

La psychiatrie forensique en Suisse : au risque de l'instrumentalisation sécuritaire et positiviste

Bruno Gravier

DANS **DÉVIANCE ET SOCIÉTÉ** 2023/3 (VOL. 47), PAGES 435 À 475
ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0378-7931

DOI 10.3917/ds.473.0435

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2023-3-page-435.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La psychiatrie forensique en Suisse : au risque de l'instrumentalisation sécuritaire et positiviste

Bruno GRAVIER

Université de Lausanne

Introduction

Pendant longtemps, la réponse pénale et pénitentiaire en Suisse a été axée sur la réinsertion et la resocialisation plutôt que sur des peines privatives de liberté de longue durée. Il suffit de parcourir le code pénal suisse pour constater la relative mansuétude des peines encourues, comparativement à certains pays voisins.

Pourtant, les durées de détention s'allongent. La population carcérale vieillit. À côté des peines de prison, l'augmentation régulière des condamnations à une mesure pénale conduit à priver de liberté, durablement et de manière indéterminée, les sujets astreints à un traitement institutionnel et détenus en prison ou dans d'autres structures d'enfermement. La Suisse connaît maintenant « une dérive sécuritaire » (Jung, 2014) dans laquelle la psychiatrie forensique tient une place centrale autant dans ses fonctions d'évaluation que de traitement.

Les modifications législatives et les pressions populistes et médiatiques ont, certes, été pour beaucoup dans cette profonde inflexion. Mais ce mouvement a ceci de particulier en Suisse qu'il s'est focalisé sur le développement d'un soin psychique aux délinquants dans une perspective plus criminologique que thérapeutique. Psychiatres et psychologues ont ainsi été mis en demeure de s'inscrire dans cette perspective, tout en étant l'objet d'une profonde défiance de la part des autorités pénitentiaires.

Pour décrire cette dérive, j'ai pris le parti d'examiner le développement de la psychiatrie forensique et de ses différentes fonctions dans le système judiciaire et pénitentiaire suisse, dans le but d'analyser comment celle-ci a contribué – ou a été contrainte de contribuer – à ce renforcement sécuritaire. Seul l'examen minutieux d'un tel système permet de mesurer combien le soin psychique est dorénavant instrumentalisé au service du contrôle et de la gestion continue du risque.

Un tel mouvement amène d'abord à souligner l'évolution de l'expertise psychiatrique : la détermination de la responsabilité pénale s'efface dorénavant devant la discussion de l'indication à des mesures dites « thérapeutiques » qui constituera le point nodal de toute expertise puisque, qu'il soit responsable ou irresponsable, un délinquant souffrant de troubles psychiques connaîtra la même trajectoire et les mêmes lieux de privation de liberté^[1].

1 On ne peut être que stupéfait devant la teneur du texte introduisant la révision du Code Pénal « si les mesures n'existaient pas [...] un délinquant irresponsable ne pourrait faire l'objet d'aucune sanction pénale »

Message du Conseil fédéral suisse du 21 septembre 1998, concernant la révision de la partie générale du code pénal (<https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/sicherheit/gesetzgebung/archiv/stgb-at.html>) p. 1875.

La psychiatrie forensique est sollicitée à de nombreux moments du parcours pénal du délinquant souffrant de troubles psychiques, objet d'expertises psychiatriques récurrentes, obligé de se soigner et finalement soumis à une détention sans limite.

Pour mesurer cette place considérable et saisir les développements de cet article, un bref survol du déroulement de la procédure pénale puis de l'exécution de la sanction s'impose pour situer les interventions du psychiatre forensique, soit comme expert, soit comme soignant. Les deux fonctions ne peuvent être assumées par le même praticien, du moins tant que le délinquant est sous main de justice.

Comme dans la plupart des États de droit, si le fonctionnement psychique d'un prévenu interroge sa responsabilité et l'indication à un éventuel traitement, le procureur qui instruit le dossier peut diligenter une expertise psychiatrique.

Lorsque la personne est détenue préventivement, le tribunal qui statue sur la détention^[2] ordonne, éventuellement, des mesures de substitution « si ces mesures permettent d'atteindre le même but que la détention » (art. 237 CPP). Parmi ces mesures de substitution, le tribunal peut décider de libérer la personne et de l'astreindre à un traitement psychiatrique ambulatoire avant même que le rapport d'expertise ne soit rendu. Les autorités pénales se basent alors sur les premières conclusions orales des experts.

Par la suite, le jugement oriente la sanction en fonction des conclusions de l'expertise. Le tribunal peut ainsi prononcer une peine privative de liberté assortie d'une obligation de soin pendant la détention (traitement ambulatoire selon l'art. 63 CP). Il a aussi la possibilité de suspendre l'exécution de cette peine au profit d'un traitement institutionnel (art. 59 CP) ou de la prolonger par une mesure d'internement (art. 64 CP) qui peut être renouvelée jusqu'à la fin de la vie du condamné.

Une fois le jugement exécutoire, le devenir du condamné est géré par les autorités pénitentiaires qui décident du lieu de placement, gèrent les élargissements et évaluent régulièrement la progression du condamné.

2 Le Tribunal des mesures de contrainte (TMC) est compétent principalement pour ordonner la détention provisoire lors de la phase de l'instruction des affaires pénales par le Ministère public. Il est aussi compétent pour ordonner ou pour autoriser d'autres mesures portant atteinte aux droits fondamentaux des prévenus. Il a été institué pour ne pas cumuler sur une seule

autorité (le ministère public) l'ensemble des pouvoirs liés à l'instruction pénale. Dans cette optique, il est destiné à faire contre-poids au ministère public qui, dans la phase d'instruction du procès pénal, dispose de pouvoirs très étendus (<https://www.vs.ch/web/tribunaux/tribunal-des-mesures-de-contrainte>).

Des expertises sont régulièrement demandées par les autorités pénitentiaires pour apprécier l'évolution du condamné et sa dangerosité et permettre ainsi au juge de se prononcer sur l'opportunité de maintenir ou de mettre fin à la mesure.

Le présent texte décrira en premier lieu comment s'est développée la psychiatrie forensique depuis la promulgation du code pénal de 1937 jusqu'à la création récente de la Société Suisse de Psychiatrie Forensique. Dans un second temps, la description de la pierre angulaire de cette évolution, à savoir les mesures pénales et, en particulier le traitement institutionnel (art. 59 CP), permettra de saisir combien il est nécessaire pour les autorités de pouvoir recourir à une évaluation psychiatrique du prévenu, puis du condamné. La part prépondérante de l'évaluation de la dangerosité et ses avatars actuariels dans l'expertise fait l'objet d'une troisième partie. Une quatrième partie décrit le manque de structures de soins psychiatriques au service de l'institution judiciaire et l'extrême hétérogénéité de celles-ci, ce qui aboutit à une situation de grande confusion où de nombreux délinquants, souffrant de troubles psychiques, se retrouvent dans des lieux de détentions ordinaires sans bénéficier du traitement dont ils auraient besoin. Une cinquième partie tente de décrire cet objet particulier que l'on a essayé de nommer « thérapie forensique » qui relève avant tout d'un flou épistémologique et conceptuel réduisant le soignant à un auxiliaire judiciaire dont les boussoles éthiques sont singulièrement mises à mal par les pressions des autorités. Une dernière partie souligne l'impasse actuelle qui aboutit à l'allongement des durées de privation de liberté, à l'augmentation du nombre de condamnés à des mesures pénales, à des décisions problématiques et à un usage toujours plus sécuritaire des mesures dites thérapeutiques.

C'est en tant que clinicien, thérapeute et expert, mais aussi chef, pendant près de trente ans, d'un service de médecine et de psychiatrie en prison, ainsi que président de l'association des médecins pénitentiaires suisses que je rends compte de cette évolution. Engagé aussi dans le développement de l'enseignement académique de cette discipline qui doit sans cesse faire valoir sa légitimité dans le monde universitaire, notamment médical, il me semble primordial de montrer à travers cette description combien cette position de « conseiller en punition », pour reprendre l'expression de M. Foucault dans « surveiller et punir », conduit le psychiatre à être, sinon acteur, à minima témoin, d'une situation « plus que problématique avec le respect des droits de l'homme » (Besse, 2018, 65).

Les principaux jalons

Après la promulgation
du code pénal de 1937 :
une injonction thérapeutique
sans structure de soins

La psychiatrie forensique en Suisse, comme dans bien d'autres pays, n'a pas eu d'existence spécifique en tant que spécialisation médicale avant la fin du 20^e siècle (Sachs, Heller, 2019). Pourtant, dès 1893, C. Stooss dans un avant-projet de code pénal proposait l'introduction de « mesures de sureté » remplaçant la peine par un placement en asile des personnes irresponsables ou à responsabilité diminuée (Queloz, 2022). Par la suite, le premier code pénal fédéral de 1937 (entré en vigueur le 1^{er} janvier 1942), préconisait, à l'instar d'autres pays comme l'Allemagne, le traitement des délinquants dont l'état mental les conduisait à commettre un acte punissable ou l'internement lorsqu'ils « compromettaient gravement la sécurité publique »^[3]. Le code pénal définissait ainsi un champ d'exercice spécifique répondant aux besoins d'une population particulière (Jung, 2010).

Pendant longtemps, les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, à l'exception notable de quelques institutions, comme l'Institut de médecine légale de Genève, ont été assurés par des psychiatres privés, engagés le plus souvent à temps partiel par les directions pénitentiaires ou appartenant au service public et délégués ponctuellement par les services de psychiatrie hospitalière.

Lorsqu'ils devaient bénéficier de soins aigus, j'ai pu constater au début de mon activité en milieu pénitentiaire que les détenus étaient parfois pris en charge dans les hôpitaux psychiatriques cantonaux, fermés ou non, au grand dam des autorités judiciaires et pénitentiaires (Gravier, 2011). La plupart du temps, les détenus astreints à un traitement au long cours, lorsque les hôpitaux psychiatriques ne disposaient pas d'unité fermée pour patients difficiles, étaient incarcérés dans les établissements d'exécution des peines où ils ne bénéficiaient que d'une prise en charge minimaliste. « Les établissements pénitentiaires, après les hôpitaux psychiatriques se sont chargés de faire des délinquants anormaux les orphelins de la pénologie et de la psychiatrie » écrivait C.-N. Robert pour illustrer cette double défausse (1984, 622).

3 Dans beaucoup de pays, en France notamment, le terme d'internement est synonyme d'hospitalisation en milieu psychiatrique sans consentement. Ce n'est pas le cas en Suisse. Dans le droit pénal suisse le terme internement signifie une privation

de liberté à durée indéterminée dans un établissement pénitentiaire ou dans un établissement spécial sans qu'il y ait forcément nécessité ou injonction à une prise en charge psychiatrique.

À la fin du XX^e siècle : peu de psychiatres spécialisés mais attachés à leur indépendance

Ce sont surtout les modifications du code pénal en matière d'exécution des condamnations pénales (notamment la révision du code en 1998, entrée en vigueur en 2007), par l'accent porté sur les mesures thérapeutiques, qui ont profondément influencé l'évolution de la psychiatrie forensique en Suisse, autant dans le domaine expertal que dans celui du soin psychiatrique aux populations pénales. Plusieurs affaires judiciaires particulièrement médiatisées et l'adoption par votation en 2004 d'une initiative populaire préconisant « l'internement à vie » ont été particulièrement déterminantes dans cette évolution, autant en matière d'expertise que d'orientation de l'exécution des sanctions.

Pendant très longtemps, les missions d'expertise ont été réalisées, avant tout, par des médecins assistants en formation, astreints à la réalisation d'un certain nombre d'expertises psychiatriques pour obtenir le titre de psychiatre. Ceux-ci bénéficiaient de la supervision, souvent distante, de médecins cadres plus ou moins rompus à l'exercice.

À la fin des années 1980, la Suisse ne comptait que 14 psychiatres spécialisés en psychiatrie forensique (Sachs, Heller, 2019). Les modifications du code pénal ont conduit à une augmentation substantielle du nombre des mandats d'expertise alors que la qualité de ces expertises était mise en cause par les autorités et les médias. Il s'est ainsi avéré indispensable de développer cette spécialité.

En 1983, un groupe de travail réunissant les principaux experts et responsables d'institutions psychiatriques de Suisse romande avait publié le fruit de cinq années de rencontres. Leurs conclusions provocatrices, témoignant d'une forte prise de distance vis-à-vis des attentes judiciaires, méritent d'être rappelées (Ambrus *et al.*, 1983, 398) :

- « Les psychiatres pourront donner des informations plus utiles si on ne leur impose pas le cadre rigide d'une expertise psychiatrique, mais qu'on leur accorde celui plus souple d'un témoignage. Ils pourraient ainsi établir leur rapport selon leurs conceptions personnelles de méthode, d'éthique et d'identité professionnelle.
- La notion de responsabilité étant de nature philosophique ou juridique mais non médicale doit être rayée purement et simplement des questions posées au psychiatre.
- La notion de dangerosité, elle, fait partie des concepts utilisés par les psychiatres. Mais l'autorité ne doit pas s'attendre à beaucoup de réponses utiles de leur part sur ce point, sauf peut-être dans quelques

- cas qui seront au demeurant étayés beaucoup plus sur leur sens clinique intuitif artisanal que sur des données scientifiques.
- Une indépendance complète entre la sanction et une éventuelle mesure thérapeutique devrait être instaurée...».

