
Perspectives psychiatriques

Dans la masse des articles consacrés au drame de Payerne, plusieurs donnent la parole aux psychanalystes et aux psychiatres pour éclairer le profil psychologique de Claude Dubois et expliquer si des traitements sont possibles. Ils répondent également à la question des expertises psychiatriques et de leur capacité à prévoir les récidives.

Y a-t-il des individus absolument inguérissables ? Cette question revient souvent dans les médias à propos de Claude Dubois. Interrogé à ce sujet par 24 Heures (17.05.13), Claude Rouiller, ancien Président du Tribunal fédéral, répond par l'affirmative. « *On les appelle des psychopathes, et l'on ne dispose pas encore des connaissances scientifiques pour les guérir. C'est la raison pour laquelle la psychiatrie renonce parfois à les qualifier de malades mentaux pour y voir des « bossus psychiques ». Même s'il souffre, le bossu n'est en effet pas un malade, mais on ne peut pas le guérir. Ce qui caractérise les criminels affectés d'un trouble de comportement incurable, c'est leur incapacité à prendre conscience de leur faute, dont ils projettent la responsabilité sur leur victime* ». Malgré cette vision pessimiste de la capacité d'évolution de ces criminels, le Juge Rouiller continue d'être opposé à l'internement à vie. « *L'internement pour une durée indéterminée est suffisant pour sauvegarder la sécurité publique. L'internement à vie (...) ôte tout espoir à certains criminels que la détention finit par transformer en fauves ou en zombies. Tout individu a pourtant le droit d'évoluer dans le bon sens et la société le devoir de prendre en compte cette perspective, aussi ténue soit-elle* ».

La question des mesures et des traitements possibles est abordée par Sebastien Jost, dans Le Matin (17.05.13). Interrogé sur les approches possibles vis-à-vis de ces criminels, le psychologue Philippe Jaffé fait la distinction entre celui qui assouvit ses pulsions de manière répétitive comme un pédophile et celui qui dérape dans le cadre d'une relation. Selon lui, « *La prise en charge a fait de grands progrès ces dernières années. Les prisons ont toutes un service médical et psychiatrique. Avant les années 2000, la prise en charge relevait d'un amateurisme complet. Aujourd'hui, les délinquants sexuels sont pris en charge par des spécialistes.* » Le problème réside surtout dans les moyens à disposition. Selon le psychologue, il n'existe que cinq à dix professionnels formés à ces thérapies. Au contraire, le Conseiller national UDC Yves Nidegger ne croit pas aux approches thérapeutiques, mais davantage à l'internement à vie. « *En ce qui concerne la médecine pénitentiaire, je suis sceptique quant à ses réelles capacités à faire disparaître les pulsions violentes des délinquants dangereux. La science est désespérée face à ces cas* »

La plupart souhaitent changer : c'est au contraire ce qu'affirme Diane Roth, une psychothérapeute, interrogée par Sébastien Jost . (Le Matin, 17.05.13) Elle explique comment se déroulent les traitements en prison : chaque détenu, même en détention provisoire peut demander à être suivi, à raison de 45 minutes par semaine. Dans certains cas, il y a même une obligation de

soins. « *Mais si la personne refuse le traitement, il y a peu de chances d'aboutir à des résultats* ». Mais, ajoute-t-elle, « *il est rare que des délinquants sexuels s'opposent complètement à une prise en charge* ». Pourquoi ? « *Parce que la plupart de ces patients souhaitent changer. Ils ont honte de ce qu'ils ont fait et ressentent de la culpabilité. Les délits sexuels sont particulièrement difficiles à assumer* ». Ensuite la psychothérapeute explique qu'elle a recours à de thérapies cognitivo-comportementales, portant sur l'identification des facteurs de risque qui conduisent au passage à l'acte. « *Nous analysons également avec les patients ses fantasmes, les éléments déviants de sa sexualité et de son excitation, ceci pour lui permettre de s'épanouir dans une sexualité saine. Si quelqu'un possède des fantasmes déviants, on ne peut pas les lui enlever, mais on peut lui apprendre à les gérer et à s'auto-contrôler* ». Diane Roth est affirmative : « *une thérapie effectuée par un spécialiste formé avec un patient motivé a de grandes chances de fonctionner. La qualité de vie du patient augmente et le risque de récidive diminue. Mais il est évident que même si la thérapie donne de bons résultats et que tous les témoins sont au vert, il n'y a pas de certitude absolue que la personne ne va pas repasser à l'acte* ». En tout cas, elle se dit « *profondément convaincue de la possibilité pour tout être humain d'évoluer* ».

