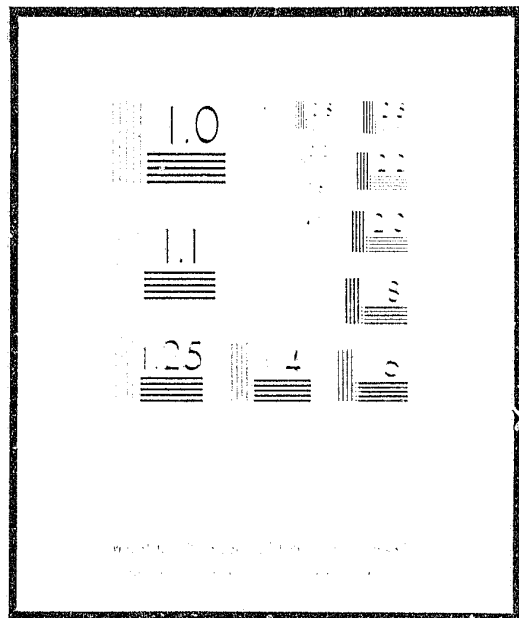


NCJRS

This microfiche was produced from documents received for inclusion in the NCJRS data base. Since NCJRS cannot exercise control over the physical condition of the documents submitted, the individual frame quality will vary. The resolution chart on this frame may be used to evaluate the document quality.



Microfilming procedures used to create this fiche comply with the standards set forth in 41CFR 101-11.504

Points of view or opinions stated in this document are those of the author(s) and do not represent the official position or policies of the U.S. Department of Justice.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
LAW ENFORCEMENT ASSISTANCE ADMINISTRATION
NATIONAL CRIMINAL JUSTICE REFERENCE SERVICE
WASHINGTON, D.C. 20531

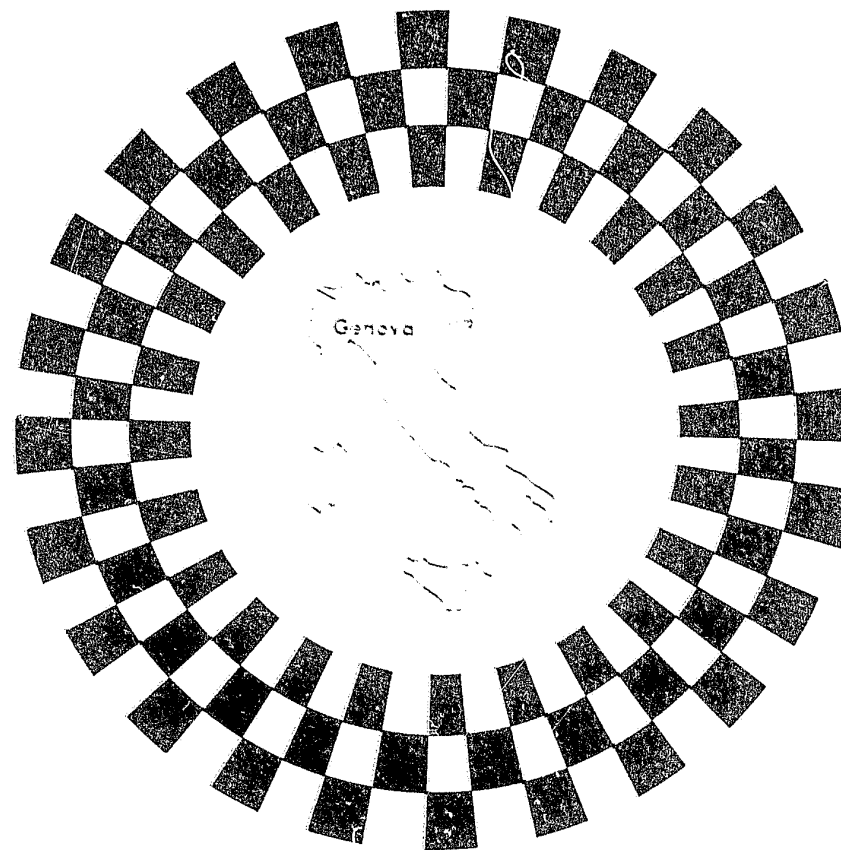
12 2 76

Date filmed

2èmes JOURNEES INTERNATIONALES DE CRIMINOLOGIE
CLINIQUE COMPAREE
14-15 mai 1973

2nd INTERNATIONAL SEMINAR IN COMPARATIVE
CLINICAL CRIMINOLOGY
May 14-15, 1973

CRIMINOLOGIE CLINIQUE: THERAPEUTIQUE ET RECHERCHE CLINICAL CRIMINOLOGY: THERAPEUTIC AND RESEARCH



25067

Centre International de
Criminologie Comparee
Montreal, Quebec, Canada

Institut Philippe Pinel de Montreal
Montreal, Quebec, Canada

Institut d'Anthropologie
Criminelle de Gènes
Gènes, Italie

2èmes JOURNEES INTERNATIONALES DE CRIMINOLOGIE
CLINIQUE COMPAREE
14-15 mai 1973
Tenues en Italie

2nd INTERNATIONAL SEMINAR IN COMPARATIVE
CLINICAL CRIMINOLOGY
May 14-15, 1973
Held in Italy

CRIMINOLOGIE CLINIQUE: THERAPEUTIQUE ET RECHERCHE

CLINICAL CRIMINOLOGY: THERAPEUTIC AND RESEARCH

Ce projet a été en partie financé par le programme
de la Subvention Nationale à la Santé, projet No.
613-1000- 23M, avec l'autorisation du ministère de
la Santé Nationale et du Bien Etre Social.

