



Synthèse

Ce que la dangerosité fait aux pratiques.
Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France.

Camille LANCELEVÉE

EHESS (Paris) et Centre Marc Bloch (Berlin)

Marc BESSIN (dir. Scientifique)

Cnrs-EHESS-Iris (Paris)

Frédéric DUGUÉ

UPMC (Université Pierre et Marie Curie) et EHESS

Yves CARTUYVELS (dir. Scientifique)

CES (Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires de Saint Louis) Bruxelles

Gaëtan CLIQUENNOIS

CES (Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires de Saint Louis) Bruxelles

Avec la collaboration de Szymon ZAREBA
(CES – Bruxelles)

Avril 2012

EHESS Paris
Facultés universitaires de Saint Louis Bruxelles

Le présent document constitue la synthèse du rapport scientifique d'une recherche financée par le GIP Mission de recherche Droit & Justice. Son contenu n'engage que la responsabilité de ses auteurs. Toute reproduction, même partielle, est subordonnée à l'accord de la Mission.



Ce rapport du GIP s'inscrit dans le cadre de l'appel de la mission de recherche Droit et Justice portant sur « la prise en compte de la dangerosité en droit pénal dans les Etats Européens » et y a répondu en travaillant la comparaison France / Belgique à un double niveau macro- et microsocial. Ce rapport vise à éclairer une zone d'ombre qui est celle de la forme prise concrètement par la prise en charge de ceux que la justice considère comme « dangereux » au-delà même des systèmes institutionnels et des cadres législatifs français et belges. Dans ce rapport, nous cherchons à montrer que si la dangerosité s'articule bien à une lecture actuarielle des risques, elle n'est pas devenue le principe directeur des transformations carcérales à l'œuvre, ni la grille de lecture exclusive des phénomènes observés.

Partant du constat que la « dangerosité » est, dans les débats publics, souvent identifiée à la question de la prévision de la récidive des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, nous rendons compte dans ce rapport de la construction de ce problème social, ainsi que des dispositifs institutionnels qui, dans les deux pays, visent à y répondre. A partir d'une réflexion socio-historique et d'entretiens menés avec différents acteurs clés, nous avons procédé à l'analyse des différences qui marquent nos deux systèmes en nous demandant si la « défense sociale », qui est institutionnalisée depuis plus de 80 ans en Belgique, n'est pas redécouverte par la France depuis une décennie. Autrement dit, dans quelle mesure les « modèles » français et belges diffèrent-ils ? Sur la base d'une enquête ethnographique en France, d'une approche recourant à des méthodes diversifiées en fonction des questions et des terrains de recherche en Belgique (analyse des textes législatifs et de la jurisprudence, interviews, observation non participante, analyse en groupe d'acteurs et de chercheurs), nous interrogeons « ce que la dangerosité fait aux pratiques », c'est-à-dire la façon dont cette « notion » transforme, s'articule ou s'oppose aux pratiques professionnelles à l'œuvre sur le terrain.

Pour appréhender de façon pragmatique la dangerosité en tant que construction sociale ayant des effets sur les institutions, les professionnels et les détenus, nous avons choisi d'adopter une approche résolument empirique, fondée sur deux terrains de recherche : en France, nous avons rencontré plusieurs psychiatres travaillant en milieu judiciaire et carcéral et observé pendant plusieurs mois le fonctionnement d'une maison d'arrêt et identifié les logiques contemporaines de transformation de l'institution. En Belgique, nous avons rencontré plusieurs responsables d'annexes psychiatriques et d'établissements de Défense Sociale, des membres de la direction régionale de l'administration pénitentiaire dont dépendent ces établissements, observé en particulier les pratiques professionnelles au sein de plusieurs de ces annexes psychiatriques (dont une annexe en particulier), ainsi que les transferts de population entre annexes et ceux entre annexes et établissements de défense sociale. Enfin, nous avons analysé, par la méthode de l'analyse en groupe, les enjeux professionnels que pose la gestion de la sortie du circuit de défense sociale de ceux que l'on identifie comme « dangereux » au sein des annexes et des établissements de défense sociale belge.