« Le mystère psychiatrique qui précède la mort de Marie ». Dans le cas de Claude Dubois trois expertises psychiatriques ont été réalisées. C'est sur elles que s'attarde Fati Mansour, dans *Le Temps* (17.05.13). A l'époque de son procès, c'est Jacques Gasser qui est intervenu, décrivant « *l'atmosphère de destructivité créée par cet homme, incapable d'admettre l'idée d'une séparation* ». Selon lui, le risque de récidive ne pouvait être exclu, pour autant que Claude Dubois se retrouve dans une situation semblable à celle de son premier crime, ce qui semblait peu probable. « *C'était une époque, commente la journaliste, où la thématique de la dangerosité n'accaparait pas totalement les débats judiciaires et où les longues peines étaient préférées à une mesure d'internement à l'échéance trop incertaine. La tendance s'est largement inversée depuis lors* ».

Une seconde expertise est demandée en 2008, pour répondre à la demande de parler intime de C.D. Les conclusions sont sombres. L'homme n'a pas changé. « *Il pervertit la relation et présente les mêmes processus de distorsion qui étaient à l'œuvre auparavant* ». Il est décrit comme un homme cherchant à emporter l'adhésion, et manipulateur, se cabrant en cas de désaccord. Le pronostic de récidive est pessimiste. La troisième expertise est celle de novembre 2012. On sait qu'elle pose le diagnostic de « *personnalité dyssociale avec traits psychopathiques* », mais avec un risque de récidive peu probable.

Fati Mansour revient sur les expertises de façon plus générale avec le psychiatre Philippe Delacrausaz (*Le Temps*, 25.05.13), responsable médical du centre d'expertise psychiatrique du CHUV. Jusqu'ici, les expertises psychiatriques visaient d'abord à déterminer le degré de responsabilité pénale des auteurs d'infractions. Maintenant, ils doivent se risquer à émettre un pronostic de récidive. C'est plus délicat. « *Il ne s'agit plus pour l'expert d'analyser le passé, mais de faire des prévisions sur l'avenir, avec toutes les incertitudes que cela implique* ». Selon le Dr Delacrausaz, c'est encore plus difficile avec quelqu'un qui n'a pas d'antécédents pénaux, surtout si on demande au psychiatre de prédire s'il pourrait à l'avenir commettre des crimes plus graves. Il confirme que les meurtriers qui récidivent sont assez rares. Il explique aussi que ce qui est déterminant n'est pas la violence dont une personne est capable, mais les freins dont elle dispose pour ne pas passer à l'acte. La violence est rarement causée par des maladies mentales (de 3 à 5% des cas), mais plus souvent par des troubles de la personnalité et la consommation de substances.

Interrogé sur les échelles de dangerosité [nous avons présenté dans un précédent bulletin les échelles utilisées à Zurich par le Dr Urbaniok, prétendument scientifiques, mais souvent contestées],

il estime que ces instruments « *donnent l'apparence de la science, mais ne font que renforcer la tendance sécuritaire, car le risque zéro ne peut effectivement jamais être atteint* ». Ce genre de calculs ne donne pas d'indications utilisables sur des cas particuliers. En conséquence, il préfère une approche clinique, centrée sur la personne à expertiser, et conduite par deux psychiatres. « *Au final, il ne s'agit pas de fixer un niveau de dangerosité - qui n'existe pas - mais d'indiquer dans quelles situations et en lien avec quels facteurs, des actes de violence seraient susceptibles de se manifester* » De telles expertises doivent être répétées souvent pour prendre en compte l'évolution en cours. « *On ne peut pas faire une évaluation valable sur un très long terme, car on ne dispose d'aucun moyen pour prédire quel sera le comportement de quelqu'un dans vingt ans* ».

La formation en psychiatrie forensique est très importante, mais tous les intervenants n'en disposent pas, ou pas encore. Elle sera reconnue à partir de juillet 2013 comme spécialisation FMH, et dès lors, les expertises ne seront confiées qu'aux médecins formés, connaissant bien le cadre pénitentiaire et juridique. Les pièges à éviter absolument dans ce travail sont « *le manque d'informations, travailler seul ou s'enfermer dans des habitudes de fonctionnement* ». Quand l'enjeu pour le condamné est important, tel qu'une mesure d'internement, la difficulté est encore plus grande. « *L'expert doit être capable d'aller à la rencontre de cet être humain, d'entendre ce qu'il a à dire* ». Etre psychiatre n'empêche pas de ressentir parfois un sentiment de rejet, mais aussi de la sympathie, voire de la fascination pour l'auteur du délit, mais en aucun cas ces sentiments ne doivent influencer ses conclusions. Le Dr, Delacrausaz admet qu'il lui est arrivé de se faire manipuler.