Centre International de
Criminologie Comparée
Montréal, Québec, Canada

Institut Philippe Pinel
de Montréal
Québec, Canada

Institut d'Anthropologie
Criminelle de Gênes
Gênes, Italie

T A B L E D E S M A T I E R E S

T A B L E O F C O N T E N T S

Introduction	
par: G. CANEPA &.....	5
by : D. SZABO	
Programme	9
Program	12
I- Le criminologue clinicien: son rôle d'expert et thérapeute et sa contribution actuelle.	
The clinical criminologist: his role as expert and therapist, and his contribution today.	
a) les exigences et les limites du code the requirements of the law and its limitations	
b) les exigences et les limites des institutions actuelles the requirements of institutions and their present limitations	
c) l'avenir et les prérequis de son nouveau rôle the future, and the pre-requisites of its new role	
Présentation Nord-Américaine: ELLENBERGER, H.	16
Montréal, Canada.	
North American Presentation: KOZOL, H.	32
Boston, U.S.A.	
Présentation européenne : GIBBENS, T.C.N.	36
European presentation : London, England	
II- Le criminologue clinicien et la recherche scientifique. The clinical criminologist and scientific research.	
a) valeur de la recherche pour le diagnostic the value of research in diagnosis	
b) valeur de la recherche pour le traitement the value of research in treatment	
c) valeur de la recherche pour la prédiction the value of research in forecasting	

Présentation nord-américaine:	WARREN, M.	50
North American Presentation:	Albany, U.S.A.	
Présentation européenne :	COLIN, M.	62
European Presentation :	Lyon, France	
<hr/>		
III- Compte rendu succinct des débats		
Brief summary of the discussions	TOUTANT, C.	98
	Montréal, Canada	

INTRODUCTION

CANEPA, G. Directeur, Institut d'Anthropologie Criminelle, Université de
Gènes, ITALIE.

SZABO, D. Directeur, Centre International de Criminologie Comparée,
Université de Montréal, CANADA.

INTRODUCTION

La première règle de toute activité scientifique est la remise en question: grâce à l'appareil critique de la logique et de l'apport de nouveaux faits et interprétations de la réalité, une perpétuelle reformulation de la théorie caractérise le progrès de la science. Après une longue stagnation marquée par l'asservissement de la science criminologique au droit pénal d'une part et à la médecine traditionnelle d'autre part, on assiste à une accélération de la prise de conscience soutenue par une activité scientifique et une expérimentation administrative plus diversifiées. Cette prise de conscience touche les contradictions de plus en plus apparentes entre les exigences des recherches et des réformes novatrices, présentant souvent une alternative radicale entre le système actuellement en vigueur et les servitudes qu'impose le fonctionnement d'un système d'administration de la justice imbibé d'une longue tradition répressive.

Traditionnellement, la criminologie clinique constitue la point de rencontre entre les praticiens des sciences humaines qui se livrent à l'observation des délinquants déferés devant les cours ou confinés dans les institutions pénales. C'est sur ces praticiens que repose la responsabilité de solutionner les problèmes dans la pratique quotidienne de la vie professionnelle. De plus, il doivent révéler aux administrateurs du système, aux juristes - concepteurs du système - les exigences d'une justice interprétée à partir d'observations scientifiques de la réalité criminelle. A ce combat premier - car c'en est un - s'ajoute un second. Les interprétations sociologiques mettent en cause non seulement la définition traditionnelle du délinquant par le régime judiciaire, mais également le système politique qui véhicule de telles définitions. Ces conflits d'interprétation sont évidemment aussi anciens qu'est la criminologie. Leur nouveauté consiste dans le fait que c'est la première fois qu'on peut la formuler au niveau de la praxis criminologique. En effet, ce n'est que depuis fort peu de temps que des criminologues "praticiens" jouent un rôle qui ne soit pas purement symbolique et marginal dans la politique de la prévention du crime et du traitement des délinquants. Et encore, ceci n'est le cas que dans une minorité de pays relativement privilégiés.

Le Centre International de Criminologie Comparée (C.I.C.C.), en collaboration avec l'Institut d'Anthropologie Criminelle de Gênes et l'Institut Philippe Pinel de Montréal, s'est proposé de créer un terrain de rencontres, d'offrir un cadre de confrontation des diverses et nouvelles expériences qui surgissent actuellement dans la praxis criminologique. Celle-ci trouve son milieu dans un ensemble d'institutions, de règlements et de lois qui résultent d'une longue interaction entre les législations, les codes, l'expérience collective, la culture des nations particulières. Or, on constate de plus en plus qu'après une longue période de particularisme, de provincialisme de la pensée criminologique, qui a succédé au XXe siècle à la prétention universaliste de la première démarche criminologique du XIXe siècle, les temps sont venus de réaffirmer l'unité de nos préoccupations dans la diversité de nos

contextes socio-culturels et politiques. La société pos-industrielle avec son accent sur la communication instantanée assure un moyen formidable à cette exigence critique de toute science: augmenter, par les expériences cumulatives, le patrimoine scientifique; ce qui permettra, à son tour, une meilleure compréhension des mécanismes complexes qui produisent les phénomènes "délinquantiels".