Nous montrons que face à la dangerosité d'auteurs d'infractions « irresponsables », les dispositifs belges et français sont ancrés dans des histoires différentes : la France, dans la tradition de la responsabilité pénale (article 64 du code pénal de 1810), opérait un tri entre les populations jugées irresponsables et les personnes jugées responsables, les premières n'accédant pas à une sanction pénale, mais pouvant, si leur état représente un trouble à l'ordre social, être hospitalisées d'office dans un hôpital psychiatrique voire dans une unité pour malade difficile. Autrement dit, l'irresponsabilité revient à faire glisser les auteurs d'infraction dans une filière d'hospitalisation « civile ». En Belgique, la même logique de tri existe : si l'auteur de l'infraction est considéré comme irresponsable, c'est-à-dire « en état de démence au moment du fait » (art. 71 du Code pénal) ou « dans un état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (art. 1^{er} de la loi de défense sociale), il est orienté vers la filière para-pénale de la défense sociale s'il est reconnu constituer un « danger social ». Cette filière se traduit, pour l'essentiel, par un internement de sûreté, oscillant entre contrôle et soin, soit en annexe psychiatrique de prison, soit dans un Etablissement de Défense Sociale prévu spécifiquement à cet effet et relevant tantôt du Ministère de la Justice, tantôt du Ministère de la Santé. Pour cette population d'infracteurs jugés irresponsables, la dangerosité est donc le critère déterminant pour justifier l'entrée dans le dispositif de la défense sociale.

La France semble cependant connaître depuis une vingtaine d'années une transformation des principes qui régissent l'affectation des personnes prises dans une procédure judiciaire et présentant des troubles mentaux : en témoigne l'augmentation – ou plutôt la présence massive – de personnes souffrant de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires français. Cette évolution serait liée à des évolutions sociétales : transformations de l'hôpital psychiatrique (voir Lovell, Ehrenberg, 2001), relative désinstitutionnalisation de la prise en charge psychiatrique (développement de prises en charge légères de type ambulatoire) durant les années 70 et 80. Certains auteurs pointent également l'évolution des représentations et de la place de la maladie mentale dans nos sociétés (Scheff, 1999). On peut penser par exemple à l'apparition de notions floues comme les troubles du comportement qui renvoient à une définition relative très large de la maladie et rendent compte d'une certaine psychiatisation des modes de lecture et de prise en charge des conduites. Renneville analyse ainsi dans une comparaison qu'il dresse entre crime et maladie mentale les manières dont les prisons françaises se sont progressivement psychiatisées en accueillant de façon croissante une population souffrant de maladies mentales (2003), ce qui fait écho aux études épidémiologiques les plus actuelles (Rouillon, 2004).



Les différences de système législatif, institutionnel et de contrôle entre la Belgique et la France

La première partie du rapport est consacrée au système législatif et institutionnel contemporain en Belgique (Yves Cartuyvels et Gaëtan Cliquenois), et au contrôle judiciaire, administratif et étatique de ce système. Fortement influencée par le courant de défense sociale qui se déploie en Europe à la fin du XIXe siècle et au début du XXe, la Belgique s'est dotée en 1930 d'une législation spécifique destinée à assurer une prise en charge oscillant entre soin et sécurité des « aliénés délinquants ». Cette loi prévoit en effet un régime spécifique pour les aliénés délinquants fondé sur une mise en observation avant la décision judiciaire, un internement à durée indéterminée ainsi que des modalités de libération à l'essai et définitive soumis à la discrétion d'une commission de défense sociale. Bien que le champ d'application de la défense sociale ait été étendu à certains détenus de droit commun au terme de la loi de 1964, qu'une scission entre les missions de soin et d'expertise ait été entérinée dans la pratique et que, plus récemment, le régime soit appelé à se juridictionnaliser davantage au terme d'une loi de 2007 (qui n'est toujours pas entrée en vigueur), la philosophie de la loi de 1930 n'a pas connu de changement fondamental : au fil des réformes, elle demeure marquée par une logique de sûreté qui oscille entre contrôle et soin. De même, se constate la faiblesse du contrôle administratif exercé sur le fonctionnement du dispositif de la défense sociale. La pauvreté de ce contrôle administratif, liée notamment à la faiblesse des activités de recours des avocats et des associations des droits de l'homme et à l'entière dépendance des organismes de contrôle (le conseil central de surveillance et les commissions de surveillance) au Ministère de la Justice, implique une prévalence des logiques sécuritaires comme nous le montrons dans la deuxième partie.