La position des psychiatres engagés dans la psychiatrie légale était alors aux antipodes de l'évolution qui s'est affirmée dans les trois décennies suivantes.

La création de la Société Suisse de Psychiatrie Forensique (SSPF), une professionnalisation au service du sécuritaire ?

La création, en 2006, de la SSPF réunissant des psychiatres romands et, majoritairement, alémaniques, marqués pour la plupart par la culture psychiatrique légale germanique, a conduit la psychiatrie forensique à s'éloigner radicalement de ces prises de position. L'expertise s'est ainsi imprégnée des développements actuels en matière d'évaluation et de gestion des risques.

Dans le domaine du soin, les pratiques se sont souvent orientées dans le sens d'une plus grande collaboration avec les autorités pénitentiaires. Plusieurs orientations de politique pénitentiaire préconisent maintenant l'inclusion des thérapeutes dans le dispositif pénitentiaire d'évaluation et de suivi des condamnés^[4]. Ces évolutions posent les questions de l'indépendance du médecin dans la conduite thérapeutique, de la préservation du secret médical et de la pluralité des approches thérapeutiques dans ce champ particulier. En effet, seule l'approche cognitivo-comportementale trouve grâce aux yeux des autorités pénitentiaires alors que la pratique psychiatrique, reconnue par les autorités médicales fédérales, définit trois axes de pratique qui ont droit de cité autant dans les institutions publiques qu'en pratique indépendante : axes psychodynamique, systémique et cognitivo-comportemental.

À la suite de la création de la SSPF, plusieurs formations universitaires ou professionnelles ont été développées qui ont débouché sur la création d'une attestation de formation approfondie donnant droit à un titre académique (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie forensique)

4 Principes régissant l'exécution des sanctions pénales en Suisse, texte approuvée par la Conférence des chefs de départements de justice et police (CCDJP) le 13 novembre 2014 à Andermatt.

reconnu par la Fédération des médecins helvétiques (FMH) qui, en Suisse, délivre les titres médicaux.

Ce titre reconnaît la pratique de la psychiatrie forensique dans deux domaines, l'expertise psychiatrique mais aussi dans celui, moins connu, de la thérapie forensique. Dans ce dernier domaine, différentes visions du soin psychiatrique et psychothérapeutique pour les patients sous main de justice existent. Les divergences se cristallisent autour de la question des échanges avec l'autorité pénitentiaire, le maintien de la confidentialité, et surtout la finalité du travail thérapeutique. Celui-ci, suivant des conceptions majoritairement alémaniques, devrait être focalisé sur le délit dans une clinique objectivante, fondée sur des preuves. Ce point sera développé plus loin.

D'autres au contraire, dans des acceptions plus psychothérapeutiques et psychodynamiques, tiennent à privilégier le travail relationnel sur le lien entre l'auteur et son thérapeute et entre le sujet, son histoire et son environnement dans une tentative de subjectivation de l'acte commis (Raggenbass, 2008; Gravier, 2010; Gravier, Eytan, 2011).

Parallèlement, dans de nombreux cantons, la pratique de l'expertise s'est professionnalisée. Si tout psychiatre porteur du titre délivré par la Fédération des médecins suisses (FMH), reste habilité à réaliser des expertises psychiatriques, plusieurs cantons (Vaud, Valais, Fribourg, Zurich, Berne, Bâle) ont créé, dans le cadre des services de psychiatrie cantonaux ou des départements universitaires, des centres spécialisés dans l'exécution de ces mandats. La qualité des expertises en a été renforcée. Ces centres sont aussi des terrains de stage qualifiants pour des praticiens en formation souhaitant obtenir une reconnaissance officielle dans ce domaine.

Les mesures pénales: « un peu de soin, un contrôle de longue durée et une forte obsession sécuritaire » (Queloz, 2022, 129)

Inconnues en France et dans d'autres pays latins, les mesures pénales sont largement développées en Allemagne, aux Pays-Bas, et trouvent un équivalent dans les mesures belges de défense sociale. Ces mesures concernent principalement les délinquants nécessitant un traitement institutionnel et les délinquants dangereux. D'autres mesures concernent le traitement ambulatoire (art. 63 CP), le traitement des addictions (art. 60 CP) ou les mesures applicables aux jeunes adultes (art. 61 CP). Je me limiterai à présenter les art. 59 et 64 CP qui posent le plus de questions en matière de psychiatrie forensique.

Qu'est-ce qu'une mesure pénale ?

Dès 1937, le code pénal suisse a introduit la notion de mesure pénale de durée indéterminée. Ce dispositif se substitue alors à la peine. Comme l'explique Graven (cité par Robert, 1976, 12-13) « Le code pénal suisse consacre au niveau des sanctions la distinction entre peine et mesure, alors que la première trouve son fondement dans la culpabilité, la mesure, en revanche, a le délit pour occasion et relaie la peine lorsque cette dernière ne peut en raison de l'état particulier du délinquant remplir, ou remplir seul et complètement sa fonction préventive ». Héritée de la défense sociale, la mesure pénale est donc prononcée au moment du jugement. Dans sa version actuelle, lorsque la mesure a une visée thérapeutique la peine peut être suspendue dans l'attente du résultat de la mesure et ne sera pas exécutée si la mesure conduit à l'amendement du condamné. Lorsque la mesure a une visée sécuritaire, la peine est d'abord exécutée, la privation de liberté consécutive à la mesure entre en vigueur à la fin de la peine.

Si le délinquant est reconnu irresponsable, il pourra, en l'absence de peine, être condamné à l'une des deux mesures décrites ci-dessous et se retrouver en prison faute de place dans un établissement adéquat.

Toute l'ambiguïté de ces mesures est qu'elles ont un double but. Leur logique n'est pas afflictive. Elles visent « à favoriser l'amélioration des auteurs d'infraction susceptibles de se corriger », mais aussi « à mettre hors d'état de nuire les délinquants impénitents ou incurables »^[5]. Elles visent donc « deux types de personnes [...] : d'une part, celles qui ont besoin d'un traitement médical visant à diminuer le risque de récidive et, d'autre part, les personnes qu'il se justifie de priver de leur liberté car elles représentent un danger trop grand pour la société » (Fonjallaz, Gasser, 2017, 70).

Le but principal de la mesure pénale est la protection de la société et « sa finalité est la prévention. Elle se justifie par la très grande probabilité qu'un individu enfreigne à nouveau la loi pénale en raison d'un trouble physique ou psychologique. L'action thérapeutique porte sur les facteurs criminogènes. [...] Le système a le défaut d'ouvrir la porte à la neutralisation d'une frange de la population [...] au détriment des libertés individuelles » (Parein, 2008, 30). « L'acte illicite est plutôt appréhendé comme un symptôme révélant chez l'individu un besoin ou une pathologie » (Parein, 2008, 29).

5 Message du Conseil fédéral *op. cit.* p. 1874.

Jusqu'au début des années 2000 le nombre de condamnés astreints à de telles mesures allait en déclinant (Queloz, 2008). Certains prévoyaient que ces dispositions disparaîtraient faute d'établissement adéquat, devant le peu d'empressement des hôpitaux psychiatriques à recevoir ces patients particuliers ou le coût élevé de la construction d'établissements spécifiques. La révision du code pénal, en 2007, a donné un nouveau souffle à ces mesures et en a amplifié l'usage. Actuellement, plus de 1 000 personnes, sur une population pénale de 7 000 détenus, sont privées de liberté après avoir été astreintes à de telles mesures^[6]. Le nombre de condamnés tombant sous le coup de ces articles connaît une augmentation régulière qui ne se dément pas (Queloz, 2020). Si le nombre de prononcés de telles mesures reste faible au regard de l'ensemble des condamnations pénales, le nombre de libérations reste inférieur à celui-ci et la durée de la privation de liberté dans un tel cadre va en augmentant (Queloz, 2022). Dans les faits, le nombre absolu de personnes astreintes à de telles dispositions augmente régulièrement (Fink, 2017, 61).

Le traitement institutionnel (art. 59 CP)
ou la sécurité sous l'alibi du soin

L'article 59 du code pénal suisse est la mesure pénale la plus utilisée; elle est prononcée lorsque l'auteur «souffre d'un grave trouble mental, qu'il a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble et qu'il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble».

La notion de grave trouble mental a été laissée dans le flou par le législateur qui indique renoncer «sciemment à toute classification. Cette formulation signifie que tout l'éventail des phénomènes anormaux et susceptibles d'être diagnostiqués selon des critères peut, en principe, entraîner une mesure thérapeutique»^[7].

Queloz et Delacrausaz (2016, 1016) estiment pour leur part que «le Code Pénal Suisse ne fait du «grave trouble mental» qu'une notion juridique indéterminée, dans l'espoir que la médecine et les psychiatres la

6 La compétence cantonale de l'exécution des peines rend difficile et surtout approximatif un recensement national fiable du nombre de détenus sous mesures. Le rapport «Monitoring des capacités de privation de liberté 2016 – Rapport complémentaire relatif à l'hébergement, à la prise en charge et au traitement de délinquants souffrant

de troubles psychiques» mandaté par les autorités fédérales a comptabilisé avec une enquête approfondie 860 détenus sous art. 59 CP et 110 sous art. 64 CP. L'Office fédéral de la statistique, en 2020, comptabilisait 1029 condamnés sous mesures en Suisse, toutes mesures confondues.

7 Message du Conseil fédéral *op. cit.* p. 1882.

définissent et éclairent la lanterne des juristes... Ce qui, dans les faits, ne se réalise pas!». Ces auteurs constatent finalement que l'indétermination de la notion de gravité conduit les juges à corréliser la gravité du trouble mental à celle du délit reproché, surtout lorsqu'il s'agit de certains types de délits, sexuels notamment, ce qui influencera le prononcé de l'art. 59 CP.

Faute d'une véritable définition, les pathologies qui peuvent justifier l'application de l'article 59 recouvrent pratiquement tout le spectre de la psychopathologie et vont du trouble de la personnalité aux psychoses les plus sévères en passant par les troubles de la préférence sexuelle. Le rapport « monitoring des capacités de privation de liberté, 2016 »^[8] a effectué, à partir des expertises psychiatriques de détenus sous mesures, un recensement des diagnostics concernés en les répartissant en trois groupes pour déterminer le lieu de prise en charge le plus adéquat. Ce rapport comptabilisait, parmi les 860 condamnés à une mesure au sens de l'art. 59 CP, 482 condamnés qui seraient redevables de soins dans une clinique psychiatrique, (souffrant de schizophrénie, de troubles délirants persistants, de troubles bipolaires, de troubles dépressifs sévères ou d'une polytoxicomanie sévère) et 369 condamnés qui devraient bénéficier d'un placement dans un « centre de mesures »^[9] spécifiquement destiné à l'exécution des sanctions pénales. Les condamnés de ce dernier groupe présentaient des troubles de la personnalité, des troubles de la préférence sexuelle, des abus de substances ou des troubles de l'adaptation. Une grande partie de ces condamnés, quelle que soit leur pathologie, est en réalité placée en détention ordinaire.

En filigrane de la décision d'un traitement institutionnel s'inscrit bien souvent la recherche d'un environnement contenant et sécuritaire. Il s'ensuit une grande confusion sur ce que le traitement institutionnel implique et sur ce qui déterminera le prononcé de la mesure sans que l'on sache bien s'il existe des indications médicales à la dimension institutionnelle du traitement préconisé. La même mesure pourra concerner des délinquants sexuels, nécessitant avant tout un traitement ambulatoire mais qui inquiètent par leur potentialité de récurrence, et des grands malades souffrant de psychose chronique rejetés des circuits de soin et qui se retrouvent durablement incarcérés.

L'article 59 CP ainsi défini ordonne donc un traitement de durée indéterminée dans un établissement psychiatrique spécifique ou dans un

8 *Op. cit.*

9 Un centre de mesures est un établissement pénitentiaire organisé suivant le régime de la communauté thérapeutique (Fink, 2017)

fondé sur 4 piliers : insertion sociale, insertion professionnelle, sécurité et thérapie forensique (Galli, 2017).