Les Premières Journées Internationales de Criminologie Clinique Comparée ont eu lieu à Montréal, en avril 1972, et ont été consacrées à un examen des relations entre le droit pénal et la science criminologique telle qu'elle s'exprime dans la pratique clinique ("Traitement des criminels et procès pénal", 1972. Texte photocopié). Les Deuxièmes Journées Internationales de Criminologie Clinique Comparée, qui se sont déroulées à Gênes en avril 1973, avaient pour objectif d'examiner le rôle du criminologue clinicien comme expert et comme thérapeute d'une part, et sa relation avec l'apport des recherches criminologiques relatives au diagnostic, au traitement et à la prédiction de la délinquance d'autre part.

Une table ronde réunissant les représentants de plusieurs écoles de pensée avait comme but de dégager des perspectives d'avenir sur les sujets abordés dans les communications et lors des discussions qui leur furent consacrées.

Sous la présidence de F. GRAMATICA, deux communications ont abordé le rôle du criminologue clinicien en tant que thérapeute et expert dans l'administration de la justice pénale. Ce rôle s'élargit de plus en plus dans le cadre des réformes législatives en cours: psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, criminologues doivent mettre leur compétence au service des délinquants et des administrations qui les ont à charge. H. ELLENBERGER et J. KOZOL ont dressé le bilan des expériences nord-américaines; T.C.N. GIBBENS a dégagé ses conclusions de l'examen de la situation européenne.

On constate la profonde ambiguïté de la situation du criminologue clinicien, pris en écharpe en quelque sorte entre les stipulations d'une loi largement répressive et souvent en contradiction avec les enseignements des sciences humaines et médicales et la dénonciation des sociologues qui ne sont pas tous radicaux ou révolutionnaires, et qui dénoncent la collaboration des cliniciens avec un système profondément injuste.

Le criminologue clinicien se trouve, par choix ou par nécessité, placé carrément au coeur du système: les contradictions que recèle son rôle, il doit les résoudre dans la praxis quotidienne de son métier. C'est par son interaction constante avec les administrateurs et les législateurs que son influence peut se laisser sentir. Il n'est pas en dehors du système comme bien de ses critiques radicaux; il est en dedans et il doit y sauvegarder et sa raison de vivre et le respect de soi. Mais en va-t-il ainsi pour tous ceux qui collaborent à la vie de tous les jours dans les institutions sociales:

accorder le principe de changement sans lequel il n'y a pas de science, avec le principe de stabilité sans laquelle il n'y a pas d'institution ou d'organisation?

Sous la présidence de N. MAILLOUX, deux communications ont traité des relations entre la recherche criminologique et la pratique clinique. Marguerite WARREN l'a examiné dans le contexte nord-américain; M. COLIN dans celui de l'Europe. Le rôle du chercheur est bien distinct de celui du clinicien: le premier doit offrir au second les indications utiles pour le diagnostic et le traitement en évaluant les programmes ou les tests en cours; lors de ces recherches, de nouveaux concepts opérationnels sont dégagés et peuvent être proposés au clinicien qui les analyse dans sa pratique journalière. Le renouveau du rôle clinique doit provenir non seulement d'une accumulation d'expériences personnelles toujours approfondies, mais grâce aussi à l'apport de la recherche évaluative.

M. COLIN a insisté plus particulièrement sur l'apport de la psychanalyse qui, comme méthode d'interprétation, doit permettre de réévaluer l'action thérapeutique dans sa totalité. Plus qu'une méthode d'intervention individuelle, la psychanalyse joue un rôle dans la transformation des institutions correctionnelles actuelles. Il a insisté sur la nécessité d'organiser des services d'urgence criminologiques, en dehors des cadres actuels afin de rejoindre ceux, nombreux, qui ne trouvent pas leur place dans les institutions d'aujourd'hui.

Présidé par H. MOHR, une table ronde a réuni N. CHRISTIE, S. COHEN, F. FERRACUTI et J. HOCHMAN. Il s'agissait de dégager les principales objections que s'adressent les uns les autres: criminologues cliniciens et sociologues, critiques sociaux. Les premiers se voient reprocher leur imbrication dans un système souvent archaïque, chargé de contradictions. Il en résulte pour les cliniciens, une propension vers la passivité et l'acceptation parfois sans critique du "système". Les sociologues se sont vu reprocher leur trop grand niveau d'abstraction, leur liberté dégagée de toute responsabilité quotidienne dans la marche des institutions. Ni l'évolution de la société, ni celle des expériences humaines ne concilieront ces points de vue contradictoires. Mais la confrontation franche, qui a permis cette table ronde, contribuera sûrement à leur approfondissement, aussi bien sur le plan intellectuel que sur le plan moral. Et le progrès - s'il peut y en avoir - ne pourra venir que du maintien et de l'élargissement du dialogue.

C'est là en quoi consiste le but de ces travaux qui ont eu lieu dans le cadre enchanteur de Santa Margherita, grâce à l'hospitalité du Recteur de l'Université de Gênes et du Préfet de la région de Ligurie, représentés respectivement par MM. CASANOVA et BOERO. L'Université de Montréal, le gouvernement du Canada et la Fondation Ford ont assuré, avec les instances italiennes, l'organisation matérielle de ces "Journées". Les Nations Unies et le Conseil de l'Europe se sont fait représenter par Mmes. ELMHORN et TSITSOURA.

