de la « désistance » : les auteurs proposent notamment différentes durées, de un an à plusieurs décennies, d'absence de nouvelles infractions.

Le « Good Life Model » de Ward tente également de répondre aux faiblesses du modèle RBR (71). Il propose de se focaliser sur le bien-être du délinquant, réputé faire appel à des moyens illégaux pour assouvir ses besoins. Il est reproché à ce modèle son fondement philosophique selon lequel le délinquant serait un être de nature profondément prosociale (84).

e. Les outils actuariels : de leur origine américaine à leur importation en France

Il n'est pas inutile de rappeler que les outils de ces différentes générations ont très majoritairement vu le jour sur le continent américain, avec une vocation d'utilisation par les services pénitentiaires – il ne s'agissait pas en premier lieu d'une évaluation au cours d'une expertise psychiatrique ! – avant que différents pays d'Europe ne se les approprient, chacun à leur façon. C'est essentiellement au sein des services pénitentiaires et de probation des différents pays qu'ils sont aujourd'hui utilisés, notamment par les criminologues.

En Angleterre, où la méthode actuarielle est plus répandue, l'outil OASys permet, sur la base de douze items (antécédents criminels, analyse du passage à l'acte, logement,

éducation/formation/employabilité, gestion financière et revenus, relations, style de vie, abus de drogues, abus d'alcool, bien-être émotionnel, pensées et comportements, attitudes) côtés de 0 à 2, d'aboutir à un risque de dommage ou de dangerosité. Les délinquants jugés les plus dangereux ou présentant le plus haut risque de récidive à l'issue de cette évaluation feront l'objet d'un suivi particulier (71).

L'Ecosse s'appuie sur le LS-CMI mais adhère également au modèle de désistance et adopte une logique plus « sociale » en parallèle de sa politique de gestion du risque.

La France conserve aujourd'hui la tradition d'un plus grand attachement à la méthode « clinique », même s'il était par exemple proposé en 2014 aux agents de probation de différents conseillers pénitentiaires d'orientation et de probation (CPIP) de France de tester différents outils dont le LS-CMI ou le SAPROF (71).

L'outil le plus utilisé en France est aujourd'hui la HCR-20 (Historical-Clinical Risk assessment), qui date de 1995, révisé en 1997, et est défini comme méthode « semi-structurée ».

La méthode semi-structurée, classée tantôt dans les méthodes cliniques (par le rapport Garraud par exemple) tantôt dans un troisième type, à côtés des méthodes cliniques et actuarielles, propose de reposer l'entretien et le jugement clinique sur des outils regroupant les connaissances du moment dans le domaine du risque de violence. Il s'agit de pouvoir s'appuyer sur des variables prédéfinies, en laissant à l'évaluateur le choix d'une pondération.

Vingt facteurs, notés chacun de 0 à 2, pour un total de points sur 40, permettent une prédiction du risque de violence à court et moyen termes par la HCR-20. A la différence de l'approche actuarielle, l'évaluation finale nécessite un jugement clinique.

Les facteurs sont divisés en trois catégories :

- historiques :
 - violence antérieure
 - premier acte de violence commis à un jeune âge
 - instabilité des relations intimes
 - problèmes d'emploi
 - problèmes de toxicomanie

- maladie mentale grave
- psychopathie
- inadaptation durant l'enfance et l'adolescence
- troubles de personnalité
- échec antérieur de la surveillance
- cliniques :
 - introspection difficile
 - attitudes négatives
 - symptômes actifs de maladie mentale grave
 - impulsivité
 - résistance au traitement
- gestion du risque :
 - plans irréalisables
 - exposition à des facteurs déstabilisants
 - manque de soutien personnel
 - inobservation des mesures curatives
 - facteurs de stress.

Si des facteurs historiques sont toujours explorés, des facteurs liés au présent et surtout à l'avenir et au contexte futur pour le patient sont également présents. Ces derniers permettent d'ajouter à l'évaluation du risque celle de la gestion du risque.

Contrairement aux échelles actuarielles « pures », les items ne sont pas statistiquement pondérés. Le psychiatre évaluateur considérera non seulement le score total obtenu, mais accordera également plus ou moins d'importance à certains des items, typiquement trois ou quatre, qu'il jugera les plus pertinents, afin de tenir compte des spécificités individuelles ou encore du contexte de passage à l'acte, le tout en bénéficiant d'une trame précise pour son évaluation (85). L'instrument se situe ainsi à mi-chemin entre une approche quantitative et une approche qualitative

L'échelle détaillée est disponible en annexe.

A titre de comparaison, au Canada, l'ISRG (échelle d'Information Statistique sur la Récidive Générale) guide les expertises ayant recours à des méthodes de type semi-structurées.

Quinze items sont à étudier :

- l'infraction à l'origine de la peine
- l'âge à l'admission
- les incarcérations antérieures
- la révocation ou la déchéance antérieures d'une liberté sous condition
- les évasions antérieures
- le niveau de sécurité de l'établissement dans lequel se trouve le détenu
- l'âge lors de la première condamnation comme adulte
- les condamnations antérieures pour voies de fait
- la situation matrimoniale lors de la dernière admission
- l'intervalle d'exposition au risque
- le nombre de personnes à charge lors de la dernière admission
- la durée totale de la peine actuelle
- les condamnations antérieures pour infraction sexuelle
- les condamnations antérieures pour introduction par effraction
- la situation d'emploi lors de l'arrestation.

On note le poids de *l'histoire criminelle* dans cette échelle, ces différents items déclinant de façons multiples les antécédents judiciaires. L'échelle ISRG est utilisée en association d'un « score de réinsertion ».

Des développements ultérieurs nous permettront de revenir sur cette échelle, dont les items détaillés figurent en annexe.

Méthodes cliniques, méthodes actuarielles et méthodes semi-structurées sont ainsi les choix qui s'offrent aujourd'hui au psychiatre en charge d'évaluer la dangerosité *criminologique*.

Parmi d'autres, le rapport Garraud insiste sur la nécessité d'élaborer davantage d'outils d'évaluation de la dangerosité, citant le « retard » de la France quant à l'utilisation de méthodes actuarielles, lorsqu'elle est comparée aux quinze pays de l'Union européenne

étudiés en 2000 par Giovannangeli (86). Il rappelle que les pays d'Amérique du Nord utilisent eux aussi bien plus d'« instruments » que les psychiatres français, dans leur activité de soins et d'expertise. La tendance est à penser que l'amélioration des outils permettra d'atteindre bientôt une évaluation « parfaite » de la dangerosité.

B. DE LA POSSIBILITÉ D'ÉVALUER « SCIENTIFIQUEMENT » ET « OBJECTIVEMENT » LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE

Dans le débat opposant prédictions cliniques et prédictions actuarielles, les publications abondent (72). Pourtant, si la méthode actuarielle apparaît pour pallier les défauts de la méthode clinique (défaut de reproductibilité et subjectivité de l'évaluation), et si la méthode semi-structurée entend remédier aux défauts de la méthode actuarielle empêchant un apport possible de l'évaluateur, aucune « méthode » n'est toutefois jusqu'ici parvenue à s'afficher exempte de biais ou à faire l'unanimité (27,87).

Aussi la question que se posent de nombreux auteurs est-elle la suivante : est-il, finalement, réellement *possible* d'évaluer de manière fiable la dangerosité criminologique et de prédire de manière satisfaisante le risque de récurrence ? Ou bien les difficultés inhérentes à l'exercice conduiraient-elles forcément à la surestimation de la dangerosité criminologique ?

1. Méthodes cliniques VS méthodes statistiques : un débat qui demeure d'actualité... et à dépasser ?

Nous avons énuméré au fur et à mesure de la présentation des outils leurs avantages et limites respectifs. Nous dirons ici un mot du débat qui anime encore aujourd'hui les tenants des méthodes cliniques contre ceux des méthodes actuarielles.

En 1974, Ennis et Litwack s'interrogent sur l'« extraordinaire pouvoir donné aux psychiatres » à travers les questions qui leur sont posées en expertise (88). D'une étude sur la jurisprudence californienne, ils tirent plusieurs conclusions dérangeantes :

- l'absence de preuve quant à la possibilité pour un psychiatre de déterminer si un individu est, ou non, dangereux,
- l'absence de preuve que les psychiatres soient, à cet exercice, meilleurs que des profanes,
- l'atteinte aux droits constitutionnels représentée par ces prédictions de dangerosité.

Dershowitz avait déjà déduit en 1969 et 1971, à la suite d'un inventaire exhaustif de la littérature, que les prédictions émanant des psychiatres étaient plutôt inexactes, ces derniers tendant à surprédire les comportements anti-sociaux (89).

Dans les années 1970, un certain nombre d'études menées sur des individus jugés dangereux mais libérés en dépit des prédictions des psychiatres font apparaître la faible valeur de ces prédictions de dangerosité. Parmi elles, l'étude de Kozol, Boucher et Garofalo en 1972, ou celle de Stanford la même année, comparent le taux de récidive chez des personnes libérées contre l'avis des experts, et observent entre la moitié et deux tiers (en fonction des critères choisis) de prédictions de dangerosité erronées (89).

Dans les années 1980, Monahan met lui aussi en doute la fiabilité du jugement clinique dans l'évaluation des dangerosités, montrant à plusieurs reprises une faible efficacité et une faible précision dans les évaluations réalisées, et que le psychiatre se trompe deux fois sur trois dans cet exercice, principalement en surestimant le risque, pour un résultat d'au mieux un pronostic sur trois exact en matière de dangerosité (90,91).

Hanson et Buissière suggèrent en 1998 que la prédiction de la récidive d'auteurs d'infractions sexuelles par les spécialistes cliniciens n'est guère plus élevée que le hasard (53).

Les études sont nombreuses à aller dans ce sens dans les années 2000 également : Grove et al, Andrews, Bonta et Wormith, ou encore Aegisdottier et al concluent à une meilleure efficacité des instruments actuariels par rapport au jugement clinique en matière de prédiction des comportements (76,80,92-94).

Dès 1954, Meehl avait publié un « petit livre dérangeant » suggérant qu'il était préférable de se référer à une table statistique plutôt que de se fier à son jugement clinique en matière d'évaluation de la dangerosité (72). Pour les uns : les prédictions actuarielles l'emporteraient ainsi dans 50% des études, l'autre moitié des études concluant à leur équivalence aux prédictions cliniques, ces dernières ne l'emportant que dans six pour cent des cas (72).

D'autres études, conduites notamment par Steadman et Coccozza, concluent pourtant à un taux d'erreurs des prédictions réalisées par des méthodes statistiques allant de 67 à 99% (89,95,96) ! Millaud défend la supériorité de la bonne connaissance de la clinique (97). Pour Voyer et Senon, si les échelles actuarielles peuvent dans une certaine mesure permettre la prédiction d'un risque de récurrence à long terme, leurs résultats sur le court terme se révèlent proches du hasard (98). Harcourt, faisant le constat du consensus existant dans la société américaine sur l'utilisation de méthodes actuarielles, dénonce « l'utilisation d'une criminologie actuarielle mise en place à l'instar de l'actuariat économique » : « la dangerosité ne résulte pas d'une évaluation clinique personnalisée, mais d'un calcul statistique qui transpose aux comportements humains les méthodes mises au point par l'assurance pour calculer les risques » (99–102). Il note que les outils actuariels contribuent largement à « diminuer les scrupules du juge et à assurer la tranquillité des jurys » (51). Paulet ajoute que les outils actuariels mélangent fréquemment éléments objectifs et éléments subjectifs, renseignant davantage sur le point de vue de l'évaluateur que sur la personne évaluée (63).

Pour Bruno Marceau en 1986, si la tendance à viser « l'établissement de catégories de risques fondées sur un modèle strictement probabiliste » représente un « progrès », c'est davantage par son « appel à la modestie du chercheur que par le degré de connaissances qu'elle démontre » : « elle ne fait que démontrer l'extrême précarité de notre connaissance du délinquant violent ou dangereux » (103).

Delcourt, s'intéressant aux apports de l'intelligence artificielle et des algorithmes, note qu'ils peuvent être un outil précieux, pour l'expert qui va s'en servir « pour augmenter la qualité de son expertise, et non pour la situer dans la moyenne statistique quantitative ou dans une médiane prédictive en conformité avec le discours commun ou un standard dicté » (104) (105). L'enjeu est de ne pas se retrouver « prisonnier d'une standardisation et d'une uniformisation » sans s'interroger sur l'origine et les a-priori conceptuels des algorithmes en question, et qui ont été élaborés avec des objectifs bien spécifiques. Tentant de cerner la manière dont s'approprient les outils existants ou qui existeront, il dénonce le risque de « devenir un opérateur qui travaille en streaming sans avoir recours à la mémoire de son expérience », « un exécutant qui se contenterait de cocher des cases sur la base d'items standardisés ». Etablissant un parallèle avec les études de médecine enseignant de plus en plus

à « cocher des cases » et à multiplier les bilans, sécurité et protocolisation étant prioritaires, il remarque combien on se prive parfois d'un « sens clinique intuitif précieux » avant de proposer quantité de bilans parfois inutiles. « Que devient la complexité inhérente à l'être humain s'il se résume à des croix dans des cases face à des items standardisés ? (104) ».

Finalement, il ne s'agit peut-être pas de choisir un camp entre utilisation ou non utilisation d'échelles, ou entre telle méthode ou telle autre, mais davantage de parvenir à « trouver leur juste place » aux outils proposés (106). Réclamant des commissions d'éthique pour encadrer l'usage des échelles actuarielles, Gravier en appelle aux psychiatres à « ne pas jouer aux apprentis sorciers » et ne pas « se prévaloir d'un improbable savoir », en usant des instruments comme d'« aides à la décision et à l'évaluation et non comme de nouvelles tables de la loi » (107).

Malgré des faiblesses méthodologiques (définitions variables de la dangerosité, évaluation du taux de récidive sur des durées différentes, etc), il ressort de ces études une large part d'incertitude quant aux prédictions de dangerosité (108). Dans le meilleur des cas un tiers de prédiction erronées, des prédictions guère meilleures que celles du profane, ou encore des prédictions équivalentes au résultat d'un tirage au sort (88) : peut-on se satisfaire de ces résultats ? Est-il possible de se prononcer « objectivement » et « scientifiquement » sur la dangerosité ? Raoult note que la justice attend désormais de l'expert une prédiction infaillible du risque de récidive et de la dangerosité (109). Pour Coccozza et Steadman, « la prédiction de la dangerosité est un bon exemple de la confiance mal placée faite aux experts psychiatres » (53). Pour Andronikof, une prédiction « objective, sinon scientifique » est possible, aux deux conditions de « rester conscient qu'il existe une marge d'erreur », car il s'agit d'une « probabilité et non d'une prédiction », et de réévaluer rapidement la personne : elle rappelle en cela que plus la période de « prédiction » considérée s'allonge, plus le risque d'erreur augmente... (110)

2. Quels obstacles à une évaluation fiable et valide de la dangerosité criminologique ?

Coche, parmi d'autres, précise les deux grands types d'erreurs pouvant résulter des expertises de dangerosité, quelle que soit la méthode employée (111).

Les « faux-négatifs » correspondent à des personnes déclarées à tort non dangereuses – et qui pourront par exemple faire l'objet de mesures d'aménagement de peine, ou ne pas faire l'objet d'une mesure de rétention de sûreté – ce qui entraîne une moindre « protection » de la société dans son ensemble.

Les « faux-positifs » désignent les personnes déclarées dangereuses à tort, c'est-à-dire qui finalement ne récidiveront pas, mais qui n'auront pas bénéficié de mesures d'aménagement de peine ou auront fait l'objet d'une rétention de sûreté – ce qui représente une atteinte sans fondement aux droits et libertés de ces personnes.

La littérature, dont une partie est très critique à l'égard de l'efficacité des expertises de dangerosité et à la valeur de ces prédictions, s'alarme du taux de faux-positifs : un sur deux d'après Von Hirsch, deux sur trois d'après Cusson (111). Pour Ennis en 1974, un tirage au sort offrirait 20% de risque de moins d'arriver à un résultat de type « faux-positif » (88). Le résultat de l'« opération Baxstrom » à la fin des années 1960 aux Etats-Unis, qui désigne la libération de neuf cent soixante neuf personnes gardées jusque là en sécurité maximale pour « dangerosité », dont sept seulement se révèlent « dangereuses » après leur libération, donne à réfléchir à de nombreux auteurs. Les études se multiplient dans les suites (parmi elles les nombreuses études de Steadman) pour conclure à la tendance des psychiatres à surévaluer le risque de danger (112–114). La littérature suggère alors, dans les meilleurs cas et avec les meilleures précautions, un taux de 60 à 70% de faux-positifs (88).

Pour Coche, l'idée d'apprécier la dangerosité par une expertise est un « leurre » (111). Pour Voyer et al, il est peut-être possible d'évaluer un *risque* de comportement violent, mais en aucun cas de réaliser une *prédiction* de comportement (9). Les explications avancées sont de différents ordres, et sont notamment synthétisées par Coche et Archer (53,111).

Les obstacles à une évaluation fiable et valide de la dangerosité sont d'abord propres à l'expert psychiatre (111).

La formation du psychiatre et l'habitude des débordements liés à la maladie mentale peuvent amener à croire ces derniers plus fréquents, à considérer qu'il est moins grave de suspecter la dangerosité et d'avoir tort plutôt que de ne l'avoir pas assez envisagée, et de ce fait à rechercher davantage les indices en faveur d'une dangerosité que les indices qui plaideraient pour le contraire – or on trouve davantage ce que l'on cherche (53,89,115).

Les mécanismes de « reconstruction sociale », le psychiatre s'inspirant d'expériences analogues avec le même « type » de patient pour se prononcer, sont sources d'erreurs, de même que les « corrélations illusoires » sur lesquelles se fonde trop souvent l'évaluateur (89,90).

Le contexte de la réalisation de l'expertise influence les perceptions – un pyjama à l'hôpital suggère déjà la maladie, davantage qu'un costume trois pièces dans un salon – de même que le moment de l'expertise, en raison de la fluctuation des symptômes – l'agitation, par exemple, varie d'un moment à l'autre, alors que l'expertise se déroule sur un temps limité (88). Pour Delcourt, « la pratique expertale particulière en psychiatrie dépend de la qualité de la rencontre avec la personne mise en cause » (104).

Les « biais personnels », liés à des personnalités, systèmes de valeurs, préférences et représentations personnelles, entraînant des attributions variables de poids aux différents symptômes, ou des hypothèses en faveur d'une plus ou moins grande dangerosité en fonction de conceptions et d'imaginaires propres à chacun, comme l'adhésion inégale au principe de précaution visant à supprimer tout risque, sont à prendre en compte (88). De plus, comme tout être humain, le psychiatre est soumis au côté « émotionnel » du concept de dangerosité et n'est pas toujours insensible à l'infraction commise (53,111).

L'expert n'a, ensuite, que peu l'opportunité de s'améliorer avec l'expérience et d'apprendre de ses erreurs (72). S'il lui est possible de tirer des leçons des faux-négatifs dans des circonstances éventuellement dramatiques, en cas de faux-positif, la personne restant incarcérée n'a, de fait, pas l'occasion d'être mise en situation de présenter une dangerosité ou de récidiver : l'expert ne pourra jamais savoir s'il avait eu « raison » en la prédisant (88,90,111,116). Pour Marceau « l'évolution naturelle des expertises de prélibération doit donc conduire à une augmentation progressive des diagnostics de dangerosité » (53).

C'est aussi ce que remarque Delcourt, citant une affaire d'homicide particulièrement violente et au terme de laquelle les trois experts avaient conclu, chacun de façon indépendante, à un crime passionnel dans un contexte dépressif, ainsi qu'à l'absence de dangerosité et de risque de récidive, pour voir pourtant le patient commettre un nouveau crime tout aussi violent peu après sa peine de prison effectuée. Était-il possible d'être « plus prudent » ? Peut-être, en concluant systématiquement, « par prudence, à une dangerosité et à un risque de récidive » (104).

Les influences sur l'expert des médiatisations, commandes sociales et pressions de l'opinion publique jouent également un rôle. Le psychiatre s'expose à moins de risques professionnels en déclarant « dangereux » plutôt que « non dangereux » en cas de doute, au moins en termes de crédibilité et de colère de l'opinion publique, sinon à ce jour en termes de responsabilité pénale ou ordinale. En effet, des mesures « ultrasécuritaires » découlant d'une surévaluation des risques lui seront moins reprochées à l'époque actuelle que la remise en liberté d'un délinquant s'avérant finalement dangereux : la tendance est alors logique, pour l'expert, d'agir plutôt par excès (53). Le vécu variable, en termes de responsabilité morale, sociale, professionnelle et judiciaire, entre coût des faux-positifs et coût des faux-négatifs entre ainsi en jeu (53).

Prédire avec certitude qu'une personne ne récidivera jamais relève de l'impossible (48). Mais quel psychiatre prendra le risque, *dans le doute*, d'affirmer qu'une personne ne présente aucune dangerosité et est exempte d'un risque de récidiver ? Ces différents éléments expliquent que le doute de l'expert ne « profitera » pas à la personne faisant l'objet de l'évaluation, quand bien même en droit le doute du juge profite à l'accusé.

La deuxième catégorie d'obstacles est propre aux incertitudes de la criminologie (111).

S'il est facile d'identifier des facteurs *corrélés* à la délinquance, il l'est moins de conclure à la relation de cause à effet : absentéisme, échec scolaire et délinquance semblent liés, mais quel élément aura entraîné quel autre ?

La diversité des approches théoriques et l'absence de consensus sur les critères rajoutent une difficulté et concourent à une fidélité inter-juges peu élevée (53,86,111).

Schlesinger, éprouvant la valeur d'une série de facteurs identifiés par neuf études comme permettant de prédire le comportement violent chez les jeunes, conclut qu'aucun de ces facteurs ne possède la capacité prédictive qu'il revendique (117).

On lisait par exemple parmi les recommandations du jury de la conférence de consensus sur la psychopathologie et le traitement des auteurs d'agression sexuelle en novembre 2001 que « de façon surprenante, certaines caractéristiques habituellement considérées comme des éléments favorisant l'adhésion aux soins (reconnaissance des faits, empathie pour la victime, motivation pour les soins) ne constitueraient pas des facteurs préservant de la récidive dans l'état actuel de la recherche ». Mais notons que la loi du 12 décembre 2005 ne suit pas ces recommandations, précisant que le refus de suivre une thérapie destinée à freiner le risque de récidive sera considéré comme l'absence d'un effort sérieux de réadaptation : s'accorder sur les critères qui seraient corrélés ou non au risque de récidive n'est en effet pas exempt de difficultés.

Par ailleurs, l'incapacité aussi bien clinique que statistique à prévoir la dangerosité réside dans la difficulté à prévoir le fait rare : Poupart explique qu'il n'est pas possible de prédire un événement dont le taux d'occurrence est faible autrement qu'en faisant un nombre élevé d'affirmations erronées (89).

En outre, *l'état dangereux* demeure une construction normative qui dépend de la législation en vigueur...

Les obstacles à l'évaluation de la dangerosité sont, enfin, propres aux prédictions en matière de délinquance (111).

Coche rappelle notamment que le « crime » peut être analysé comme le résultat d'une rencontre entre une personnalité et une situation précriminelle, or il est impossible de prévoir dans quelles situations sera amenée à se trouver une personne, tandis que la situation qui fut précriminelle pour l'un et à une occasion ne le sera pas nécessairement ni pour l'autre ni à une

autre occasion... Debuyst propose la notion de « situations problématiques » pour rappeler que le passage à l'acte se situe dans un contexte global, et qu'il faut se garder de ne se prononcer qu'en fonction des caractéristiques de la personnalité de la personne évaluée.

Coche, parmi d'autres, se montre pessimiste quant aux pistes d'amélioration des expertises de dangerosité qui sont classiquement proposées.

Les rapports se succédant sur la question de la dangerosité ne manquent jamais de souligner la nécessité de développer la recherche afin de définir les critères objectifs des différents types de dangerosité, établissant qu'il s'agit là d'un pré-requis indispensable à son évaluation. Si une meilleure définition de la dangerosité et de meilleures connaissances des facteurs de passage à l'acte ne peuvent être que des améliorations souhaitables, pour Linetskaia, l'anxiété croissante de la société face aux comportements de délinquance la conduit à chercher à établir des critères de dangerosité prédictifs, alors même qu'aucun critère fiable n'existe, avec aucune envergure scientifique (118).