établissement d'exécution des mesures, mais permet aussi son exécution dans un établissement pénitentiaire ordinaire. Il est prononcé en plus d'une peine privative de liberté qui est alors suspendue. Cette peine ne sera exécutée que si le traitement échoue. En théorie limitée à 5 ans, cette mesure peut, toutefois, être renouvelée, ce qui est, très souvent, le cas.

Pensée comme une disposition favorisant la réhabilitation et évitant des incarcérations trop longues, l'application de cet article engendre, dans les faits, de plus en plus de privations de liberté qui excèdent largement la peine privative de liberté initiale. Les magistrats ont, en effet, perçu l'avantage sécuritaire de telles mesures qui pouvaient pallier ainsi la mansuétude des peines privatives de liberté à durée déterminée et permettre de garder incarcéré un délinquant inquiétant bien au-delà de la peine prononcée.

Mesure dite thérapeutique, l'art. 59 CP a ainsi rapidement été utilisée comme une mesure de sureté permettant de garder en prison des délinquants inquiétants, finalement peu susceptibles d'évoluer avant longtemps, surtout en l'absence d'un véritable tissu thérapeutique adapté. Les médias ne s'y trompent d'ailleurs pas, qualifiant souvent cette disposition de « petit internement » en reprenant la dénomination utilisée par les juristes alémaniques pour qualifier ce qui est devenu « une mesure de sureté au sens strict » (Queloz, 2020, 17-18), marquée par « l'obsession de ne pas perdre le contrôle des « délinquants à risque » (Queloz, 2022, 144).

Internement (art 64. CP al. 1),
la sécurité avant tout

Pour les cas dans lesquels la dangerosité l'emporte sur la dimension thérapeutique, le législateur a créé une mesure d'internement, celui-ci étant compris comme une privation de liberté à durée indéterminée basée uniquement sur des motifs sécuritaires et sans notion de traitement psychiatrique.

L'internement concerne des auteurs de faits graves, portant atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle de leur victime et qui sont à risque de récidive du fait « des caractéristiques de leur personnalité » ou « d'un grave trouble mental chronique ».

Cette mesure est appliquée au terme de la peine et peut être reconduite d'année en année sans limitation dans le temps. Elle permet de garder pendant de très longues années, la plupart du temps en prison, de manière indéterminée, voire à vie, des délinquants jugés

particulièrement dangereux et inaccessibles à un traitement. Cette mesure a inspiré le législateur français qui a créé, sous la présidence Sarkozy, la rétention de sûreté.

Le condamné responsable doit ainsi d'abord purger la peine prononcée, l'internement n'entrant en vigueur qu'une fois la peine achevée. Lorsqu'un auteur d'infraction est reconnu irresponsable, et en l'absence de peine, l'internement débutera dès la condamnation effective. La situation et l'évolution du condamné sera, toutefois, réexaminée chaque année, dès le jugement, afin d'examiner si la mesure peut être transformée en traitement institutionnel (art. 59 CP). En 2016, on comptabilisait 110 condamnés à un tel article dont 45 personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères et 62 souffrant de troubles de la personnalité.

Internement à vie (art. 64 al. 1 CP),
la Suisse hors la loi,
une disposition inapplicable

Au début des années 2000, 194 390 citoyens, soutenant la famille d'une victime d'un tueur en série obtenaient le vote du peuple suisse sur une modification constitutionnelle permettant la privation de liberté à vie en établissement pénitentiaire, sans aucune possibilité de sortie ni de réexamen (appelée internement à vie) de sujets ayant commis des crimes particulièrement graves, et dont la dangerosité et l'incurabilité sont considérées comme immuables par deux expertises psychiatriques. Ce texte édifiant (cf. encadré), émanation directe du ressenti populaire face aux crimes les plus graves et de son expression populiste, a été approuvé en 2004, contre l'avis de la quasi-totalité des forces politiques et l'unanimité des professionnels de la justice et du monde pénitentiaire, par 56 % des votants. Il a été transcrit dans l'article 64 du code pénal qui prévoit, pour garder une certaine compatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme¹⁰, l'examen de la situation du condamné par une commission spéciale composée d'experts de la psychiatrie forensique pour apprécier

10 Cette question a fait l'objet de vastes débats juridiques concernant la compatibilité d'une telle disposition avec les articles 3 et 5 de la CEDH. Ce dernier n'offre aucune base juridique à la privation de liberté à titre préventif afin de prévenir d'éventuels dangers. La jurisprudence infère de cet article que, lorsque la privation de liberté dépend de la personnalité de l'auteur, il existe un droit à ce que la légalité de

l'internement soit examinée par un tribunal à des intervalles raisonnables ce qui n'était pas envisagé par le texte voté par le peuple. Cf. Message relatif à la modification du code pénal dans sa version du 13 décembre 2002 (Mise en œuvre de l'art. 123a de la Constitution fédérale sur l'internement à vie pour les délinquants extrêmement dangereux) <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2006/104/fr>, p. 878.

« si de nouvelles connaissances scientifiques pourraient permettre de traiter l'auteur de manière qu'il ne représente plus de danger pour la collectivité ». La décision du tribunal repose par ailleurs sur deux expertises psychiatriques concordantes qui doivent préciser si « l'auteur (peut-être) qualifié de durablement non amendable, dans la mesure où la thérapie semble, à longue échéance, vouée à l'échec ».

Article 123a de la Constitution fédérale sur l'internement à vie

Si un délinquant sexuel ou violent est qualifié d'extrêmement dangereux et non amendable dans les expertises nécessaires au jugement, il est interné à vie en raison du risque élevé de récidive. Toute mise en liberté anticipée et tout congé sont exclus.

De nouvelles expertises ne sont effectuées que si de nouvelles connaissances scientifiques permettent d'établir que le délinquant peut être amendé et qu'il ne présente dès lors plus de danger pour la collectivité. L'autorité qui prononce la levée de l'internement au vu de ces expertises est responsable en cas de récidive.

Toute expertise concernant le délinquant est établie par au moins deux experts indépendants qui prennent en considération tous les éléments pertinents.

L'internement à vie ainsi conçu vient souligner « que le sujet labellisé dangereux échappe au droit commun pour faire l'objet d'une mesure d'exception sur la base d'une expertise psychiatrique » (Gravier, 2006, 307). Le rôle du psychiatre expert en est fondamentalement bouleversé, puisqu'il n'est plus là pour décrire une pathologie et ses effets mais qu'il doit, avant tout, effectuer une mission sécuritaire finalement bien éloignée de l'art médical.

À ce jour, 5 jugements ont abouti à une telle condamnation. 4 ont été invalidés par le Tribunal fédéral, le cinquième n'ayant pas fait l'objet d'un recours. La jurisprudence du Tribunal fédéral a en effet considéré que, pour prononcer un tel jugement, deux experts devaient certifier que la dangerosité du prévenu ne se modifierait jamais et que celui-ci resterait inaccessible « à vie » à un traitement (Menetrey-Savary, 2015). On arrive là aux limites de l'exercice médical et il est heureux que la majorité des experts reconnaissent leur incapacité à effectuer une telle prédiction qui va bien au-delà de ce que les données de la science peuvent autoriser.

L'expertise psychiatrique : seule l'évaluation de la dangerosité compte

Responsabilité pénale :
l'irresponsabilité dépsychiatisée

Comme dans la plupart des pays occidentaux, la mission première de l'expertise psychiatrique en matière pénale est de déterminer la responsabilité pénale du prévenu, c'est-à-dire sa capacité à apprécier le caractère illicite de son acte et à se déterminer d'après cette appréciation.

L'appréciation de la responsabilité repose donc sur l'évaluation de deux facultés : la capacité cognitive – soit la capacité à comprendre une situation, un acte, etc. – et la capacité volitive – soit la capacité à agir conformément à sa volonté. L'ancien code pénal précisait que ces facultés pouvaient être abolies par « une maladie mentale, faiblesse d'esprit ou grave altération de la conscience » ou diminuées par « un trouble dans la santé mentale ou dans sa conscience ou par suite d'un développement mental incomplet ». Dans sa nouvelle version entrée en vigueur en 2007, la disposition est libellée de la manière suivante : « L'auteur n'est pas punissable si, au moment d'agir, il ne possédait pas la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte ou de se déterminer d'après cette appréciation » (art. 19 CP).

Le code révisé de 2007 introduit ainsi un changement majeur et utilise « une tournure syntaxique qui ne cite aucune pathologie médicale comme cause possible de responsabilité restreinte ou d'irresponsabilité » (Niveau, Dang, 2008, 1601). Le législateur argumentait alors qu'une personne ne souffrant pas de trouble psychique pouvait se trouver momentanément dans un état émotionnel très perturbé justifiant d'une irresponsabilité (Gasser, Gravier, 2007).

Cette nouvelle formulation permettrait de conclure, selon certains, à une diminution de responsabilité dans des situations où la « modification des représentations de l'auteur » pourrait être consécutive à l'intervention d'un tiers, par exemple, en cas de manipulation psychologique ou dans les cas où les auteurs auraient une représentation de la légitimité de leurs actes « qui découle de l'environnement dans lequel ils ont baigné » (Parein, 2019, 12). Pour d'autres, (Gasser, Gravier, 2007), cette nouvelle formulation pouvait laisser anticiper une augmentation importante des personnes considérées comme irresponsables. Il n'en a, semble-t-il, rien été. Les questions posées par les magistrats dans les mandats d'expertise (élaborés de concert entre magistrats et médecins experts à l'issue de cette révision du code pénal) ont continué à interroger les experts

sur l'existence d'un trouble mental en subordonnant les questions sur la responsabilité pénale au constat d'un tel trouble.

L'évaluation de la responsabilité pénale est toutefois désormais reléguée au second plan de l'enjeu expertal. En effet, responsable ou irresponsable, le devenir du délinquant sera principalement tributaire de l'évaluation du risque dont il est porteur et de la possibilité d'un traitement. Le délinquant reconnu irresponsable ne sera pas, comme dans la plupart des États de droit, placé dans un hôpital psychiatrique, son devenir restera de la compétence des autorités pénitentiaires. Il sera tributaire du prononcé de la mesure et des places dans les établissements appropriés.

Évaluation de la dangerosité,
une métrique amputée
de tout raisonnement clinique

L'expertise psychiatrique, que ce soit avant ou après le jugement doit répondre à la question du risque de récidive et donc à l'opportunité de prononcer une mesure pénale (ou de la prolonger) pour réduire le risque existant en raison d'un trouble psychique.

Cette exigence qui s'est accrue pendant les deux dernières décennies est la source d'importantes tensions entre les attentes de la société et de la justice d'un côté, et les avis contrastés des experts concernant la fiabilité et la validité de leur expertise dans le domaine de la prédiction des risques de l'autre (Delacrausaz, 2017). Lorsqu'on sait que le prononcé d'une mesure peut conduire à une privation de liberté très longue, là où une seule peine privative de liberté de durée déterminée aurait conduit à une incarcération beaucoup plus courte, on mesure l'importance qu'a pris le point de vue des experts psychiatres.

Dans ce contexte tendu, le recours à des instruments d'évaluation du risque de violence, outils actuariels ou jugements cliniques structurés, est maintenant très largement préconisé (Kohler, 2015). S'il reste assorti de recommandations de prudence dans leur utilisation (Moulin 2015; Niveau 2015; Fonjallaz, 2017; Wangmo 2021), l'usage de ces instruments figure de manière très explicite dans le questionnaire adopté récemment par les autorités de poursuite pénale et la SSPF. Il met par ailleurs l'appréciation expertale au risque de se distancier de toute mise en perspective clinique pour n'être plus qu'une somme arithmétique des facteurs de risque ou, dans le meilleur des cas, une probabilité venant éteindre toute autre considération.

Le recours à des instruments standardisés du risque a aussi été poussé à l'extrême dans plusieurs cantons alémaniques où est utilisé un « instrument d'évaluation standardisée du risque et du besoin, ainsi que de contrôle de l'évolution et d'assurance qualité » (FOTRES – Forensisches Operationalisiertes Therapie- und Risiko-Evaluations-System ; Goncalves, 2017)^[11]. Cet instrument, développé par des praticiens zurichois, consiste en un jugement professionnel structuré informatisé combinant près d'une centaine de facteurs statiques et facteurs dynamiques. La prédiction finale repose sur l'utilisation d'algorithmes qui donne à chaque facteur, favorable ou défavorable, un poids relatif (Niveau, 2015). L'algorithme de calcul du risque n'est toutefois pas connu de l'évaluateur. Pour cette raison, il a été fortement critiqué, notamment par le Tribunal fédéral qui a estimé qu'il ne remplissait pas les exigences de transparence et de traçabilité qu'une telle évaluation requiert (Vuille, 2019). Les critiques concernaient aussi la rareté des études de validation et l'évidence de conflits d'intérêts chez les promoteurs de cet instrument. Malgré ces limites, cette évaluation actuarielle informatisée est considérée par les autorités pénitentiaires helvétiques comme la pierre angulaire de toute évaluation de la dangerosité, en particulier en matière d'exécution des peines dans les cantons alémaniques.