En terminant, il nous est agréable de remercier tous ceux qui ont assuré l'organisation matérielle ainsi que tous ceux qui ont participé aux IIèmes Journées Internationales de Criminologie Clinique Comparée.

PROGRAMME

PROGRAMME

IIèmes JOURNEES INTERNATIONALES DE CRIMINOLOGIE CLINIQUE COMPAREE
(traduction simultanée français - anglais)

DATES : 14 et 15 mai 1973 (lundi-mardi)
(Arrivée: dimanche 13 mai)

LIEU : Hôtel Imperial Palace
16038 Santa Margherita
Ligure Portofino
Gênes, ITALIE.

<u>COMITE SCIENTIFIQUE:</u>	MM. Béliveau, L.	Montréal
	Canepa, G.	Gênes
	Debuyst, C.	Louvain
	Gibbens, T.C.N.	Londres
	Mailloux, N. o.p.	Montréal
	Sturup, G.	Copenhague

COMITE D'ORGANISATION SCIENTIFIQUE:

Le directeur de l'Institut d'Anthropologie Criminelle de l'Université de Gênes, M. G. CANEPA, et le directeur du C.I.C.C. M. D. SZABO.

COORDONNATEURS:

BANDINI, T. Dr,
Institut d'Anthropologie Criminelle
Université de Gênes
Via de Toni 12
Gênes, ITALIE

MORAND, C. Dr,
Institut Philippe Pinel de Montréal
12333 boul. Henri-Bourassa est,
Montréal 478,
Québec, CANADA

ADMINISTRATION ET SECRETARIAT:

GATTI, U. Dr,
Institut d'Anthropologie Criminelle
Université de Gênes
Via de Toni 12
Gênes, ITALIE

ENCIU, T. Mme,
Adjoint-administratif,
Centre International de Criminologie Comparée
Université de Montréal
C.P. 6128
Montréal 101,
Québec, CANADA

THEME: Le criminologue clinicien, son rôle, ses exigences et ses limites.
La valeur de la recherche pour ses diagnostic, traitement et pronostic.

LUNDI, 14 mai 1973

9:00 à 9:30	<u>OUVERTURE</u> Allocution de bienvenue du recteur de l'Université de Gênes, du directeur de l'Institut d'Anthropologie Criminelle et du directeur du Centre International de Criminologie. Comparée, ainsi que d'autres personnalités.
9:30 à 10:00	<u>Président</u> : M. F. GRAMATICA, Italie. <u>Sujet A</u> : Le criminologue clinicien; Son rôle d'expert et de thérapeute, et sa contribution actuelle. a) Les exigences et les limites du code. b) Les exigences et les limites des institutions. c) L'avenir et les prérequis de son nouveau rôle.
10:00 à 10:30	<u>Présentation du rapport</u> 1. <u>Nord-Américain</u> : M. H. ELLENBERGER, en collaboration avec l'équipe de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, ainsi que M. H. KOZOL et une équipe de Boston.
10:30 à 11:00	2. <u>Européen</u> : M. T.C.N. GIBBENS, Londres.
11:00 à 11:15	Pause
11:15 à 13:00	Discussion
13:00 à 15:00	Repas
15:00 à 15:30	<u>Président</u> : N. MAILLOUX, O.P. Montréal. <u>Sujet B</u> : Le criminologue clinicien: recherche scientifique. a) Valeur de la recherche pour le diagnostic.

b) Valeur de la recherche pour le traitement.

c) Valeur de la recherche pour la prédiction.

15:30 à 16:00

Présentation du rapport

1. Nord-Américain: Mme M. WARREN
Albany, N.Y..

2. Européen: M. M. COLIN (Lyon)

16:30 à 16:45

Pause

16:45 à 18:00

Discussion

18:30 à 20:00

Cocktail

20:00

Repas

MARDI, 15 mai 1973

9:00 à 9:30

Président: G.K. STURUP, Danemark.

Sujet :

Réflexions sur les priorités d'action et recherche.

9:30 à 10:45

Table ronde (quatre personnes)

10:45 à 11:00

Pause

11:00 à 12:30

Discussion
Allocution d'usage

12:30 à 13:00

CLOTURE

PROGRAMME

SECOND INTERNATIONAL SEMINAR IN COMPARATIVE CLINICAL CRIMINOLOGY
(French/English simultaneous translation)

DATES : May 14th and 15th, 1973. (Monday and Tuesday)
(Arrival: Sunday, May 13th 1973)

PLACE : Imperial Palace Hotel
16038 Santa Margherita,
Ligure Portofino
Genoa, ITALY

SCIENTIFIC COMMITTEE:

Béliveau, L.	Montreal
Canepa, G.	Genoa
Debuyst, C.	Louvain
Gibbens, T.C.N.	London
Mailloux, N. o.p.	Montreal
Sturup, G.	Copenhagen

SCIENTIFIC ORGANIZATION COMMITTEE:

Professor G. CANEPA, Director of the Institute of Criminal Anthropology, University of Genoa, and Professor D. SZABO, Director of the International Centre for Comparative Criminology.

COORDINATORS:

BANDINI, T. Dr.
Institute of Criminal Anthropology,
University of Genoa,
Via de Toni 12,
Genoa, ITALY

MORAND, C. Dr.
Philippe Pinel Institute of Montreal
12333 Henri-Bourassa Boulevard E.,
Montreal 478,
Quebec, CANADA

ADMINISTRATION AND SECRETARIAT:

GATTI, U. Dr.
Institute of Criminal Anthropology,
University of Genoa,
Via de Toni 12,
Genoa, ITALY

ENCIU, T. Ms.
Administrative Assistant,
International Centre for Comparative
Criminology,
University of Montreal,
P.O. Box 6128, Montreal 101,
Quebec, CANADA

SUBJECT: The clinical criminologist, his role, his needs and his limitations.
The value of his research for diagnosis, treatment and prognosis.