Des expertises plus longues ou des experts mieux formés, propositions récurrentes en matière d'expertises, ne peuvent évidemment pas être ignorées. Mais elles ne seraient que des solutions illusoire : la longueur de l'expertise n'empêche pas les erreurs, et le manque de fiabilité de l'expertise est intrinsèque aux limites de l'exercice, formation ou pas formation (111). Selon Liotta, même l'ample déploiement de moyens permettant d'acquérir des outils d'évaluation plus performants, comme le préconisait le rapport Garraud, ne suffira pas à supprimer l'imprévisibilité de l'évaluation de la dangerosité (16).

Notons que les pays qui disposent de « criminologues » distincts des psychiatres (Etats-Unis, Canada, Belgique notamment) ne rapportent pas de taux de pronostic fondamentalement meilleurs (111).

Coche avance que la multiplication des expertises et contre-expertises pour un même cas ne peut pas résoudre non plus la question de l'évaluation de la dangerosité : en cas de désaccord entre experts, comment le juge ne suivrait-il pas l'avis de celui qui aura déclaré « dangereux » ?

La réalisation des expertises « en aveugle » – remarquons que l'on tient classiquement l'infraction pour commise lors d'une expertise, quand bien même la personne non encore jugée est présumée innocente, et même si la personne condamnée la nie encore – pourrait permettre l'atténuation de biais rétrospectifs.

Devant ces « solutions » insatisfaisantes, Coche ou Poupart sont parmi les auteurs qui s'interrogent sur l'opportunité de supprimer les expertises de dangerosité. Archer souligne par exemple que validité et fiabilité de l'évaluation du risque de récidive sont d'une telle insuffisance qu'elles ne peuvent pas permettre d'étayer des décisions susceptibles de compromettre gravement les libertés individuelles. Coche suggère que la fin des expertises de dangerosité permettrait de quitter l'illusion d'une possible appréciation « scientifique » de la dangerosité. Le juge se prononcerait sur *son* appréciation d'un risque ou non de récidive, le recours à l'expert le rassurant peut-être, mais n'apportant qu'une fausse sécurité et en aucun cas une garantie. De son côté, pour l'expert, prestige et sentiment d'utilité se retrouveraient dans celles de ses activités où il est véritablement compétent pour se prononcer.

3. L'exemple canadien : « faux-positifs » et focalisation sur l'infraction commise, des difficultés insolubles en matière d'évaluation de la dangerosité criminologique ?

Il nous semble intéressant de faire enfin mention de l'étude de Vacheret et Cousineau en 2005, qui analysent les outils d'évaluation du risque de récidive sur lesquels se fonde le système correctionnel canadien (119).

Souvent présenté comme un modèle en matière de gestion de la délinquance, le système correctionnel canadien s'articule autour de deux notions centrales : la réinsertion sociale d'une part, la prédiction et la neutralisation des risques de l'autre. Ce faisant, il laisse moins de « libertés » aux experts en matière d'évaluation de la dangerosité qu'on n'en connaît en France.

Avec l'objectif de favoriser les remises en liberté tout en garantissant la protection du public, des outils statistiques actuariels d'évaluation et de prédiction se sont développés – le modèle clinique étant jugé moins équitable, moins juste, et moins cohérent – et le Service Correctionnel du Canada a développé un processus de prises de décisions fondé sur des classements, catégorisations et évaluations. Tous les contrevenants détenus dans un établissement fédéral canadien sont soumis à ces évaluations et, en fonction, différentes formes de libération anticipée pourront s'appliquer.

A noter que dans le système correctionnel canadien, toute personne détenue n'ayant pas bénéficié d'une mesure de libération anticipée fera l'objet d'une mesure dite de « libération d'office » aux deux tiers de sa peine, et ce à moins que la commission nationale des libérations conditionnelles ne démontre la susceptibilité de la personne à commettre avant la fin de sa peine une infraction grave.

Prenant l'exemple de l'année 1999, les auteures ont recensé le nombre de détenus ayant fait l'objet d'une libération d'office (car ils n'avaient pas bénéficié de libération anticipée, ayant été considérés comme à risque élevé de récidive). Un suivi sur toute la période courant jusqu'à la date de fin de peine leur permet de noter que près d'un tiers des personnes libérées d'office n'ont posé aucun problème durant la période de surveillance, suggérant que le risque de récidive qui avait conduit à leur refuser une libération anticipée avait peut-être été surévalué, les faisant entrer dans la catégorie des « faux-positifs ».

Trois éléments centraux concourent à la prise de décision : le type de délit, le score obtenu à l'ISRG (échelle que nous avons détaillée plus haut), et le score obtenu au potentiel de réinsertion, une échelle complémentaire.

Or une analyse plus détaillée permet d'observer les redondances des critères sélectionnés. Déjà prise en compte à part entière, la nature du délit apparaît à nouveau dans l'ISRG et dans le potentiel de réinsertion. De la même manière, les antécédents judiciaires sont pris en compte deux fois. Le score ISRG est lui-même, au total, pris en compte trois fois : pour lui-même, et deux fois dans le « potentiel de réinsertion » !... Au total, les deux outils utilisés, aux objectifs théoriquement différents, prennent en compte des éléments similaires – notamment les antécédents criminels : l'âge au moment des faits et les condamnations antérieures et leur type se retrouvent dans les deux échelles – et le recours à leur utilisation conjointe pose question dans la mesure où ils ne semblent pas à même de se nuancer l'un l'autre.

Enfin, le délit en lui-même est pris en compte cinq fois : au départ catégorie purement juridique et légale, la *nature* du délit est ainsi devenue ainsi un critère essentiel de dangerosité et de prédiction de la récidive.

C'est un processus qu'observe également Leturmy, qui se penche sur l'évolution du concept de dangerosité : appréhendée comme une « qualité personnelle », puis comme la résultante de « circonstances », la caractéristique de « dangerosité » se verrait désormais attribuer sur le fondement de la seule *nature* de l'infraction (25).

Dans le même registre, Harcourt s'interroge sur la pertinence d'une évaluation de la dangerosité *future* par un psychiatre si le casier judiciaire *passé* est l'élément central des échelles utilisées pour la prédiction d'un risque futur (100,101).

Adeline Hazan, contrôleur des lieux de privation de liberté, relève de la même manière que le risque de la rétention de sûreté répondant à la seule présomption d'une dangerosité aux contours mal définis est de considérer la personne dangereuse seulement par la *commission* du crime ayant entraîné une peine de réclusion de quinze ans (120).

Pour Vacheret et Cousineau, « la dimension structurée et bureaucratique du modèle, en laissant le moins de place possible à l'expertise clinique (...) ne donne aucune prise à une interprétation ou à une décision individualisée ». Elles dénoncent la volonté de « justifier les décisions prises en fonction d'un niveau de risque « scientifiquement » établi ». Si le nombre de faux-négatifs diminue, le nombre de faux-positifs (les personnes restant « à tort » incarcérées malgré un non risque de récidive) est le prix à payer de cette méthode.

L'échelle ISRG et celle du « potentiel de réinsertion » sont détaillées en annexe.

L'un des enjeux importants soulevés par le nombre conséquent de faux-positifs, manifestement inhérent à l'évaluation de la dangerosité et à la prédiction d'un risque de récidive, est le suivant : si les conséquences se mesuraient jusqu'ici en termes de mesures d'aménagement de peine refusées « à tort », dont d'aucuns diront que les personnes concernées n'auront finalement pâti que quelques mois ou années supplémentaires en détention de cette erreur d'appréciation, qu'en est-il d'une mesure comme la rétention de

sûreté qui rendrait possible que ces personnes subissent « éternellement » cette erreur d'appréciation ?

Le psychiatre est-il à sa place, lorsqu'il participe à une telle procédure ?

III. PARTICIPATION À L'ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE : LES ENJEUX DE L'INSTRUMENTALISATION DE LA PSYCHIATRIE

L'attente forte de l'opinion publique en termes de « sécurité » et les réponses politiques qui y sont apportées en matière de gestion de la délinquance et de prévention de la récidive entraînent un recours à la psychiatrie de plus en plus important. Nous venons de resituer comment un cadre législatif le permettant puis le prévoyant, et des outils et recommandations, se sont développés dans ce sens.

La participation de la psychiatrie à des phénomènes dépassant le cadre strict du « soin » n'est pas un phénomène nouveau, et nous avons rappelé dès l'introduction combien justice et psychiatrie sont liées depuis leurs origines. Mais l'ancienneté du phénomène n'empêche pas de chercher à prendre du recul et à s'interroger sur les applications et implications actuelles. Que traduit ce recours à la psychiatrie « de principe » dans certaines circonstances, ou pour évaluer la dangerosité *criminologique* dans d'autres, le tout indépendamment de la question d'une pathologie psychiatrique ? Est-il légitime ? Quelles en sont les conséquences ?

A. ENTRE SOINS PÉNALEMENT ORDONNÉS ET ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE : UN RECOURS ÉLARGI À LA PSYCHIATRIE

Depuis la généralisation des soins pénalement ordonnés jusqu'à la rétention de sûreté : le recours à la psychiatrie par la justice est quotidien, et il est demandé aux psychiatres de prendre en charge ou d'expertiser un nombre toujours plus important de personnes ayant eu affaire à la justice, parfois même indépendamment de la question d'une pathologie psychiatrique... Un recours qui semble parfois relever davantage que d'autre chose de la

« caution psychiatrique » dans des contextes où chacun cherche à se prémunir contre l'éventualité d'un risque.

1. Les « soins sur prescription politique (54) »

Selon l'expression de David, la loi du 17 juin 1998 a inauguré l'organisation des soins « sur prescription politique » (54).

Il est de plus en plus fréquemment fait appel au psychiatre dans le cadre des soins pénalement ordonnés, dont certains sont décidés par le juge en l'absence d'un avis médical préalable quant à leur opportunité.

C'est le cas de *l'obligation de soins*, pouvant être prononcée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle judiciaire, par la juridiction de jugement, ou encore par le juge d'application des peines dans le cadre d'un aménagement de peine. Aucune expertise médicale préalable n'est indispensable, mais le non respect de cette obligation de soins pourra par exemple entraîner la révocation d'un contrôle judiciaire ou d'un sursis avec mise à l'épreuve et donc une réincarcération. Pour certains auteurs, il y a « confusion des genres » lorsque le juge devient « prescripteur médical et le médecin un auxiliaire de justice chargé d'exécuter une sentence » (121).

Et de quel soin s'agit-il ?

Pour Portelli, rappelant les liens anciens unissant justice et psychiatrie : « les choses se compliquent quand les notions de peine et de soin commencent (...) à se brouiller » (2). Si le juge peut avoir l'impression de prendre une décision plus *sûre* pour la société en choisissant le « soin » comme sanction, quel psychiatre recevant en consultation un patient venu « chercher son attestation de suivi » n'a pas eu l'impression d'être « utilisé » à des fins autres que médicales (121) ? Avait-il l'impression de prodiguer des soins ? Qu'en est-il d'un patient pour lequel il penserait qu'une prise en charge psychiatrique n'a pas lieu d'être ? Il est précisé dans le Rapport Burgelin que « le rôle du médecin ne doit pas se borner à produire un certificat médical, sous peine d'être perçu comme caution à la décision judiciaire ». Mais comment faire autrement lorsque le soin n'est pas perçu comme nécessaire par le sujet ?

Archer remarque que l'augmentation du nombre de détenus non demandeurs de soins mais plutôt de certificats médicaux encombrant les consultations psychiatriques en prison, avec pour seul bénéficiaire une « fausse sécurité » dans l'esprit de certains juges d'application des peines – et de l'opinion publique pourrions-nous ajouter – et au prix d'une réduction des possibilités de suivi pour les patients réellement volontaires.

Si l'injonction de soins, entrant dans les dispositifs de suivi socio-judiciaire, de sursis avec mise à l'épreuve, de surveillance judiciaire ou de surveillance de sûreté, présente des aspects intéressants, et notamment l'articulation prévue entre systèmes judiciaire et sanitaire, et l'avis médical préalable nécessaire, David note combien la temporalité introduite – parfois vingt ou trente ans ! – donne le vertige (54). Les médecins auront-ils la même liberté de prise en charge, par exemple en termes de rythme thérapeutique ? Sur des soins s'étendant sur des décennies, pourraient-ils faire des pauses dans le suivi, comme ils l'auraient fait avec d'autres patients ? Ou bien ces patients risqueraient-ils d'en pâtir, et de voir le juge d'application des peines considérer ces interruptions comme un non respect de leurs obligations ?

Le rapport de la Commission d'Audition du 17 juin 2018 sur les auteurs de violences sexuelles souligne que « l'injonction de soins est devenue, pour la loi, donc le juge, un moyen de contrôle comme un autre, intéressant par une durée pouvant être prolongée éventuellement longtemps » (122). Les auteurs dénoncent le caractère « obligatoire » de ces injonctions, souhaitant qu'elles soient limitées « aux auteurs d'infractions pour lesquels l'intervention d'un soignant a un sens ».

Dans un autre registre, d'aucuns s'étonnent des « prescriptions » de plus en plus précises de certains textes de lois.

Le recours aux androgènes est par exemple prôné par l'article 6 de la loi du 25 février 2008 qui dispose que « le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido », formulation devenue « le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido » après la modification par la loi du 10 mars

2010 (123). Dans quelle autre spécialité médicale le législateur s'est-il adonné à préciser une classe médicamenteuse à utiliser ?

L'article 721-1 du Code de Procédure Pénale « invente » quant à lui une modalité thérapeutique nouvelle en évoquant la « thérapie destinée à limiter les risques de récidive » (qui apparaît dans cet article avec la loi du 12 décembre 2005), formulation peut-être anodine mais qui intrigue : de quelle thérapie s'agit-il ? A-t-elle fait l'objet de recherches ? Est-elle codifiée ? Et relève-t-elle du psychiatre ? Les protocoles, études en double aveugle et recommandations de la Haute Autorité de Santé manquent cruellement sur le sujet, comme le souligne David (54) ... Et quand bien même elle serait totalement codifiée et relèverait de la psychiatrie, une telle thérapie à même de réduire la dangerosité et le risque de récidive fonctionnerait-elle sans l'adhésion de la personne ? Quel est le sens de ce soin que l'on impose comme une « sanction » à l'individu ? Foucault évoquait en 1976 une « justice qui s'innocente de punir en prétendant traiter le criminel » (58).

2. La rétention de sûreté et l'apogée des interrogations quant au rôle du psychiatre en matière d'évaluation pronostique de la dangerosité criminologique

La loi du 25 février 2008 instituant la rétention de sûreté place le psychiatre dans une position délicate.

Après avoir établi la responsabilité pénale d'une personne – excluant une pathologie psychiatrique qui aurait justifié une autre prise en charge – et l'avoir condamnée à une réclusion criminelle de quinze ans ou plus, la justice fait de nouveau appel à l'expert psychiatre à la fin de la peine. Elle lui demande à nouveau de se prononcer sur la *dangerosité* (de nature non précisée) et le *risque de récidive* afin de décider, éventuellement, d'un placement en centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

Senon et Jaafari notent deux cas dans lesquels on peut « comprendre » le recours à l'expert psychiatre à ce moment du processus judiciaire : les personnes pour lesquelles une *altération* et non une *abolition* du discernement a été reconnue, et qui présentaient donc une pathologie psychiatrique, et les personnes développant une pathologie psychiatrique durant leur détention (20). Dans ces deux cas, on comprend l'intervention de l'expert psychiatre pour

une évaluation psychiatrique avant la libération, afin d'envisager des soins – dont on espère qu'ils avaient été poursuivis (dans le premier cas) ou commencés (dans le second) durant la détention.

Mais quelle place pour le psychiatre dans les autres cas ? En l'absence de pathologie psychiatrique, quelle légitimité à son évaluation ? La question est la même pour toutes les « expertises de dangerosité » auxquelles répond le psychiatre. Alors que le psychiatre semble avoir été promu expert de « la dangerosité » dans son ensemble : la distinction entre dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique, sur laquelle insistent notamment les rapports Burgelin et Garraud, préparatoires à la loi de 2008, mais qui est finalement absente des textes de lois, fait-elle l'unanimité dans les faits ? Dans ce cas, une fois écartés un trouble mental et une dangerosité psychiatrique, pourquoi interroger le psychiatre sur le risque de récidive, c'est à dire la dangerosité criminologique ? Faut-il être psychiatre pour faire passer des échelles criminologiques – fortement plébiscitées par les rapports cités et dispensées à l'étranger par des criminologues non psychiatres ?

Les rapports Burgelin et Garraud insistaient sur la distinction entre « trouble de la personnalité » et « trouble mental ». Pour le Rapport Burgelin, « il importe de ne pas confondre (...) les troubles mentaux liés à une pathologie mentale avérée et les troubles de la personnalité et du comportement (qui) ne sont pas tous du ressort de la psychiatrie » (30). Le rapport Garraud précise lui que les personnes présentant une dangerosité *criminologique* relèvent du domaine judiciaire, et non psychiatrique, et préconise à ce titre une mesure de protection sociale en milieu fermé, qui tienne compte de la *personnalité* de l'auteur.

Les troubles de personnalité en question ne seraient donc pas du ressort de la psychiatrie... et entraîneraient une dangerosité criminologique ne relevant pas du domaine psychiatrique... Pourtant, *in fine*, c'est bien le psychiatre que l'on sollicite pour l'évaluation de la dangerosité (sans précision) de la personne.

Alors que cette loi, votée et promulguée dans un contexte d'urgence – soixante-et-onze jours ont été suffisants – et de réaction à un nouveau fait divers dramatique – Président de la République comme rapporteur de la loi se réfèrent à la suspicion d'un nouveau crime par un violeur récidiviste en 2007 lors des débats – elle semble au départ prévoir de s'adresser à tous les auteurs de crimes particulièrement violents (20). Le projet de loi déposé par le

gouvernement prévoit ainsi une rétention de sûreté après des condamnations pour les infractions les plus graves en présence d'une particulière dangerosité. Mais la formulation retenue à l'issue des débats introduit la mention « en raison d'un trouble grave de la personnalité » qui deviendra « parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité » à l'issue du passage en commission paritaire mixte.

A la lecture des débats et du cheminement conduisant à l'adoption du texte, on est intrigué par cet ajout par le législateur de cette notion de « trouble grave de personnalité ». Même si distinct d'un trouble mental et ne relevant pas toujours de la psychiatrie, n'aurait-il pas été introduit pour légitimer un recours au psychiatre ?

David remarque que l'introduction de la notion de « souffrance » confirme précisément la médicalisation de la situation et permet la légitimation d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique (54). Il suggère que le terme de « souffrance » a pu être choisi pour exprimer un certain humanisme envers le condamné, dans un texte qui mettait plutôt en avant la souffrance de la victime. Ou bien serait-ce pour justifier davantage encore l'appel au psychiatre, un état dont on *souffre* étant à prendre en charge médicalement ...?

David y voit aussi la compétence que s'attribue le législateur en matière de diagnostic : il ne pourrait y avoir de particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive que « parce que la personne souffre d'un trouble grave de la personnalité ».

Qu'est-ce d'ailleurs qu'un trouble *grave* de la personnalité ? Est-ce une définition psychiatrique – non prévue par le DSM 5 – ou une nouvelle catégorie purement législative ? Quelle prise en charge médicale enfin permettra de soigner ce trouble grave de la personnalité ?

A la lecture des débats et analyses, on devine que c'est bien souvent sur la figure du « psychopathe », « organisation limite de la personnalité à expression psychopathique » pour la Haute Autorité de Santé, qui explique qu'il s'agit d'un trouble de personnalité qui se situe aux confins du social, du judiciaire et du sanitaire, que le législateur voudrait pouvoir agir alors que se le renvoient juges et psychiatres : délinquance ? Pathologie (124) ? L'hospitalisation sans consentement semble vouée à l'échec pour des personnes de toute

façon peu capables de s'engager dans des soins, ce sur quoi s'accordent les différents acteurs. La prise en charge doit être multidisciplinaire, suppose une représentation de la loi, une institution contenante, pour un travail éducatif et psychologique (20,125). En l'état actuel des connaissances, il ne s'agit pas de soigner ou de proposer un traitement qui soit validé par des études... ce que chercherait pourtant à faire croire la loi du 25 février 2008, en plaçant la prise en charge « médicale » aux premières loges, s'en remettant malgré tout, *in fine*, au psychiatre. Pour Zagury, « c'est sur le pronostic des troubles de la personnalité que nous sommes attendus, c'est-à-dire hors du cœur de notre discipline » (126).

La loi sur la rétention de sûreté englobe ainsi une proposition de « traitement » du risque de récidive, par le placement en centre socio-médico-judiciaire de sûreté, dans lequel est proposée une « prise en charge médicale, sociale, et psychologique » (16). Nouvelle mention de ce traitement *médical* de la dangerosité et du risque de récidive... L'article 8 de la loi du 25 février 2008 propose d'ailleurs l'implantation de centres de rétention de sûreté directement dans des établissements de santé (127)...

Rappelons que pour le condamné, refuser les soins proposés, c'est se priver de possibilité d'aménagement de peine (128). Pour Dati alors Garde des sceaux, c'est par là même témoigner de sa dangerosité : « le refus de se soigner d'un détenu tout au long de sa détention serait un élément à prendre en compte, témoignant de la persistance de sa dangerosité » (129). Le mélange des genres est tel qu'on ne sait plus très bien dans quel ordre les choses fonctionnent... la justice prescrirait un traitement destiné à soigner la dangerosité, état criminologique, et le médecin attesterait de ce que la personne qui a refusé de se soigner demeure dangereuse... ?

Il restera à enseigner au psychiatre le traitement *médical* de la dangerosité criminologique – après avoir établi qu'elle n'était pas de son ressort.

B. UNE « CAUTION PSYCHIATRIQUE » À L'ORIGINE D'UNE CONFUSION ENTRE PERSONNES MALADES ET PERSONNES DANGEREUSES

De son évaluation à sa prise en charge, le psychiatre est ainsi devenu compétent en matière de dangerosité criminologique. Mais tous les délinquants sont-ils des malades et la délinquance peut-elle être « soignée » par un psychiatre ? Le corollaire n'est-il pas de voir se développer ou se renforcer l'idée selon laquelle « personnes malades » et « personnes dangereuses » recourent un même ensemble de gens ? Si les frontières semblaient claires au début du 19^{ème} siècle, entre d'une part le crime, qui relevait du droit, et de l'autre la folie, qui relevait des aliénistes, Delacrausaz note combien les logiques sont aujourd'hui « bien plus intriquées : on imagine pouvoir soigner les criminels et responsabiliser les fous » (130).

1. La psychiatrisation de la délinquance comme réponse à la recherche du « risque zéro »

Le contexte social et politique est aujourd'hui marqué par l'aspiration à un « risque zéro », « principe qui repose sur l'illusion d'une vie sans danger et légitime l'intrusion dans les libertés individuelles » pour Vanderstukken (131). Senon remarque que les différents rapports s'attaquant à la dangerosité soulignent « le refus de l'aléa et du risque dans une société de risque zéro » (51). Pour Castel, « les idéologies modernes de la prévention sont surplombées par une grande rêverie technocratique, rationalisatrice, du contrôle absolu de l'accident conçu comme irruption de l'imprévu » (132).

Le « principe de précaution » est érigé en valeur suprême. Apparu en 1976 dans le droit de l'environnement, le principe de précaution est un principe de rationalisation de l'action politique s'appliquant lorsqu'il existe une incertitude sur l'existence de risque (16). De l'environnement, il est étendu à la diversité biologique, à la sauvegarde de la santé publique, et à la vie. Dans le domaine qui nous intéresse, il permet notamment la mise en œuvre de la mesure de rétention de sûreté pour élever le niveau de protection sociale devant l'impossibilité de « savoir » si un individu aura un avenir dangereux. Pour Sarkozy, alors Président de la République, lorsqu'il défend la loi sur la rétention de sûreté, « le devoir de précaution s'applique pour la nature et doit s'appliquer pour les victimes » (129). Les politiques sécuritaires prônant une « tolérance zéro » à l'égard de la délinquance, dans

l'espoir de voir disparaître toute dangerosité et tout risque de récurrence, s'accroissent volontiers de ce principe de précaution.