Les experts psychiatres auraient-ils tendance à surévaluer la dangerosité ? A cette question, l'expert répond par l'affirmative. « *Le drame de Payerne fait effectivement perdre de vue que le mouvement général tend toujours vers plus de sécurité. Le nombre de mesures institutionnelles et d'internements est en constante augmentation, et beaucoup de personnes souffrant de graves maladies psychiques se retrouvent en prison pour longtemps, sans possibilités d'intégrer des lieux de soins adaptés (...) Il est vrai qu'il est moins téméraire d'envisager le pire, le pronostic trop pessimiste étant par définition impossible à vérifier si la personne n'est pas libérée. Par ailleurs, si le risque a été qualifié de faible et qu'aucune récidive ne se produit - ce qui arrive tout de même pas si rarement - on n'en parlera jamais* ».

Dans le débat sur l'affaire de Payerne, certains souhaitent que les experts soient tenus pénalement responsables en cas de récidive. Le Dr. Delacrausaz estime que les experts doivent être sanctionnés s'ils ne se sont pas conformés aux règles du métier. « *En revanche, vouloir pénaliser l'erreur c'est ouvrir la porte à tous les excès. Cela aboutira à une désertion des spécialistes et à un appauvrissement des compétences* ». A ses yeux, on attend trop des experts. Ceux-ci peuvent apporter quelques probabilités, poser quelques hypothèses, et dire quelles sont les questions auxquelles ils ne peuvent pas répondre. Les juges doivent accepter de ne pas recevoir des réponses à toutes leurs questions.

« Peut-on soigner un pervers narcissique ? ». Tout le monde se pose cette question. Dans Le Matin Dimanche (26.05.13), Geneviève Comby tente d'y répondre en citant plusieurs psychiatres et psychanalystes. « *Flatteur, séducteur, c'est sous ce masque qu'avance le pervers narcissique, avant de se trouver une victime et de la soumettre à son emprise* ». Ils sont décrits comme des êtres dénués d'empathie et imperméables à tout sentiment de culpabilité. Des virtuoses de la manipulation. Ils cherchent à exercer leur domination le plus souvent par la violence psychologique, mais « *lorsque leur système de fonctionnement ne marche plus, que l'autre ne se laisse pas faire, certains peuvent basculer dans la violence physique* », constate le psychanalyste Jean-Charles Bouchoud, auteur d'un livre sur le sujet.

La difficulté de soigner ces personnes est due à leur difficulté à se remettre en question. Ils ont recours à des mécanismes de défense consistant à rejeter d'emblée sur la victime la responsabilité du mal qu'ils lui infligent. *« Incapable d'accepter la frustration, le pervers narcissique rabaisse l'autre, puis le console. Il a besoin de détruire à petit feu pour exister »*. Selon le psychanalyste, c'est son rempart contre la folie. Quand il n'y a ni drame ni crime, le pervers narcissique peut passer inaperçu. *« Les pervers narcissiques sont des personnes qui ne s'estiment pas malades, dans le sens où elles n'expriment pas une souffrance particulière »*, selon Ariel Eytan, responsable de l'unité de psychiatrie des HUG. *« L'utilité d'une thérapie ne leur apparaît donc pas évidente »*. Ils sont habiles à manipuler les thérapeutes, mais il n'est pas impossible de les soigner. Toujours selon Ariel Eytan, *« la personne est plus accessible à un moment particulier où elle-même ressent une certaine souffrance. Lors d'une séparation, par exemple, ou de tout événement qui peut provoquer une remise en question de son système de fonctionnement »*.

Avec ce type de troubles, il faut envisager une thérapie au long cours. A préciser aussi que la notion de pervers narcissique n'est pas une catégorie de maladies reconnue dans la psychiatrie et qu'elle est peu étudiée. Ce n'est qu'en 1986 que le psychanalyste Paul-Claude Racamier a proposé ce terme pour qualifier certains troubles du comportement. Auteur du livre *« La fabrique de l'homme pervers »*, le psychanalyste Dominique Barbier *« estime que les pervers narcissiques constituent près de 10% de la population, et que l'émergence de ce type de profil serait même favorisée par la société actuelle, consumériste et obnubilée par la jouissance immédiate »*.