MONDAY, May 14th, 1973

9:00 to 9:30	<u>OPENING SESSION</u> Welcoming address by the Rector of the University of Genoa, the Director of the Institute of Criminal Anthropology, the Director of the International Centre for Comparative Criminology, and other notables.
9:30 to 10:00	<u>Chairman:</u> F. GRAMATICA, Italy. <u>Subject A:</u> The clinical criminologist: his role as expert and as therapist, his present contribution. a) The requirements and the limits of the Law. b) The requirements and the limits of institutions. c) The future and the pre-requisites of its new role.
10:00 to 10:30	<u>Presentation of Reports</u> 1. <u>North America:</u> H. ELLENBERGER, in collaboration with the team of the Philippe Pinel Institute of Montreal, and H. KOZOL with a team from Boston.
10:30 to 11:00	2. <u>Europe:</u> T.C.N. GIBBENS, London
11:00 to 11:15	Break
11:15 to 13:00	Discussion
13:00 to 15:00	Lunch
15:00 to 15:30	<u>Chairman:</u> N. MAILLOUX, O.P. Montreal <u>Subject B:</u> The clinical criminologist and scientific research. a) Value of research in diagnosis.

- b) Value of research in treatment.
- c) Value of research in forecasting.

15:30 to 16:00

Presentation of Reports

- 1. North America: Ms. M. WARREN
Albany, N.Y.
- 2. Europe: M. COLIN (Lyon)

16:30 to 16:45

Break

16:45 to 18:00

Discussion

18:30 to 20:00

Cocktails

20:00

Dinner

TUESDAY, May 13th, 1973

9:00 to 9:30

Chairman: G.K. STURUP, Denmark

Subject :

Some thoughts on the priorities in activities and research.

9:30 to 10:45

Round table discussion (4 persons)

10:45 to 11:00

Break

11:00 to 12:30

Discussion
Summing-up.

12:30

CONCLUDING REMARKS

Le criminologue clinicien:
son rôle d'expert et thérapeute
et sa contribution actuelle

The clinical criminologist:
his role as expert and therapist
and his contribution today

-ELLENBERGER, H.
Montréal, CANADA.

-KOZOL, H.
Boston, ETATS-UNIS.

L'EXERCICE DE LA CRIMINOLOGIE CLINIQUE DANS LES INSTITUTIONS DE TRAITEMENT
FERMEES EN AMERIQUE DU NORD.

Le sujet proposé étant extrêmement vaste et la temps alloué très court, nous devons nous limiter à un survol rapide des faits essentiels.

Il convient de préciser d'abord les conditions générales dans lesquelles se poursuit le traitement des délinquants et criminels, et d'énoncer les principes généraux qui ont inspiré les promoteurs des méthodes appliquées.

Nous passerons ensuite en revue les principales méthodes utilisées en Amérique du Nord, et essaierons d'en évaluer les résultats et les perspectives d'avenir.

I. GENERALITES

Conditions générales des traitements

Rappelons tout d'abord quelques faits généraux. On sait que la réforme pénale de la fin du 18ème siècle et du début du 19ème a fait remplacer les châtiments barbares d'autrefois par des peines d'emprisonnement pour des durées fixées par la loi. Les prisons et les pénitenciers sont ainsi devenus les instruments essentiels de la répression pénale.

Le but par le législateur de ces établissements était, à l'origine, multiple: le châtimement des criminels, la protection de la société, l'intimidation des malfaiteurs actuels ou potentiels, et enfin, dans l'esprit de plusieurs des promoteurs de ce système, le redressement des condamnés.

L'histoire de la pénologie au 19ème siècle a été dominée par une série d'oscillations entre diverses conceptions de la philosophie pénale, et illustrée par la grandeur et la décadence de plusieurs systèmes pénitentiaires. M. Jean PINATEL a bien expliqué dans une de ses chroniques comment la conception correctionnaliste de la prison s'était imposée aux alentours de 1870 et avait servi d'inspiration pour les reformatories américains, le système Borstal, et les prisons-écoles. D'un autre côté, c'est à l'école positive italienne que nous devons l'introduction de la criminologie clinique dans le domaine pénitentiaire. C'est ainsi que s'est introduite la distinction entre les prisons d'une part, et les institutions de traitement d'autre part, d'où a résulté le dilemme suivant: faut-il maintenir cette distinction, ou bien transformer la prison elle-même en institution de traitement?

Ce problème a été rendu plus aigu à la suite du développement de la criminologie clinique en dehors des institutions, c'est-à-dire par la multiplication des formes de traitement en milieu libre et en semi-liberté (probation, liberté surveillée, etc), ce qui a conduit à diminuer encore davantage le rôle de la prison, et a amené certains réformateurs à réclamer son abolition.