Or Dubourg relève combien les jurisprudences actuelles estiment que les mesures de libération anticipée sont génératrices d'un risque « anormal » : une conception des choses qui établit une sorte de « présomption de dangerosité » à l'égard des personnes condamnées. Ce n'est pas un phénomène franco-français : Dubourg note que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme s'en mêle pour « imposer aux Etats une obligation positive de protéger la société ». Après avoir condamné un Etat n'ayant pas pris de mesures devant des menaces de mort précises, réelles et immédiates à l'encontre d'une victime identifiée, elle a élargi son exigence de protection de la société, en adoptant elle aussi une présomption de dangerosité à l'égard des personnes bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine, et tendant à exiger des Etats qu'ils prennent des mesures préventives afin d'assurer la protection de l'ordre public.

Gravier note que l'utilisation d'outils actuariels et la logique probabiliste qu'elle incarne contribue à la visée ultrasécuritaire qui amène à vouloir isoler les individus présumés « dangereux » (107).

Dans ce contexte où la dangerosité *possible* effraie, on voudrait notamment que quelqu'un puisse d'une part la faire disparaître, d'autre part garantir qu'elle n'est plus présente avant de libérer un détenu.

C'est avec cette idée que « le désir sécuritaire investit l'objet psychiatrique » et que l'on a de plus en plus recours au psychiatre (99,133).

La psychiatisation de la délinquance semble ainsi le symptôme d'une instrumentalisation de la psychiatrie dans le but d'obtenir une « caution psychiatrique », sorte de « garantie », d'« assurance » contre le risque de récurrence et la dangerosité. Portelli rappelle comment l'attention portée à la drogue, l'alcool, puis surtout à la délinquance sexuelle va conduire dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle à des attentes plus grandes de la part de la psychiatrie. « La psychiatrie devient dans ce nouveau monde, en apparence hautement sécurisé, l'un des meilleurs garants d'une tolérance zéro, l'une des armes infaillibles de la

lutte contre la folie, le crime, la récidive, les conduites dangereuses, les déviances sexuelles, bref contre la peur (...) » (2).

Elle sert ce fantasme d'une prédiction de probabilité qui serait « scientifique », sûre à 100% et traduit cet espoir, parfois inconscient, que la délinquance serait en fait *curable*, que des soins appropriés la diminueraient, et que de bonnes expertises psychiatriques réduiraient le risque de récidive (130). Paulet souligne cette demande devenue pressante et faite aux psychiatres d'un « « traitement » de la délinquance conçue comme maladie », avec l'idée qu'une thérapie existe qui aurait pour but premier la prévention de la récidive (63). Nous avons exposé plus haut différents exemples témoignant de cette exigence nouvelle, et les formulations législatives qui semblent elles aussi le supposer. Pour Senon et Jaafari, la généralisation des obligations de soins à un nombre toujours plus grand de personnes se retrouvant confrontées à la loi, « dans l'illusion d'un traitement psychiatrique du crime », est une dérive accompagnant le développement d'un droit pénal toujours plus sécuritaire (20).

Senon relève les attentes grandissantes et préoccupantes de la société vis-à-vis de la psychiatrie qui se traduit par la tendance à la psychiatisation de tout comportement violent. On voit bien souvent comment, au sein d'un établissement pénitentiaire, où les difficultés de gestion de la population sont nombreuses, toute crise, tout trouble du comportement est analysé comme « pathologique » et relevant de la responsabilité du psychiatre (134). De même la médiatisation de certains crimes particulièrement violents, sexuels notamment, s'accompagne de plus en plus fréquemment d'interrogations sur le suivi psychiatrique dont bénéficiait ou aurait dû bénéficier l'accusé. Les réactions politiques et de la société devenues habituelles sont du registre de l'étonnement quant au fait que « le présumé coupable ne faisait pas/plus l'objet de soins »...

Pour Foucault, la psychiatrie n'est pas « innocente » dans l'histoire qui a conduit à la « pathologisation du crime ». Sans nier que la sollicitation du psychiatre par l'institution pénale n'a pas été imposée par la psychiatrie, il revient sur la création de la « monomanie homicide » à la fin du 19^{ème} siècle, utilisée par les psychiatres pour définir des crimes monstrueux, commis sans raison apparente, par des individus n'ayant pas présenté de signes de fureur ou de démence (qui conduisaient habituellement à l'irresponsabilité pénale) ni aucun autre signe précurseur et n'en ayant pas présenté d'autres depuis (11).

S'interrogeant sur la médicalisation de la criminalité, David se demande si ce rôle confié au psychiatre n'est pas en quelque sorte l'héritage de cette prison émergente au 19^{ème} siècle, qui, influencée par le christianisme, croyait à l'amendement du criminel : le psychiatre, « confesseur moderne », pourrait permettre l'accès à la rédemption/réinsertion (54). Il incarne cet espoir de « guérison » de la criminalité.

Se penchant sur la loi du 25 février 2008, Senon et Jaafari relèvent un « double risque inadmissible pour notre société démocratique » à vouloir « sanitiser » la rétention de sûreté : le renforcement de l'idée qu'il est possible pour le psychiatre de « soigner » le criminel d'une part, et la confusion entre criminel et malade mental d'autre part, conduisant à la stigmatisation de ce dernier (20).

2. Un renforcement de l'assimilation entre « personnes malades » et « personnes dangereuses »

S'il n'est pas de notre propos de revenir sur les dispositifs de soins psychiatriques existants en prison ni de participer à ce débat, il faut rappeler que l'opportunité de leur multiplication n'a cessé d'être questionnée, depuis ses débuts, par de nombreux auteurs et psychiatres. Pour David par exemple, multiplier les dispositifs de soins psychiatriques en prison, c'est contribuer au développement, avec les meilleures intentions du monde, d'un « ghetto psychiatrico-pénitentiaire » (54). Renneville évoque quant à lui une collusion asilo-pénitentiaire qui « conforte dans l'opinion publique (...) l'image du criminel pathologique (...) La folie du crime pourrait bien ainsi devenir l'ultime justification de la prison. »

Rapports et articles sur le sujet ne cessent de rappeler que seul un infime pourcentage des crimes sont commis par des personnes présentant un trouble mental, et que la majorité de ces dernières ne commettront jamais d'actes violents : les études internationales confirment que le malade mental n'est qu'exceptionnellement auteur de crimes : 5 à 10% d'individus présentant des troubles mentaux chez les auteurs de crimes les plus graves, homicides ou

violences sexuelles, entre 1 et 5% de personnes présentant des troubles mentaux parmi les auteurs d'homicides selon les études ou les pays (9,135).

Mais le jury de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de janvier 2007 constatait que maladie mentale et dangerosité étaient trop souvent associées dans les esprits (136). Gravier souligne combien la prise en compte de la victime, désormais prioritaire, et le regard des médias sur les faits divers répandent des inquiétudes, conduisant auprès du public à une « association entre maladie mentale, dangerosité, violence et imprévisibilité » (107) (137). Plus de 75% des personnes associent les termes de « fou » ou « malade mental » à ceux de « comportements violents et dangereux » (107). Pour Gravier, les outils actuariels comportant toujours la notion d'une maladie mentale parmi les facteurs répertoriés contribuent à cette confusion (107).

A la lecture des rapports se succédant au cours des années 2000 sur la question de la dangerosité, au premier rang desquels Burgelin et Garraud, on est marqué d'emblée par l'association qui semble faite entre dangerosité et maladie mentale, quand bien même les auteurs rappellent qu'elle n'est pas légitime. Le rapport Burgelin note par exemple que « la société, largement influencée par le discours médiatique, associe donc à tort la folie des actes criminels particulièrement graves à celle de leur auteur » dans le contexte d'une « société de plus en plus avide de sécurité, et qui, par refus de l'aléa et du risque, se caractérise par la recherche constante d'un coupable » (30).

Et de même, l'une des lois les plus marquantes de ces dernières décennies en matière de lutte contre la dangerosité sème à nouveau le doute et contribue à la stigmatisation des malades mentaux. D'abord dans la forme, où, en juxtaposant dans son titre même la problématique de la rétention de sûreté et celle de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental, la loi du 25 février 2008 porte les stigmates de cette assimilation entre dangerosité et folie. Elle conforte également cette idée dans le fond lorsque, liant la « particulière dangerosité » au fait de « souffrir d'un trouble grave de la personnalité » elle décide qu'il n'est pas question d'être dangereux sans une explication d'ordre psychiatrique...

En effet, sauf à considérer que tous les criminels les plus dangereux ne sont pas concernés par ce dispositif sécuritaire « suprême », alors le diagnostic est fait : qui dit crime odieux dit trouble grave de la personnalité, et le législateur pourra(it) même prescrire et enseigner au psychiatre le traitement qui s'impose.

Remarquons que c'est pourtant là une vraie question que de celle de savoir si la « particulière dangerosité » et la « probabilité très élevée de récidive » peuvent exister en l'absence d'un trouble grave de la personnalité.

La rétention de sûreté s'affichant comme un dispositif de sécurité maximale, visant les individus les plus dangereux, il est difficile de concevoir que le législateur aurait délibérément limité son champ d'application en le réservant aux seuls individus présentant, en plus des deux caractéristiques de *particulière dangerosité* et de *probabilité très élevée de récidive*, un trouble grave de la personnalité. Le cheminement et le texte adopté semblent suggérer plutôt un raisonnement qui aurait conduit à considérer qu'il n'était pas possible de présenter cette dangerosité et ce risque de récidive sans un trouble grave de personnalité. Est-ce le cas ? Les crimes étiquetés terroristes ou relevant du crime organisé sont-ils nécessairement en lien avec un trouble grave de la personnalité ? En souhaitant « médicaliser » les décisions qui consisteraient à pouvoir renouveler indéfiniment un enfermement, disposition la plus « sécuritaire » de l'arsenal juridique aujourd'hui, en y apportant une « caution psychiatrique » – dont d'autres Etats se passent ! – le législateur n'a-t-il pas restreint sans le vouloir le champ d'application de sa lutte contre la dangerosité et la récidive ? Ne s'est-il pas privé de cette solution « bis » de perpétuité réelle (il en existe déjà une première puisque la loi n°94-89 du 1^{er} février 1994 a créé la peine incompressible en instituant la possibilité d'une période de sûreté perpétuelle), par « excès de psychiatisation » ?

Il est intéressant de relever qu'en 2020, la proposition de loi n°2671 visant à encadrer la sortie de prison des individus condamnés pour des infractions à caractère terroriste propose que les personnes en question, présentant toujours à leur libération une « dangerosité caractérisée par un risque élevé de récidive », soient elles aussi placées en rétention de sûreté, et relance ainsi ce débat. C'est alors l'occasion pour le Conseil d'Etat sollicité pour avis de préciser que la rétention de sûreté est prévue pour les personnes présentant un trouble grave de personnalité et que « la situation des personnes radicalisées condamnées pour crime de terrorisme (ou pour certains délits de terrorisme) qui persistent dans la dangerosité relève d'une autre logique et d'un autre type de prise en charge » (138). La proposition de mesures reposant non « pas sur des faits mais sur une présomption de dangerosité et de menace sur l'ordre public » interpelle des avocats pénalistes, et le passage d'une justice punitive à une justice prédictive est à nouveau questionné (139). Une nouvelle mesure de sûreté est finalement adoptée le 19 juin 2020, s'appliquant aux condamnés présentant à la fin de leur peine une « particulière dangerosité caractérisée par une adhésion persistante à une entreprise

tendant à troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur » et une « probabilité très élevée » de commettre une infraction terroriste (140). Après six semaines d'une évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité demandée par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, la mesure pourra être prononcée pour un an prolongeable jusqu'à dix ans et consistera en l'obligation de « pointer » au commissariat, l'interdiction de paraître en certains lieux, ou encore la nécessité d'une autorisation préalable par un juge pour tout déplacement à l'étranger ou tout changement de résidence. Le Conseil Constitutionnel a toutefois censuré en août 2020 l'essentiel de ce texte, qui devra être revu par l'Assemblée Nationale (141). De quelle nature sera la participation des experts psychiatres à cette nouvelle évaluation si elle est mise en place ? Parmi d'autres, Boiteux souligne combien le psychiatre est de plus en plus fréquemment interrogé sur la radicalisation et le risque de radicalisation... (142)

Baron-Laforêt suggère que l'interpellation du psychiatre dans l'expertise de dangerosité, puis dans sa prise en charge, vient de cette approximation que tout acte débordant la raison commune est celui du sujet « fou » : on observe un glissement sémantique entre la notion de *risque de rechute d'une pathologie psychiatrique* et celle de *risque de commission d'une nouvelle infraction* (143).

Si une nouvelle infraction, c'est-à-dire une récidive, c'est-à-dire une dangerosité criminologique ne peut être que liée, ou est très probablement liée, à une rechute sur le plan psychiatrique, alors le psychiatre est bien « légitimement » la personne à interroger...

Pour Mantandon en 1979, la définition et l'évaluation de la dangerosité par les psychiatres soulèvent des difficultés de trois ordres, dont le premier est bien le fait que « donner au psychiatre, qui s'occupe par définition des maladies et des désordres du psychisme, le rôle de définir la dangerosité renforce l'idée erronée d'une association préférentielle entre maladie mentale et dangerosité » (53).

David craint lui que poursuivre dans cette voie de l'idée d'une association entre maladie mentale et dangerosité ne conduise vers une « nouvelle forme de grand renfermement » (136).

Parmi les propositions du rapport Burgelin, dont s'inspirera largement la rétention de sûreté, on note cette autre proposition, non retenue jusqu'à ce jour, et consistant à permettre au juge des libertés et de la détention de proposer des mesures de sûreté (dont le placement en « centre fermé de protection sociale », correspondant au centre socio-médico-judiciaire de sûreté de la loi du 25 février 2008) après une sortie d'hospitalisation d'office (devenue SPDRE), après qu'aura été réalisée une évaluation de la dangerosité criminologique de ces personnes : là encore, mélange des genres ? Confusion des dangerosités ? Assimilation entre personnes malades et personnes dangereuses ?

C. ENTRE RESPONSABILITÉS ACCRUES ET CONTRÔLE SOCIAL RENFORCÉ : POUR LE PSYCHIATRE, UN POSITIONNEMENT À RETROUVER

Le recours à la psychiatrie sous la forme d'une « psychiatisation » de la délinquance s'explique, répondant à un « besoin » de sécurité de la société en recherche de solutions pour s'affranchir des risques. Mais accepter de servir de « caution psychiatrique » n'est pas anodin pour le monde de la psychiatrie. Il s'agit notamment pour le psychiatre de parvenir à définir sa place en se méfiant des différents écueils : endosser toutes les responsabilités d'une « mauvaise » évaluation de la dangerosité, et refuser toute place dans le processus judiciaire.

1. Après la recherche infructueuse du « risque zéro », la recherche de « responsables »

La question, ancienne – le Code Pénal de 1810 prévoyait déjà des amendes pour « ceux qui auraient laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde » – de la responsabilité pénale des psychiatres en lien avec leur activité clinique a déjà été évoquée (144). Si les deux affaires qui ont secoué la profession ces dernières années restent à ce stade du registre de l'exception, les études montrent des préoccupations qui augmentent de la part des psychiatres et notamment des plus jeunes autour de la question de cette *responsabilité*. La

crainte serait de voir se modifier les pratiques, dans le sens de davantage d'hospitalisations, notamment sous contrainte, ou d'hospitalisations plus longues, au nom du principe de précaution et par peur de se voir reprocher d'avoir mal évalué le risque découlant de la dangerosité psychiatrique de leurs patients.

De même, le recours à l'expert psychiatre pour évaluer la dangerosité criminologique et prédire le risque de récidive amène une interrogation sur sa responsabilité en cas d'erreur.

Après un fait divers, rare mais dramatique, politiques, journalistes et opinion publique ont souvent parmi les premiers réflexes celui d'interroger le suivi psychiatrique dont bénéficiait la personne accusée, notamment si elle avait déjà fait l'objet d'une condamnation. A défaut d'avoir réussi à neutraliser en amont les individus dangereux, c'est la recherche de « failles » et surtout d'un « responsable » qui commence. Pourrait-on le trouver du côté du psychiatre ?

La responsabilité « morale » est une chose et dépendra de facteurs personnels et propres à l'expert – comme elle touche chaque psychiatre se reprochant une « mauvaise » décision dans son activité clinique quotidienne. Mais pourrait-elle à l'avenir être complétée d'une autre dimension ? Psychiatre et expert psychiatre pourraient-ils être incriminés pénalement en cas de « prédiction erronée » ?

En théorie, l'expert pourrait être poursuivi pour blessure ou homicide involontaire dans le cas de faits commis par la personne expertisée. Dubourg se penche en détails sur cette possibilité, théorique (145). Elle conclut que d'un point de vue juridique, l'exigence d'une faute délibérée exigée par le législateur, et l'absence d'une obligation de résultat dans la mission de l'expert, rendent peu probables une mise en cause pénale de l'expert. Elle relève qu'il faudrait que ce dernier, ayant été informé d'un risque avéré de récidive, n'ait pas pris les mesures nécessaires. Il faudrait ensuite également que les magistrats qui jugeraient de l'affaire portent une appréciation sur les conclusions de l'expertise, ce qui ne relève pas a priori à ce jour de leurs compétences. Il faudrait enfin que la causalité soit directe entre l'expertise et les faits commis, ce qui aujourd'hui n'est pas le cas : l'autorité judiciaire intervenant entre les deux pour prononcer la mesure choisie. Dubourg en déduit que sur le fondement des jurisprudences actuelles, la responsabilité de l'expert psychiatre semble difficile à engager.

Elle note toutefois que « l'immunité pratique » dont semblent jouir les experts aujourd'hui tient peut-être davantage qu'à toute autre chose à « leur tendance, par un réflexe de protection, à appliquer une sorte de principe de précaution en matière d'évaluation de la dangerosité » (145).

On a déjà expliqué comment la crainte d'être tenu pour responsable en cas de prédiction erronée était parmi les facteurs d'explication du nombre élevé de « faux-positifs » résultant des expertises de dangerosité. La crainte est susceptible d'augmenter avec l'enjeu : ne pas conclure à la nécessité d'une mesure de rétention de sûreté pour une personne qui passerait à nouveau à l'acte après un crime ayant déjà entraîné une réclusion de quinze ans pourrait être considéré comme bien plus grave encore que lorsque la question ne concernait que l'octroi d'un aménagement de peine. Senon et Jaafari notent la lourde responsabilité pour les experts qui participeront à cette évaluation précise de la dangerosité. Pour Rossinelli, il est difficile de concevoir que dans le cadre d'une réquisition d'experts, questionnés sur l'éventuelle application d'une mesure de sûreté, les praticiens requis engageront leur responsabilité professionnelle en écartant toute éventualité de mesure de sûreté ultérieure pour les personnes expertisées (54).

S'inspirant des remarques de Baron-Laforêt, on se dit que ceux qui auront laissé sortir le sujet « fou » qui commettra un nouveau passage à l'acte seront des *irresponsables* – ou plutôt, peut-être, seront *responsables*. Le système pousserait alors les experts à ne plus voir que des individus dangereux là où les juges d'application des peines voudraient une garantie de non dangerosité pour octroyer les aménagements de peine.

Vacheret et Cousineau suggèrent quant à elles que la généralisation des outils actuariels visant à une prédiction du risque qui serait « objective », tout autant que leur administration par différents acteurs ou en équipe, contribue plutôt à une « déresponsabilisation » des acteurs, dont le psychiatre : si la justice s'en remet aux experts, ceux-ci s'en remettent aux outils à dispositions, outils qu'ils administrent en équipe : ainsi la responsabilité individuelle, clinique, complètement « diluée », n'a plus lieu d'être. Peut-être est-ce là précisément l'un des objectifs plus ou moins « conscients » du développement de ces outils ? Pour Varuz, c'est une « dérive de la psychiatrie légale à l'américaine, qui a sécurisé sa

pratique en substituant les outils actuariels au jugement clinique, mettant les praticiens à l'abri d'avoir à répondre judiciairement de potentielles erreurs de jugement » (58).

2. Se garder d'un rôle toujours plus grand dans le contrôle social... tout en conservant une place dans le déroulement judiciaire

Sous couvert de la « lutte contre l'insécurité » et de l'objectif de garantir un « risque zéro » pour la société, le risque n'est-il pas d'impliquer toujours plus le psychiatre dans un processus de contrôle social ? Déjà régulièrement décriée pour sa gestion de la dangerosité psychiatrique, pouvant reposer parfois sur l'utilisation de soins sans le consentement de la personne, de chambres d'isolement, de mesures de contention dans les hôpitaux, la psychiatrie ne se verra-t-elle pas reprocher bientôt sa gestion de la dangerosité criminologique ?

La psychiatrie se retrouve aujourd'hui prise au piège de deux injonctions paradoxales. Sommée d'une part de prédire la dangerosité future pour protéger la société, en surévaluant le risque dans le doute, priée de l'autre de mettre au centre du soin le respect des droits des personnes, l'alliance thérapeutique, de privilégier d'autres mesures que l'enfermement, jugé trop coercitif. Le paradoxe reflète celui de la société de qui émanent ces injonctions : d'un côté une société effrayée par le risque, qui voudrait pouvoir tout contrôler et tout prédire, prête à accepter davantage de « faux-positifs », au coût social plus acceptable, au nom du principe de précaution. De l'autre une société qui prône la liberté et les droits de l'Homme comme valeur primordiale.

Dans ce contexte où la gestion de l'inattendu suscite toujours des critiques du registre de « on aurait dû prévoir », le psychiatre est montré du doigt pour son incapacité à protéger la société. Dozois s'inquiète dès 1981 de l'inflation pénale qui conduit à augmenter le nombre d'individus étiquetés « dangereux », et on a vu comment les politiques pénales ayant pour credo la lutte contre l'insécurité développent l'idée de confier à la psychiatrie un rôle toujours plus grand de protection sociale vis-à-vis de ces individus. Pour Senon et Jaafari, les débats parlementaires conduisant à l'adoption de la loi du 25 février 2008 illustrent la mise en cause de la psychiatrie pour son incapacité à « traiter » la dangerosité (20). L'accusation découle logiquement et directement de l'assimilation faite entre personnes dangereuses et malades

mentaux. Senon se penche par ailleurs sur la position délicate des soignants sommés d'évaluer la dangerosité, rappelant que la différence est de taille avec des modèles étrangers où la dangerosité est évaluée dans des « centres de défense sociale » accueillant des auteurs de crimes ou délits, distincts des hôpitaux. Il souligne l'orientation proposée par la loi du 27 mars 2012 de recentrer les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sur une mission de nature criminologique, avec la création de nouveaux centres nationaux d'évaluation (CNE) de la dangerosité (51).

Le rapport de la Conférence de Consensus de 2013 proposant une nouvelle politique publique de prévention de la récidive s'inquiète de ce que « les préoccupations de défense sociale sont réactivées » et « les psychiatres sont de nouveau invités à s'engager sur la voie d'un contrôle de populations désignées « à risque » ». Vanderstukken va plus loin encore, se demandant si la rétention de sûreté obéit toujours à la logique de défense sociale qui était mise en avant à son origine, ou si ne se cache pas plutôt derrière cette possibilité « la volonté d'enfermer sans fins des criminels pour exorciser la figure du monstre et répondre à l'émotion » (131).

Si pour Voruz « la justice pénale française a rattrapé son retard en matière de contrôle social », Gravier souligne que l'enjeu pour la psychiatrie sommée de jouer un rôle normatif et coercitif est bien de ne pas se laisser dénaturer par les exigences d'un contrôle social de plus en plus extensif (58,124). Cet enjeu traverse bien sûr les frontières, la France n'étant pas isolée – et n'ayant pas été la première – à se doter de dispositifs centrés sur la prévention de la dangerosité, et permettant, à l'extrême, de confier au psychiatre le soin de prononcer l'enfermement sinon à perpétuité, au moins pour une durée indéterminée, d'un délinquant considéré dangereux. Dozois rappelle que les implications socio-politiques de l'utilisation du concept de dangerosité font l'objet de critiques (32). Foucault s'intéresse par exemple à la fonction « légitimante » qu'elle acquiert, et qui permet, attirant l'attention sur la délinquance, de justifier davantage de mécanismes de surveillance et de contrôle (11). Ce faisant, passent au second plan pauvreté ou inégalités sociales peut-être facteurs explicatifs importants de cette délinquance, et sur lesquels on pourrait agir...