En miroir de la présentation du contexte législatif, institutionnel, professionnel et judiciaire belge, nous rendons compte en France des évolutions historiques du contexte législatif et institutionnel (Camille Lancelevée), mais également les reconfigurations de la profession psychiatrique face à la justice et à la prison (Frédéric Dugué et Camille Lancelevée). La dynamique de long cours semble inverse ou du moins divergente. Un système dichotomique a prévalu pendant le XXème siècle, au nom duquel une personne jugée irresponsable pénalement était réintégrée à un système de prise en charge civil et hospitalier (quoique sous un régime exceptionnel, celui de l'hospitalisation d'office pour les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui) tandis qu'une personne jugée responsable pouvait être incarcérée en prison. Cependant, l'institution carcérale s'est peu à peu métamorphosée, au nom du droit légitime des personnes détenues à accéder à des soins de qualité. Ce principe de décroisement a permis à des équipes soignantes étoffées de venir remplacer des infirmeries carcérales débordées par une situation épidémiologique déplorable. Portée par un courant d'humanisation de la prison, cette transformation a longtemps été lue comme un signe d'ouverture de l'univers carcéral, et l'entrée de l'hôpital public et de ses équipes a été synonyme d'amélioration de l'accès aux soins. Il faut cependant articuler cette « entrée du soin » aux transformations législatives qui ont marqué la France dans les années 1980 et 1990: augmentation de la durée des peines d'incarcération qui ont contribué à dégrader l'état de santé physique et



psychique des populations incarcérées, mais également dédoublement du principe d'irresponsabilité et possibilité (selon l'article 122.1 al.2) d'incarcérer - pour des durées de plus en plus longues - des personnes présentant des troubles mentaux. Dans ce contexte sécuritaire, la lettre semble s'être retournée contre l'esprit des lois de 1988 et de 1994, et on assiste aujourd'hui à des formes toujours plus sécurisées de prise en charge médicale, tant somatique (la création des UHSI - Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales en témoignent) que psychiatrique (avec la création récente des UHSA). Ces structures, justifiées par des arguments d'ordre organisationnel et sécuritaire (la difficulté d'organiser des extractions médicales, « l'échec » des hospitalisations d'office) mettent davantage en évidence un phénomène de carcéralisation des soins qu'une ouverture de la prison à l'hôpital, comme l'avaient déjà suggéré Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien à propos de la réforme des soins en prison. Le sentiment de « filiarisation » de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en est l'une des marques. Le revers de la médaille de l'amélioration de l'accès aux soins pourrait donc bien être le fait que la prison finit par être le dernier endroit où l'on accepte de soigner certaines populations, et tout particulièrement celles dont on estime qu'elles présentent une certaine dangerosité. En ce sens, on pourrait bien assister en France, au développement d'une forme hybride de défense sociale, intégrée à la « filière » pénitentiaire.



Les résultats de l'enquête de terrain : la domination du contrôle sur le soin dans les deux pays ?

La deuxième partie du rapport est consacrée à l'enquête proprement dite, à commencer par la présentation des méthodologies qualitatives et leurs limites d'utilisation dans un tel contexte. Nous avons croisé pour les deux pays les méthodologies d'observation et d'entretiens semi-directifs. En Belgique, nous avons également réalisé des analyses en groupe avec des membres des commissions de défense sociale décidant des libérations anticipées. Pour ce qui concerne la Belgique, il apparaît d'une part que l'approche micro-sociologique par le bas tend probablement à surestimer l'autonomie dont disposent les professionnels de première ligne et à occulter quelque peu le contrôle professionnel opéré par leurs hiérarchies, ainsi que le contrôle effectué par des instances nationales et internationales. D'autre part, les temps courts d'enquête privilégient les agendas des professionnels qui tendent à s'imposer aux chercheurs.