On ne peut que s'inquiéter de la survalorisation de l'évaluation du risque par ces instruments spécifiques alors que l'on en connaît de plus en plus leurs limites, leurs dérives et leurs impasses. S'ils constituent un apport indiscutable, on ne peut nier leur sensibilité à l'émotion du cotateur et leur contribution à l'effet de construction sociale de la dangerosité de l'individu et à sa stigmatisation (Gravier, 2012, 2020). Outre la fiabilité de ces instruments dont on connaît maintenant le caractère relatif à long terme à travers les études sur la désistance (Hanson, 2018), l'accent systématique mis sur leur usage fait courir le risque d'un appauvrissement de la démarche clinique et, en conséquence, de l'apport du travail expertal. On voit maintenant de plus en plus de rapports qui se satisfont de la production du score obtenu à la passation de telle ou telle échelle sans le resituer dans l'analyse du fonctionnement psychique du délinquant.

11 Projet pilote « Exécution des sanctions orientée vers les risques », Office de l'exécution judiciaire du canton de Zurich, 2014.

La détermination de la mesure,
le poids de l'expertise

La détermination de la mesure sera un élément majeur des conclusions de l'expertise. Aucune mesure ne peut être ordonnée sans expertise. L'expert devra donc déterminer si la personne peut bénéficier de soins, si ces soins peuvent être dispensés dans un établissement existant – qu'il soit carcéral ou non –, et s'ils peuvent avoir une chance d'être suivis d'effets malgré le peu d'empressément du sujet à s'y conformer. La réputation de l'article 59 CP n'étant plus à faire dans la population pénale, l'enjeu sera, pour beaucoup, d'y échapper.

Le flou régnant sur la notion de traitement dans ce contexte (cf. plus loin), l'expert devra construire sa réponse à partir de son diagnostic, de son analyse du risque de récidive, de sa perception d'une évolution possible sous traitement. Il devra surtout étayer ce qui fait qu'un délinquant souffrant de troubles de la personnalité doit « bénéficier » d'un enfermement à visée socio-thérapeutique, justifiant l'indétermination de la durée du traitement, plutôt que de purger une peine à durée limitée. Là encore, la nature du délit pèse lourd dans l'appréciation. Un délinquant sexuel est, dans un tel contexte, le candidat idéal à une telle mesure. Les murs de l'institution viennent alors compléter par leur caractère contenant le traitement spécialisé préconisé. L'expert devra aussi s'assurer que l'institution qu'il recommande existe bien (art. 56 CP), ce qui reste bien souvent illusoire vu l'absence de places.

Le critère de proportionnalité de la mesure prévue par cet article restant du ressort du tribunal, il appartiendra à l'expert de déterminer, en cas de risque de récidive avéré, l'effet probable ou improbable d'un traitement futur pour orienter, dans les affaires les plus graves, vers un internement de sécurité.

Le message du Conseil fédéral précisant aussi qu'il peut être justifié d'ordonner l'internement « d'un auteur mentalement sain »^[12], il reviendra toutefois à l'expert de préciser les « caractéristiques particulières de la personnalité » de celui-ci.

12 *Op. cit.* p. 1903.

La psychiatrie dans les prisons et dans l'exécution des peines : un paysage hétérogène et déficitaire

Les prises en charge psychiatriques en prison ou dans le domaine post-pénal ont toujours considérablement varié d'un canton à l'autre, autant en termes d'organisation que de ressources, mais ont toujours été marquées par l'insuffisance des moyens. Après la promulgation de la réforme du code pénal, différents types d'organisation ont été développés, parfois dans l'urgence, sans véritable unité de doctrine, ni même accord quant aux objectifs, au déroulement ou aux principes guidant le traitement dans un tel contexte.

Les soins dans les prisons,
de grandes disparités

L'organisation des soins médicaux dans les prisons se décline en fonction de l'indépendance des acteurs de santé vis-à-vis des autorités pénitentiaires : les organisations vont du rattachement exclusif au département de la santé jusqu'au rattachement intégral au département de la sécurité. Dans nombre d'États occidentaux, il existe des systèmes mixtes en fonction de l'histoire des institutions pénitentiaires et hospitalières, des ressources mobilisables ou de la volonté de rattacher tout ou partie du personnel soignant aux autorités de santé (Sultan, 2017). En Suisse, compte tenu du fédéralisme et donc de la compétence des cantons en matière de gestion carcérale et d'organisation sanitaire, pratiquement tous les cas de figure possibles existent. Certains cantons disposent d'un service médical en milieu pénitentiaire, partie intégrante de l'organisation hospitalière, tandis que d'autres se satisfont de personnel externe, souvent à temps partiel, et recruté par le directeur de la prison.

Les avantages de l'indépendance ne sont toutefois plus à démontrer, tant en termes de santé publique que de respect du principe d'équivalence des soins et des principes éthiques qui président à l'exercice de la médecine dans un lieu de détention, voire en matière de ressources et de qualité des soins (Sultan, 2017)¹³.

13 Le non-respect des principes éthiques qui président à l'exercice de la médecine dans des lieux de privation de liberté n'est pas le seul apanage du milieu carcéral. La Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) en Suisse ainsi que

le Contrôleur des lieux de privation en France ont aussi pour mandat de procéder à des visites en milieu hospitalier ainsi que dans tout lieu où des sujets sont privés de liberté quelle qu'en soit la raison.

C'est en 1963 que les soins médicaux des prisons genevoises ont été dévolus à l'Institut de Médecine Légale de Genève. Le Canton de Vaud, en 1995, a créé un Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires faisant maintenant partie intégrante du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (Gravier, 2011). Par la suite, les cantons francophones se sont majoritairement orientés vers une organisation indépendante, tandis que les cantons alémaniques en sont restés, pour la plupart, à une organisation dépendante, souvent peu structurée et peu dotée, à l'exception de structures spécifiques dans de grands cantons (Berne, Zurich)^[14].

La Suisse, État fédéral, laisse aux autorités de chaque canton l'organisation de l'exécution des peines et de la détention. Ainsi, chaque canton finance, construit et fait fonctionner les prisons situées sur son territoire. Les cantons se sont regroupés en concordats pour planifier et contribuer au financement d'infrastructures plus importantes qui bénéficieront aux détenus des cantons concernés^[15]. Il en va ainsi des établissements destinés à accueillir des longues peines et, en principe, des établissements qui accueillent spécifiquement des détenus sous mesures thérapeutiques.

L'exécution des mesures,
de l'établissement approprié
à la prison, un manque criant

Avant la révision du code pénal de 2007, pendant des décennies, les détenus condamnés à une mesure thérapeutique étaient, pour certains, placés en hôpital psychiatrique. La plupart se retrouvaient en établissement pénitentiaire sans bénéficiaire de l'infrastructure thérapeutique souhaitable. Les autorités pénitentiaires n'avaient qu'un regard distant sur ces détenus particuliers dont le statut n'était évalué que de temps à autre à la faveur d'une expertise psychiatrique.

Le code pénal dans son article 59 définit maintenant que ceux-ci doivent bénéficier d'un placement dans « un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures ». Il en va, théoriquement, de même pour les délinquants astreints à un internement de sécurité pour leur permettre l'accès à un traitement dans une éventuelle

14 Le canton du Tessin, qui avait jusqu'à récemment une organisation dépendante des autorités pénitentiaire, a créé, en juillet 2018, le Servizio di Medicina Penitenziaria rattaché à l'hôpital régional de Lugano.

15 Pour assumer et partager les coûts importants liés à la création d'établissements d'exécution des peines, les cantons se sont regroupés en trois concordats (latin, suisse orientale, suisse centrale et du nord-ouest).

perspective de transformation de la mesure et notamment pour les délinquants irresponsables. L'établissement doit, avant tout, être fermé pour garantir la sécurité ce qui n'est plus le cas des hôpitaux psychiatriques. Les cantons ont été, lors de la promulgation du code pénal de 2007, mis en demeure par le législateur de construire rapidement de tels établissements. Queloz, dès 2008, s'interrogeait : « Face à ce défi politique et financier, les cantons seront-ils en mesure de créer dans un avenir proche les établissements de thérapies spécialisées qu'une application efficace de la loi réclame ? » (Queloz, 2008, 111). La réponse a été principalement négative. En tout dernier ressort, sous la pression des autorités cantonales qui estimaient insupportable le coût de tels établissements, le législateur a inscrit la possibilité légale de faire exécuter de telles mesures dans un établissement pénitentiaire qui pouvait assurer un suivi psychiatrique minimal.

Cette décision a conduit à la situation actuelle qui voit des patients sous mesure de traitement institutionnel rester détenus de longues années dans des établissements pénitentiaires sans bénéficier du traitement qui leur est imposé par décision judiciaire. De nombreuses voix s'élèvent régulièrement pour dénoncer cette situation qui légitime le maintien en détention pendant de longues années de détenus très malades psychologiquement qui ne bénéficient que d'un suivi minimal dans un contexte peu propice à leur prise en charge et qui aggrave leur chronicisation et leur désocialisation (Commission nationale de prévention de la torture, 2017; Menetrey-Savary, 2017). La Cour européenne des droits de l'homme a aussi condamné la Suisse en concluant à la violation de l'art. 5 §1 CEDH après avoir constaté qu'un condamné à une mesure de traitement institutionnel se trouvait depuis plus de quatre ans et demi, après la fin du temps de sa peine privative de liberté, « dans une institution manifestement inadaptée aux troubles dont il souffre » et en raison de l'absence d'expertise récente soutenant le maintien et la mise en œuvre d'un art. 59 CP¹⁶.

La psychiatrie dans l'exécution
des peines et mesures :
la grande confusion

Les structures de soin psychiatriques pour des détenus sous mesure se sont développées en dehors de toute vision d'ensemble ou d'une philosophie thérapeutique partagée et en fonction des choix organisationnels effectués dans chaque

16 Arrêt CourEDH *Kadusic* contre *Suisse* du 9 janvier 2018. Req. N° 43977/13.

canton, des besoins évalués et des ressources financières mobilisables. Ainsi, il existe des établissements psychiatriques dédiés à l'accueil des détenus (clinique de psychiatrie forensique à la Rheinau dans le canton de Zurich), des établissements pénitentiaires entièrement consacrés à la prise en charge aiguë et à long terme des détenus souffrant de troubles psychiques ou astreints à une mesure (Curabilis à Genève), des sections spécialisées dans les hôpitaux psychiatriques (Koenigsfelden, Bâle), ainsi que des unités spécialisées dans les établissements pénitentiaires (Canton de Vaud).

Dans plusieurs cantons alémaniques, l'exécution de mesures thérapeutiques institutionnelles a été confiée à des structures pénitentiaires non ou peu médicalisées, axant leur action sur des perspectives sociothérapeutiques (Bitzi dans le canton de Saint Gall, Saint-Jean dans le canton de Berne).

Un certain nombre de condamnés à une mesure thérapeutique sont aussi placés dans des foyers psychiatriques ou des Établissements Psycho Sociaux Médicalisés (EPSM) qui acceptent des patients sous main de justice. Ce type de placements dans un établissement, parfois fermé mais jamais sécurisé, intervient lorsque le condamné a suffisamment progressé et est estimé apte par les décideurs judiciaires et pénitentiaires à bénéficier d'une plus grande ouverture. Pour la plupart des condamnés à de telles mesures, ces établissements, loin d'être des lieux orientés vers la réinsertion, sont souvent des lieux de stagnation sociale où le patient/détenu est davantage relégué qu'incité à construire sa réinsertion.

Le rapport « Monitoring des capacités de privation de liberté » en 2016 concluait à un manque criant de places pour satisfaire à la bonne exécution des mesures pénales et estimait que 281 places faisaient défaut en clinique psychiatrique forensique pour des condamnés souffrant de pathologies nécessitant un environnement hospitalier. 105 places manquaient par ailleurs pour accueillir des condamnés souffrant de troubles de la personnalité, soit dans des établissements pénitentiaires disposant d'une offre thérapeutique, soit dans des centres ou unités de mesures. Ce sont donc près de 400 places qui manqueraient pour répondre aux besoins thérapeutiques définis par les articles 59 et 64 du code pénal. Cela permet de mesurer l'ampleur de l'impasse dans laquelle le système pénitentiaire se trouve et fait dire à certains que cette situation revient à « décréter une thérapie sans thérapeute » (Ferreira, Maugué, 2017, 12).