Qu'il apporte un argument pour contribuer à l'enfermement, ou qu'il plaide pour davantage de prise de risque, le psychiatre n'a-t-il pas tout à perdre à se prononcer sur un sujet qui dépasse si largement ses compétences médicales ?

Revenons une dernière fois sur la loi du 25 février 2008. Participer à une évaluation de la dangerosité entraînant potentiellement une rétention de sûreté, c'est accepter d'être en partie responsable de l'enfermement de personnes pour ce qu'elles sont réputées être et ce qu'elles pourraient faire, et pas pour ce qu'elles ont fait (16). Si l'application du principe de précaution relève du rôle du politique, jusqu'à quel point doit-il relever de celui du psychiatre ? D'autant que le flou du texte final prévoyant la rétention de sûreté interroge voire inquiète !

Qu'est-ce qu'une *particulière* dangerosité ? Existe-t-il des dangerosités ordinaires (63) ? Le contrôleur général des lieux de privation de liberté s'interroge dans son rapport de 2014 concernant le centre de rétention de sûreté de Fresnes sur la « particulière dangerosité » des personnes qui y sont alors retenues, constatant que « le placement en rétention de sûreté est utilisé comme sanction d'un non respect des obligations imposées au condamné dans le cadre de sa surveillance de sûreté » : elle met en doute le fait que le non respect de ces obligations soit en lui-même suffisant pour être constitutif d'une particulière dangerosité...

Qu'est-ce qu'une probabilité *très élevée* de récidive ? Un certain pourcentage – et lequel ?! – traduirait-il une probabilité *pas très élevée*, et ne justifiant pas la mise en place du dispositif ? Le psychiatre se fierait-il à la lettre du texte pour se prononcer sur l'existence ou non d'une *probabilité très élevée* de récidive ? *Probablement* située quelque part entre nulle et 100%, est-il vraiment prévu que les différents acteurs interrogés, le psychiatre notamment, sur la *probabilité* d'une dangerosité puissent répondre par un entre-deux (18) ? Et que fera la commission pluridisciplinaire d'une réponse de type « probabilité élevée, mais pas très » ? Voire « probabilité moyenne » ? Prendra-t-elle la décision de ne pas retenir la rétention de sûreté devant une probabilité qui serait seulement « élevée » ? Ou bien cette réponse en demi-teinte sera-t-elle interprétée comme un « doute » de l'expert, dont on a vu qu'il est plutôt un argument pour conclure à la dangerosité ? Renforçant ainsi encore la participation du psychiatre au contrôle social ?

S'intéressant à l'impact des expertises sur les octrois d'aménagement de peine, Leroy rappelle qu'il ne s'agit pas de décider si l'on enferme, mais *si on libère* (146). Analysant les pratiques, elle compare les expertises d'aménagement de peine, centrées sur la question de la dangerosité, à des « fusibles » qui permettront de refuser la mesure si les voyants ne sont pas tous au vert. Elle montre en effet que si la justice n'a pas « besoin » d'une expertise pour freiner la libération d'un détenu, une expertise « mauvaise » ou « en demi-teinte » entraînera probablement un refus de l'aménagement quel que soit le dossier judiciaire, alors qu'une « bonne » expertise ne permettra probablement pas de libération si le dossier judiciaire n'était pas déjà bon... Finalement, le législateur n'aurait que peu donné à la psychiatrie le pouvoir de « libérer », mais lui aurait permis d'être un argument de plus pour pouvoir « enfermer ».

Liotta va dans le même sens, lorsqu'il doute du véritable « pouvoir » conféré à la psychiatrie sollicitée pour une évaluation de la dangerosité (16). Il évoque la précarité du statut et de la valeur reconnus à l'expertise psychiatrique, qui ne détermine pas le seuil d'acceptation sociale de la dangerosité, qui ne définit pas les indices de la dangerosité, relevant d'une décision politique, et qui compose avec le principe de précaution justifiant que l'incertitude sur la dangerosité conduise de toute façon à la privation de liberté.

L'expertise n'aurait ainsi que des fonctions « répressives », susceptible de permettre à la psychiatrie de renforcer le contrôle social exercé, mais pas de lui donner le choix de l'assouplir (89).

Quelle place adopter alors, pour le psychiatre ? S'agit-il de refuser toute participation à ces mécanismes, doutant de son utilité, ou de son impact ?

Verin suggère en 1961 que sans l'appréciation par l'expert du danger ou de l'absence de danger, certains détenus n'auraient pas pu bénéficier de mesures de semi-liberté, de permissions, ou de libérations conditionnelles (53). S'agit-il d'une justification a posteriori de pratiques avec lesquelles sont parfois peu à l'aise certains psychiatres ?

Pour Archer, « la psychiatrie n'est ni en-dehors ni surtout au-dessus des problèmes sociaux de son temps » et « c'est bien une urgence éthique pour le « sachant », surtout « psychiatre », que d'éclairer les décisions des tribunaux en leur apportant, dans des

conditions rigoureuses d'indépendance, de probité et d'humilité, son savoir et son savoir-faire, dans les limites strictes de sa compétence réelle » (53).

Il ne s'agit pas de rejeter en bloc toute participation au processus judiciaire, ce qui serait courir le risque d'une perte de chance pour ceux de nos patients qui s'y retrouvent confrontés. L'intervention de l'expert psychiatre représente une opportunité de « repérage » de personnes souffrant de troubles mentaux et se retrouvant confrontées au processus judiciaire. C'est, à cet égard, un garde-fou de plus pour permettre qu'ils aient une chance d'être ramenés vers les soins dont ils pourraient bénéficier. Mais accepter d'intervenir en tant qu'expert psychiatre aux différents temps du processus judiciaire, afin de déceler d'éventuels troubles de nature psychiatrique chez la personne, n'empêche pas de s'autoriser à répondre parfois que l'on n'est pas compétent pour répondre à la question posée... Surtout dès lors que le doute de l'expert devient un élément « à charge » contre la personne expertisée.

Pour Ennis et Litwack, les psychiatres experts devraient s'en tenir dans leurs missions et témoignages à des éléments factuels et descriptifs. Pour se prononcer sur la dangerosité, « il faudrait que la preuve de la dangerosité puisse être apportée au-delà de tout doute raisonnable » (88). Dozois suggère que le psychiatre cesse de se prononcer sur la dangerosité, informant avec insistance sur la portée restreinte de son expertise. Rappelons ces mots de Ballet en 1907 au Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française : « l'expert affirme quand il a des éléments de certitude ; il doit rester dans le doute quand ces éléments lui manquent. Mais son devoir est de confesser ses hésitations et ses doutes avec non moins de netteté que ses certitudes » (53).

Lantéri-Laura relevait ce « dilemme » en matière de demandes faites à la psychiatrie : « ou bien elle mesure lucidement les limites de son savoir et aussi de son savoir-faire, mais au prix de décevoir une demande à certains égards légitimes et de laisser sans réponse des questions graves, faute d'explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives, ou bien elle dépasse ce qu'elle sait, allant vers un usage sans critique de l'analogie et de l'à peu-près » (147).

CONCLUSION

Avide de « prévention » et de « protection » dans tous les domaines, la société manifeste une intolérance grandissante à la violence, à la délinquance, mais aussi tout simplement au *risque*, quel qu'il soit. L'idée de l'« imprévisible » semble être devenue inacceptable. Des *explications*, des *causes*, des *responsables* devraient pouvoir toujours être trouvés. L'adoption en toutes circonstances d'un « principe de précaution » traduit l'appropriation par les politiques de ces peurs majorées de la société, et donne lieu à une certaine frénésie sécuritaire en matière législative.

Discipline médico-légale depuis ses origines, habituée à être sollicitée dans des domaines qui dépassent le cadre strict du soin, la psychiatrie voit, à l'occasion de la lutte contre l'insécurité et la récidive, s'élargir encore son champ présumé de compétences. Les questions qui lui sont posées reflètent le grand pouvoir qui lui est prêté : alors que l'expert jouissait déjà de la « capacité à révéler le passé grâce à l'évaluation d'un état mental au moment de l'action » à travers la question de l'éventuelle abolition du discernement, il pourrait désormais « prédire l'avenir » lorsqu'interrogé sur la dangerosité future (148).

Par habitude, par conscience professionnelle, par prestige peut-être, conféré par le rôle d'« expert » lorsqu'il est fait recours à lui lors de faits divers retentissants, le psychiatre essaie de répondre à ces questions.

Mais l'évaluation de la dangerosité n'est pas une question comme les autres.

Il n'est bien sûr pas envisageable pour le psychiatre de se détacher de la question de la dangerosité *psychiatrique*, au cœur de son métier et dont l'évaluation est primordiale pour une prise en charge psychiatrique de qualité. En protégeant le patient des conséquences potentiellement graves des symptômes de sa maladie, le psychiatre protège alors la société – c'est-à-dire la (les) victime(s) potentielle(s) d'un passage à l'acte violent mais aussi le patient, et le psychiatre lui-même : tous pâtiraient d'un passage à l'acte violent...

La question de la dangerosité criminologique soulève des difficultés particulières.

D'une part la *possibilité* d'une évaluation de qualité ne fait pas consensus, de même que le fait qu'elle soit du ressort de la psychiatrie. Mais il semble parfois qu'une évaluation de qualité, valide et fiable, intéresse moins politiques, justice, médias et opinion publique que l'obtention d'une « caution » psychiatrique dont tous rêvent qu'elle permettra de s'affranchir du risque envisagé.

D'autre part l'évaluation de la dangerosité criminologique débouche sur la question de sa prise en charge (54). Or le psychiatre sait-il « traiter » toutes les dangerosités ? Devrait-il réussir là où justice et politiques échouent ?

Si la portée de la loi du 25 février 2008 instaurant la rétention de sûreté, maintes fois abordée dans ce travail, réside davantage dans l'effet d'annonce que dans les mises en œuvre à prévoir – seul un nombre très limité de personnes seront concernées – elle constitue un changement de paradigme, et impose au psychiatre de s'interroger sur le symbole de sa participation à un tel mécanisme, tant dans l'évaluation que dans la prise en charge de la dangerosité criminologique.

La prise en charge via un dispositif centré sur la *particulière dangerosité*, mal définie, de certains, est-elle optimale ? Ne présente-t-elle pas le risque de voir naître des révoltes donnant lieu à des prophéties auto-réalisatrices du risque de récurrence, créant de fait des situations dangereuses, lorsque des individus courant le risque d'être enfermés à vie pour des crimes qu'ils n'ont pas commis pourraient revendiquer une sorte de « crédit » sur les crimes à venir (54) ? La rétention de sûreté pourrait créer un sentiment d'injustice : « ayant payé d'avance pour un forfait non commis, autant le commettre », avec la complicité de la psychiatrie. Pour la Conférence de Consensus évaluant en 2013 la politique de prévention de la récurrence, le constat est clair : « le dépistage de la dangerosité a très peu de potentiel préventif » (58).

Si l'on comprend les motivations des politiques, transposées à la justice : est-il du rôle du psychiatre de participer coûte que coûte à la mise en œuvre de ce principe de précaution ? Ne ferait-il pas mieux à ce jour de s'en tenir dans son activité d'expertise, comme dans son activité de soins, à l'évaluation *psychiatrique*, suggérant que l'évaluation de la dangerosité criminologique n'est pas de son ressort et la laissant à d'autres – des « criminologues », voire le juge ?

Il cesserait ainsi de cautionner l'idée qu'il détient un savoir scientifique psychiatrique en matière d'évaluation de la dangerosité criminologique, savoir qui rendrait légitime sa participation à l'enfermement d'une personne pour une durée indéterminée et potentiellement infinie (2)... Pour Gravier, « aucune démarche d'évaluation ne peut être considérée comme fiable à un degré tel que l'on puisse en faire dépendre une vie entière » (107).

Protais et Moreau observent que la solution adoptée par un certain nombre de psychiatres est bien celle-ci : contourner la question posée dans l'expertise en ne répondant pas à la question de la dangerosité, ou en se concentrant dans leur réponse sur la dangerosité psychiatrique (149).

Les *soins* apportés à la maladie mentale, la *prévention* de la maladie mentale lorsqu'elle est possible, constituent LE métier de psychiatre. Mais qu'en est-il de la prévention de la récidive délinquante et de la prédiction du risque de récidive...?

Que la question soit posée au psychiatre suffit-il pour affirmer que la réponse est toujours de son ressort ? L'association mondiale de psychiatrie s'élève par exemple en 1996 contre la demande faite aux psychiatres américains de se prononcer sur « l'aptitude à se faire exécuter » des personnes condamnées à mort et rappelle ainsi combien le psychiatre n'est jamais dispensé de s'interroger sur le sens des missions qui lui sont confiées (150).

Le psychiatre doit-il se résigner aux nouvelles attentes sociales dont il fait l'objet – au risque de se voir submerger et de ne pouvoir absorber, ni quantitativement ni qualitativement, le nombre des missions qui lui sont confiées ? Ou bien a-t-il son mot à dire ? Pour Rechtman, « c'est peut-être cela le métier de psychiatre : introduire une lente et subtile subversion des logiques sociales, qui prétendent édicter le destin de chacun au nom du bien collectif » (1). « L'enjeu aujourd'hui n'est pas de savoir si nous devons ou non accepter le rôle social qu'on nous propose (...) mais plutôt tenter de comprendre quel type de régulation nous sommes appelés à effectuer » afin de « définir le métier de psychiatre dans ce nouveau cadre social et politique et retrouver une marge de manœuvre ». Reprenons la question posée par Trémine : « pourquoi choisira-t-on le métier de psychiatre, demain » (151) ?

BIBLIOGRAPHIE

- **Bibliographie par ordre d'apparition**

1. Rechtman R. L'évolution contemporaine des usages sociaux de la psychiatrie. *Psychiatries*. déc 2004;(142).
2. Portelli S. Justice et psychiatrie, indépendance et interdépendance. L'évolution historique des rapports de la justice et de la psychiatrie. *Psychiatries*. sept 2006;(146).
3. Bouquet B. Analyse critique du concept de contrôle social. Intérêts, limites et risques. *Vie Soc* [Internet]. 2012;1(1):15-28. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-1-page-15.htm>
4. Bouquet B. Regards sur le contrôle social. In: Bureau M-C, Sainsaulieu I, éditeurs. *Reconfigurations de l'État social en pratique* [Internet]. Presses universitaires du Septentrion; 2012 [cité 13 juin 2020]. p. 33-45. Disponible sur: <http://books.openedition.org/septentrion/9542>
5. Lianos M. *Le nouveau contrôle social: toile institutionnelle, normative et lien social*. Paris, France: L'Harmattan; 2001. 255 p. (Collection Logiques sociales).
6. Grunberg F. Les dérives éthiques de la psychiatrie à la remorque de l'État. *Éthique Publique* [Internet]. janv 2001 [cité 15 juin 2020];3(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/2620>
7. Conseil Constitutionnel. Décision n°2020-844 QPC du 19 juin 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2020/2020844QPC.htm>

8. Munck JD. La psychiatrie entre droit et contrôle social. 2016 [cité 13 juin 2020]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.13700.73609>
9. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangersité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2009;85(8):745-52. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-745.htm>
10. Danet J. La dangersité, une notion criminologique, séculaire et mutante. *Champ Pénal* [Internet]. juin 2008 [cité 13 juin 2020];(Vol. V). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/6013>
11. Foucault M. L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale. *Déviance Société* [Internet]. 1981 [cité 13 juin 2020];5(4):403-22. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1981_num_5_4_1098
12. Arbus C, Orsat M, Alix J. La dangersité de quoi parlons-nous ? *Fr J Psychiatry* [Internet]. nov 2018 [cité 14 août 2020];1:S9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2590241519300224>
13. Taleb A. La judiciarisation de la notion de dangersité. *Rev Médecine Légale* [Internet]. mars 2012 [cité 14 août 2020];3(1):4-13. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878652911001027>
14. Bishop N. Ancien chef de recherches à l'Administration pénitentiaire et probationnaire suédoise, expert scientifique au Conseil de l'Europe, audition par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme. 2006 avr.
15. Debuyst C. La notion de dangersité, maladie infantile de la criminologie. *Criminologie* [Internet]. août 2005 [cité 15 juin 2020];17(2):7-24. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/017197ar>
16. Liotta D. Les raisons de la dangersité. *Criminocorpus En Ligne* [Internet]. 17 oct 2012; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2048>

17. Sous la direction de Hirschelmann-Ambrosi A. Evaluation transversale de la dangerosité. 2012 mars p. 1.
18. Mbanzoulou P. La dangerosité des détenus. Un concept flou aux conséquences bien visibles : le PSEM et la rétention de sûreté. AJ Pénal. 2008;171(4).
19. Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Recommandations de la commission d'audition. 2011 mars.
20. Senon J-L, Jaafari N. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? Inf Psychiatr. 2008;6(84):511-8.
21. Senon J-L, et al. Dangerosité criminologique : données criminelles, enjeux cliniques et experts, information psychiatrique. Inf Psychiatr. 2009;87(8):719-25.
22. Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité. In: Les dangerosités : De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. John Libbey Eurotext. Paris; 2004.
23. Bénézech M. Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. J Médecine Légale Droit Méd. 1997;40:323-33.
24. Tonus A. Enjeux éthiques de l'évaluation de la dangerosité en psychiatrie, L'exemple de la Commission d'évaluation médicale de l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin [Mémoire de Master]. 2013.
25. Leturmy L. La dangerosité dans l'évolution du droit pénal français. Inf Psychiatr. 2012;88(6):417-22.
26. Debuyst C, Tulkens F. Dangerosité et Justice Pénale. Ambiguïtés d'une pratique.

Médecine Hygiène. 1982;1.

27. Crampagne S. Evaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale. [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble; 2013.

28. Sautereau M, Brousse G, Meunier F, Jalenques I. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques. Santé Publique [Internet]. 2009;21(4):427-36. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-427.htm>

29. Puig-Verges N, Schweitzer MG. Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilité et certitudes, vers de nouvelles logiques. Ann Méd-Psychol. 2006;164:818-27.

30. Commission Santé-justice présidée par Burgelin J-F. Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention de la récidive. 2005.

31. Ouvrage collectif. Evry Archer. In: Les dangerosités. 2001.

32. Dozois J, Lalonde M, Poupart J. La dangerosité : un dilemme sans issue ? Réflexion à partir d'une recherche en cours. Déviance Société [Internet]. 1981 [cité 14 juin 2020];5(4):383-98. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1981_num_5_4_1097

33. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n° 0155 du 6 juillet 2011.

34. Loi n° 2013-869 du 25 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n° 0227 du 29 septembre 2013.

35. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes

hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. JORF n° 150 du 30 juin 1990.

36. Couturier M. La loi du 5 juillet 2011 : vers un contrôle social psychiatrique ? collectifpsychiatrie.fr. 2012.

37. Pénochet J-C, Mercuel A, Labouret O, Cozic J-Y. Communiqué commun de l'ensemble des Syndicats de la psychiatrie publique. Inf Psychiatr. 2012;88:791.

38. FG avec AFP. L'hôpital de Saint-Egrève et trois médecins officiellement mis en examen. 25 janv 2014;

39. Le Figaro avec AFP. Schizophrène meurtrier : les psychiatres inquiets après la condamnation de l'un des leurs. 23 oct 2019; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/schizophrane-meurtrier-les-psychiatres-inquiets-apres-la-condamnation-de-l-un-des-leurs-20191023>

40. Tête E. Affaire de Saint-Egrève : au final et malgré les apparences, un arrêt assez classique. Droit Déontologie Soins [Internet]. avr 2020 [cité 14 août 2020];20(1):1-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1629658320300297>

41. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. JORF n° 0139 du 18 juin 1998.

42. Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. JORF n° 59 du 10 mars 2004.

43. Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n° 0056 du 7 mars 2007.

44. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. JORF n° 289 du 13 décembre 2005.

45. Wyvekens A. La rétention de sûreté en France : une défense sociale en trompe-l'œil (ou les habits neufs de l'empereur). *Déviance Société* [Internet]. 2010;34(4):503-25. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2010-4-page-503.htm>
46. Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. JORF n° 185 du 11 août 2007.
47. Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. JORF n° 0048 du 26 février 2008.
48. Rabaux J. Rabaux J., La rétention de sûreté ou la période sombre de notre justice, *JDS-RAJS* n°274 – avril 2008. *J Droit Jeunes - Rev Action Jurid Soc.* avr 2008;(274).
49. Circulaire de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces n° CRIM 08-17/E8 du 17 décembre 2008 relative à la présentation générale des dispositions relatives à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté. *Bulletin officiel* n° 2009-01 du 28 février 2009.
50. Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines. JORF n° 0075 du 28 mars 2012.
51. Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 23 juill 2020];88(6):407. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-407.htm>
52. Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. juill 2016 [cité 14 août 2020];174(6):415-25. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715003777>
53. Archer E. Expertise psychiatrique de prélibération. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*

[Internet]. déc 2006 [cité 15 juin 2020];164(10):857-63. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448706002265>

54. David M. Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangersités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2008;84(6):519-26. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-6-page-519.htm>

55. Godet PF. A propos de la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale [Internet]. sphweb (Le syndicat des psychiatres des hôpitaux). 2008. Disponible sur: www.sphweb.info

56. Article 706-130. Code de Procédure Pénale.

57. Article 706-153. Code de Procédure Pénale.

58. Voruz V. Comment les sociétés « se débarrassent de leurs vivants » : dangersité et psychiatrie, la donne contemporaine. *Cult Confl* [Internet]. déc 2014 [cité 14 juin 2020];(94-95-96):203-23. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/conflits/18912>

59. Garraud J-P. Réponses à la dangersité. Rapport de mission parlementaire [Internet]. 2006. Disponible sur: www.ladocumentationfrancaise.fr

60. Cartuyvels Y, Cliquennois G. La défense sociale pour les aliénés délinquants en Belgique : le soin comme légitimation d'un dispositif de contrôle ? *Champ Pénal* [Internet]. mars 2015 [cité 13 juin 2020];(Vol. XII). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/9204>

61. Sous la direction de Giudicelli-Delage G, et Lazerges C. La dangersité saisie par le droit pénal, sous la direction de et Christine Lazerges, Puf Editions, 2015. Puf. 2015.

62. Article 64. Code Pénal Suisse.

63. Paulet C. La responsabilité en question pour la justice et la psychiatrie. *Psychiatries*. avr 2009;151:51-5.
64. Dobrin R, Praud N, Huynh A-C, Prat SS. Passages à l'acte violent de sujets atteints de schizophrénie : un guide des facteurs de risques et de leurs évaluations. *Rev Médecine Légale* [Internet]. mars 2020 [cité 14 août 2020];11(1):1-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878652919300768>
65. Gourevitch R. Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant une schizophrénie ? in Audition Publique HAS, Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mars.
66. Vacheron MN, Cornic F. Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ? in Audition Publique HAS, Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mars.
67. Le Bihan P. Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur ? in Audition Publique HAS, Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mars.
68. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* [Internet]. oct 2005 [cité 15 juin 2020];78(2-3):323-35. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996405002124>
69. Millaud F, al. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'information Psychiatr*. 2012;88:431-7.

70. Doyle M, Dolan M. Standardized risk assessment. *Psychiatry* [Internet]. oct 2007 [cité 14 juin 2020];6(10):409–14. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1476179307001541>
71. Matignon E. Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice. CIRAP; 2015. (Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire).
72. Guay JP. Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique traditionnelle. *Rev Int Criminol Police Tech Sci*. 2006;59:149–64.
73. Hall HV. Predicting dangerousness for the courts,. *Am J Forensic Psychiatry*. 1984;5(2):77–96.
74. Chartrand N. Instruments de gestion du risque : aide ou limite à l'intervention. In: 32ème congrès de la société de criminologie du Québec. 2005. (32ème congrès de la société de criminologie du Québec).
75. Proulx J, Lussier P. La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels. *Criminologie*. 2001;34(1):9–29.
76. Bonta J, Andrews DA. Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité. Sécurité publique Canada - Université Carleton; 2006 2007.
77. Feeley M, Simon J. The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications. *Criminology*. 1992;30:449–74.
78. Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay J-P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Prat Psychol* [Internet]. sept 2015 [cité 21 juill 2020];21(3):219–34. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1269176315000450>
79. Watkins I. The utility of Level Service Inventory – Revised (LSI-R) – Assessments

within NSW Correctional Environment. Res Bull. janv 2011;(29).