Quoi qu'il en soit, une telle réforme paraît encore prématurée, si l'on tient compte du phénomène de la dangerosité. Mais certaines des méthodes appliquées dans les institutions de traitement peuvent être introduites dans les prisons sous une forme plus ou moins modifiées. Dans l'évaluation des résultats obtenus par les traitements, il faudra tenir compte, d'une part, des modifications apportées aux méthodes de traitement, et d'autre part, du fait que la plupart des institutions de traitement opèrent une sélection plus ou moins rigoureuse, n'acceptant que les criminels chez qui elles prévoient tout au moins la possibilité d'une évolution favorable sous l'effet du traitement. Il est évident que l'on ne peut pas comparer directement les résultats d'une même méthode thérapeutique exercée sur une population sélectionnée et une population non sélectionnée. En outre, il faut tenir compte d'autres variables: il est essentiel de distinguer d'une part les criminels atteints de psychose (les "aliénés criminels" de la terminologie classique), et les criminels anormaux mais non aliénés (qu'on les appelle "psychopathes", "sociopathes" ou de tout autre nom). Il semblerait que ces deux catégories d'individus très différents seraient justiciables de traitements très différents administrés dans deux types d'institutions différentes appropriés à leurs cas respectifs. Pourtant il est loin d'en être toujours ainsi. Beaucoup d'institutions pénales nord-américaines gardent dans une section spéciale ceux de leurs détenus qui deviennent malades mentalement, à l'exception peut-être de certains cas de psychose grave.

Si l'on fait abstraction, maintenant, des criminels malades mentaux et que l'on s'en tient au vaste groupe des "psychopathes", on se heurte à une série d'autres problèmes. La "psychopathie" ne constitue pas une entité clinique spécifique, mais un conglomérat d'anomalies caractérielles très diverses et encore mal connues. C'est pourquoi, dans l'appréciation des résultats d'un traitement, il faudra diviser les sujets traités par catégories, - ne fût-ce que par catégories criminologiques, en distinguant les diverses sortes de meurtriers, d'incendiaires, de voleurs, de délinquants sexuels, etc.

Principes généraux des traitements

Quels sont maintenant les problèmes qui se posent à ceux qui entreprennent d'organiser un programme de traitement des détenus criminels dans un établissement fermé, qu'il s'agisse d'un pénitencier classique ou d'une institution axée sur le traitement?

Le plus simple regard sur le problème montre que l'on aura à surmonter de grands obstacles, que l'on peut diviser en trois groupes:

1. En premier lieu viennent les effets pathogènes généraux de la prison. Il s'agit moins de psychoses carcérales, relativement rares, que de ce processus lent et insidieux que l'on a appelé la "prisonnisation". Certaines méthodes de thérapie institutionnelle sont nettement orientées vers le traitement et la prévention de ces manifestations. Hans TOCH (d'Albany) a très bien analysé dans son étude, Human Breakdowns in Prison (1972), les facteurs pathogènes qui conduisent au "breakdown" (effondrement) carcéral: l'isolement combiné à l'intimité forcée avec d'autres hommes, la séparation du milieu antérieur, la monotonie de la vie journalière, la privation du soutien familial et du statut professionnel, l'abîme creusé entre soi-même et les gardiens, l'exploitation par les codétenus, etc. TOCH a aussi montré comment certains détenus, paradoxalement, retirent des avantages personnels d'être dans ce milieu, et comment d'autres développent une surcompensation sous forme de "mythe de la masculinité" (The Manliness Myth). En réalité, toute forme de traitement institutionnel doit tenir compte de ces faits, mais cet aspect du traitement est encore plus nécessaire dans le cadre du milieu carcéral traditionnel.

2. En second lieu, il faut compter avec le phénomène de la subculture carcérale. Tout a été dit sur le prétendu "code de la prison", le gouvernement des détenus par les plus corrompus, la perversion réciproque, le règne de l'homosexualité, et tout ce qui a valu à la prison le surnom d'"Université du Crime". Tant que subsiste cette subculture carcérale, aucun résultat thérapeutique ne peut être espéré. Les méthodes de Communauté Thérapeutique semblent particulièrement centrées sur cette subculture carcérale, visant à la neutraliser et la remplacer par une subculture thérapeutique.

3. En troisième lieu, il faut tenir compte de la personnalité des détenus, c'est-à-dire de leurs anomalies caractérielles et de leurs schèmes répétitifs de comportement. On peut considérer les carrières criminelles de ces individus comme des développements naturels de ces anomalies, développements où les punitions subies exercent un effet renforçateur sur les attitudes antisociales. On peut considérer aussi la subculture carcérale comme une sorte de sécrétion collective de ces personnalités psychopathiques, mais à son tour, cette subculture renforce et perpétue les attitudes et conduites antisociales de ces individus. Certaines méthodes de traitement s'adressent directement à la personnalité du psychopathe, comme à la racine du mal. Nous verrons que c'est là le principe de certaines formes de thérapie de groupe et de la thérapie du comportement.

Pour nous résumer, toute entreprise de traitement de criminels adultes en milieu fermé aura à surmonter une triple barrière:

- Il faut d'abord assurer la prophylaxie et la cure des manifestations de "prisonnisation", par une action collective sur le milieu, et une action personnelle sur les individus qui en sont les plus atteints.

- Il faudra ensuite établir et maintenir une subculture thérapeutique pour neutraliser, dissiper et remplacer la subculture carcérale.

- Il faudra enfin s'attaquer au traitement de la personnalité des détenus par des méthodes individuelles et collectives.