L'exécution des mesures :
un patchwork thérapeutique

Dans ce paysage contrasté, il est difficile de véritablement identifier ce qu'il en est de la réalité des possibilités thérapeutiques et de la densité du suivi qui peut être mis en place. La confusion induite par le prononcé de l'art. 59 du code pénal, sur la nature du trouble en cause et donc sur le traitement qui pourrait être attendu par la décision judiciaire, se projette sur les structures qui accueillent les détenus astreints à une mesure thérapeutique institutionnelle. Seul un patient travail de recensement et de visites a permis de dresser un état des lieux de l'offre thérapeutique existante dans un certain nombre de cantons et a constaté le manque criant de moyens dans nombre d'endroits (Commission Nationale de Prévention de la Torture, 2017).

La CNPT observe ainsi qu'en Suisse alémanique l'accent est mis sur les thérapies de groupe, tandis qu'en Suisse romande les établissements privilégient les thérapies individuelles. Dans beaucoup d'établissements l'accès à un traitement ne peut pas se faire sur une base régulière faute de ressources thérapeutiques. La conceptualisation des activités permettant la bonne exécution de ces mesures thérapeutiques ne répond pas à une véritable définition d'ensemble. Il s'agit au contraire d'une auberge espagnole où ce qui a été développé dépend avant tout de la vision que les directions d'établissement peuvent avoir de la notion de traitement. Ainsi, certains établissements privilégieront un encadrement socioprofessionnel et socio-pédagogique (Galli, 2017), tandis que dans d'autres les détenus condamnés à une mesure thérapeutique sont soumis au régime de détention ordinaire.

La notion de traitement institutionnel apparaît comme un vaste fourre-tout dont les directions pénitentiaires font émerger un concept « d'unité de mesures » qui privilégie une approche se rapprochant de la communauté thérapeutique ou de la sociothérapie sans véritable individualisation du soin et où les approches véritablement thérapeutiques apparaissent au second plan. Aucun écrit ne détaille cependant le cahier des charges de telles unités.

Le parcours pénal et pénitentiaire,
où la théorie criminologique
s'éloigne de la réalité clinique

Le parcours d'un détenu est entièrement géré par les autorités pénitentiaires qui définissent le lieu du placement en fonction du prononcé du jugement, de l'expertise

psychiatrique, mais surtout des places disponibles dans les structures qui accueillent ces patients/détenus.

Le parcours d'un détenu sous mesure comprend un certain nombre de jalons institutionnels prévus par le code ou consacrés par l'usage: rapports thérapeutiques, évaluations criminologiques (effectuées par des unités spécialisées existant maintenant dans la plupart des services d'exécution des sanctions), rencontres de réseau, examen régulier par des commissions spécialisées composées de psychiatres, de représentants de l'administration pénitentiaire et du ministère public qui émettent un préavis sur la base des différents rapports produits. Dans ce parcours maintenant bien balisé, les psychiatres forensiques peuvent donc être sollicités soit comme psychiatres traitants pour émettre des rapports sur le traitement prodigué, soit comme membres de la commission spécialisée, soit enfin comme experts chargé d'évaluer la nécessité de prolonger la mesure.

À intervalles réguliers, la prolongation de la mesure sera examinée par le juge d'application des peines (ou par le juge qui a prononcé la sanction dans les cantons qui n'ont pas inclus de juge d'application des peines dans leur dispositif pénal) sur la base de rapports réguliers et d'évaluations effectuées par les autorités pénitentiaires.

Une expertise psychiatrique, destinée à apprécier les changements du condamné et l'opportunité de prolonger ou de modifier la mesure prononcée, est demandée lors d'échéances importantes, par exemple lorsque se pose la question de renouveler une mesure de traitement institutionnel au terme des cinq premières années de privation de liberté.

Les décisions des directions pénitentiaires obéissent la plupart du temps à un principe de progressivité qui propose des élargissements successifs en fonction de la bonne évolution du condamné, celle-ci témoignant principalement de son comportement et de sa capacité à respecter des prescriptions du plan d'exécution de la sanction (PES) établi avec chaque personne condamnée au début de l'exécution de la mesure et réévalué chaque année. Le PES réunira les différentes appréciations du condamné, lui fixera des objectifs et fera régulièrement le point sur sa progression.

«Le plan porte notamment sur l'assistance offerte, les possibilités de travail et d'acquérir une formation ou une formation continue, sur la réparation du dommage, sur les relations avec le monde extérieur et sur la préparation à la libération. [...] En offrant des allègements dans l'exécution des peines et des mesures privatives de liberté, la personne [...] a la possibilité de faire ses preuves dans des espaces ouverts de plus

en plus vastes. De cette manière, la réintégration progressive peut être encouragée et tout excès (lié à l'infraction) déjoué»^[17].

Suivant les réflexions des autorités pénitentiaires, le PES doit allier « une maîtrise du présent et une anticipation du futur, la personne doit être actrice de sa peine et non attendre que la libération arrive à elle [...] ». Dans les faits, cette vision apparaît souvent purement théorique, comme le remarquent les praticiens, tant « il s'agit d'une mise en parenthèse de la responsabilisation de la personne condamnée. [...] Cela peut-être une instrumentalisation de la notion de projet pour avancer dans la peine sans y adhérer, pour occuper le temps » (Dupouy, 2022, 31).

Ceci pose la question des éléments qui peuvent être déterminants pour envisager une modification du statut pénal. Comment par exemple apprécier l'évolution d'un condamné présentant un trouble de la personnalité antisociale et dont la structure psychique ne va pas radicalement se modifier, qui restera porteur des mêmes facteurs de risque criminogènes, mais qui retire un certain apaisement du milieu contenant dans lequel il se trouve placé ? Il est encore plus délicat d'apprécier l'évolution criminologique d'un détenu présentant une psychose délirante chronique qui présentera régulièrement des rechutes et pour lequel la notion de progressivité n'a aucun sens même s'il tire bénéfice d'un encadrement thérapeutique adapté.

Les thérapies forensiques, le flou au service de la sécurité

Faute de pouvoir en déterminer un véritable contenu clinique et encore moins d'identifier un parcours de soin qui viendrait spécifier cette notion, le terme de thérapie forensique a été forgé pour désigner l'ensemble des situations thérapeutiques se situant à l'interface psychiatrie et justice, qu'elles concernent des thérapies conduites en prison pour des patient demandeurs de soin ou des thérapies ou des mandats de traitement dont se voient chargés les médecins par l'autorité judiciaire à l'issue d'un jugement (Gravier, 2010).

Si des soins peuvent être prescrits par voie judiciaire dans nombre de situations prévues par le code pénale, c'est bien le traitement institutionnel au sens de l'article 59 qui apparaît paradigmatique de la notion de thérapie forensique, par les attentes que le législateur a mis dans la notion de traitement institutionnel des délinquants, mais aussi par les

17 <https://www.skjv.ch/fr/execution-des-sanctions-penales/execution>.

dérives sécuritaires qui accompagnent son application, la place particulière qui est assignée au thérapeute et les impasses auxquelles son usage immodéré par la justice conduit.

Ferreira et Maugué (2017) ont remarquablement détaillé les impasses auxquelles la promulgation de cet article 59 CP a abouti. Je reprends ci-dessous plusieurs éléments de leur analyse.

Un dispositif de pénitence

« Les délinquants [...] sont censés faire œuvre de «pénitence» avec une aide médicalisée pour se réconcilier avec la société et avec eux-mêmes » soulignent ces auteurs (Ferreira, Maugué, 2017, 5). La représentation du traitement qui est véhiculée par les acteurs de la scène judiciaire ou sociale est effectivement souvent bien éloignée de ce que soigner peut vouloir dire. Pour beaucoup, celui-ci tient souvent du parcours moral, d'une mythologie conduisant le sujet à l'expiation, au pardon. La psychothérapie est ainsi comprise comme un mélange de prise de conscience de la gravité des actes, de contrition et de repentir. (Gravier 2010, 2019). Il sert, insiste Gmür (2011, 1432), « les intérêts d'une démarche politique de purification crimino-hygiénique ».

Une prise durable sur les corps et une emprise sur le temps

Malgré l'idéal de réhabilitation mis en avant par le législateur, « les conditions d'exécution des mesures thérapeutiques consolident ce qui s'apparente à une politique de mise en attente. [...] la mesure thérapeutique institutionnelle est une sanction qui a pour singularité d'installer le condamné dans l'incertitude totale quant à son avenir. [...] Il va sans dire que sur l'individu pèse une responsabilité anxiogène » soulignent Ferreira et Maugué (2017, 2). L'indétermination dans la durée fige le devenir du détenu dans une attente infinie qui rend bien difficile un véritable investissement. Beaucoup de ces patients ne réalisent pas vraiment ce qui est attendu d'eux, en raison de l'anosognosie qui accompagne leur pathologie, des carences de mentalisation qui vont avec leur fonctionnement psychique, de l'absence de perception de la dimension pathologique qui sous-tendrait leurs actes ou, simplement, parce que l'affirmation de leur volonté d'amendement vaut, à leurs yeux, un traitement dont ils ne perçoivent pas la nécessité interne. Bien souvent, ils naviguent entre rechutes pathologiques et chronicisation comportementale dans

l'univers rétréci de la détention et dans l'attente souvent déçue d'éventuels élargissements. L'indétermination temporelle n'est pas la meilleure perspective pour bâtir un projet quel qu'il soit.

Le traitement écrasé par le risque
et la carence en lieux adaptés

J'ai pu constater lors de nombreux échanges avec les magistrats, les personnels pénitentiaires ou les thérapeutes intervenant en prison, à quel point cette notion est floue. La notion de traitement dans ce cadre reste une énigme. Se trouve-t-on dans une forme d'orthopédie sociale où le sujet se rééduque en anticipant les risques dont il est porteur ? Doit-on lui proposer un encadrement resocialisant visant à la sociothérapie ? Doit-on l'aider à s'inscrire dans une tentative de subjectivation pour l'aider à accéder à sa conflictualité interne et à travailler ses processus défensifs ? Doit-on d'abord traiter la pathologie ? Le constat de la Commission nationale de prévention de la torture illustre ce flou quand il pointe la diversité des concepts thérapeutiques^[18] (Besse, 2018, 30).

Si pour les juges l'objectif est d'abord la prévention de la récidive et la protection du corps social, cet objectif apparaît synergique avec la conduite thérapeutique si l'on se trouve en présence d'un auteur d'infractions à caractère sexuel. Il devient plus difficile à cerner lorsque le délit va de pair avec une problématique délirante enracinée dans le vécu psychique du condamné ou lorsque les troubles du comportement sont l'expression d'une décompensation psychotique ou d'une addiction qui ne demande qu'à réapparaître.

Dans cette indécision, la notion de thérapie centrée sur le délit, qui fleurit dans les manuels criminologiques (Urbaniok, 2012; Sachs, Heller, 2019) et les recommandations thérapeutiques émanant des autorités pénales, apparaît surtout comme un bricolage théorique bien éloigné de la réalité clinique des patients. Ainsi Sachs et Heller (2019) articulent le travail thérapeutique autour de trois aspects : la milieuthérapie, la psychothérapie forensique, et l'allègement progressif de la mesure. La psychothérapie forensique est, dans ce contexte, structurée autour d'une approche orientée sur le délit où « le traitement des dysfonctionnements

18 « Un concept d'exécution des mesures qui a fait ses preuves est celui qui se fonde sur au moins trois piliers, dans lequel une grande importance est accordée non seulement au traitement psychiatrique, mais aussi au groupe thérapeutique, à

l'encadrement socioprofessionnel et à la sécurité, et qui, sur la base du principe de normalité vécue, promet des résultats en termes de réinsertion sociale » (Commission nationale de prévention de la Torture, Exécution des mesures en Suisse, n° 81).

de la personnalité est primordial » en passant par la déconstruction du délit, l'identification des distorsions cognitives, l'impact du délit sur la victime, la relation entre le délit et l'histoire de vie, le développement de stratégie de prévention des récidives. Dans cette logique, le soignant devient le gestionnaire d'un risque assumé et géré (Danet, 2010), dans une optique qui voudrait rendre les individus autonomes, gestionnaires de leur potentialité de récidive (Doron, 2008b). Pourtant il devient de plus en plus clair que cette perspective, qui se déploie autour de la construction de systèmes de gestion institutionnelle du risque impliquant tous les intervenants, ne devient que le vecteur de l'intériorisation d'une société de contrôle omniprésente, légitimée par les peurs actuelles.

Mais, comme le souligne P. Delacrausaz (2017, 55, 56), actuel président de la Société Suisse de Psychiatrie Forensique, « vouloir faire de la thérapie forensique une thérapie strictement et exclusivement orientée vers la réduction du risque de récidive d'actes illicites représente une vision réductrice et simpliste de la complexité de cette activité médicale [...]. Une exécution des peines et des mesures systématiquement orientée vers les risques, [...] vise à aplatiser cette complexité du réel, voire à la nier ».