80. Andrews DA, Bonta J, Wormith SJ. The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime Delinquency*. 2006;(52):7-27.

81. Kazemian VL. État des lieux de la recherche empirique sur le désistement. In Université de Montréal; 2012. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=1aaTjKrhAKM>

82. Maruna S. Desistance from crime and offender rehabilitation : a tale of two research literatures. *Offender Programs Rep*. 2000;4(1):1-13.

83. McNeill VF. Beyond « what works » : how and why do people stop offending ? Criminal Justice Social Work Development center for Scotland; 2002 août. Report No.: Paper 5.

84. Glaser VB. Treaters or punishers ? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs. *Agression Violent Behav*. 2009;14:248-55.

85. Hoang Pham T, Ducro C, Marghem B, Reveillère C, Bénézech M. Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. mars 2012 [cité 14 août 2020];170(2):103-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712000169>

86. Giovannangeli D, al. Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels (Résumé), Programme STOP de la Commission Européenne. Université de Liège; 2000 sept.

87. De Page L, Englebert J, Titeca P. L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. avr 2020 [cité 14 août 2020];178(4):335-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448719301635>

88. Ennis BJ, Litwack TR. Psychiatry and the presumption of expertise : flipping coins in the courtroom. *Calif Law Rev.* mai 1974;62(3):693-752.
89. Poupart J, Dozois J, Lalonde M. L'expertise de la dangerosité. *Criminologie* [Internet]. 1982 [cité 13 juin 2020];15(2):7. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/017157ar>
90. Monahan J, Steadman HJ. Predicting violent behavior : an assessment of the clinical techniques. In: *Violence and Mental Disorder Development in Risk Assessment*. University of Chicago Press. 1996.
91. Monahan J. The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* [Internet]. janv 1984 [cité 13 juin 2020];141(1):10-5. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.141.1.10>
92. Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson C. Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychol Assess.* 2000;(12):19-30.
93. Aegisdottier S, White MJ, Spengler PM. The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Couns Psychol.* 2006;(34):341-82.
94. Lopez G, Moquin F. Approche éthique du débat français concernant l'évaluation de la dangerosité criminologique. *Ethics Med Public Health* [Internet]. janv 2016 [cité 15 août 2020];2(1):112-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352552516000219>
95. Steadman HJ, Cocozza JJ. Dangerousness standard and psychiatry – Cross national issue in the social-control of the mentally-ill. *Sociol Soc Res.* 1979;63(4):649-69.
96. Steadman HJ, Cocozza JJ. Some refinements in the measurement and prediction of dangerous behavior. *Am J Psychiatry.* 1974;131(8):1012-4.

97. Millaud F, Dubreucq J-L. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 21 juill 2020];88(6):431. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-431.htm>
98. Voyer M, Senon J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *Inf Psychiatr*. 2012;88:445-53.
99. Guilé J-M. Le désir sécuritaire et le psychiatre. *Perspect Psy*. 2010;49(3):181-4.
100. Harcourt B. Surveiller et punir à l'âge actuariel : généalogie et critique (Partie I). *Déviance Société*. 2011;35(1):5-33.
101. Harcourt B. Surveiller et punir à l'âge actuariel: généalogie et critique (Partie II). *Déviance Société*. 2011;35(2):163-94.
102. Harcourt B. Une généalogie de la rationalité actuarielle aux États-Unis aux XIXe et XXe siècle. *Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé*. 2010;10(1):31.
103. Marceau B. La prédiction du comportement violent: exercice nécessaire et délicat. *Criminologie*. 1986;19(2).
104. Delcourt T. L'expertise : quel apport possible du numérique ? *Bull Inf Psychiatres PrIvés*. nov 2019;(77):32-5.
105. Berly A, Manaouil C, Dervaux A. L'intelligence artificielle peut-elle aider à estimer le risque de récidive dans les comportements violents ? *Médecine Droit* [Internet]. mars 2020 [cité 14 août 2020];S124673912030018X. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S124673912030018X>
106. Abondo M, Bouvet R, Palaric R, Spriet H, Le Gueut M. Évaluation du risque de récidive : de la nécessité d'une evidence-based expertise. *Médecine Droit* [Internet]. juill 2014 [cité 15 août 2020];2014(127):96-104. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1246739114000499>

107. Gravier B, Moulin V, Senon J-L. L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 21 juill 2020];88(8):599. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-599.htm>

108. Le Bihan P, Dandelot D, de Jesus A, Fabre P, Floris E, Gasbaoui L, et al. Évaluation par la HCR-20, instrument d'évaluation du risque de violence, de patients atteints de schizophrénie à l'unité pour malades difficiles de Cadillac. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. mars 2017 [cité 14 août 2020];175(3):255-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448717300410>

109. Raoult S, Mellon Fellow A. S.Raoult, A.Mellon Fellow, L'évaluation du risque de récidive : l'expert, le politique et la production du « chiffre », *RSC* 2014. 655. *Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé*. 2014;655.

110. Chiche S. Rencontre avec Anne Andronikof : Peut-on prédire la récidive ? *2011;25(12):16-16*.

111. Coche A. Faut-il supprimer les expertises de dangerosité ? *Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé* [Internet]. 2011;1(1):21-35. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-science-criminelle-et-de-droit-penal-compare-2011-1-page-21.htm>

112. Steadman H, Halfon A. The Baxstrom patients : backgrounds and outcome. *Semin Psychiatry*. 1971;3:376-86.

113. Steadman HJ, Cocozza JJ. The failure of psychiatric predictions of dangerousness : clear and convincing evidence. *Rutgers Law Rev*. 1976;29:1084-101.

114. Pham TH, Reveillère C. Les intimes convictions du clinicien. Apports de la recherche en psychologie légale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. sept 2015 [cité 15 août 2020];173(7):597-600. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000344871500205X>

115. Scheff TJ. Being mentally ill : a sociological theory. Chicago : Aldine; 1966.
116. Dershowitz AM. The law of dangerousness : some fictions about predictions. *J Leg Educ.* 1971;23(1):24-7.
117. Schlesinger SE. The prédiction of dangerousness in juvéniles : a replication. *Crime Delinquency.* 1978;24(1):40-8.
118. Litinetskaia M. Dangérosité, délinquance et passage à l'acte : psychopathologie et prédicativité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. mars 2012 [cité 13 juin 2020];170(2):99-102. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712000108>
119. Vacheret M, Cousineau M-M. L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien : regards sur les limites d'un système. *Déviante Société* [Internet]. 2005;29(4):379-97. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2005-4-page-379.htm>
120. Meijer A. La rétention de sûreté : une mesure vouée à la disparition. *lepetitjuriste.fr.* 2016.
121. Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangérosité : la place des soins pénalement ordonnés. *Criminocorpus* [Internet]. mars 2016; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195>
122. Delarue J, al. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique; 2018 juin.
123. Article 3711-3. Code de Santé Publique.
124. Gravier B. Le psychiatre, le juge et la peine. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*

[Internet]. oct 2004 [cité 15 juin 2020];162(8):676–81. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448704001660>

125. Senon J-L, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l’occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *Actual Jurid Pénal*. 2008;176 et s.

126. Zagury D. La dangerosité, notion à manier avec précaution. *Hommes Lib*. 2010;(149).

127. Article L6141-5. Code de Santé Publique.

128. Article 721-1. Code de Procédure Pénale.

129. Sous la direction de Chevalier P, Greacen T. Folie et justice : relire Foucault. Erès. Paris; 2009.

130. Delacrausaz P, Gasser J. La place des instruments d’évaluation du risque de récidive dans la pratique de l’expertise psychiatrique pénale : l’exemple lausannois. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 21 juill 2020];88(6):439. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-439.htm>

131. Vanderstukken O, Lacambre M. Dangerosité, prédictivité et échelles actuarielles : confusion ou détournement ? *Inf Psychiatr* [Internet]. 2011 [cité 21 juill 2020];87(7):549. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-7-page-549.htm>

132. Castel R. De la dangerosité au risque. *Actes Rech En Sci Soc*. 1983;47(47-48):119–27.

133. Henry A. Danger et dérive de l’utilisation des nouveaux mots de la peur. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. déc 2014 [cité 15 août 2020];172(10):869–72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714003357>

134. Senon J-L. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. *Ann Méd-*

Psychol Rev Psychiatr [Internet]. oct 2004 [cité 15 juin 2020];162(8):682-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448704001647>

135. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. Arch Gen Psychiatry [Internet]. mai 1998 [cité 13 juin 2020];55(5):393. Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.55.5.393>

136. Senon J-L, Pascal J-C, Rossinelli G. Expertise psychiatrique pénale. John Libbey Eurotext. Montrouge; 2008. (Fédération française de psychiatrie).

137. Lovell A. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan violence et santé. Rapport de la Commission « violence et santé mentale. Paris: Ministère de la Santé et de la Solidarité; 2005.

138. Conseil d'Etat - Assemblée Générale. Avis sur la proposition de loi instaurant des mesures de sûreté à l'encontre des auteurs d'infractions terroristes à l'issue de leur peine. 399857 juin 11, 2020.

139. Chapuis N, Auffret S. La majorité veut renforcer le contrôle des détenus pour le terrorisme à leur sortie de prison. Le Monde. 12 mars 2020;

140. Januel P. Terrorisme : l'Assemblée crée un nouveau régime de sûreté. Dalloz Actual. 22 juill 2020;

141. Jacquin J-B. Le Conseil Constitutionnel censure la loi de sûreté contre les ex-détenus terroristes. Le Monde. 7 août 2020;

142. Boiteux C. La notion de dangerosité. Genre Hum [Internet]. 2019 [cité 14 août 2020];N°61(2):85. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-le-genre-humain-2019-2-page-85.htm?ref=doi>

143. Baron-Laforet S. 32. L'expertise post-sentencielle. In: L'expertise pénale psychologique et psychiatrique [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 396-408. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-expertise-penale-psychologique-et-psychiatrique--9782100709489-p-396.htm>
144. Article 475-7. Code Pénal 1810.
145. Dubourg E. Une analyse de la responsabilité des acteurs de l'exécution des peines du fait du probationnaire. *Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé*. 2017;1(1):101-22.
146. Leroy A. Qui oserait passer au feu orange ? Le rôle de l'expertise psychiatrique dans l'ordinaire des demandes d'aménagement des longues peines. *Champ Pénal*. 2019;
147. Moulin V, Palaric R, Gravier B. Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangers ? *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 12 août 2020];88(8):617. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-617.htm>
148. Bation, R, Leane É. Doutes et devenirs de l'interne en psychiatrie. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2013 [cité 22 juill 2020];89(6):473. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-6-page-473.htm>
149. Protais C, Moreau D. L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. *Commentaire du texte de Samuel Lézé. Champ Pénal* *Penal Field*. 2009;VI.
150. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. In 1996. Disponible sur: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48
151. Trémine T. Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains (Persona et société du spectacle). *Inf Psychiatr*. 2008;84.

- **Bibliographie par ordre alphabétique d'auteurs**

Abondo M, Bouvet R, Palaric R, Spriet H, Le Gueut M. Évaluation du risque de récidive : de la nécessité d'une evidence-based expertise. *Médecine & Droit* [Internet]. juill 2014 [cité 15 août 2020];2014(127):96-104. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1246739114000499>

Aegisdottier S, White MJ, Spengler PM. The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Counseling Psychologist*. 2006;(34):341-82

Andrews DA, Bonta J, Wormith SJ. The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and delinquency*. 2006;(52):7-27

Archer E. Ouvrage collectif. In: *Les dangersités*. 2001.

Archer E. Expertise psychiatrique de prélibération. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. déc 2006 [cité 15 juin 2020];164(10):857-63. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448706002265>

Baron-Laforet S. 32. L'expertise post-sentencielle. In: *L'expertise pénale psychologique et psychiatrique* [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 396-408. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-expertise-penale-psychologique-et-psychiatrique--9782100709489-p-396.htm>

Bation, R, Leaune É. Doutes et devenirs de l'interne en psychiatrie. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2013 [cité 22 juill 2020];89(6):473. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-6-page-473.htm>

Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay J-P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques Psychologiques* [Internet]. sept 2015 [cité 21 juill 2020];21(3):219-34. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1269176315000450>

Bénézech M. Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. *Journal de Médecine Légale, Droit Médical*. 1997;40:323-33

Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité. In: *Les dangerosités : De la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey Eurotext. Paris; 2004

Berly A, Manaouil C, Dervaux A. L'intelligence artificielle peut-elle aider à estimer le risque de récidive dans les comportements violents ? *Médecine & Droit* [Internet]. mars 2020 [cité 14 août 2020];S124673912030018X. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S124673912030018X>

Bishop N. Ancien chef de recherches à l'Administration pénitentiaire et probationnaire suédoise, expert scientifique au Conseil de l'Europe, audition par la Commission nationale consultative des droits de l'Homme. 2006 avr.

Boiteux C. La notion de dangerosité. *Le Genre humain* [Internet]. 2019 [cité 14 août 2020];N°61(2):85. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-le-genre-humain-2019-2-page-85.htm?ref=doi>

Bonta J, Andrews DA. Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité. *Sécurité publique Canada - Université Carleton*; 2006 2007

Bouquet B. Analyse critique du concept de contrôle social. Intérêts, limites et risques. *Vie Soc* [Internet]. 2012;1(1):15-28. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-1-page-15.htm>

Bouquet B. Regards sur le contrôle social. In: Bureau M-C, Sainsaulieu I, éditeurs. Reconfigurations de l'État social en pratique [Internet]. Presses universitaires du Septentrion; 2012 [cité 13 juin 2020]. p. 33-45. Disponible sur: <http://books.openedition.org/septentrion/9542>

Cartuyvels Y, Cliquennois G. La défense sociale pour les aliénés délinquants en Belgique : le soin comme légitimation d'un dispositif de contrôle ? champenal [Internet]. mars 2015 [cité 13 juin 2020];(Vol. XII). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champenal/9204>

Castel R. De la dangerosité au risque. Actes de la recherche en sciences sociales. 1983;47(47-48):119-27

Chartrand N. Instruments de gestion du risque : aide ou limite à l'intervention. In: 32ème congrès de la société de criminologie du Québec. 2005. (32ème congrès de la société de criminologie du Québec)

Chevalier P, Greacen T. Folie et justice : relire Foucault. Erès. Paris; 2009

Chiche S. Rencontre avec Anne Andronikof : Peut-on prédire la récidive ? 2011;25(12):16-16.

Coche A. Faut-il supprimer les expertises de dangerosité ? Revue de science criminelle et de droit pénal comparé [Internet]. 2011;1(1):21-35. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-science-criminelle-et-de-droit-penal-compare-2011-1-page-21.htm>

Commission Santé-justice présidée par Burgelin J-F. Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention de la récidive. 2005.

Conseil Constitutionnel. Décision n°2020-844 QPC du 19 juin 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2020/2020844QPC.htm>

Conseil d'Etat - Assemblée Générale. Avis sur la proposition de loi instaurant des mesures de

sûreté à l'encontre des auteurs d'infractions terroristes à l'issue de leur peine. 399857 juin 11, 2020.

Couturier M. La loi du 5 juillet 2011 : vers un contrôle social psychiatrique ? collectifpsychiatrie.fr. 2012

Crampagne S. Evaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale. [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble; 2013

Danet J. La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante. champpenal [Internet]. juin 2008 [cité 13 juin 2020];(Vol. V). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/6013>

David M. Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangerosités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique. L'information psychiatrique [Internet]. 2008;84(6):519-26. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-6-page-519.htm>

De Page L, Englebert J, Titeca P. L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. avr 2020 [cité 14 août 2020];178(4):335-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448719301635>

Debuyst C, al. Dangerosité et justice pénale : ambiguïté d'une pratique. Déviance et Société. 1981

Debuyst C, Tulkens F. Dangerosité et Justice Pénale. Ambiguïtés d'une pratique. Médecine et Hygiène. 1982;1

Debuyst C. La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie. CRIMINO [Internet]. août 2005 [cité 15 juin 2020];17(2):7-24. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/017197ar>

Delacrausaz P, Gasser J. La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois. L'information psychiatrique [Internet]. 2012 [cité 21 juill 2020];88(6):439. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-439.htm>

Delarue J, al. Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique; 2018 juin.

Delcourt T. L'expertise : quel apport possible du numérique ? Bulletin d'Information des Psychiatres PrIvés. nov 2019;(77):32-5.

Dershowitz AM. The law of dangerousness : some fictions about predictions. Journal of legal education. 1971;23(1):24-7

Dobrin R, Praud N, Huynh A-C, Prat SS. Passages à l'acte violent de sujets atteints de schizophrénie : un guide des facteurs de risques et de leurs évaluations. La Revue de Médecine Légale [Internet]. mars 2020 [cité 14 août 2020];11(1):1-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878652919300768>

Doyle M, Dolan M. Standardized risk assessment. Psychiatry [Internet]. oct 2007 [cité 14 juin 2020];6(10):409-14. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1476179307001541>

Dozois J, Lalonde M, Poupart J. La dangerosité : un dilemme sans issue ? Réflexion à partir d'une recherche en cours. ds [Internet]. 1981 [cité 14 juin 2020];5(4):383-98. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1981_num_5_4_1097

Dubourg E. Une analyse de la responsabilité des acteurs de l'exécution des peines du fait du probationnaire. RSC. 2017;1(1):101-22

Ennis BJ, Litwack TR. Psychiatry and the presumption of expertise : flipping coins in the courtroom. California Law Review. mai 1974;62(3):693-752

Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. juill 2016 [cité 14 août 2020];174(6):415-25. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715003777>

Feeley M, Simon J. The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications. *Criminology*. 1992;30:449-74

FG avec AFP. L'hôpital de Saint-Egrève et trois médecins officiellement mis en examen. 25 janv 2014

Foucault M. L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale. *ds* [Internet]. 1981 [cité 13 juin 2020];5(4):403-22. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1981_num_5_4_1098

Garraud J-P. Réponses à la dangerosité. Rapport de mission parlementaire [Internet]. 2006. Disponible sur: www.ladocumentationfrancaise.fr

Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. *Criminocorpus* [Internet]. mars 2016; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195>

Giovannangeli D, al. Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels (Résumé), Programme STOP de la Commission Européenne. Université de Liège; 2000 sept.

Giudicelli-Delage G, et Lazerges C. La dangerosité saisie par le droit pénal, sous la direction de et Christine Lazerges, Puf Editions, 2015. Puf. 2015.

Glaser VB. Treaters or punishers ? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs. *Agression and violent behavior*. 2009;14:248-55

Godet PF. A propos de la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale [Internet]. sphweb (Le syndicat des psychiatres des hôpitaux). 2008. Disponible sur: www.sphweb.info

Gourevitch R. Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant une schizophrénie ? in Audition Publique HAS, Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mars

Gravier B. Le psychiatre, le juge et la peine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. oct 2004 [cité 15 juin 2020];162(8):676-81. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448704001660>

Gravier B, Moulin V, Senon J-L. L'évaluation actuarielle de la dangersité: impasses éthiques et dérives sociétales. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2012 [cité 21 juill 2020];88(8):599. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-599.htm>

Grove WM, Zald DH, Lebow BS, Snitz BE, Nelson C. Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*. 2000;(12):19-30

Grunberg F. Les dérives éthiques de la psychiatrie à la remorque de l'État. *Éthique Publique* [Internet]. janv 2001 [cité 15 juin 2020];3(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/2620>

Guay JP. Prédiction actuarielle et prédiction clinique : le dernier souffle d'une pratique traditionnelle. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 2006;59:149-64

Guilé J-M. Le désir sécuritaire et le psychiatre. *Perspectives Psy*. 2010;49(3):181-4

Hall HV. Predicting dangerousness for the courts,. Am J Forensic Psychiatry. 1984;5(2):77-96

Harcourt B. Une généalogie de la rationalité actuarielle aux États-Unis aux XIXe et XXe siècle. Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé. 2010;10(1):31

Harcourt B. Surveiller et punir à l'âge actuariel : généalogie et critique (Partie I). Déviance et Société. 2011;35(1):5-33

Harcourt B. Surveiller et punir à l'âge actuariel: généalogie et critique (Partie II). Déviance et société. 2011;35(2):163-94

Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Recommandations de la commission d'audition. 2011 mars

Henry A. Danger et dérive de l'utilisation des nouveaux mots de la peur. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. déc 2014 [cité 15 août 2020];172(10):869-72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714003357>

Hirschelmann-Ambrosi A. Evaluation transversale de la dangerosité. 2012 mars p. 1.

Liotta D. Les raisons de la dangerosité. Criminocorpus (En ligne) [Internet]. 17 oct 2012; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2048>

Hoang Pham T, Ducro C, Marghem B, Reveillère C, Bénézech M. Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. mars 2012 [cité 14 août 2020];170(2):103-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712000169>

Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. Schizophrenia Research [Internet]. oct 2005 [cité 15 juin 2020];78(2-3):323-35. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996405002124>

Jacquin J-B. Le Conseil Constitutionnel censure la loi de sûreté contre les ex-détenus terroristes. *Le Monde*. 7 août 2020

Januel P. Terrorisme : l'Assemblée crée un nouveau régime de sûreté. *Dalloz actualité*. 22 juill 2020

Kazemian VL. État des lieux de la recherche empirique sur le désistement. In Université de Montréal; 2012. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=1aaTjKrhAKM>

Le Bihan P. Quelles sont les données de la littérature concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur? in Audition Publique HAS, Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mars

Le Bihan P, Dandelot D, de Jesus A, Fabre P, Floris E, Gasbaoui L, et al. Évaluation par la HCR-20, instrument d'évaluation du risque de violence, de patients atteints de schizophrénie à l'unité pour malades difficiles de Cadillac. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. mars 2017 [cité 14 août 2020];175(3):255-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448717300410>

Le Figaro avec AFP. Schizophrène meurtrier : les psychiatres inquiets après la condamnation de l'un des leurs. 23 oct 2019; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/schizophrène-meurtrier-les-psychiatres-inquiets-apres-la-condamnation-de-l-un-des-leurs-20191023>

Leroy A. Qui oserait passer au feu orange? Le rôle de l'expertise psychiatrique dans l'ordinaire des demandes d'aménagement des longues peines. *Champ pénal*. 2019;

Leturmy L. La dangersité dans l'évolution du droit pénal français. *L'information psychiatrique*. 2012;88(6):417-22

Lianos M. Le nouveau contrôle social: toile institutionnelle, normative et lien social. Paris, France: L'Harmattan; 2001. 255 p. (Collection Logiques sociales)

Litinetskaia M. Dangérosité, délinquance et passage à l'acte: psychopathologie et prédictivité. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. mars 2012 [cité 13 juin 2020];170(2):99-102. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448712000108>

Lopez G, Moquin F. Approche éthique du débat français concernant l'évaluation de la dangérosité criminologique. Ethics, Medicine and Public Health [Internet]. janv 2016 [cité 15 août 2020];2(1):112-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352552516000219>

Lovell A. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan violence et santé. Rapport de la Commission « violence et santé mentale. Paris: Ministère de la Santé et de la Solidarité; 2005.
Chapuis N, Auffret S. La majorité veut renforcer le contrôle des détenus pour terrorisme à leur sortie de prison. Le Monde. 12 mars 2020

Marceau B. La prédiction du comportement violent: exercice nécessaire et délicat. Criminologie. 1986;19(2)

Maruna S. Desistance from crime and offender rehabilitation: a tale of two research literatures. Offender Programs Report. 2000;4(1):1-13

Matignon E. Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice. CIRAP; 2015. (Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire)

Mbanzoulou P. La dangérosité des détenus. Un concept flou aux conséquences bien visibles: le PSEM et la rétention de sûreté. AJ Pénal. 2008;171(4)

McNeill VF. Beyond « what works »: how and why do people stop offending? Criminal Justice Social Work Development center for Scotland; 2002 août. Report No.: Paper 5

- Meijer A. La rétention de sûreté : une mesure vouée à la disparition. *lepetitjuriste.fr*. 2016
- Millaud F, Dubreucq J-L. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2012 [cité 21 juill 2020];88(6):431. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-431.htm>
- Monahan J. The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *AJP* [Internet]. janv 1984 [cité 13 juin 2020];141(1):10-5. Disponible sur: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.141.1.10>
- Monahan J, Steadman HJ. Predicting violent behavior : an assessment of the clinical techniques. In: *Violence and Mental Disorder Development in Risk Assessment*. University of Chicago Press. 1996
- Moulin V, Palaric R, Gravier B. Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangers ? *L'information psychiatrique* [Internet]. 2012 [cité 12 août 2020];88(8):617. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-617.htm>
- Munck JD. La psychiatrie entre droit et contrôle social. 2016 [cité 13 juin 2020]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.13700.73609>
- Paulet C. La responsabilité en question pour la justice et la psychiatrie. *Psychiatries*. avr 2009;151:51-5
- Pénochet J-C, Mercuel A, Labouret O, Cozic J-Y. Communiqué commun de l'ensemble des Syndicats de la psychiatrie publique. *L'information psychiatrique*. 2012;88:791
- Pham TH, Reveillère C. Les intimes convictions du clinicien. Apports de la recherche en psychologie légale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. sept 2015 [cité 15 août 2020];173(7):597-600. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000344871500205X>
- Portelli S. Justice et psychiatrie, indépendance et interdépendance. *L'évolution historique*

dees rapports de la justice et de la psychiatrie. *Psychiatries*. sept 2006;(146)

Poupart J, Dozois J, Lalonde M. L'expertise de la dangerosité. *Criminologie* [Internet]. 1982 [cité 13 juin 2020];15(2):7. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/017157ar>

Proulx J, Lussier P. La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels. *Criminologie*. 2001;34(1):9-29

Puig-Verges N, Schweitzer MG. Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilité et certitudes, vers de nouvelles logiques. *Annales Médico-Psychologiques*. 2006;164:818-27

Rabaux J. Rabaux J., La rétention de sûreté ou la période sombre de notre justice, *JDS-RAJS* n°274 – avril 2008. *Le Journal du Droit des Jeunes - Revue d'Action Juridique et sociale*. avr 2008;(274)

Raoult S, Mellon Fellow A. S.Raoult, A.Mellon Fellow, L'évaluation du risque de récidive : l'expert, le politique et la production du « chiffre », *RSC* 2014. 655. *RSC*. 2014;655

Rechtman R. L'évolution contemporaine des usages sociaux de la psychiatrie. *Psychiatries*. déc 2004;(142)

Sautereau M, Brousse G, Meunier F, Jalenques I. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques. *Santé Publique* [Internet]. 2009;21(4):427-36. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-427.htm>

Scheff TJ. *Being mentally ill : a sociological theory*. Chicago : Aldine; 1966.