Pour ce qui est de la Belgique, nous explicitons plus précisément les enjeux de l'entrée dans le circuit de la défense sociale, de la circulation des internés entre prison, annexe psychiatrique et établissements de défense sociale (Gaëtan Cliquennois) et de la sortie du dispositif (Yves Cartuyvels). Loin de pratiquer les concepts habituels de responsabilité morale et de culpabilité, de légalité et proportionnalité, le système belge de défense sociale se fonde sur les principes positivistes de responsabilité sociale et de dangerosité comme critères et mesures de la réaction sociale. Il débouche sur un régime d'internement de sûreté à durée indéterminée, oscillant entre soin et contrôle, dont la dangerosité ou le risque que représente « l'aliéné criminel » pour lui-même ou pour autrui est le moteur constant. Ceci se vérifie tant à l'entrée en annexe psychiatrique et à l'affectation de l'interné dans l'espace carcéral de l'internement, que dans la circulation des personnes à l'intérieur des institutions ou au stade de sa sortie du système. Certes, la dimension du soin est présente et on peut même considérer qu'elle s'est améliorée au cours des dernières années. Il n'en reste pas moins que la dimension de soin semble inféodée à la logique de contrôle, ceci tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs : à l'intérieur, la surpopulation des annexes et une mission affirmée de protection de la vie humaine tendent à privilégier une dimension d'ordre et de sécurité comme l'indique la domination professionnelle qu'exercent les surveillants sur les professionnels de santé, forme de nouveau panoptisme, ce que renforce le recours à l'annexe comme réponse disciplinaire à des comportements jugés incompatibles avec la détention en régime commun. Par ailleurs, à l'intérieur des murs toujours, l'évolution des types d'expertises et des recrutements de psychiatres favorise une approche évaluative en termes de risques objectivés pour la sécurité publique. A l'extérieur, dans le cadre de la libération à l'essai, le soin et son encadrement sont également perçus d'abord comme des facteurs de réduction du risque de rechute ou de récidive. Associée à la dangerosité, la question de la récidive est l'autre grand déterminant du régime de sûreté mis en place et de son fonctionnement. A cet égard, les choses n'ont pas fondamentalement changé en un siècle, l'obsession pour la récidive étant déjà au fondement du système de défense sociale tel qu'il se mettra en place à travers diverses lois de sûreté à la fin du XIXe siècle.



Pour ce qui concerne la France, nous avons observé un établissement pénitentiaire ordinaire, à savoir une grande maison d'arrêt, qui contrairement à un établissement comme celui de Château-Thierry, n'a pas pour « spécialisation » d'accueillir des personnes détenues présentant de graves troubles mentaux. Pour autant, la question de la « maladie mentale » se pose presque quotidiennement aux différents acteurs. Nous montrons ainsi que le regard profane des professionnels pénitentiaire tend à assimiler le « trouble mental » au risque d'agression, ce qui pourrait procéder d'une requalification psychiatrique de la violence. Le « trouble mental » renvoie cependant également à une souffrance qu'il s'agit de prendre en charge. Si « l'écoute » semble devenir un registre professionnel valorisé chez les surveillants, c'est peut-être parce qu'elle participe d'une meilleure « gestion prévisionnelle » (Castel, 1981) des risques. Il s'agirait dès lors de « veiller sur » les détenus pour mieux les surveiller. Cette entreprise de prévention semble en effet se généraliser à l'ensemble de l'établissement avec le concept de la « pluridisciplinarité », qui organise le partage des savoirs acquis sur les personnes détenues, dans le but d'offrir une prise en charge globale, dont le « plan d'exécution des peines » semble être le symbole. Dès lors, si la question de la « maladie mentale » est relue à la lumière des troubles et incidents qu'elle peut produire, alors le savoir psychiatrique devient un savoir incontournable et indispensable pour répondre aux questions que se posent l'institution autour des risques de suicide et d'agression et les Juges de l'Application des Peines autour des efforts fournis en détention et du caractère criminogène de la personnalité des détenus. L'absence presque systématique des psychiatres en commission pluridisciplinaire unique et l'attestation laconique fournie aux JAP en Commission d'application des peines et en audience sont dès lors incomprise et suscitent une certaine hostilité vis à vis du Service Médico-Psychologique Régional.