Au-delà de toute considération criminologique, la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire nous indique cependant que beaucoup de condamnés qui s'y trouvent ont avant tout un besoin aigu de traitement psychiatrique. Il suffit de prendre en considération le chiffre de 482 condamnés se trouvant sous le coup d'une mesure pénale et présentant des troubles du spectre schizophrénique, des troubles affectifs bipolaires ou des polytoxicomanies sévères^[19]. Pour beaucoup d'entre eux, le placement pénal survient après une déjà longue et souvent difficile histoire institutionnelle qui souligne à quel point ces sujets ont d'abord besoin d'un traitement avant tout adapté à leur pathologie et susceptible de contenir l'émergence comportementale violente qui est souvent à l'origine de la condamnation. La prison n'est de toute évidence pas le lieu le plus approprié pour de tels patients. La thérapie forensique devient alors surtout une tentative de pallier les effets délétères de la détention tout en essayant de réinscrire ces patients dans une véritable prise en charge psychiatrique. La progression dans le cadre d'un plan d'exécution de la sanction relève alors bien souvent de l'illusion, voire de la mystification. Le soin n'épouse que rarement la temporalité judiciaire.

Dans d'autres cas, où le trouble de la personnalité est au-devant de la scène, les condamnés astreints à une mesure thérapeutique ne se

19 Rapport Kapazität Monitoring *op. cit.*

différencient souvent que peu du reste de la population pénale. Pour certains une approche socio-thérapeutique peut prendre toute sa valeur et peut légitimer l'existence de lieux plus spécifiques, telles que les unités de mesures.

Dans tous les cas, les lieux adaptés et le personnel spécialisé manquent cruellement^[20], ce qui renforce encore plus la position d'attente dans laquelle se trouvent de nombreux détenus et les condamne à une chronicisation mortifère et à la régression carcérale (Menetrey-Savary, 2017).

Le soignant, bras armé de l'injonction thérapeutique ?

« Vous faites partie de la punition ! » m'a dit un jour un patient pris dans sa colère, entre ressenti face à la décision judiciaire et refus d'adhérer à la démarche thérapeutique qui lui était imposée. Il résumait ainsi toute la difficulté du thérapeute qui se voit chargé d'un tel mandat. Celui-ci doit construire une alliance thérapeutique avec son patient tout en étant l'agent d'une obligation qui relève de la sécurité publique. Cette difficile posture a fait l'objet de nombreuses réflexions et travaux (Gravier, 2010 ; Ciavaldini, 2012 ; Gravier, 2019) qui soulignent la nécessité de penser le soin dans ce contexte en articulation avec les partenaires pénaux en s'étayant sur le cadre pénal. C'est un maillage santé-justice qui est ainsi préconisé par Ciavaldini pour favoriser un processus d'intercontenance permettant de donner sens à l'injonction thérapeutique. Une telle démarche nécessite une certaine forme de contractualisation avec le patient, notamment autour de ce qui sera restitué aux autorités, mais impose aussi un strict respect de l'indépendance du soin et de la possible construction d'un espace d'intimité thérapeutique entre patient et soignant. Seule une nécessaire horizontalité dans le respect des espaces professionnels rend possible l'instauration d'un véritable espace thérapeutique. Dans ses directives médico-éthiques, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2018, 18) a tenu à préciser que dans le contexte des mesures « le médecin conserve toutes ses prérogatives pour conduire un traitement selon l'appréciation médicale exclusive qu'il peut faire de la situation ». De même la confidentialité et le respect des règles légales en

20 Ce manque de moyens adaptés est régulièrement dénoncé, notamment, par les Commissions de visiteurs, qu'elles soient cantonales, nationales comme la CNPT ou internationales. Le dernier rapport du CPT

du Conseil de l'Europe, du 16 novembre 2021, faisant suite à sa visite dans les prisons suisse, insistait ainsi sur l'insuffisance de places spécialisées par rapport aux besoins.

matière de secret médical sont rappelés par tous les textes rédigés à ce propos^[21], même s'il est précisé que la « pluridisciplinarité n'est possible que si un échange peut avoir lieu entre tous les intervenants participant au traitement ».

La Suisse n'a pas échappé à la surenchère législative et à la vindicte qui caractérise le populisme pénal si bien décrit par Salas (2005). Depuis 1993, l'opinion publique suisse a été secouée par une succession d'affaires suscitant des vagues émotionnelles contradictoires mais aboutissant à la même défiance envers magistrats et psychiatres (Gravier, 2019). Le décès dans sa cellule, en 2009^[22], d'un jeune détenu condamné à une mesure d'internement a renforcé l'incompréhension vis-à-vis du système des mesures. Empathie vite balayée par deux récides dramatiques en 2013 qui ont déclenché une vague législative sans précédent visant à disqualifier les thérapeutes en milieu pénitentiaire et à restreindre le secret médical sans que celui-ci puisse être incriminé dans ces affaires. La tension a été telle que plusieurs acteurs du champ psychiatrique forensique ont été interdits d'expression médiatique par les autorités dont ils dépendaient^[23]. Ainsi, de vigoureux débats politiques et médiatiques ont eu lieu autour de la question de la restitution des informations médicales aux autorités. Ceux-ci ont conduit les autorités de différents cantons à promulguer des lois venant singulièrement écorner le secret médical, pourtant bien protégé par le droit fédéral, pour obliger les thérapeutes à faire part de toute indication signant la dangerosité persistante de leur patient (Ducor, 2014; Kiefer, 2014; Hurst 2014).

Dans les faits, la réalité du fonctionnement institutionnel en la matière est bien éloignée d'un idéal d'interdisciplinarité : l'emprise des autorités pénitentiaires sur le suivi de l'obligation de soin est forte. Les

21 Notamment dans les « recommandations relatives à la prise en charge psychiatrique dans le cadre de la privation de liberté » conformément au mandat de la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police du 8 janvier 2016 (in Menzi, Rohner, 2021; CSCSP, *Manuel prise en charge psychiatrique dans la privation de liberté*, annexe p. 9).

22 Un jeune détenu interné, condamné initialement à 18 mois de prison, toujours en prison 10 ans plus tard en raison de sa violence, met le feu à sa cellule, et décède par asphyxie suite à un retard dans l'ouverture de la porte de sa cellule. Son décès suscitera une émotion intense, une enquête administrative, le licenciement de hauts responsables pénitentiaires, une enquête judiciaire, un procès pénal et 262 articles de presse, échos de l'indignation du public.

23 L'auteur de cet article, invité par une chaîne de radio nationale à commenter longuement les limitations au secret médical prévues par de nouvelles dispositions législatives cantonales lors d'une émission de grande écoute, s'est ainsi vu interdire de s'exprimer quelques heures auparavant par un courriel émanant du ministre cantonal en charge de la santé, relayé par la direction hospitalière. Un autre chef de service dans un autre canton a aussi été interdit d'antenne par sa direction quelques minutes avant son interview. Toute cette période a été marquée par des pressions extrêmes de la part de certaines autorités pénitentiaires, relayées par les directions de la santé pour empêcher que les responsables médicaux pénitentiaires s'expriment médiatiquement sur les atteintes aux droits des patients détenus et sur les insuffisances en matière de moyens.

représentants pénitentiaires se posent le plus souvent en organisateurs du traitement, suggérant les orientations thérapeutiques, sollicitant, lors des rencontres de réseau, des indications sur l'espace thérapeutique qui vont bien au-delà des informations nécessaires à la conduite de l'exécution de la sanction, et pressant le thérapeute de se déterminer sur le risque et la dangerosité dont est porteur son patient.

Dans un tel contexte, la position du thérapeute est complexe. Comme le soulignent Ferreira et Maugué (2017, 17) les thérapeutes qui restent dans le domaine forensique se résignent, pour certains, « à prendre soin avec le sentiment de se compromettre avec une politique sécuritaire », d'autres adoptent « une éthique radicale du cloisonnement en faisant abstraction du contexte judiciaire », d'autres encore vont adopter une « éthique de la collaboration subversive » où les soignants se font les défenseurs des intérêts de leur patient, en privilégiant la protection de sa vulnérabilité, en reléguant les exigences sécuritaires au second plan et où « l'institution [soignante] répond aux questions en distinguant clairement ses objectifs et son éthique de ceux de l'autorité judiciaire » (Kaminski, 2002, 135, cité par Ferreira et Maugué). Beaucoup, à l'inverse, adhèrent « au lieu commun [...] selon lequel le contrôle, la contention, la surveillance, finalement le rappel à l'ordre, a une fonction soignante, restructurante, sur des individus extrêmement fragiles » (Doron, 2008a, 125).

Pour le soignant l'enjeu reste cependant « d'avoir un lien thérapeutique qui a du sens y compris pour le patient » et de se « construire une identité professionnelle solide avec des valeurs centrées sur le patient et ses droits, une éthique de soins... » (Dupouy, 2022, 36).

C'est en restant attentif à cette boussole éthique que peut s'établir une relation de confiance qui ne fait pas l'impasse sur la confrontation du sujet à ses actes, mais permet aussi le partage affectif indispensable à la mise en place d'un dispositif thérapeutique suffisamment contenant pour faire face à la violence du patient, celle de son histoire et celle de l'environnement pénal et pénitentiaire. La thérapie forensique est avant tout une tentative de rencontre avec des patients fonctionnant sous le primat de l'agir et que l'on accompagnera dans la relecture de leur histoire et l'abord d'un monde interne souvent effrayant et persécuteur. L'injonction thérapeutique peut avoir un effet de pare-excitation mais elle ne devrait pas être un instrument normatif supplémentaire de surveillance et de contention comme l'entendent la plupart des autorités pénales.

La mesure « thérapeutique » variable d'ajustement entre impératifs sécuritaires et réalités économiques

Voilà maintenant 15 ans que les mesures thérapeutiques ont été remises au-devant de la scène. Même si le prononcé de telles mesures reste modéré aux yeux des autorités, le nombre de détenus qui y sont astreints ne cesse de croître (cf. plus haut) jusqu'à représenter près de 15 % de la population pénale^[24], vu le prolongement du temps de privation de liberté qui s'ensuit et le peu de libérations qui sont octroyées par les autorités^[25]. Cet accroissement contribue sensiblement au vieillissement de la population pénale, majore le nombre de détenus souffrant de troubles psychiques dépourvus des soins nécessaires et se chronicisant dans l'enfermement carcéral, et place les autorités pénitentiaires devant des dilemmes insolubles.

La construction et le fonctionnement d'établissements adaptés à un coût tel que les finances des cantons ne peuvent s'engager dans de telles créations. La dotation des établissements pénitentiaires en personnel qualifié reste notoirement insuffisante. Les protestations publiques et politiques contre l'inadéquation des possibilités de prise en charge institutionnelle dans les établissements pénitentiaires se font insistantes.

Dès lors, on assiste maintenant à une forme de chaos décisionnel qui vise à réduire le nombre de patients souffrant des pathologies les plus sévères dans les établissements de privation de liberté, qu'ils soient pénitentiaires ou psychosociaux médicalisés. Ainsi, on a vu des détenus sous mesure, ayant subi des années de détention en raison d'un risque de récidive toujours présent et toujours en proie à une pathologie psychiatrique lourde et non stabilisée, se retrouver libérés du jour au lendemain au motif soudain de l'échec de la mesure thérapeutique qui conduit à faire exécuter la peine initialement prononcée. Celle-ci étant finalement échue car ayant depuis longtemps été absorbée par la privation de liberté entraînée par la mesure pénale^[26].

24 Conseil de l'Europe, Rapport au Conseil fédéral Suisse relatif à la visite effectuée en Suisse par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 22 mars au 1^{er} avril 2021, adopté le 26 octobre 2021.

25 Interpellation parlementaire par le Conseiller B. Hurni « Pour des mesures thérapeutiques institutionnelles conformes à l'État de droit », déposée au Conseil National le 22 septembre 2022 (<https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20223973&cmid=647f682b-26ed-43a7-9db3-e4fa45759ba1>).

26 Lors du prononcé d'une mesure, la peine est suspendue et n'est pas exécutée si la mesure est un succès. En cas d'échec, la peine est exécutée, sous déduction du temps passé en mesure. Comme, la plupart du temps, les condamnés pour lesquels la mesure est considérée comme un échec ont passé la plus grande partie de leur temps dans un établissement de détention et que ce temps excède très largement la durée de la peine qu'ils auraient dû purger en l'absence de mesure, les autorités considèrent, conformément à ce qui est prévu par la loi, que la peine a été exécutée.

D'autres qui bénéficiaient d'un environnement stabilisateur dans un établissement médico-social adapté à leur état psychique sont libérés sans véritable soutien ni accompagnement en vertu du principe de proportionnalité – pourtant jusque-là superbement ignoré – contre l'avis des soignants ou des experts, et se retrouvent marginalisés, rejetés des circuits de soin et marqués par la stigmatisation pénitentiaire tout en étant mis à disposition du bon vouloir de la justice civile pour pérenniser un cadre thérapeutique. Le juge d'application des peines qui décide alors de la fin de la mesure renvoie le dossier à la justice civile pour qu'elle ordonne un placement à des fins d'assistance (équivalent d'une hospitalisation d'office) dans un hôpital ou un foyer spécialisé.