Schlesinger SE. The prédiction of dangerousness in juveniles : a replication. *Crime and delinquency*. 1978;24(1):40-8

Senon J-L. Conclusion : dix ans après et un siècle et demi après Baillarger. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. oct 2004 [cité 15 juin 2020];162(8):682-4.

Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448704001647>

Senon J-L, Jaafari N. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? *L'information psychiatrique*. 2008;6(84):511-8

Senon J-L, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *Actualité juridique Pénal*. 2008;176 et s.

Senon J-L, Pascal J-C, Rossinelli G. Expertise psychiatrique pénale. John Libbey Eurotext. Montrouge; 2008. (Fédération française de psychiatrie)

Senon J-L, et al. Dangereusité criminologique : données criminelles, enjeux cliniques et experts, *information psychiatrique*. *L'information psychiatrique*. 2009;87(8):719-25

Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangereusité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2012 [cité 23 juill 2020];88(6):407. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-6-page-407.htm>

Steadman J, Halfon A. The Baxstrom patients : backgrounds and outcome. *Seminars in Psychiatry*. 1971;3:376-86

Steadman HJ, Cocozza JJ. Some refinements in the measurement and prediction of dangerous behavior. *Am J Psychiatry*. 1974;131(8):1012-4.

Steadman HJ, Cocozza JJ. The failure of psychiatric predictions of dangerousness : clear and convincing evidence. *Rutgers law review*. 1976;29:1084-101

Steadman HJ, Cocozza JJ. Dangerousness standard and psychiatry – Cross national issue in the social-control of the mentally-ill. *Sociology and social research*. 1979;63(4):649-69

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence

by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. Arch Gen Psychiatry [Internet]. mai 1998 [cité 13 juin 2020];55(5):393. Disponible sur: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.55.5.393>

Tête E. Affaire de Saint-Egrève : au final et malgré les apparences, un arrêt assez classique. Droit, Déontologie & Soins [Internet]. avr 2020 [cité 14 août 2020];20(1):1-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1629658320300297>

Tonus A. Enjeux éthiques de l'évaluation de la dangerosité en psychiatrie, L'exemple de la Commission d'évaluation médicale de l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin [Mémoire de Master]. 2013

Trémine T. Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains (Persona et société du spectacle). L'information psychiatrique. 2008;84.

Vacheret M, Cousineau M-M. L'évaluation du risque de récurrence au sein du système correctionnel canadien : regards sur les limites d'un système. Déviance et Société [Internet]. 2005;29(4):379-97. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2005-4-page-379.htm>

Vacheron MN, Cornic F. Quels sont les facteurs généraux et spécifiques de violence ? in Audition Publique HAS, Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mars.

Vanderstukken O, Lacambre M. Dangerosité, prédictivité et échelles actuarielles : confusion ou détournement ? L'information psychiatrique [Internet]. 2011 [cité 21 juill 2020];87(7):549. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-7-page-549.htm>

Voruz V. Comment les sociétés « se débarrassent de leurs vivants » : dangerosité et psychiatrie, la donne contemporaine. conflits [Internet]. déc 2014 [cité 14 juin 2020];(94-95-96):203-23. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/conflits/18912>

Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangersité psychiatrique et prédictivité. L'information psychiatrique [Internet]. 2009;85(8):745-52. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-745.htm>

Voyer M, Senon J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. L'information psychiatrique. 2012;88:445-53

Watkins I. The utility of Level Service Inventory – Revised (LSI-R) – Assessments within NSW Correctional Environment. Research Bulletin. janv 2011;(29)

World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. In 1996. Disponible sur: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48

Wyvekens A. La rétention de sûreté en France : une défense sociale en trompe-l'œil (ou les habits neufs de l'empereur). Déviance et Société [Internet]. 2010;34(4):503-25. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2010-4-page-503.htm>

Zagury D. La dangersité, notion à manier avec précaution. Hommes & Libertés. 2010;(149)

- **Textes juridiques**

Article 64. Code Pénal Suisse

Article 475-7. Code Pénal 1810

Article L6141-5. Code de Santé Publique

Article 721-1. Code de Procédure Pénale

Article 706-130. Code de Procédure Pénale

Article 706-153. Code de Procédure Pénale

Article 3711-3. Code de Santé Publique

Circulaire de la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces n° CRIM 08-17/E8 du 17 décembre 2008 relative à la présentation générale des dispositions relatives à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté. Bulletin officiel n° 2009-01 du 28 février 2009.

Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines. JORF n° 0075 du 28 mars 2012.

Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. JORF n° 0139 du 18 juin 1998

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. JORF n° 150 du 30 juin 1990

Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. JORF n° 59 du 10 mars 2004

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. JORF n° 289 du 13 décembre 2005

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. JORF n° 0056 du 7 mars 2007

Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. JORF n° 185 du 11 août 2007

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. JORF n° 0048 du 26 février 2008

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n° 0155 du 6 juillet 2011

Loi n° 2013-869 du 25 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n° 0227 du 29 septembre 2013

ANNEXES

1. L'échelle VRAG

Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) Items:

1. Lived with both biological parents to age 16 (except for death of parent):

Yes -2
No +3

Evidence:

2. Elementary School Maladjustment:

No Problems..... -1
Slight (Minor discipline or attendance) or Moderate Problems..... +2
Severe Problems (Frequent disruptive behavior and/or attendance or behavior resulting in expulsion or serious suspensions) +5
(Same as CATS Item)

3. History of alcohol problems (*Check if present*):

Parental Alcoholism Teenage Alcohol Problem
 Adult Alcohol Problem Alcohol involved in prior offense
 Alcohol involved in index offense

No boxes checked..... -1
1 or 2 boxes checked 0
3 boxes checked +1
4 or 5 boxes checked +2

Evidence:

4. Marital status (at the time of or prior to index offense):

Ever married (or lived common law in the same home for at least six months) -2
Never married..... +1

Evidence:

5. Criminal history score for nonviolent offenses prior to the index offense

Score 0 -2
Score 1 or 2..... 0
Score 3 or above +3
(from the Cormier-Lang system, see below)

6. Failure on prior conditional release (includes parole or probation violation or revocation, failure to comply, bail violation, and any new arrest while on conditional release):

No.....0
Yes +3

Evidence:

7. Age at index offense

Enter Date of Index Offense: ___/___/___
Enter Date of Birth: ___/___/___

Subtract to get Age:

39 or over -5
34 - 38 -2
28 - 33 -1
27 0
26 or less..... +2

*Source: American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*; APA, Washington D.C.

8. Victim Injury (for index offense; the most serious is scored):

Death..... -2
Hospitalized.....0
Treated and released..... +1

None or slight (includes no victim)..... +2
Note: admission for the gathering of forensic evidence only is NOT considered as either treated or hospitalized; ratings should be made based on the degree of injury.

Evidence:

9. Any female victim (for index offense)

Yes -1
No (includes no victim)..... +1

Evidence:

10. Meets DSM criteria for any personality disorder (must be made by appropriately licensed or certified professional)

No..... -2
Yes +3

Evidence:

11. Meets DSM criteria for schizophrenia (must be made by appropriately licensed or certified professional)

Yes -3
No +1

Evidence:

12. a. Psychopathy Checklist score (if available, otherwise use item 12.b. CATS score).....

4 or under -3
5 - 9..... -3
10-14 -1
15-24 0
25-34 +4
35 or higher +12

Note: If there are two or more PCL scores, average the scores.

Evidence:

12. b. CATS score (from the CATS worksheet)

0 or 1 -3
2 or 3 0
4 +2
5 or higher +3

12. WEIGHT (Use the highest circled weight from 12 a. or 12 b.)

TOTAL VRAG SCORE (SUM CIRCLED SCORES FOR ITEMS 1 - 11 PLUS THE WEIGHT FOR ITEM 12): _____

2. L'échelle SORAG

Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) Items:

1. Lived with both biological parents to age 16 (except for death of parent): Yes -2 No +3 (Same as VRAG)	9. Failure on prior conditional release (includes parole or probation violation or revocation, failure to comply, bail violation, and any new arrest while on conditional release): No.....0 Yes +3 (Same as VRAG)
2. Elementary School Maladjustment: No Problems..... -1 Slight (Minor discipline or attendance) or Moderate Problems..... +2 Severe Problems (Frequent disruptive behavior and/or attendance or behavior resulting in expulsion or serious suspensions) +5 (Same as CATS Item)	10. Age at index Enter Date of Index Offense: ___/___/___ Enter Date of Birth: ___/___/___ Subtract to get Age: 39 or over -5 34 - 38 -2 28 - 33 -1 27 0 26 or less..... +2 (Same as VRAG)
3. History of alcohol problems (Check if present): ~ Parental Alcoholism ~ Teenage Alcohol Problem ~ Adult Alcohol Problem ~ Alcohol involved in prior offense ~ Alcohol involved in index offense No boxes checked..... -1 1 or 2 boxes checked 0 3 boxes checked +1 4 or 5 boxes checked +2 (Same as VRAG)	11. Meets DSM criteria for any personality disorder (must be made by appropriately licensed or certified professional) No..... -2 Yes +3 (Same as VRAG)
4. Marital status (at the time of or prior to index offense): Ever married (or lived common law in the same home for at least six months) -2 Never married..... +1 (Same as VRAG)	12. Meets DSM criteria for schizophrenia (must be made by appropriately licensed or certified professional) Yes -3 No +1 (Same as VRAG)
5. Criminal history score for nonviolent offenses (from Cormier-Lang system) Score 0 -2 Score 1 or 2..... 0 Score 3 or above +3 (Same as VRAG)	13. Phallometric test results All indicate nondeviant preferences -1 No Phallometric test results available 0 Any test indicates deviant preferences ... +1 Evidence:
6. Criminal history score for violent offenses Score 0 -2 Score 1 or 2..... 0 Score 3 or above +6 (From the Cormier-Lang system, below)	14. a. Psychopathy Checklist score (if available, otherwise use item 12.b. CATS score) 4 or under -3 5 - 9 -3 10-14 -1 15-24 0 25-34 +4 35 or higher +12 Note: If there are two or more PCL scores, average the scores. (Same as VRAG)
7. Number of previous convictions for sexual offenses (pertains to convictions known from all available documentation to be sexual offenses prior to the index offense) Count any offense known to be sexual, including, for example, incest 0 -1 1 or 2 +1 3 or more..... +5 Evidence:	14. b. CATS score (from the CATS worksheet) 0 or 1 -3 2 or 3 0 4 +2 5 or higher +3
8. History of sex offenses only against girls under 14 (including index offenses; if offender was less than 5 years older than victim, always score +4) Yes 0 No..... +4 Evidence:	14. WEIGHT (Use the highest circled weight from 12 a. or 12 b.) _____
	TOTAL SORAG SCORE (SUM CIRCLED SCORES FOR ITEMS 1 - 13 PLUS THE WEIGHT FOR ITEM 14): _____

*Source: American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*; APA, Washington D.C.

3. L'échelle CATS (utilisée comme item dans l'échelle VRAG)

Childhood & Adolescent Taxon Scale	
<p>1. Elementary School Maladjustment No Problems..... 0 Slight (Minor discipline or attendance) or Moderate Problems0 Severe Problems (Frequent disruptive behavior and/or attendance or behavior resulting in expulsion or serious suspensions) 1 Evidence:</p>	<p>5. Ever suspended or expelled from school: No 0 Yes..... 1 Evidence:</p>
<p>2. Teenage Alcohol Problem: No.....0 Yes.....1 Evidence:</p>	<p>6. Arrested under the age of 16: No 0 Yes..... 1 Evidence:</p>
<p>3. Childhood Aggression Rating: No Evidence of Aggression0 Occasional Moderate Aggression.....0 Occasional or Frequent Extreme Aggression.1 Evidence:</p>	<p>7. Parent alcoholism: No 0 Yes..... 1 Evidence:</p>
<p>4. More than 3 DSM Conduct Disorder symptoms circled: No..... 0 Yes..... 1</p>	<p>8. Lived with both biological parents to age 16 (except for death of parents): Yes..... 0 No1 Evidence:</p>
<p>TOTAL CATS SCORE: (Sum of Circled Scores 1 - 8) _____</p>	

***Source:** American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*; APA, Washington D.C.

4. L'échelle HCR-20

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Gestion du risque
H1 violence antérieure	C1 introspection difficile	R1 plans irréalisables
H2 premier acte jeune	C2 attitudes négatives	R2 expositions à des facteurs déstabilisants
H3 instabilité des relations	C3 symptômes actifs de maladie mentale	R3 manque de soutien personnel
H4 problèmes d'emploi	C4 impulsivité	r4 inobservations de mesures curatives
H5 toxicomanie	C5 résistance au traitement	R5 facteurs de stress
H6 maladie mentale		
H7 psychopathie		
H8 inadaptation		
H9 troubles de la personnalité		
H10 échec de surveillance		

Source : Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. *Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Inf Psychiatr [Internet]. 2009;85(8):745-52.*

5. L'échelle ISRG et le potentiel de réinsertion

Échelle ISRG	<p>1. Infraction à l'origine de la peine</p> <p>2. Âge à l'admission</p> <p>3. Incarcérations antérieures</p> <p>4. Révocation ou déchéance antérieure de la liberté sous condition</p> <p>5. Évasions antérieures</p> <p>6. Niveau de sécurité de l'établissement dans lequel se trouve le détenu</p> <p>7. Âge lors de la première condamnation comme adulte</p> <p>8. Condamnations antérieures pour voies de fait</p> <p>9. Situation matrimoniale lors de la dernière admission</p> <p>10. Intervalle d'exposition au risque</p> <p>11. Nombre de personnes à charge lors de la dernière admission</p> <p>12. Peine totale actuelle</p> <p>13. Condamnations antérieures pour infraction sexuelle</p> <p>14. Condamnations antérieures pour introduction par effraction</p> <p>15. Situation d'emploi lors de l'arrestation</p>
Potentiel de réinsertion	<p><i>1^{er} élément : score obtenu à l'échelle de classement par niveau de sécurité</i></p> <p><i>Adaptation à l'établissement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de participation à des incidents dans l'établissement • Âge au moment du prononcé de la sentence • Durée de la peine actuelle • Stabilité avant l'incarcération <p><i>Risque d'évasion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'évasion • Accusation en instance la plus grave • Libérations conditionnelles ou libération d'office antérieures <p><i>Risque pour la sécurité du public</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilité avant l'incarcération • Consommation d'alcool ou de drogues • Âge au moment de l'admission • Nombre de condamnations antérieures • Gravité de l'infraction à l'origine de la peine actuelle • Stabilité avant l'infraction actuelle • Libération conditionnelle ou libération d'office antérieures <p><i>2^e élément : score obtenu à l'analyse des facteurs statiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier des antécédents criminels • Dossier sur la gravité des infractions • Liste de contrôle des antécédents de délinquance sexuelle • Lignes directrices permettant de déterminer s'il y a eu dommage grave • Échelle ISRG <p><i>3^e élément : score obtenu à l'échelle ISRG</i></p>
Délit	Annexe 1 Annexe 2

Source : Vacheret M, Cousineau M-M. L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien : regards sur les limites d'un système. *Déviance Société* [Internet]. 2005;29(4):379-97.

6. Cas cliniques illustrant la place de l'évaluation de la dangerosité dans l'activité clinique du psychiatre

Les trois cas cliniques présentés ci-après ont pour vocation l'illustration de la question de l'évaluation de la dangerosité, au quotidien, par le psychiatre. Ils permettent de mettre en lumière le caractère central de la question, ainsi que certaines des difficultés rencontrées dans cet exercice.

a. M. D.

Nous rencontrons M. D. lorsqu'il est dirigé en urgence vers le service de psychiatrie du secteur par un médecin généraliste, avec un courrier précisant qu'il « dit vouloir tuer son ex-compagne ».

M. D. est reçu en entretien après un moment d'attente assez long, en raison d'une autre urgence à gérer : il patiente calmement dans la salle d'attente, ne manifeste aucune contrariété ni impatience à ce sujet.

Agé de 45 ans, M. D. est père de deux enfants, deux filles de 18 et 8 ans. Il était en couple depuis vingt-cinq ans avec son ex-compagne dont il est séparé depuis quelques mois seulement.

M. D. travaille comme marbrier, dans la même entreprise depuis plus de quinze ans. Il dit y être apprécié de son employeur et de ses collègues. Il apprécie de son côté son métier et le cadre dans lequel il l'exerce.

Son cercle amical semble assez réduit.

Il voit régulièrement ses parents et ses deux frères, qui vivent dans la même ville, et avec lesquels les rapports sont décrits comme bons, mais dont il ne semble pas particulièrement proche.

D'origine marocaine, il est arrivé en France adolescent avec ses parents et ses frères. Musulman, il est « modérément » pratiquant (pas d'alcool, ramadan), mais sans que ce soit un élément central de son quotidien. Son ex-compagne étant issue d'une famille catholique, ils ne se sont jamais mariés sans que cette union « libre » ne représente une difficulté pour l'un ou l'autre, et leurs deux filles ont par exemple été élevées sans incitation à pratiquer l'une ou l'autre de ces religions.

M. D. n'a aucun antécédent psychiatrique ni médico-chirurgical notable. Il ne prend aucun médicament.

Il fume du tabac, jusqu'à un paquet par jour, a déjà arrêté complètement à plusieurs reprises pendant plusieurs années, sans que l'on puisse quantifier précisément le tabagisme. Il n'a jamais consommé aucun autre toxique. Il ne boit pas d'alcool.

En entretien, la présentation est bonne, la tenue vestimentaire ordinaire.

Le contact est de bonne qualité, adapté, plutôt sur la réserve qu'expansif (il garde les bras croisés sur la poitrine pendant tout l'entretien), sans aucune bizarrerie du contact.

Le discours est spontané, cohérent, de fluence normale. M. D. parle volontiers.

On ne remarque pas d'anomalie du cours de la pensée. Aucun élément délirant ou de désorganisation idéo-affective ou idéo-verbale ne nous apparaît, de même qu'aucune hallucination acoustico-verbale.

Interrogé, M. D. explique les éléments contenus dans le courrier du médecin généraliste, qu'il est allé voir ce jour pour cette raison précisément : le fait de vouloir tuer son ex-compagne. Nous revenons sur l'apparition de cette idée et de ce fait sur l'histoire de couple qui semble être centrale dans les préoccupations de M. D.

M. D raconte avoir rencontré son ex-compagne vingt-cinq ans en arrière, alors qu'elle était venue en vacances dans un camping où il travaillait : il décrit un « coup de foudre », Madame n'étant alors jamais repartie dans sa région d'origine. Ils ont depuis lors vécu ensemble et eu deux filles. Il ne signale aucun événement malheureux dans ce tableau, jusqu'à il y a quelques mois.

Le comportement de sa compagne aurait alors soudainement changé. Par exemple : alors qu'ils avaient depuis toujours à la maison organisé un partage des tâches « équitable », elle se serait mise « à en faire de moins en moins », « passant le plus clair de son temps sur le

canapé et sur son téléphone portable ». Elle qui n'accordait pas beaucoup d'importance à son apparence passait désormais du temps à se maquiller avant de sortir.

Intrigué par ces changements de comportement, il s'est posé la question d'une aventure extra-conjugale, rapporte l'avoir même suivie lorsqu'elle disait sortir avec des amies, mais n'avoir rien découvert de suspect. Il attribue largement ce changement d'attitude aux « mauvaises fréquentations » de son ex-compagne, notamment une collègue qui serait particulièrement « toxique » et « l'entraînerait sur une mauvaise pente ».

Les interrogations qu'il formule à voix haute auprès d'elle seraient alors source de disputes de plus en plus fréquentes au domicile. Le ton serait monté à plusieurs reprises, jusqu'au jour où Madame l'aurait giflé, et où lui l'aurait « poussée en retour », « pour se défendre ». La scène aurait eu lieu en présence des deux filles du couple. Madame aurait dans les suites décidé de rompre, porté plainte contre le patient qui est au moment où nous le rencontrons en attente d'une date de procès, et quitté l'appartement avec ses deux filles.

M. D. entretient de bons rapports avec sa plus jeune fille, qu'il voit désormais un weekend sur deux (ou davantage, lorsqu'elle le souhaite). Sa fille aînée refuse en revanche de lui adresser la parole depuis la séparation, elle aurait « pris le parti de sa mère ».

Très affecté par cette rupture, M. D. exprime une incompréhension vis-à-vis de cette situation, « alors qu'ils avaient promis d'être ensemble toute leur vie ». Plus il y pense et plus il se dit qu'il ne « supportera pas » de la voir avec quelqu'un d'autre : c'est ainsi qu'est née l'idée que « s'il la croise avec un homme, il les tuera tous les deux ». L'idée semble quasi « obsessionnelle », M. D. exprimant éprouver de plus en plus de difficultés à penser à autre chose.

M. D. ne se plaint pas d'être « déprimé » – selon lui, le moral « ça va comme d'habitude », et il répond par la négative à la question des idées suicidaires ou de mort actives. Il se plaint essentiellement d'être « préoccupé » par cette idée de passage à l'acte et d'y « penser tout le temps ».

Pour l'interlocuteur, la thymie semble toutefois basse, avec une perte d'intérêt pour quelque activité que ce soit. Si l'on ne note pas de ralentissement psycho-moteur franc, le faciès est un peu figé, triste, malgré les efforts du patient pour sourire à plusieurs reprises, efforts qui semblent lui coûter.

Les fonctions physiologiques sont perturbées : il rapporte des insomnies quotidiennes, avec difficultés à s'endormir et réveils nocturnes, et une anorexie ayant entraîné une perte de poids d'une dizaine de kilos ces derniers mois. Il mentionne également une fatigue inhabituelle, ainsi que des troubles de la mémoire, d'apparition récente – il aurait par exemple récemment oublié à deux reprises sa carte bleue dans un distributeur, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant.