Tel est le problème qui se pose devant le thérapeute qui entreprend un programme de traitement en institution. Ce problème a été attaqué par des voies différentes, tant en Europe qu'en Amérique du Nord. Nous allons voir maintenant comment on a essayé de le résoudre en plusieurs endroits des Etats-Unis et du Canada.

II. LES PRINCIPALES METHODES UTILISEES EN AMERIQUE DU NORD.

Les méthodes de traitement utilisées dans les institutions fermées pour criminels adultes peuvent se diviser en trois classes: les méthodes collectives globales, les méthodes collectives de groupe et les méthodes individuelles. Quoique certains promoteurs de la Communauté Thérapeutique croient devoir exclure les méthodes individuelles, la grande majorité des auteurs estiment que les diverses méthodes ne s'excluent pas et que, bien au contraire, on a tout avantage à combiner les méthodes globales, de groupe et individuelles. Néanmoins, du point de vue théorique, il convient de les décrire séparément.

A. Méthodes collectives globales

Ces méthodes sont fondées sur le principe que l'institution elle-même, prise globalement et dans sa totalité, constitue l'agent thérapeutique essentiel. Cette conception n'est pas entièrement neuve, mais elle a été renouvelée par la mise au point de techniques hautement différenciées dont la plus connue est celle de la Communauté Thérapeutique de Maxwell JONES. L'originalité de ces méthodes ressort davantage si on les compare aux méthodes traditionnelles.

Méthodes traditionnelles: On sait que dans la conception traditionnelle, le traitement est conçu essentiellement comme une rééducation fondée sur la discipline, l'effort individuel, les punitions et les récompenses, le travail, ainsi que l'instruction et les loisirs organisés. A cela s'ajoute le principe de la "classification", c'est-à-dire que l'on s'efforce de grouper ou de séparer les détenus, suivant l'effet favorable ou nocif qu'ils exercent les uns sur les autres. Bien des institutions en sont restées à ce stade. Mais on sait combien l'application de ces seules méthodes s'est montrée insuffisante pour prévenir l'apparition de la "prisonnisation" et la constitution d'une subculture carcérale. C'est pourquoi on a cherché à renforcer l'action thérapeutique collective du milieu en lui adjoignant des méthodes de groupe ou individuelles.

D'autres tentatives ont été faites pour renforcer l'action des méthodes traditionnelles par un recours systématique à l'aide des soins psychiatriques. En 1927, Karl MENNINGER avait proclamé le caractère urgent des réformes suivantes: toutes les Cours de Justice devaient avoir au moins un psychiatre à leur disposition, une expertise psychiatrique devait être effectuée avant le jugement de tout criminel grave, tout établissement de détention devait être pourvu d'un service psychiatrique, et un rapport psychiatrique devait être effectué avant la libération de tout criminel grave. Il s'en faut de beaucoup que ce programme ait été réalisé. Quelques études, dont celle de Loren H. ROTH et Frank R. ERWIN, montrent pourtant l'importance qu'il y avait à assurer un service psychiatrique dans les pénitenciers. Une étude effectuée sur 1154 prisonniers du Pénitencier Fédéral de Lewisburgh (Pennsylvanie) a montré que la morbidité psychiatrique dans cet échantillon atteignait le taux d'environ 15 à 20%; or ce n'est qu'une fraction de ceux-ci qui bénéficièrent de soins psychiatriques.

L'expérience de Patuxent: Une expérience d'un intérêt particulier a été effectuée aux Etats-Unis dans l'Etat de Maryland. Une loi édictée en 1951 par la législation de cet Etat stipule que le criminel qualifié de "defective delinquent" est défini comme un individu intellectuellement déficient ou émotionnellement déséquilibré, ayant manifesté une conduite criminelle ou anti sociale persistante et s'aggravant, et présentant clairement un danger pour la société, de sorte qu'il est nécessaire de le détenir et de le traiter jusqu'à ce que sa libération constitue un risque raisonnable pour la société. La majorité des détenus ont commis des crimes de violence ou des délits sexuels; la plupart sont également des récidivistes. Envoyés à Patuxent par une des Cours de Justice de Maryland, ils y subissent une période d'examen de trois mois visant à déterminer s'ils correspondent ou non à la catégorie des "defective delinquents". Environ les deux tiers d'entre eux sont retenus à Patuxent pour une durée indéterminée.

Patuxent est organisé avec un système de quatre classes, chacune dotée de privilèges qui vont croissant d'une classe à l'autre. Les nouveaux venus commencent naturellement par la première classe et leur passage d'une classe à l'autre dépend de leur conduite, de leur coopération et de leur participation aux activités de groupe. La classe la plus élevée jouit d'un gouvernement autonome qui inclut un certain contrôle sur le comportement de ses membres.

Le programme de traitement à Patuxent est centré sur la rééducation, la thérapeutique de groupe et la thérapeutique par le travail. Une certaine importance est accordée à l'orientation professionnelle. La participation aux activités de groupe n'est pas obligatoire, mais la plupart des détenus, même s'ils y étaient hostiles au début, viennent à y participer. La durée moyenne du séjour est de quatre ans et demi.

La Communauté Thérapeutique: La Communauté Thérapeutique est une méthode de psychothérapie collective et globale imaginée par Maxwell JONES peu après la deuxième guerre mondiale. Elle est fondée sur l'hypothèse que

tout individu, sain ou malade, recèle en lui-même des pouvoirs thérapeutiques latents qui peuvent être mobilisés pour exercer une action bénéfique sur lui-même et sur les autres. Il s'agit de structurer une collectivité de façon à mobiliser les forces thérapeutiques latentes de tous afin que chacun devienne un co-thérapeute, et que se constitue en même temps une subculture thérapeutique qui renforce l'action individuelle de chacun des participants.