À l'inverse, l'usage sécuritaire de ces mesures ne faiblit pas. Les personnes condamnées à la suite de la commission de délits, sexuels le plus souvent, se voient enfermées dans des détentions sans fin, en raison d'évaluations ou d'expertises successives qui ne peuvent que constater l'immuabilité de leur structure psychique et l'impossibilité de documenter un changement probant.

Ces sujets suscitent une forte réprobation sociale (les cas de délinquants condamnés à une mesure de traitement institutionnel pour avoir téléchargé des images pédopornographiques ne sont pas rares), et présentent le plus souvent un fonctionnement de personnalité qui justifierait d'un hypothétique traitement.

Il y a nécessité, à présent, d'analyser véritablement les effets et les éventuels bénéfices de ces mesures dont l'impasse est manifeste, autant pour les patients/détenus qui en sont l'objet que pour les autorités qui les détiennent. Le législateur devra, un jour ou l'autre, redéfinir les indications véritablement médicales pour sortir de la confusion actuelle et envisager de mieux différencier les sujets qui tombent sous le coup de telles mesures et, en corollaire, leur parcours. Il devrait prévoir des dispositifs radicalement différents pour ceux qui relèvent d'un traitement hospitalier et pour ceux pour qui on doit privilégier un accompagnement resocialisant. Faute d'une définition plus fine des indications thérapeutiques et des cas concernés, les mesures pénales sont finalement utilisées comme fourre-tout sécuritaire.

Tout comme les chercheurs qui ont étudié le système correctionnel canadien, qui repose aussi sur des privations de liberté rythmées par des évaluations actuarielles du risque de violence, nous devons faire le constat de « l'échec d'un système qui se veut rationnel, cohérent et efficace et qui finalement sort de moins en moins de monde de prison » (Vacheret, Cousineau, 2005, 394) et « conduit les détenus à se retrouver soumis à une perception négative, stéréotypée et peu valorisante de leur dossier » (Vacheret, 2006, 289).

Conclusion : la psychiatrie forensique prise dans le populisme pénal et la tentation positiviste

Dans une affaire criminelle très médiatisée où se posait la question de l'internement à vie, devant le refus des experts de conclure à un pronostic « définitivement sombre »^[27], leur expertise a été remise en cause par un tribunal criminel genevois^[28].

Dans le même mouvement, les bouleversements institutionnels consécutifs aux affaires citées plus haut ont conduit à fermer une institution pourtant reconnue pour la qualité de son travail et à remettre en question un modèle de réhabilitation basée sur la sociothérapie (Bernheim, 1991 ; Delacrausaz, 2017). Seules quelques voix se sont véritablement élevées pour rappeler les exigences éthiques du travail thérapeutique en milieu pénitentiaire : « La médecine doit exiger non seulement la liberté et l'indépendance nécessaire aux soins carcéraux, mais aussi le respect de son travail par les politiques », écrivait avec force Kiefer (2013, 1800) qui soulignait dans un autre éditorial (Kiefer, 2014, 776) « Il n'existe pas d'un côté le monde carcéral, celui des individus déviants et dangereux qu'il faudrait traiter sans confidentialité, et d'un autre celui des individus normaux et libres. Il y a une société commune [...] où pour toute personne la prédiction certaine de la violence reste impossible. Sauf qu'en privant de leurs droits ceux qu'elle vise, cette prédiction devient autoréalisatrice ».

Dans ce contexte particulièrement délétère, l'exigence d'un traitement pour prévenir la récidive criminelle qui s'est faite croissante dans l'opinion publique et dans le discours politique a fait fonction de principe organisateur de la psychiatrie forensique en Suisse. La notion de traitement est cependant demeurée particulièrement ambiguë, au regard de l'exigence de sécurité et du risque zéro qui en est attendu, tant elle s'est accompagnée du durcissement des privations de liberté dont l'internement à vie a été le paroxysme absolu. Durcissement qui a aussi été marqué par une série de votations populaires concernant les auteurs d'infractions à caractère sexuel (imprescriptibilité, restrictions professionnelles, etc.). On a vu à quel point, le thérapeute devient dans ce contexte trouble l'auxiliaire chargé du management du risque.

27 « Le procureur général a fait étalage du mépris qu'il vouait aux experts [...] qui se sont penchés sur F... le meurtrier d'A » (20mn, octobre 2016), « Moment rare dans les prétoires, les psychiatres... tiennent tête et combattent toute idée de pronostic définitivement sombre » (*Le Temps*, 5 octobre 2016).

28 « Chaos judiciaire dans le procès de F. A. : [...] le tribunal criminel a considéré que le rapport [...] ne répondait pas aux exigences légales afin d'être en mesure de se déterminer sur un internement à vie » (*Tribune de Genève*, 6 octobre 2016).

Ainsi, le psychiatre forensique semble pris dans une nouvelle déclinaison du positivisme où tout ce qui ne concourt pas à définir le criminel une somme de facteurs de risque conduisant à son incurabilité est rejeté au profit d'une nouvelle définition de l'homme dangereux, réduit à un score et devant subir les plus lourdes sanctions, s'il est considéré comme incapable de gérer sa potentialité de récidive.

Dans un tel contexte, l'empressement des autorités de poursuite pénale, avec l'aval de la société suisse de psychiatrie forensique, à faire des échelles actuarielles la nouvelle table de la loi et l'épine dorsale de toute évaluation du risque interroge (Gravier, 2020).

La psychiatrie forensique suisse a été mise en demeure d'œuvrer pour le bien commun en participant à l'édifice de l'évaluation pluridisciplinaire. Beaucoup de psychiatres ont ainsi accepté de s'engager sans trop d'états d'âme dans un remodelage de la nosographie qui habille le crime en objet à traiter et redonne une nouvelle vigueur à la monomanie homicide, illustration du « fait étrange que les psychiatres ont avec beaucoup d'entêtement cherché à prendre place dans les mécanismes pénaux » dénoncé par Foucault (1981) ou à « l'uomo delinquente » de Lombroso.

Pédophilie, psychopathie, troubles sévères de la personnalité deviennent ainsi les qualificatifs pouvant justifier des mesures de privation de liberté indéterminée au motif d'une traitabilité illusoire mais surtout de la nécessité de la sécurité publique. Pourtant, les thérapeutes qui se trouvent impliqués dans les soins dans cet espace singulier expriment, souvent en catimini, leur désarroi devant le rouleau compresseur pénitentiaire et les injonctions qui leur sont faites. Certains ne renoncent pas à conserver leur boussole thérapeutique et à s'inscrire dans une « insistance clinique salvatrice qui loin de donner une unité de façade de l'ensemble en appelle à la singularité et à l'inconnaissable de l'acte posé » (Gravier, 2009, XXIII). À travers ce point de tension au sein de la psychiatrie forensique, c'est une nouvelle fois la question d'une possible criminologie clinique qui est posée à travers la sourde opposition entre une nouvelle déclinaison médicale du déterminisme et de la défense sociale et une clinique du sujet, de son histoire et de sa subjectivité.

Bruno Gravier

Psychiatre, Professeur honoraire
à l'Université de Lausanne
Suisse
bruno.gravier@unil.ch

Bibliographie

- ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES (ASSM), 2018, *Directives médico-éthiques: exercice de la médecine auprès de personnes détenues*, [en ligne] <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives> (5 avril 2023).
- AMBRUS J., BERNHEIM J., BOVET J., CALANCA A., CHERPILLOD C., DELAITE F., DELALOYE R., FISCHER W., GILLIERON E., MIEVILLE C., MONTANDON C., 1983, Psychiatrie et système pénal. Réflexions et proposition d'un groupe de travail, *Médecine & Hygiène*, 41, 393-400.
- BESSE M., 2018, *La prise en charge des personnes soumises à un traitement institutionnel des troubles mentaux. Quelle conformité de la pratique suisse avec la Convention européenne des droits de l'homme ?*, Mémoire de maîtrise universitaire en droit des Universités de Zurich et Lausanne.
- BERNHEIM J., 1991, Sociothérapie institutionnelle de détenus présentant un désordre grave du caractère: l'expérience de « La Pâquerette » à Champ-Dollon (Genève), in *Justice et psychiatrie, École nationale de la Magistrature, Session de formation continue*, Paris, 141-147.
- CIAVALDINI A., 2012, *Prise en charge des délinquants sexuels*, Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique, [en ligne] <https://www.yapaka.be/livre/livre-prise-en-charge-des-delinquants-sexuels> (5 avril 2023).
- COMMISSION NATIONALE DE PRÉVENTION DE LA TORTURE, 2017, *Exécution des mesures en Suisse: rapport thématique sur les visites effectuées par la Commission nationale de prévention de la torture entre 2013 et 2016*, [en ligne] <https://www.nkvf.admin.ch/nkvf/fr/home/publikationen/schwerpunktberichte/massnahmenvollzug.html> (3 avril 2023).
- DANET J., 2010, Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la « dangerosité des malades mentaux »?, in *Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur*, Textes des experts. HAS, Audition publique déc. 2010, 27-38.
- DELACRAUSAZ P., 2017, L'exécution des peines et des mesures orientées vers les risques en Suisse romande, point de vue d'un psychiatre forensique, *Revue Suisse de Criminologie*, 1, 50-57.
- DELACRAUSAZ P., QUELOZ N., 2016, La notion de « grave trouble mental », *Bulletin des médecins suisses*, 97, 28-29, 1015-1017.
- DORON C.-O., 2008a, Une chaîne, qui laisse toute liberté de faire le bien et qui ne permette que très difficilement de commettre le mal, in HARCOURT B. (dir.) *Carceral Notebooks*, 4, 101-130, [en ligne] http://www.thecarceral.org/cn4_doron.pdf (3 avril 2023).
- DORON C.-O., 2008b, La rétention de sureté: vers un nouveau type de positivisme juridique, *L'information psychiatrique*, 84, 533-534.
- DUCOR P., 2014, Secret médical en prison: la troisième victime, *Revue Médicale Suisse*, 10:1084-1086.
- DUPOUY A., 2022, *La problématique addictive dans les mesures 59: réflexions cliniques autour des suivis ambulatoires et institutionnels de deux situations présentant un double diagnostic*, Mémoire pour le CAS en psychiatrie forensique, UNIL.
- FINK D., 2017, *La prison en Suisse, un état des lieux*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne.

- FONJALLAZ J., GASSER J., 2017, *Le juge et le psychiatre, une tension nécessaire*, Chêne-Bourg, RMS éditions/Médecine et Hygiène.
- FOUCAULT M., 1981, L'évolution de la notion « d'individu dangereux » dans la psychiatrie légale, *Déviance et Société*, 5, 4, 403-422.
- GALLI F., 2017, Tout fait partie de la thérapie, *Prison-info*, 1, 25-28.
- GASSER J., GRAVIER B., 2007, Quelques conséquences de l'application du nouveau code pénal suisse sur la psychiatrie légale, *Revue Médicale Suisse*, 3, 2, 2103-2112.
- GONCALVES L.C., ROSSEGER A., ENDRASS J., 2017, Forensic Operationalized Therapy/Risk Evaluation System (FOTRES), in SINGH J.P., KRONER D.G., WORSMITH S., DESMARAIS S.L., HAMILTON Z. (Eds.), *Handbook of Recidivism Risk/Needs Assessment Tools*, First published: 29 November 2017 [en ligne] <https://doi.org/10.1002/9781119184256.ch12> (4 avril 2023).
- GMÜR M., 2011, Forensische Psychiatrie und Ethik, *Bulletin des médecins suisses*, 92, 37, 1432-1433.
- GRAVIER B., 2009, Une clinique de la rencontre avec la violence, préface à la seconde édition, in Millaud F. (dir.), *Le passage à l'acte*, Elsevier Masson, Issy-les Moulineaux, XIX-XXVI.
- GRAVIER B., 2010, Psychothérapie et psychiatrie forensique, *Revue Médicale Suisse*, 6, 1765-1769.
- GRAVIER B., 2011, Soigner en prison. 20 années d'évolution dans les prisons vaudoises, in GUEx P., GASSER J. (dir.), *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste*, Chêne-Bourg, Georg, 63-86.
- GRAVIER B., 2019, Une éthique du soin dans un monde sécuritaire, in COUTANCEAU R., LACAMBRE M., BLACHERE P., TRUFFAUT J. (dir.), *Sexualité et Transgressions, La question de l'altérité*, Paris, Dunod, 167-180.
- GRAVIER B., 2020, L'évaluation du risque de violence: un pas vers la réinsertion ou un « tour de clé » supplémentaire?, in GENILLOD-VILLARD F., KELLER S., NIGGLI M., SCHWARZENEGGER C. (Eds.), *La réhabilitation dans la société du risque zéro*, Bern, Stämpfli Verlag, 77-96.
- GRAVIER B., RAGGENBASS R., GASSER J., 2006, Questions éthiques et cliniques posées par l'adoption de l'initiative sur l'internement à vie des délinquants particulièrement dangereux par le peuple suisse, *Bulletin des Médecins Suisses*, 87, 8, 304-309.
- GRAVIER B., EYTAN A., 2011, Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte, *Revue Médicale Suisse*, 7, 1806-1811.
- GRAVIER B., MOULIN V., SENON J.-L., 2012, L'évaluation actuarielle de la dangerosité: impasses éthiques et dérives sociétales, *L'information Psychiatrique*, 88, 8, 599-604.
- HANSON K., 2018, Long-Term Recidivism Studies Show That Desistance Is the Norm, *Criminal Justice and behavior*, 45, 9, 1340-1346.
- HANSON K., HARRIS A.J. R., LETOURNEAU E., HELMUS M., 2018, Reductions in Risk Based on Time Offense Free in the Community: Once a Sexual Offender, Not Always a Sexual Offender, *Psychology, Public Policy and Law*, 24, 1, 48-63.
- HURST S., 2014, Secret professionnel et dangerosité, *Bulletin des médecins suisses*, 95, 22/23, 896.
- JUNG A., 2010, De Carl Stooss à l'internement à vie – la dérive sécuritaire des mesures en Suisse, *Déviance et Société*, 34, 4, 571-595.
- KAMINSKI D., 2002, Remise en cause des politiques de prise en charge des toxicomanes, in *Actes du XXXIII^e Congrès français de criminologie, Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Paris, Dalloz, 131-136.