Sa préoccupation centrale est toutefois cette idée quasi obsessionnelle qu'il ne pourra faire autrement que de tuer son ex-compagne et l'homme en présence duquel il la croiserait, si cette rencontre arrivait. Cette idée ne le quitte plus, le travail étant le seul moment où il parvient à se concentrer sur autre chose. Il voudrait pouvoir « arrêter de penser » mais constate que c'est impossible et toujours il en revient à la même conclusion : tuer son ex-compagne mettrait un terme à toute cette situation et ses difficultés.

A-t-il pensé aux conséquences judiciaires qu'aurait un tel acte ? Aucune conséquence pénale à envisager dans la mesure où « il se tuera après l'avoir tuée ». Nous mettons en avant les liens qui l'unissent toujours à ses filles, qu'il dit adorer : « dans un moment comme ça, je ne pourrai pas penser à elles ».

M. D. répète ses « menaces » avec obstination durant le premier entretien. Il est toutefois incapable d'en détailler un scénario, le déroulement des événements restant très flou, du seul registre du « je ne pourrai pas m'en empêcher ». M. D. ne possède pas d'arme et n'a pas envisagé de s'en procurer, ni n'a réfléchi à aucun « moyen » qu'il utiliserait. L'implacabilité de la décision contraste par ailleurs avec l'absence d'idées suicidaires ou d'idées de mort actives si l'on sort de ce contexte où il croiserait son ex-compagne avec un autre homme.

Une certaine rigidité se dégage au fil de l'entretien, et le jugement nous semble parfois altéré, mais aucune autre caractéristique d'un trouble de personnalité de type paranoïaque : notamment pas de méfiance généralisée, pas d'hypertrophie du moi.

A propos du côté judiciaire de l'affaire, il se montre finalement peu concerné par la plainte en tant que telle – il a pris un avocat, qu'il laisse gérer les choses – mais affecté en ce qu'elle s'intègre dans cette rupture et des repères du quotidien qui s'effondrent. S'il demande rapidement au cours des premiers entretiens une attestation établissant qu'il ne peut pas se

rendre au procès en raison de son état psychologique, le côté « utilitaire » de la demande n'apparaît pas de façon aussi marquée qu'on l'observe parfois. Il explique préférer que le procès se déroule sans lui, l'idée de retrouver son ex-compagne dans un tel cadre le bouleversant.

M. D. minimise peut-être la gravité des faits commis (il maintient la seule notion d'avoir « bousculée » son ex-compagne en réponse à une gifle) mais se montre quelque peu « maladroit » dans la recherche de circonstances « atténuantes » et la « stratégie » de défense qu'il pense adopter. En toute sincérité, il envisage ainsi d'expliquer au tribunal les changements de comportement de son épouse qui ne participait plus aux tâches ménagères, la trahison qu'il a subie – ils avaient juré de ne jamais se quitter – et n'entend pas vraiment la pertinence de s'abstenir d'évoquer son projet de la tuer s'il la croise avec un autre homme. Sur ce point apparaît à nouveau toute la rigidité du discours de M. D., auquel il est difficile de faire nuancer l'intérêt de parler si ouvertement au juge dans le cadre d'une plainte pour violence.

La clinique nous oriente finalement au terme du premier entretien vers un syndrome anxio-dépressif (de présentation quelque peu atypique), et vers un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé d'intensité moyenne.

Les idées hétéroagressives semblent s'intégrer dans ce tableau : la difficulté à faire face à une réalité qui fait s'effondrer tout un système de valeurs, et à le dire autrement, le sentiment d'échec, d'un avenir bouché, l'impossibilité à élaborer autour de la difficulté à vivre désormais autrement s'exprimant de la façon suivante : « si je tue tout le monde, on n'en parle plus ».

La question de la dangerosité du patient nous occupe largement au cours du premier entretien et de plusieurs des entretiens suivants.

Sur le plan de la dangerosité psychiatrique, la question d'une hospitalisation ne pouvait être occultée devant l'expression répétée de velléités de passage à l'acte grave de type hétéro-agressif. Elle est proposée au patient, qui la refuse simplement, mettant en avant son travail auquel il souhaite se rendre.

La question d'une hospitalisation sans son consentement est alors discutée, au nom de la dangerosité présentée par le patient. La question se pose de façon plus pressante encore lorsqu'il annonce avoir, à deux reprises, aperçu la voiture (assez reconnaissable dans une

petite ville où nous nous situons) de son ex-compagne et avoir alors détourné son itinéraire pour la suivre, avec l'idée de voir qui était en voiture avec elle. Dans les deux cas, il a pu constater la présence d'une de ses filles, ce qui l'a soulagé, mais il rapporte « savoir » qu'il n'aurait pas su se maîtriser s'il avait vu un homme dans cette voiture.

Des éléments plus rassurants sont toutefois notés. L'absence de scénario à proprement parler, le « flou » entourant le geste envisagé, l'absence de velléité de passage à l'acte en-dehors d'une circonstance précise de ce type où il verrait sa compagne avec un autre homme, nous rassurent. Les « menaces » ne sont pas soutenues par un discours délirant. Finalement, elles semblent relever davantage d'une façon d'exprimer une crainte profonde, d'un mode d'expression de la souffrance du patient, d'un « fantasme » plutôt que d'un projet qui mettrait *réellement* en danger l'ex-compagne et le nouveau compagnon potentiel. La verbalisation du « pire » semble lui permettre d'évacuer une énergie négative violente. Comme si la seule façon d'exprimer l'angoisse, le mal-être, la sensation d'avenir « bouché », était de dire « je les tue, je me tue, et on n'en parle plus ». Enfin la verbalisation aisée, la capacité à demander de l'aide, sont également des facteurs de protection. M. D. a su, lui qui ne consultait pas de manière régulière, aller voir un médecin généraliste au moment où cette souffrance devenait ingérable, et accepter sans rechigner la redirection proposée vers un psychiatre. Il se confie sans difficulté, avec une réserve d'abord, qui s'estompe au fil des entretiens. Lui qui n'avait jamais imaginé être suivi par un psychiatre, et qui peut dire que ce n'est pas quelque chose qui se fait dans sa famille, n'éprouve pas de gêne à l'idée de consulter. Il fait rapidement part d'une reconnaissance pour le soulagement apporté.

Au total, ni risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, ni péril imminent, ni atteinte à la sûreté des personnes ou trouble à l'ordre public. Nous avons ainsi considéré, de façon répétée, qu'une hospitalisation sans son consentement aurait pour principale conséquence une atteinte à l'alliance thérapeutique et ceci même alors qu'elle semble dès le départ s'établir de qualité, permettant au patient d'extérioriser sa souffrance sous forme de « fantasme » d'agressivité.

Devant ce tableau clinique nous orientant plutôt vers un syndrome dépressif, nous proposons au patient un suivi très rapproché dans un premier temps, ainsi qu'un traitement par inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, accompagné de traitements anxiolytiques et somnifères.

Suivi et traitement permettent en quelques semaines une amélioration de la thymie assez nette. La régularité du suivi et l'observance du traitement apparaissent excellentes. Le patient rapporte une résolution des troubles du sommeil, une reprise de l'appétit, une diminution des angoisses, et une humeur meilleure. Il ajuste de lui-même rapidement à la baisse, avant d'arrêter, le traitement anxiolytique et le somnifère. S'il regrette à de maintes reprises que les médicaments ne puissent pas « l'empêcher de penser », il rapporte que les idées tournant en boucle – tuer son ex-compagne, son nouveau compagnon, et lui-même – sont plus facilement reléguées à l'arrière-plan.

Si la dangerosité psychiatrique ne nous a pas semblé justifier une prise en charge du patient en soins sans son consentement, il faut rappeler qu'une procédure judiciaire suivait son cours. C'est cette dernière qui rendra légitime des interrogations sur la dangerosité *criminologique*, donc le *risque de récidive*, de M. D. Une rupture de suivi au bout de quelques mois fut en effet aussi soudaine qu'inattendue. Nous devions voir réapparaître M. D. quelques mois plus tard encore, sortant de détention.

Il explique alors que quelques jours avant le procès prévu, et ce alors même qu'il pensait aller mieux, il n'a pu s'empêcher de contacter son ex-compagne et de proférer à son encontre des menaces de mort. Cherchait-il une « limite » ? L'incarcération était-elle finalement une façon de « s'assurer » qu'il ne croiserait pas son ex-compagne avec un autre homme ? Jugé rapidement dans les suites, il est condamné à douze mois de prison ferme. L'incarcération se passe sans événement marquant, et sa conduite « modèle » lui permet d'obtenir le crédit maximal de réduction de peine, dont il n'effectue que les deux tiers. Il fait alors l'objet d'une obligation de soins.

A sa sortie de détention, on retrouve un patient très marqué par cette première expérience d'incarcération, sans que les symptômes d'un état de stress post-traumatique ne soient pour autant présents. Il se plaint essentiellement d'une hypersensibilité au bruit. Les idées de passage à l'acte sur l'ex-compagne ne sont plus présentes. On note que le traitement médicamenteux avait été interrompu dès l'entrée en détention, le patient n'ayant bénéficié d'aucun suivi durant cette période. Il est en demande de reprise d'un suivi, cette fois-ci dans le cadre de son obligation de soins, suivi qui se poursuit actuellement.

Au moment de notre première rencontre avec le patient, bien avant son incarcération, le passage à l'acte pour lequel il est sur le point d'être jugé, a eu lieu. La plainte de l'ex-

compagne est déposée, l’avocat est engagé, les faits sont reconnus par le patient – ou le sont dans la mesure du possible pour lui, sa version des faits ne bougera en tout cas jamais. La reprise de suivi de M. D. immédiatement après sa libération est l’occasion de nous interroger sur sa dangerosité *criminologique*, c’est-à-dire son *risque de récidive*, telle que la question aurait pu être posée à un expert psychiatre interrogé en amont de la libération du patient. La question de l’évaluation de la *dangerosité criminologique* se pose en effet classiquement auprès d’une personne déjà condamnée et sur le point d’être libérée. On peut imaginer qu’elle se soit posée au moment de libérer M. D., soit très peu de temps avant que nous ne le revoyions.

L’échelle VRAG pourrait être cotée de la manière suivante :

Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) Items:

<p>1. Lived with both biological parents to age 16 (except for death of parent): Yes -2 No 0 Evidence:</p>	<p>8. Victim Injury (for index offense; the most serious is scored): Death..... -2 Hospitalized..... 0 Treated and released..... None or slight (includes no victim)..... +2 Note: admission for the gathering of forensic evidence only is NOT considered as either treated or hospitalized; ratings should be made based on the degree of injury. Evidence:</p>
<p>2. Elementary School Maladjustment: No Problems..... -1 Slight (Minor discipline or attendance) or Moderate Problems..... +2 Severe Problems (Frequent disruptive behavior and/or attendance or behavior resulting in expulsion or serious suspensions) +5 (Same as CATS Item)</p>	<p>9. Any female victim (for index offense) Yes -1 No (includes no victim)..... -1 Evidence:</p>
<p>3. History of alcohol problems (Check if present): - Parental Alcoholism - Teenage Alcohol Problem - Adult Alcohol Problem - Alcohol involved in prior offense - Alcohol involved in index offense No boxes checked..... -1 1 or 2 boxes checked -1 3 boxes checked +1 4 or 5 boxes checked +2 Evidence:</p>	<p>10. Meets DSM criteria for any personality disorder (must be made by appropriately licensed or certified professional) No..... -2 Yes -2 Evidence:</p>
<p>4. Marital status (at the time of or prior to index offense): Ever married (or lived common law in the same home for at least six months) -2 Never married..... 0 Evidence:</p>	<p>11. Meets DSM criteria for schizophrenia (must be made by appropriately licensed or certified professional) Yes +1 No 0 Evidence:</p>
<p>5. Criminal history score for nonviolent offenses prior to the index offense Score 0 -2 Score 1 or 2 0 Score 3 or above +3 (from the Cormier-Lang system, see below)</p>	<p>12. a. Psychopathy Checklist score (if available, otherwise use item 12.b. CATS score)..... 4 or under -3 5 – 9 -3 10-14 -1 15-24 0 25-34 +4 35 or higher +12 Note: if there are two or more PCL scores, average the scores. Evidence:</p>
<p>6. Failure on prior conditional release (includes parole or probation violation or revocation, failure to comply, bail violation, and any new arrest while on conditional release): No..... 0 Yes 0 Evidence:</p>	<p>12. b. CATS score (from the CATS worksheet) 0 or 1 -3 2 or 3 0 4 +2 5 or higher +3</p>
<p>7. Age at index offense Enter Date of Index Offense: ____/____/____ Enter Date of Birth: ____/____/____ Subtract to get Age: 39 or over -5 34 - 38 -1 28 - 33 -1 27 0 26 or less..... +2</p>	<p>12. WEIGHT (Use the highest circled weight from 12 a. or 12 b.) _____</p>
<p>TOTAL VRAG SCORE (SUM CIRCLED SCORES FOR ITEMS 1 – 11 PLUS THE WEIGHT FOR ITEM 12): -16</p>	
<p>*Source: American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); <i>Violent Offenders: Appraising and Managing Risk</i>; APA, Washington D.C.</p>	

La CATS (Childhood and Adolescent Taxon Scale) qui constitue un item de la VRAG est cotée de la façon suivante :

Childhood & Adolescent Taxon Scale

<p>1. Elementary School Maladjustment No Problems..... 0 Slight (Minor discipline or attendance) or Moderate Problems0 Severe Problems (Frequent disruptive behavior and/or attendance or behavior resulting in expulsion or serious suspensions) 1 Evidence:</p> <p>2. Teenage Alcohol Problem: No..... 0 Yes.....1 Evidence:</p> <p>3. Childhood Aggression Rating: No Evidence of Aggression 0 Occasional Moderate Aggression.....0 Occasional or Frequent Extreme Aggression.1 Evidence:</p> <p>4. More than 3 DSM Conduct Disorder symptoms circled: No..... 0 Yes.....1</p>	<p>5. Ever suspended or expelled from school: No 0 Yes.....1 Evidence:</p> <p>6. Arrested under the age of 16: No 0 Yes.....1 Evidence:</p> <p>7. Parent alcoholism: No 0 Yes.....1 Evidence:</p> <p>8. Lived with both biological parents to age 16 (except for death of parents): Yes..... 0 No1 Evidence:</p> <p>TOTAL CATS SCORE: (Sum of Circled Scores 1 - 8) <u>0</u></p>
--	---

*Source: American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*; APA, Washington D.C.

Au total, la VRAG nous donne un score de -16, ce qui permet de conclure à un risque faible selon la grille d'analyse suivante :

VRAG

VRAG Score	Category of Risk
-24	Low
-23	Low
-22	Low
-20	Low
-19	Low
-18	Low
-17	Low
-16	Low
-15	Low
-14	Low
-13	Low
-12	Low
-11	Low
-10	Low
-9	Low
-8	Low
-7	Medium
-6	Medium
-5	Medium
-4	Medium
-3	Medium
-2	Medium
-1	Medium
0	Medium
1	Medium
2	Medium
3	Medium
4	Medium
5	Medium
6	Medium
7	Medium
8	Medium
9	Medium
10	Medium
11	Medium
12	Medium
13	Medium
14	High
15	High
16	High
17	High
18	High
19	High
20	High
21	High
22	High
23	High
24	High
25	High
26	High
28	High
32	High

***Source:** American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*; APA, Washington D.C.

La cotation de la VRAG permet d'observer que les items « statiques », reposant largement sur l'histoire personnelle et criminelle du patient, jusque là « sans histoire », conduisent logiquement à la conclusion d'un faible risque de récidive. Quel que soit l'acte qui

aurait été commis par notre patient, quel que soit son environnement actuel, quels que soient les changements dans son mode de vie, le fait qu'il ait connu une enfance et une adolescence sans histoire le « protège » d'une cotation qui conclurait à un risque élevé de récidive.

L'échelle HCR 20 pourrait quant à elle être cotée de la manière suivante :

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Gestion du risque
H1 violence antérieure 1	C1 introspection difficile 2	R1 plans irréalisables
H2 premier acte jeune	C2 attitudes négatives	R2 expositions à des facteurs déstabilisants 1
H3 instabilité des relations	C3 symptômes actifs de maladie mentale	R3 manque de soutien personnel 1
H4 problèmes d'emploi	C4 impulsivité 1	r4 inobservations de mesures curatives
H5 toxicomanie	C5 résistance au traitement	R5 facteurs de stress 1
H6 maladie mentale		
H7 psychopathie		
H8 inadaptation		
H9 troubles de la personnalité		
H10 échec de surveillance		

Le score total serait ainsi de 7/40.

Semi-structurée, l'HCR-20 n'est pas une échelle actuarielle « pure » : le score obtenu ne suffit pas à trancher, et c'est le jugement clinique qui permet de choisir entre les items importants. Nous pourrions argumenter que les items les plus importants chez notre patient sont des facteurs cliniques, du registre des difficultés d'introspection et de l'impulsivité, et des facteurs liés à la gestion du risque, M. D. étant peu entouré et potentiellement exposé à des facteurs de stress et facteurs déstabilisants.

L'échelle HCR-20 permet d'observer l'intérêt qu'il y a à se focaliser sur les facteurs dynamiques par rapport aux facteurs statiques, « historiques ». En effet, ces derniers, qui sont des équivalents des seuls items considérés par la VRAG, semblent moins intéressants dans le cas de notre patient qui ne présente aucun parcours typique de délinquance/criminalité jusqu'à ce passage à l'acte à l'âge de 45 ans.

Si l'on préfère envisager un risque assez faible de récidive chez notre patient sur la base du score total, l'échelle HCR-20 reflète la complexité qu'il y a à se prononcer de façon « certaine ». On pourra tenter d'aider le patient à apprendre à gérer son impulsivité, et lui

apporter dans une certaine mesure le soutien personnel semblant faire défaut, mais il est impossible de prévoir toutes les situations déstabilisantes et facteurs de stress qui pourraient survenir.

Ce cas clinique illustre certaines des problématiques et difficultés en lien avec la question de l'évaluation de la dangerosité par le psychiatre.

On rappelle d'une part la difficile distinction en pratique entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. Les infractions commises (les coups puis les menaces de mort) ne nous semblent pas en lien avec une activité délirante, mais ne sont-elles pas en quelque sorte une manifestation du mal-être de notre patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ? Si l'on reprend l'une des définitions de la dangerosité psychiatrique, « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » ?

Certaines « limites » des échelles apparaissent également lorsqu'on s'entraîne à les coter. On remarque combien se contenter des facteurs « historiques » peut fréquemment conduire à conclure (ou non) à une dangerosité criminologique, c'est-à-dire à un risque de récidive, sur la base des faits déjà commis exclusivement, figeant en quelque sorte le pronostic, sans possibilité d'amélioration et sans tenir compte de la dynamique dans laquelle se situe la personne.

Nous avons choisi d'essayer d'appliquer les échelles d'évaluation de la dangerosité au moment où nous revoyons le patient, après sa condamnation et sa libération. Nous aurions pu également considérer utiliser ces échelles au moment d'une première condamnation pour coups et blessures si elle était survenue avant que le patient n'ait le temps de commettre une seconde infraction (les menaces de mort). A ce moment-là, nous aurions de la même façon obtenu un risque « faible » de récidive, sur les deux échelles, et ce alors même qu'une nouvelle infraction (les menaces de mort) allaient être commises quelque temps plus tard. L'évaluation du risque de récidive reste bien une *probabilité*, non un pronostic certain.

L'histoire de M. D. nous invite plus généralement à nous interroger sur les menaces de mort, somme toute assez courantes, proférées par nos patients. Tous les hommes ayant déclaré qu'ils allaient tuer leur compagne ne se sont, heureusement, pas rendu coupables de féminicide. Toutefois, si notre patient était passé à l'acte, il aurait été difficile de faire

abstraction du fait qu'il avait « prévenu » de ce geste à venir... Notre responsabilité aurait alors pu être engagée...

Une des grandes difficultés pour le psychiatre consiste au quotidien à différencier ce qui *sera* réellement susceptible de constituer un passage à l'acte, alors même que nombre des patients ou personnes qui commettront un passage à l'acte grave ne préviendront jamais en amont de l'acte à venir... Gardons-nous d'oublier, lorsque nous nous prononçons « après coup », qu'il est plus facile de dire qu'un patient « était dangereux » lorsque l'on a connaissance des faits commis qu'avant qu'ils ne l'aient été...

b. M. T.

Nous recevons M. T. dans un centre médico-psychologique où il se présente en demande de suivi dans le cadre d'une obligation de soins.

Agé de 50 ans, M. T. est marié et père de trois enfants de dix-huit, seize et treize ans.

Ses parents sont décédés. Il n'a pas de frère et sœur et n'a de contact avec aucun membre de sa famille plus éloignée.

Il a parfois travaillé en intérim dans différents secteurs mais n'a jamais exercé de profession sur la durée, ayant passé une grande partie de sa vie d'adulte en détention. Il a de même peu vécu avec sa femme et ses enfants, seulement par courtes périodes entre ses incarcérations.

Il a en effet effectué plusieurs peines de prison ferme de différentes durées, de quelques mois à treize ans, pour un total de vingt-cinq ans en détention. Il avait 16 ans au moment de sa première incarcération, avec un maximum de quatre ans sans incarcération.

Ses antécédents médico-chirurgicaux sont marqués par plusieurs traumatismes physiques, dans des contextes variés – accidents de la route, bagarres – ayant entraîné fractures et luxations, nécessitant parfois des chirurgies. Il est notamment toujours handicapé à ce jour par une lésion de l'épaule gauche qui a déjà fait l'objet de plusieurs interventions chirurgicales. Il prend parfois des antalgiques, de différents paliers, en fonction des étapes des blessures et des soins entrepris. Il ne prend pas d'autres médicaments.

M. T. rapporte avoir consommé différents produits stupéfiants dans sa jeunesse, notamment cocaïne et cannabis de façon régulière. Il en est sevré depuis des années et dit se limiter aujourd'hui à une consommation d'alcool décrite comme occasionnelle.

Si M. T. est en demande d'un suivi dans le cadre de l'obligation de soins dont il fait l'objet, il explique clairement d'emblée n'être pas malade, n'avoir pas besoin d'un suivi psychiatrique, et ne s'y soumettre que pour satisfaire aux ordres du juge. Il n'a jamais été suivi par un psychiatre, mais a bénéficié en détention d'un suivi par un psychologue, suivi dont il explique qu'il était une condition pour l'obtention d'un aménagement de peine. Il ajoute qu'il n'y voyait aucun intérêt mais en garde le souvenir d'échanges agréables.

Reçu une fois par mois en consultation, M. T. respecte les rendez-vous fixés. La présentation est bonne, le contact correct. M. T. semble euthymique, il ne rapporte pas d'angoisses, pas d'idées ni auto ni hétéro-agressives. Le discours est cohérent, sans éléments délirants, peu souvent spontané, se contentant souvent de répondre aux questions posées.

L'examen clinique psychiatrique ne met pas en évidence de pathologie psychiatrique. Au regard de son histoire et des éléments recueillis en entretien, le trouble de personnalité de type antisociale, parfois nommé « psychopathie », ne fait en revanche pas vraiment de doute. Impulsivité, passages à l'acte, transgressions répétées des normes sociales et des droits d'autrui ont en effet été bien présents tout au long des dernières décennies. Si la culpabilité n'est à ce jour n'est pas totalement absente, elle s'avère davantage tournée vers sa famille plutôt que vers les victimes de ses actes passés.

Lorsqu'on revient sur son enfance et adolescence, on pense pouvoir poser rétrospectivement le diagnostic de trouble des conduites chez M. T.

M. T. rapporte des actes de délinquance ayant commencé dès l'âge de 10 ans environ. Son enfance avait été marquée par des placements en foyer dès le plus jeune âge, sans pouvoir en préciser vraiment les motifs. Il n'a rapidement plus vu sa mère que par intermittence, la décrivant « malade ». Il n'avait que peu connu son père qui avait quitté le domicile familial lorsque M. T. était bébé. Les fugues de foyers ont été précoces et nombreuses. Le parcours scolaire est émaillé d'incidents conduisant à des renvois. M. T. a quitté l'école à 16 ans, sans diplôme.

A notre demande, il revient sur son passé carcéral, sanctionnant un parcours de délinquance débuté à l'adolescence et associant des délits de différents types : vente de stupéfiants, vols, cambriolages, jusqu'à une condamnation beaucoup plus longue pour vol en bande organisée avec arme, dont il vient de sortir.