Nous montrons également que le reproche concerne l'application extensive que le SMPR fait du secret médical, présentée comme condition *sine qua none* d'exercice du soin en milieu pénitentiaire, et perçue par l'administration pénitentiaire et ses professionnels comme une preuve de manichéisme de la part du service psychiatrique; les aménagements locaux autour du secret médical semblent bien démontrer qu'un espace de travail commun pourrait être trouvé. Il en va en fait dans le discours des praticiens d'une protection de l'autonomie de leur profession dans un univers qui menace à un double titre ces professionnels, en leur demandant de participer à l'ordre pénitentiaire et à la lutte contre la récidive. Le secret médical se trouve de ce fait au cœur de conflits que l'on ne peut pas complètement épuiser avec les outils de l'interactionnisme : en effet, si le secret médical renforce une certaine division morale du travail, et préserve la noble tâche de soigner du sale boulot de punir, il est également un outil politique, destiné à préserver l'autonomie des professionnels « psy » face aux dilemmes que pose leur exercice en milieu pénitentiaire. Le phénomène n'est pas nouveau et sans doute est-il consubstantiel à l'exercice du soin dans un univers de punition. Il en va ainsi de la défense d'une certaine conception du métier et d'un questionnement sur la dimension de contrôle social qu'il implique. Cependant dans un contexte où ces dilemmes sont ravivés par les transformations du dispositif pénitentiaire (ouverture des UHSA, création des centres socio-médico-judiciaires de sûreté), l'injonction à partager des informations que porte en germe le principe de la pluridisciplinarité vient renforcer les tensions autour du secret médical. Préserver le monopole des



territoires d'activités face à des définitions concurrentes de leur travail, voilà l'enjeu que « cache le secret médical ». Or pour préserver ce monopole, les « psy » semblent disposer de moins en moins « d'alliés » (Abbott, 2003). La « psychiatisation de l'univers carcéral » pourrait ainsi se jouer plutôt contre les « psy ».

En parallèle, on peut faire état d'une certaine « psychiatisation » de l'univers carcéral, que l'on pourrait considérer, à l'instar de la « médicalisation » comme un « processus par lequel des problèmes non-médicaux sont finalement définis et traités comme des problèmes médicaux » (Conrad, 1992, traduction libre). Ce phénomène pourrait bien relever d'un transfert de responsabilités en direction de l'équipe soignante, qui en participant à la prévention de certains risques, concourrait peut-être à préserver l'image de l'institution. Les transformations récentes et à venir de l'interface entre prison et hôpital semblent valider cette hypothèse : si les hospitalisations d'office étaient pour l'équipe soignante un moyen de reprendre la main sur le temps et sur l'espace des soins, le constat de leur relatif échec contribue à légitimer une nouvelle solution institutionnelle, les UHSA, qui entérinent l'idée que l'enceinte sécurisée de la prison peut devenir un lieu de soin.

Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France

• • •



Les similitudes entre la défense sociale belge et le complexe médico-carcéral français