- KIEFER B., 2013, La médecine face à l'échec carcéral, *Revue Médicale Suisse*, 400, 1800.
- KIEFER B., 2014, Secret médical en prison et désintermédiation, *Revue Médicale Suisse*, 424, 776.
- KOHLER E., 2015, L'intégration d'un regard interdisciplinaire dans l'évaluation de la dangerosité des détenus, *Jusletter*, [en ligne] https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2015/804/l-integration-d-un-r_aec1e073d2.html__ONCE&login=false (5 avril 2023).
- MENETREY-SAVARY A.-C., 2015, L'internement à vie est-il applicable?, *Info Prisons*, 13, [en ligne] <https://infoprisons.ch/2022/01/03/linternement-a-vie-est-il-applicable/> (5 avril 2023).
- MENETREY-SAVARY A.-C., 2017, Deux enquêtes jugent sévèrement les mesures thérapeutiques, *Info Prisons*, 21, [en ligne] <https://infoprisons.ch/2022/03/27/deux-enquetes-jugent-severement-les-mesures-therapeutiques> (5 avril 2023).
- MOULIN V., ABBIATI M., AZZOLA A., PALIX J., GASSER J., 2015, Évaluation du risque de récidive dans les expertises pénales: quels outils? Quels indicateurs? Quelles pratiques?, *Revue Médicale Suisse*, 11, 1710-1714.
- NIVEAU G., DANG C., 2008, Nouveaux enjeux de la psychiatrie médico-légale, *Revue Médicale Suisse*, 4, 1600-1604.
- NIVEAU G., 2015, L'expertise psychiatrique pénale de l'adulte, *Jusletter*, [en ligne] https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2015/799/l-expertise-psychiat_93116a1edf.html__ONCE&login=false (5 avril 2023).
- PAREIN L., 2008, *Victimes et procès pénal: je t'aime, moi non plus?*, Charmey, Éditions de l'Hèbe.
- PAREIN L., 2019, L'expertise psychiatrique à la lumière des présomptions de responsabilité et de non dangerosité, *Revue Suisse de Criminologie*, 1- 2, 8-21.
- QUELOZ N., 2008, Prise en charge des condamnés souffrant de troubles psychiques: perspectives d'avenir et défis à relever en Suisse, in QUELOZ N., SENN A., BROSSARD R. (dir.), *Prison-Asile? La problématique des détenus souffrant de troubles psychiques*, Bern, Stämpfli Verlag, 101-114.
- QUELOZ N., 2020, Société du «risque zéro» et principe de réinsertion sociale: une impasse, in GENILLOD-VILLARD F., KELLER S., NIGGLI M., SCHWARZENEGGER C. (dir.), *La réhabilitation dans la société du risque zéro*, Bern, Stämpfli Verlag, 3-24.
- QUELOZ N., 2022, Les mesures thérapeutiques en droit pénal suisse: un peu de soin, un contrôle de longue durée et une forte obsession sécuritaire, *Santé mentale au Québec*, 47, 1, 129-149, <https://doi.org/10.7202/1094148ar>.
- QUELOZ N., DELACRAUSAZ P., 2016, La notion de «grave trouble mental», *Bulletin des médecins suisses*, 97, 28-29, 1015-1017.
- RAGGENBASS, R. (2008), La problématique des détenus souffrant de troubles psychiques: perspective d'avenir, in QUELOZ N., SENN A., BROSSARD R. (dir.), *Prison-Asile? La problématique des détenus souffrant de troubles psychiques*, Bern, Stämpfli Verlag, 135-139.
- ROBERT C.-N., 1976, Délinquants mentalement déficients, psychiatres et justice pénale en Suisse, *Revue de droit pénal et de criminologie*, LVII, 1, 3-49.
- ROBERT C.-N., 1984, Délinquants mentalement anormaux et justice pénale, *Revue Médicale Suisse Romande*, 104, 615-628.
- SACHS J., HELLER P., 2019, L'organisation des soins au sein des unités de mesures institutionnelles en Suisse, in WOLFF H., NIVEAU G. (dir.), *Santé en prison*, RMS éditions/Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg, 539-564.

SALAS D., 2005, *La volonté de punir: essai sur le populisme pénal*, Paris, Hachette.

SULTAN J., BAGGIO S., TRAN N.-T., GETAZ L., WOLFF H., 2017, Indépendance des soins de santé en prison, *Bioethica Forum*, 10, 3/4, 116-123.

URBANIOK F., 2012, Deliktrekonstruktion, in ENDRASS J., ROSSEGGER A., URBANIOK F., BORCHARD B. (Eds.), *Interventionen bei Gewalt und Straftätern: Risk management, Methoden und Konzepte der Forensischen Therapie*, Berlin, Med-Wiss. Verl.-Ges. 195-204.

VACHERET M., 2006, Gestion de la peine et maintien de l'ordre dans les institutions fédérales canadiennes. Contrôle, pouvoir et domination: les «réussites» de la prison, *Déviance et Société*, 30, 289-304.

VACHERET M., COUSINEAU M.M., 2005, L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien: regards sur les limites d'un système, *Déviance et Société*, 29, 379-397.

VUILLE S., 2019, *Forensic risk assessment based on algorithms: A critique of FOTRES as an illustration*, Master thesis, Joint Master in Law, University of Lausanne.

WANGMO T., SEAWARD H., PAGEAU F., HIERZELMENZEL L.-P., ELGER B.S., 2021, Forensic-Psychiatric Risk Evaluations: Perspectives of Forensic Psychiatric Experts and Older Incarcerated Persons From Switzerland, *Front. Psychiatry*, [en ligne] <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.643096/full> (5 avril 2023).

FR - L'article présente une analyse critique du développement de la psychiatrie forensique à partir de la description de l'évolution récente du code pénal suisse et de ses implications sur les institutions judiciaires et pénitentiaires. Nous décrivons ainsi la montée en puissance du dispositif des mesures pénales qui conduisent à augmenter la durée des privations de liberté à durée indéterminée pour les délinquants souffrant de troubles psychiques. Ceux-ci, responsables ou irresponsables, étant soumis aux mêmes mesures dans les mêmes lieux de détention, c'est l'évaluation de leur dangerosité qui devient le centre de gravité de l'expertise psychiatrique puis de leur parcours pénal. Le patient est ainsi réduit à une somme de facteurs de risque à contrôler et encadrer. Le manque de structures appropriées et l'ambiguïté de la notion de thérapie forensique contribuent à l'allongement des privations de liberté et aux atteintes aux droits fondamentaux qui en résultent. La pratique psychiatrique forensique, comme expert ou thérapeute, est ainsi soumise à une pression de plus en plus forte pour que les praticiens s'inscrivent dans cette perspective sécuritaire au mépris des principes cardinaux fondant l'acte médical.

PSYCHIATRIE FORENSIQUE - EXPERTISE -
TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE - OBLIGATION DE SOINS -
EXÉCUTION DES PEINES - PRISON

EN - *Forensic Psychiatry in Switzerland: At risk of security and positivist instrumentalization* - The article presents a critical analysis of the development of forensic psychiatry, based on a description of the recent evolution of the Swiss penal code and its implications for penal institutions. We hence describe the increased power of the system of penal measures which leads to an increase in deprivations of liberty of indefinite duration for offenders suffering from mental disorder. Whether criminally responsible or not (being subject to the same measures in the same places of detention), it is the assessment of their dangerousness that becomes the central element to psychiatric expertise and consequently determines their criminal course. The patient is thus reduced to a sum of risk factors to be controlled and supervised. The lack of appropriate structures and the ambiguity of the notion of forensic therapy contribute to longer deprivation of liberty and a resulting violation of inmates' fundamental rights. Forensic psychiatric practice, as expert or therapist, is thus subject to an increasing pressure for practitioners to fit into this security perspective, in defiance of the cardinal principles which founded this medical discipline.

FORENSIC PSYCHIATRY - PSYCHIATRIC ASSESSMENT -
PSYCHIATRIC TREATMENT - MANDATORY TREATMENT -
SENTENCE ENFORCEMENT - PRISON

DE – *Die Forensische Psychiatrie in der Schweiz. Zur Gefahr der sicherheitsbezogenen und positivistischen Instrumentalisierung* – Der Artikel präsentiert eine kritische Analyse der Entwicklung der Forensischen Psychiatrie, ausgehend von der jüngsten Entwicklung des Schweizer Strafgesetzbuches und seiner Auswirkungen auf die Justiz- und Strafvollzugsinstitutionen. Wir beschreiben damit den Machtzuwachs des Systems der strafrechtlichen Maßnahmen, der zu einer Verlängerung der Dauer des Freiheitsentzugs von unbestimmter Dauer bei psychisch auffälligen Straftätern führt. Diese, ob verantwortlich oder nicht, sind denselben Maßnahmen an denselben Haftorten unterworfen, es ist die Einschätzung ihrer Gefährlichkeit, die im Zentrum der Schwere der psychiatrischen Beurteilung und somit ihrem Strafverlauf steht. Der Patient wird so auf die Summe der zu kontrollierenden und zu überwachenden Risikofaktoren reduziert. Das Fehlen geeigneter Strukturen und die Mehrdeutigkeit des Begriffs der forensischen Therapie tragen zur Verlängerung des Freiheitsentzugs und den daraus resultierenden Gefährdungen der Grundrechte bei. Die forensisch-psychiatrische Praxis, sei es als Sachverständiger oder Therapeut, steht somit unter immer stärker werdendem Druck, so dass sich die Praktiker dieser Sicherheitsperspektive unter Missachtung der Grundprinzipien der ärztlichen Tätigkeit anschließen.

FORENSISCHE PSYCHIATRIE – SACHVERSTÄNDIGENTÄTIGKEIT – PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG – BEHANDLUNGSAUFLAGE – STRAFVOLLSTRECKUNG – GEFÄNGNIS

ES – *La psiquiatría forense en Suiza: Entre el riesgo de la seguridad y de la instrumentalización positivista* – A partir de la reciente modificación del Código penal suizo y su incidencia en las instituciones judiciales y penitenciarias, este artículo realiza un análisis crítico del desarrollo de la psiquiatría forense. Se constata el aumento del número de penas que conducen a un aumento de la duración de la privación de libertad indefinida para los delincuentes con enfermedades mentales. Como estos delincuentes, responsables o no, son sometidos a las mismas medidas en los mismos lugares de detención, es la evaluación de su peligrosidad la que se convierte en el centro de atención de la pericia psiquiátrica y de su trayectoria penal. El paciente se reduce a una suma de factores de riesgo que hay que controlar y supervisar. La falta de estructuras adecuadas y la ambigüedad de la noción de terapia forense contribuyen a la prolongación de la privación de libertad y a la consiguiente violación de los derechos fundamentales. La práctica psiquiátrica forense, como perito o terapeuta, es sometida a una presión cada vez mayor para encajar en esta perspectiva de seguridad, desafiando los principios cardinales de la medicina.

PSIQUIATRÍA FORENSE – PERITAJE – TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO – OBLIGACIÓN DE ASISTENCIA – EJECUCIÓN DE PENAS – PRISIÓN