M. T. ne souhaite pas s'étendre sur les raisons précises de cette dernière, longue, incarcération, considérant qu'il en a déjà beaucoup parlé, avant le procès, à la police, aux juges, aux experts, et que c'est « derrière lui ».

Quand il l'évoque, c'est plutôt pour mettre en avant les progrès réalisés : une incarcération qui s'est déroulée sans événement marquant, au contraire des précédentes où il avait passé du temps au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire. Il se montre sûr qu'il n'y aura pas de prochaine incarcération, déclarant avoir appris de ses erreurs et rapportant vouloir désormais mener une vie « simple et tranquille ». Il met en avant sa famille, se dit chanceux que sa femme ne l'ait pas quitté, et regrette les anniversaires de ses enfants et autres fêtes de famille manquées. Il dit éprouver des regrets pour le temps qu'il a gâché.

La reconnaissance de la gravité de ses actes semble aujourd'hui adaptée chez M. T. S'il minimise sa responsabilité dans la réalisation des différents faits, mettant en avant ceux qui l'ont poussé à agir ou ont organisé les actes, il ne nie pas sa « faute » dans les souffrances qu'il a infligées à sa famille en étant incarcéré si longtemps.

L'importance des liens familiaux, qui ne se sont jamais rompus avec sa femme et ses enfants, semble un moteur pour M. T. Nul doute qu'il s'agit aussi d'un facteur « dynamique » primordial, *protecteur*, dans la considération du risque de récidive à ce jour.

M. T. n'oublie jamais de demander une attestation de passage à la fin de la consultation. Il lui arrive également de demander un certificat attestant de ce que ce suivi n'est plus nécessaire, ou encore une attestation de « non dangerosité », demandes auxquelles nous lui expliquons que nous ne pouvons accéder, ce qu'il entend sans manifester de contrariété majeure.

M. T. nous communiquera un jour à l'occasion de son suivi le compte-rendu d'une expertise psychiatrique ayant été réalisée au moment de sa dernière demande de libération conditionnelle, libération conditionnelle qui avait finalement été acceptée.

Cette expertise psychiatrique visait notamment, selon les termes de l'ordonnance de commission d'expert, à :

- dire si le sujet révèle des anomalies mentales ou psychiques
- dire si le temps passé en détention a changé son état psychique et dans quel sens
- analyser l'état actuel de la personnalité de l'intéressé
- préciser son évolution entre le moment des faits et aujourd'hui
- rechercher si l'intéressé a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis
- apprécier sa dangerosité actuelle
- évaluer le risque de récidive et de commission d'une nouvelle infraction en vue de sa libération prochaine
- dire si une éventuelle mesure d'aménagement de peine exigerait une obligation de soins.

L'expert commis conclut notamment qu'en l'absence d'affection mentale, M. T. ne présente pas de dangerosité psychiatrique. Il ajoute que la structure de personnalité rend impossible d'éliminer tout risque de récidive sur le plan criminologique et compte-tenu de son passé. Il note que la sortie exposera M. T. à des normes sociales qu'il n'a pas l'habitude de respecter, ce qui constituera une difficulté. L'obligation de soins lui paraît indispensable même en l'absence d'affection mentale caractérisée.

L'expert n'avait pas utilisé d'échelle d'évaluation du risque de récidive, ou ne l'avait en tout cas pas mentionné dans ses conclusions.

Nous avons alors imaginé coter l'échelle HCR-20 chez ce patient.

Voici ce qu'elle pourrait donner :

Facteurs historiques		Facteurs cliniques		Gestion du risque	
H1 violence antérieure	2	C1 introspection difficile	1	R1 plans irréalisables	
H2 premier acte jeune	2	C2 attitudes négatives	1	R2 expositions à des facteurs déstabilisants	1
H3 instabilité des relations	1	C3 symptômes actifs de maladie mentale		R3 manque de soutien personnel	
H4 problèmes d'emploi	2	C4 impulsivité	1	r4 inobservations de mesures curatives	
H5 toxicomanie	1	C5 résistance au traitement		R5 facteurs de stress	1
H6 maladie mentale					
H7 psychopathie	2				
H8 inadaptation	2				
H9 troubles de la personnalité	2				
H10 échec de surveillance	2				

Les facteurs historiques apparaissent évidemment presque tous très largement prédictifs de violence. L'histoire de M. T. ne joue pas en sa faveur si l'on se contente des faits passés pour essayer de prédire des faits futurs.

Le contraste que fait apparaître la cotation de cette échelle entre les facteurs historiques, sur lesquels il n'est pas possible d'agir, et les facteurs reflétant le présent et l'avenir, est assez intéressant.

Les facteurs cliniques reflètent les caractéristiques d'une personnalité antisociale. Si l'on ne connaissait pas le patient avant cet énième sortie de détention, on pense tout de même percevoir une amélioration en matière d'impulsivité ou de capacités d'introspection : le score aurait probablement été bien plus élevé il y a quelques années, et se trouve aujourd'hui somme toute assez modéré.

De même en matière de facteurs de gestion du risque, qui sont probablement ceux qui ont le plus interrogé l'expert en charge de son évaluation : s'il n'est pas possible de changer l'histoire du patient, on peut considérer qu'il sera à l'avenir davantage capable de contrôler ses actes. M. T. ne fait pas part de projets extraordinaires, il affirme vouloir se concentrer simplement sur l'éducation de ses enfants et sa présence pour eux au quotidien. Il exprime avoir conscience de la chance qu'il a de pouvoir toujours compter sur son épouse malgré tous les événements passés. Il reste toutefois impossible de prédire un comportement futur dans des circonstances où il serait soumis à des facteurs de stress qui n'auraient pas été anticipés.

L'échelle HCR-20, qui combine aux items proposés le jugement clinique, a pour principe de se focaliser sur les quelques items jugés les plus pertinents dans le cas précis de la personne évaluée. Les items concernant la gestion du risque nous semblent les plus intéressants ici pour tenir compte de la *dynamique* dans laquelle se situe le patient.

Si l'on se réfère au modèle de la désistance, on peut espérer que M. T. soit à un moment de sa vie où il s'écarte d'une trajectoire de délinquance qu'il avait connue jusqu'ici.

Remarquons qu'à l'inverse du cas clinique présenté précédemment, la cotation de la VRAG conduit à considérer un risque de récurrence très important.

De fait, basée sur le passé, aucun changement clinique ni aucune perspective favorable ne peuvent être pris en compte. Si l'on se limite à la VRAG, la réponse quant à la dangerosité criminologique de M. T. est simple et « définitive ».

Voici ce que donneraient la cotation de cette échelle, et celle de l'échelle CATS utilisée comme item dans la VRAG :

Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) Items:

1. Lived with both biological parents to age 16 (except for death of parent):
 Yes 0
 No **+3**
 Evidence:

2. Elementary School Maladjustment:
 No Problems..... -1
 Slight (Minor discipline or attendance) or Moderate Problems..... +2
 Severe Problems (Frequent disruptive behavior and/or attendance or behavior resulting in expulsion or serious suspensions) **+5**
 (Same as CATS Item)

3. History of alcohol problems (Check if present):
 Parental Alcoholism Teenage Alcohol Problem
 Adult Alcohol Problem Alcohol involved in prior offense
 Alcohol involved in index offense
 No boxes checked..... 0
 1 or 2 boxes checked 0
 3 boxes checked 0
 4 or 5 boxes checked +2
 Evidence:

4. Marital status (at the time of or prior to index offense):
 Ever married (or lived common law in the same home for at least six months) -2
 Never married..... 0
 Evidence:

5. Criminal history score for nonviolent offenses prior to the index offense
 Score 0 -2
 Score 1 or 2..... 0
 Score 3 or above **+3**
 (from the Cormier-Lang system, see below)

6. Failure on prior conditional release (includes parole or probation violation or revocation, failure to comply, bail violation, and any new arrest while on conditional release):
 No..... 0
 Yes **+3**
 Evidence:

7. Age at index offense
 Enter Date of Index Offense: ___/___/___
 Enter Date of Birth: ___/___/___
 Subtract to get Age:
 39 or over 0
 34 - 38 -2
 28 - 33 0
 27 0
 26 or less..... +2

8. Victim Injury (for index offense; the most serious is scored):
 Death..... -2
 Hospitalized..... 0
 Treated and released..... 0
 None or slight (includes no victim)..... **+2**
 Note: admission for the gathering of forensic evidence only is NOT considered as either treated or hospitalized; ratings should be made based on the degree of injury.
 Evidence:

9. Any female victim (for index offense)
 Yes 0
 No (includes no victim)..... **+1**
 Evidence:

10. Meets DSM criteria for any personality disorder (must be made by appropriately licensed or certified professional)
 No..... 0
 Yes **+3**
 Evidence:

11. Meets DSM criteria for schizophrenia (must be made by appropriately licensed or certified professional)
 Yes 0
 No **+1**
 Evidence:

12. a. Psychopathy Checklist score (if available, otherwise use item 12.b. CATS score).....
 4 or under -3
 5 - 9..... -3
 10-14 -1
 15-24 0
 25-34 +4
 35 or higher +12
 Note: If there are two or more PCL scores, average the scores.
 Evidence:

12. b. CATS score (from the CATS worksheet)
 0 or 1 -3
 2 or 3 0
 4 0
 5 or higher **+3**

12. WEIGHT (Use the highest circled weight from 12 a. or 12 b.) **3**

TOTAL VRAG SCORE (SUM CIRCLED SCORES FOR ITEMS 1 - 11 PLUS THE WEIGHT FOR ITEM 12): **20**

*Source: American Psychological Association; Quinsey, Harris, Rice and Cormier, 2nd Edition (2006); *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*; APA, Washington D.C.

Childhood & Adolescent Taxon Scale

1. Elementary School Maladjustment
 No Problems..... 0
 Slight (Minor discipline or attendance)
 or Moderate Problems0
 Severe Problems (Frequent disruptive
 behavior and/or attendance or behavior
 resulting in expulsion or serious suspensions)
1
 Evidence:

2. Teenage Alcohol Problem:
 No.....0
 Yes.....1
 Evidence:

3. Childhood Aggression Rating:
 No Evidence of Aggression0
 Occasional Moderate Aggression.....0
 Occasional or Frequent Extreme Aggression.1
 Evidence:

4. More than 3 DSM Conduct Disorder
 symptoms circled:
 No.....0
 Yes.....1

5. Ever suspended or expelled from school:
 No0
 Yes.....1
 Evidence:

6. Arrested under the age of 16:
 No0
 Yes.....1
 Evidence:

7. Parent alcoholism:
 No0
 Yes.....1
 Evidence:

8. Lived with both biological parents to age 16
 (except for death of parents):
 Yes.....0
 No1
 Evidence:

**TOTAL CATS SCORE: (Sum of Circled
 Scores 1 - 8) 5**

Ce cas clinique illustre d'une certaine façon combien le suivi psychiatrique peut se retrouver « parasiter » par la question de la dangerosité criminologique. Il est en effet intéressant de noter que la question de la dangerosité nous occupera de manière récurrente au cours du suivi de M. T., non pas en raison de menaces de passages à l'acte ou de doutes sur un passage à l'acte possible, mais bien en raison de son histoire. Le contexte de la demande de suivi (l'obligation de soins), le parcours de délinquance, la personnalité de notre patient, nous amènent à nous focaliser sur cette question de la récurrence possible. Il faut toutefois se poser la question : relève-t-elle de notre compétence ? Mais peut-on faire autrement que de se focaliser sur cette question dans le contexte d'un suivi n'intervenant pas pour une pathologie psychiatrique, mais bien *en raison de la crainte* par la justice *d'un risque de récurrence* ? Le rôle – ou non – du psychiatre dans le traitement de la dangerosité criminologique est ici bien mis en avant.

c. Mme Z.

Nous rencontrons Mme Z. alors qu'elle vient d'être admise dans un service d'urgences psychiatriques après le prononcé d'une « incompatibilité avec la garde à vue ».

Les informations dont nous bénéficions lors de son hospitalisation dans la structure d'urgence font état d'un passage à l'acte hétéro-agressif lors d'un concert de musique se déroulant dans une petite salle. Entre deux morceaux de musique, Mme Z. se serait mise à hurler, insultant et menaçant le chanteur, avant de monter sur scène et de détruire des appareils et instruments de musique. Elle aurait jeté l'un de ces appareils sur le chanteur du groupe, le blessant légèrement. Un membre du personnel de la salle serait finalement intervenu et serait parvenu à la maîtriser à l'aide de spectateurs. La police aurait été appelée.

A son arrivée aux urgences, l'agitation psychomotrice est considérable, Mme Z. se débattant et se révélant inaccessible au dialogue. Son état impose un traitement sédatif qui sera administré en injection.

Les analyses réalisées à la recherche de toxiques se révéleront négatives.

Le lendemain, Mme Z. se révèle davantage accessible à un entretien. Le contact est un peu méfiant. De manière calme, elle répond à nos questions.

Agée de 29 ans, Mme Z. travaille dans la publicité. Elle vit seule. Elle dit entretenir de bonnes relations avec une sœur et ses deux parents.

Elle n'a pas d'antécédents médicaux particuliers. Elle ne prend pas de médicaments, sinon une contraception orale.

Elle fume un paquet et demi de cigarettes par jour depuis ses vingt-trois ans, après une augmentation progressive de sa consommation depuis l'âge de dix-huit ans, pour un tabagisme quantifiable à au moins douze paquets-années. Elle rapporte une consommation occasionnelle d'alcool.

Elle mentionne plusieurs suivis avec des psychologues, depuis plusieurs années, pour « apprendre à se connaître davantage ». Elle dit n'avoir jamais vu de psychiatre ni été hospitalisée en psychiatrie.

Le psychiatre réquisitionné s'étant prononcé pour une incompatibilité avec la garde à vue, une mesure de soins sous contrainte, sous la forme de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE), a été initiée, ce dont nous informons Mme Z. qui s'offusque et fait part de son incompréhension en réponse à cette information.

Nous revenons alors sur les événements ayant conduit à son passage à l'acte et à sa mise en garde à vue.

Le discours est spontané, fluide, cohérent, et de prime abord ne semble pas délirant.

Mme Z. nous explique avoir rencontré le chanteur du groupe qui jouait le soir des événements il y a quelques années, via une amie à elle. Elle rapporte qu'une relation amoureuse a rapidement débuté entre eux. S'ils se voyaient peu car ils vivaient dans des villes différentes, le chanteur lui aurait alors écrit et dédié un certain nombre de ses textes, affichant aux yeux de tous leur histoire. Mais leur relation revêtait un aspect particulier, en raison de la personnalité de ce chanteur, qu'elle décrit comme un « pervers narcissique ». Leur relation se serait terminée, sans que l'on comprenne vraiment si la rupture venait d'elle ou de lui, mais lui aurait continué à « jouer un jeu ambigu » en lui écrivant toujours plus de chansons et en lui adressant des messages, compréhensibles seulement par elle, via les réseaux sociaux, et ce tout en ne lui répondant plus lorsqu'elle lui adressait la parole directement par message ou tentait de l'appeler. Elle rapporte qu'il voulait la « garder sous son emprise », ce qu'elle explique par les sentiments qu'il a toujours pour elle quand bien même il prétend être en couple avec une autre, et son caractère « manipulateur ». Elle n'aurait plus supporté ce « jeu pervers », d'où son « pétage de plombs » le soir des événements.

La thymie apparaît neutre, sans idées suicidaires repérées ni rapportées, sans angoisses.

Si les faits semblent dans un premier temps « plausibles », des éléments nous intriguent toutefois d'emblée. Les liens logiques établis par Mme Z. sont parfois difficiles à

suivre. Les exemples concrets manquent lorsqu'on l'interroge sur les « preuves » qu'elle dit avoir des sentiments qu'éprouverait toujours pour elle ce jeune homme. Elle manifeste rapidement une irritabilité importante lorsqu'on semble mettre en doute ce qui lui semble une évidence, et change de sujet plutôt que de préciser un élément qui semble en fait impossible à préciser.

La famille de Mme Z. nous apportera dans les jours suivants d'autres éléments assez déstabilisants. D'après eux, aucune liaison amoureuse n'aurait jamais existé entre leur sœur/fille et ce jeune homme. Ils auraient entendu parler de lui mais ne l'auraient jamais rencontré, Mme Z. ayant pu annoncer qu'elle viendrait à tel repas ou à telle autre occasion accompagnée de lui mais venant toujours seule et expliquant au dernier moment son absence de différentes façons. Ils n'auraient jamais vu aucune photo du « couple », Mme Z ne montrant que des photos impersonnelles du jeune homme en question, qui semblaient sorties de pages Internet.

Bouleversée par les événements des derniers jours, la sœur de Mme Z. nous explique avoir cherché à entrer en contact avec ce jeune homme qui avait fait l'objet du passage à l'acte. Ce dernier avait accepté de la rencontrer et lui avait confirmé avoir rencontré Mme Z. par une amie commune lors d'une soirée plusieurs années auparavant, et l'avoir recroisée épisodiquement, via cette amie commune, à une ou deux autres occasions. Il aurait en revanche nié toute relation avec elle. Il aurait raconté avoir été contacté par Mme Z. sur différents réseaux sociaux, d'abord amicalement, et avoir échangé parfois quelques messages, sur des sujets anodins, en répondant par exemple à des compliments sur ses concerts. Au fil du temps, les messages de Mme Z. avaient changé de ton et lui avaient semblé « étranges ». Il avait cessé de répondre aux messages devenus incompréhensibles, dans lesquels Mme Z. faisait explicitement référence à une relation entre eux. Les messages auraient alors redoublé de fréquence et de véhémence, Mme Z. l'accusant de « jouer un double jeu », de « ne pas savoir ce qu'il voulait ».

Il aurait expliqué ne lui avoir jamais écrit ni dédié la moindre chanson, et avoir même recherché dans son répertoire ce qui aurait pu être interprété de la sorte, sans succès. Des insultes et menaces auraient suivi, mentionnant notamment sa nouvelle petite amie à lui, dont elle semblait avoir eu vent de l'existence par les réseaux sociaux. Elle aurait posté sur différents réseaux sociaux et à de nombreuses reprises des messages d'injures à son encontre,

et aurait également contacté sur le même ton les autres membres du groupe de musique en question, qui, chacun à leur tour, s'étaient émus des propos incohérents tenus par cette personne qu'ils ne connaissaient pas. Ils avaient d'abord tenté de raisonner avec elle – lorsqu'elle expliquait par exemple être la muse de leurs chansons, et ce alors même qu'ils ne l'avaient jamais rencontrée – puis s'étaient contenté de lui demander de cesser de publier des messages d'insultes sur les pages publiques de leur groupe, et avaient « bloqué » Mme Z. de toutes ces pages.

A l'appui des dires du jeune homme, la sœur de Mme Z. était désormais en possession de captures d'écran de toutes ces conversations, qu'il lui avait remis, et qu'elle nous montra.

Le jeune homme lui avait également confié avoir déposé quelques mois plus tôt une main courante contre Mme Z., lorsque ses insultes et menaces contre lui et sa petite amie l'avait véritablement inquiété. Il aurait dit renoncer à porter plainte dans la mesure où il comprenait que son attitude relevait d'une maladie psychiatrique.

Cette nouvelle « version » de l'histoire confortait nécessairement les doutes ressentis face au discours de Mme Z.

Mise face à quelques-unes de ses contradictions et imprécisions, Mme Z. manifeste exaspération et irritabilité. Elle nie toute insulte ou menace proférée par elle envers le jeune homme ou d'autres personnes, et en appelle à nouveau à sa « manipulation ». Sa conviction demeure inébranlable.

Les idées délirantes semblent organisées en secteur, sur une thématique érotomaniaque, et, compte tenu de la durée déjà importante du trouble, semblent relever d'un trouble délirant persistant. On se situe manifestement dans la troisième phase de ce délire : après celles d'espoir et de dépit était venue la phase de rancune.

L'absence de désorganisation et de symptômes négatifs, de même que d'hallucinations, nous conforte dans ce diagnostic.

Le mécanisme intuitif du délire semble prédominer au départ, Mme Z. « sachant » que le jeune homme était amoureux d'elle, et se compléter ensuite d'un mécanisme interprétatif. Elle nous montrera par exemple une image publiée sur Instagram et montrant la pochette d'un album, posée sur une table à côté de fournitures scolaires, parmi lesquels un

pinceau. Mme Z. s'adonnant à la peinture sur son temps libre, ce pinceau était une « preuve » que l'album lui était dédié, et ne pouvait être rien d'autre.

Le tableau clinique présenté par Mme Z. amènera les différents psychiatres qui l'examineront à confirmer la nécessité d'une mesure de soins sans consentement sous forme de SPDRE et à rédiger les certificats médico-légaux en conséquence. Elle restera hospitalisée quelques jours dans l'unité d'urgence, le temps qu'une place se libère en unité d'hospitalisation.

Transférée sur une unité de soins, nous prendrons des nouvelles de Mme Z. quelques semaines plus tard, pour apprendre que le discours n'avait pas évolué.

Elle contestait toujours la mesure d'hospitalisation, dont elle avait fait appel auprès du juge des libertés et de la détention.

Ce cas clinique illustre parfaitement la définition de la *dangerosité psychiatrique* : « risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante ». La conviction délirante d'être aimée et la phase de rancune de ce délire érotomaniaque entraînent le passage à l'acte qui aurait pu être plus grave.

La question de la dangerosité psychiatrique de Mme Z. est bien sûr au premier plan au moment de son hospitalisation, après le passage à l'acte hétéro-agressif dont elle vient de se rendre coupable. C'est précisément cette dangerosité psychiatrique qui justifie alors une hospitalisation sans son consentement.

Si aucune plainte n'a effectivement été déposée contre Mme Z., il est possible que la procédure judiciaire n'ait pas poursuivi son cours après son hospitalisation en SPDRE. En l'absence de condamnation, la question de la dangerosité criminologique – c'est-à-dire du risque de *récidive* – n'a pas l'occasion de se poser : et il semble à ce stade et dans ce contexte de pathologie psychiatrique bien logique de s'être concentré sur la question de la dangerosité *psychiatrique*.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Discipline médico-légale depuis ses origines, habituée à être sollicitée dans des domaines qui dépassent le cadre strict du soin, la psychiatrie voit, à l'occasion de la lutte contre l'insécurité et la récidive, s'élargir encore son champ présumé de compétences. La notion de *dangerosité* prend toute sa place dans ce contexte.

Si l'évaluation de la *dangerosité psychiatrique* est au cœur du métier du psychiatre dans son activité de soins - c'est notamment sur ce fondement que des soins sans consentement peuvent être initiés, sous la responsabilité du psychiatre – ce dernier est de plus en plus largement amené à se prononcer sur la question de la *dangerosité criminologique*, en quelque sorte définie comme le *risque de récidive*, dans son activité d'expertise, le cadre législatif multipliant les situations de recours au psychiatre par le juge.

L'évaluation de la *dangerosité criminologique* se révèle une entreprise périlleuse, surtout lorsqu'aucun des méthodes et outils d'évaluation, dont différentes générations se sont succédé, ne fait consensus et que tous demeurent critiqués pour leurs limites et notamment leur tendance à surévaluer la *dangerosité*. Mais la recherche par la société d'une « caution psychiatrique » garantissant l'absence de risque de récidive d'un délinquant semble parfois prendre le pas sur la préoccupation de la fiabilité de l'évaluation.

Le recours élargi à la psychiatrie fait alors naître bien des interrogations quant au positionnement à adopter par le psychiatre. Les conséquences d'une participation à un tel procédé pourraient en effet être de taille pour la pratique clinique, d'une part lorsque le patient présentant un trouble mental est « par défaut » assimilé à une personne dangereuse, d'autre part lorsque le psychiatre est mis en cause s'il n'a pu remplir le rôle de contrôle social qu'on attendait de lui en garantissant un « risque zéro » pour la société.

Si les soins apportés à la maladie mentale et la prévention de la maladie mentale lorsqu'elle est possible sont le cœur du métier de psychiatre, le psychiatre est plus que jamais amené à s'interroger sur les missions qui lui sont confiées : prévention de la délinquance, prédiction du risque de récidive délinquante, ou encore évaluation de la *dangerosité criminologique* ne débordent-elles pas le cadre de la psychiatrie ?

Mots clés : *dangerosité psychiatrique* – *dangerosité criminologique* – évaluation de la *dangerosité* – prédiction de la *dangerosité* – caution psychiatrique – contrôle social psychiatrique