Au-delà des différences législatives et institutionnelles, les systèmes français et belges partagent un certain nombre de similitudes. En effet, les hésitations entre soin et peine infiltrent dans les deux pays les pratiques des professionnels travaillant dans ces univers. Leurs dilemmes moraux et pratiques ne sont évidemment pas nouveaux, mais semblent cependant s'accuser sous le coup de ces transformations institutionnelles. Il faut souligner ici l'importance des méthodes ethnographiques pour saisir, observer et décrire ces enjeux. Ces dilemmes pratiques sont notamment l'apanage des professions « à pratique prudentielle » (personnels d'encadrement, magistrats, psychiatres) marquées par une forte réflexivité et une importante incertitude sur leur activité (Champy, 2010) et concernent en particulier les surveillants, qui loin de réaliser mécaniquement leur tâche, sont pris entre une écoute empathique et un contrôle intrusif. En France comme en Belgique, les tensions sont fortes autour de la surveillance des corps : une politique de préservation de la vie se met en place, qui est à la fois hiérarchisée et ambiguë et relève tant de la sollicitude que du contrôle. Ce dilemme traverse tous les groupes professionnels : ainsi les psychiatres s'interrogent sur la légitimité d'un partage d'informations qui en compromettant le secret médical pourrait participer au maintien de l'ordre carcéral – que leur présence concourt cependant déjà à légitimer ; les juges se questionnent sur la place à accorder aux efforts entrepris pour se soigner. Sont-ils le signe d'une sur-adaptation à l'institution et à ses contraintes, la preuve que les personnes détenues sont malades ou au contraire qu'elles sont soignées ?

La circulation des personnes permet d'organiser les espaces de réclusion : en Belgique, au sein de l'annexe psychiatrique de Forest, véritable « prison dans la prison », la différenciation de l'espace s'appuie sur des principes psychiatriques et disciplinaires : les personnes accèdent au dernier étage tant parce que leurs troubles psychiatriques sont arasés que parce leur comportement est discipliné. Les principes d'affectation sont plus implicites au sein de la maison d'arrêt en France, mais l'utilisation des cellules du quartier disciplinaire, du quartier d'isolement, de l'hospitalisation de jour en SMPR et bientôt des UHSA peut et pourra également répondre tant au souci de gérer des troubles mentaux que de gérer des comportements gênants pour la détention. Cette circulation des personnes permet également de résoudre partiellement certains dilemmes professionnels : ainsi, la libération à l'essai d'un établissement de défense sociale peut donner le sentiment aux professionnels que la personne est libérée, même si l'on continue par ailleurs dehors à quadriller ses mouvements. De même en France, les mesures de suivi socio-thérapeutique et l'injonction de soin rendent compatibles la liberté (c'est-à-dire une moindre emprise de l'institution sur les corps) et le contrôle. Il apparaît que faire circuler des personnes permet aux services psychiatriques de reprendre la main sur leur destinée (l'hospitalisation d'office pouvant être lue comme une tentative de libérer le soin de la contrainte pénitentiaire), mais peut avoir des effets pervers (c'est la difficile mise en œuvre des HO D398 qui rend possible en France la mise en place des UHSA et la validation d'une logique d'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux).



Si l'on pourrait considérer avec Marc Renneville (2004) que la prison est « guérie par ses fous » c'est-à-dire qu'elle retrouve une certaine légitimité dans cette forme de traitement qui n'est ni du soin ni de la peine, il nous semble cependant qu'il n'en va pas ici d'une « certaine conception de la prison, pour laquelle il resterait permis, en notre début de nouveau siècle, de penser la sécurité sans réinsertion, la médicalisation sans thérapie et la punition sans humanisme ». (Renneville, 2004, p.655). Nos observations valident plutôt l'idée que prison - et système de défense sociale - sont traversés par des logiques emboîtées, dans lesquels la sécurité joue contre (et tout contre) la thérapie et que la médicalisation en prison progresse avec, envers et contre la réinsertion. C'est en effet aussi au nom du soin que l'on incarcère plus longtemps.

En France comme en Belgique, il semble que le savoir psychiatrique est considéré comme un savoir-clé, qui permettrait si ce n'est de les résoudre, au moins de comprendre les questions que soulève la prise en charge de personnes détenues présentant des troubles mentaux. En France, il s'agit ainsi d'impliquer les professionnels du SMPR dans la vie de l'établissement et de les intégrer à un territoire pluridisciplinaire en pleine expansion. Les pressions pèsent cependant également sur le secret médical dans les annexes psychiatriques belges, qui ont pourtant développé des services d'expertise interne à l'institution. Mais c'est évidemment au moment de la sortie que ce savoir paraît incontournable. En France, la question des expertises post-sentencielles mériterait un travail similaire à celui qui a pu être entrepris par plusieurs équipes de recherche autour de l'expertise pré-sentencielle (Cartuyvels, Sicot, 2009 ; Bensa, Fernandez, Lézé, 2010 ; Protais, 2011). Nous avons cependant observé que la pénurie de moyens, qui se traduit par des expertises souvent courtes et lapidaires laisse les juges de l'application des peines perplexes et augmente le sentiment d'incompréhension face au silence des psychiatres travaillant au SMPR. En Belgique, l'expertise psychiatrique est déterminante dans le processus de décision, le psychiatre exerçant à la fois un rôle de « conseil », de « traducteur » et, bien souvent, informellement, de « décideur » dans un dispositif où la science est appelée en garantie d'une décision à risque. La tentation est de reporter sur le psychiatre et son savoir le poids de la décision, fût-elle collégalement prise.

C'est dans ce cadre de réduction des risques pour autrui mais aussi pour soi qu'il faut comprendre les débats émergeant autour du type de savoir expert à mobiliser. En France, cette attente d'une expertise « objective » est évidemment présente, mais il n'est pas encore certain que ce sont les psychiatres qui y répondront. Si la psychiatrie est poussée à occuper un espace dans le domaine « psycho-criminologique » et à s'appuyer sur des outils plus formalisés tels que les outils de mesure actuarielle des risques, une résistance certaine contre la transformation de leur travail existe. L'idée que la psychiatrie pourrait participer à cette entreprise est loin d'être acceptée. Ces évolutions institutionnelles doivent cependant être lues au regard des transformations de la profession et de l'institution psychiatrique. Dans quelle mesure le développement encore timide de formations spécifiques en « psychiatrie criminelle » et en « psycho-criminologie » finiront-elles par rendre acceptable voire souhaitable le « nouveau » mandat qui est proposé à la psychiatrie? L'enjeu est ici celui de la formation, au cœur de l'autonomie professionnelle des psychiatres. En Belgique, la création de services d'expertise spécifiques renforce une tendance, encore embryonnaire dans bien



des cas, à recourir à des instruments probabilistes, un savoir de type actuariel qui vient concurrencer le savoir clinique traditionnel. Supposé plus objectif, ce savoir qui prend appui sur des échelles de risques permet aussi un transfert de responsabilité réifié. A cet égard, son principal effet pourrait être, moins que d'assurer une plus grande efficacité de l'évaluation, d'alléger le poids du jugement. Car, en définitive, il faut toujours décider et le savoir absolu est, en la matière comme dans d'autres, une chimère.

La préoccupation toujours plus grande pour la catégorie de « dangerosité » est à replacer dans le cadre d'une réponse politique aux illégalismes en termes de temporalisation : loin de céder au présentisme, la dangerosité invite à prendre en compte des éléments du passé pour anticiper l'avenir en agissant présentement en fonction de ces éléments. Comme le dit Robert Castel : « La « dangerosité » est cette notion mystérieuse, qualité immanente à un sujet, mais dont l'existence reste aléatoire, puisque la preuve objective n'en est jamais donnée que dans l'après-coup de sa réalisation. Ainsi n'y a-t-il déjà à proprement parler que des imputations de dangerosité, et le diagnostic qui l'établit est le résultat d'un calcul de probabilité intuitif dissimulé sous un jugement substantialiste. « Il est dangereux » signifie en fait : « Les chances sont - plus ou moins - fortes qu'existe une corrélation entre tels symptômes actuels et tel acte à venir. » En termes de logique, le diagnostic de dangerosité rabat la catégorie du possible sur celle du réel, sous prétexte que le possible est - plus ou moins - probable » (Castel, 1981, 147). En somme la dangerosité autoriserait une emprise toujours plus grande de l'institution sur les individus sous des formes plus ou moins diffuse. Projet d'exécution des peines, pluridisciplinarité et prises en charge pluridisciplinaires pourraient être ainsi lues comme une transformation du contrôle, une volonté d'accumuler du savoir sur le temps long pour mieux prévoir. Mais l'accumulation de savoir, entre sollicitude et contrôle, entre attention et surveillance, pourrait bien devenir l'objectif ultime, repoussant à l'infini les frontières de l'institution.