Parmi les principes essentiels de cette méthode figurent la liberté d'expression et la discussion immédiate en commun de tout acte impulsif ou agressif de chaque individu. Le terme "liberté d'expression" signifie que chacun des participants a le droit de dire à chacun des autres tout ce qu'il pense de lui. Le Dr Bruno CORMIER fait remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une "liberté démocratique", mais d'une règle exceptionnelle, limitée à une collectivité donnée et pour une durée déterminée. D'autre part, les impulsions agressives ne sont pas réprimées à la manière traditionnelle, mais elles ne sont pas non plus tolérées; elles sont considérées comme des problèmes pratiques qu'il s'agit de liquider immédiatement par une discussion en commun entre le contrevenant et le groupe.

Diverses méthodes de Communauté Thérapeutique ont été appliquées en plusieurs endroits, surtout dans les hôpitaux psychiatriques, sous une forme souvent modifiée. Pour ce qui est des institutions pénales, une des tentatives les plus intéressantes, en Amérique du Nord, a été celle du Clinton Diagnostic and Treatment Centre, à Dannemora, dans l'Etat de New York. Le programme fut préparé avec l'aide du Dr Bruno CORMIER et fut dirigé par le Dr Ludwig FINK, directeur du Centre. Après une longue préparation, qui comportait notamment l'instruction et l'entraînement des gardiens, l'expérience débuta en octobre 1966 avec 50 détenus, chiffre que l'on porta l'année suivante à 100. Contrairement à ce qui se fait souvent dans les expériences de ce genre, les exécutants du projet ne sélectionnèrent pas les sujets offrant les meilleurs pronostics; ils choisirent une population de récidivistes qui avaient commencé leur carrière criminelle de bonne heure et dont beaucoup avaient passé plus de dix ans en prison. Le Dr Bruno CORMIER, consultant principal du projet, estime que des criminels de ce genre arrivent à un moment donné devant un point critique: ils prennent conscience de la faillite de leur vie, ce qui produit un état de dépression, lequel constitue précisément le moment opportun pour une intervention psychothérapique.

Le système employé au cours de l'expérience de Clinton était assez complexe. Le cadre en était naturellement celui d'une institution à sécurité maximale, mais on s'était efforcé de procurer aux détenus, à l'intérieur de ce cadre, le maximum de liberté possible. C'est ainsi que les détenus n'étaient enfermés dans leur cellule que de 11 heures du soir à 6 heures du matin (donc seulement sept heures au lieu des seize heures habituelles). Ils disposaient en outre d'heures de loisir dans la soirée et dans la fin de semaine; ils pouvaient utiliser ce temps à leur guise pour suivre des cours d'éducation pour adultes, apprendre certains arts, se livrer à des jeux ou à des sports. L'ergothérapie ne visait pas à l'apprentissage de tel ou tel métier, mais à développer des habitudes de régularité et de discipline dans le travail, le sens des responsabilités, la pratique du travail en commun. Cinq jours par

semaine, à la fin de la matinée, une réunion rassemblait les détenus et l'équipe (y compris des représentants des gardiens). Cette assemblée n'avait pas le pouvoir de prendre des décisions, mais celui de faire des suggestions à l'administration, outre la discussion en commun des événements récents. Chacune de ces réunions était suivie immédiatement par une réunion des membres de l'équipe qui passaient en revue la séance précédente pour en tirer leçons et conclusions. L'après-midi était consacré au travail en atelier, interrompu seulement par les psychothérapies individuelles. Une fois par semaine avaient lieu les séances de thérapie de groupe. Chacun des groupes comprenait dix à douze détenus, un psychothérapeute et plusieurs membres du personnel. Des comités librement constitués s'occupaient des loisirs, des arts, des sports, etc. Le samedi matin avait lieu une séance de sociodrame où les détenus étaient invités à jouer certains rôles. L'application d'une telle méthode nécessitait un processus permanent d'éducation et d'entraînement de l'équipe et des gardiens. Ajoutons enfin qu'un autre élément du programme consistait dans l'établissement de "ponts" entre l'institution pénale et la collectivité générale, en dehors de l'institution. Des volontaires d'un établissement universitaire voisin, le Plattsburgh College, y contribuèrent comme enseignants, moniteurs ou conférenciers bénévoles.

D'autres expériences de Communauté Thérapeutique ont été faites en Amérique du Nord. Celle de Clinton offre un intérêt particulier en raison de la façon rigoureuse dont elle a été planifiée, exécutée, et évaluée. Nous ne pouvons ici que noter au passage quelques unes des observations effectuées au cours de cette expérience.

Le Dr Ludwig FINK remarque que pendant les premières semaines, les détenus trouvent la vie plus facile qu'en prison: ils ont accès à la télévision, au bowling, ils ne sont enfermés dans leurs cellules qu'à 11 heures du soir. Mais une pression psychologique intense commence à s'exercer graduellement. Ils se trouvent constamment confrontés avec leurs mauvaises manières, ils aperçoivent que leurs attitudes de "durs" n'ont plus de succès, qu'ils ne peuvent plus manipuler les autres à leur guise; ils commencent à regretter la prison. Mais c'est ici que joue la pression du groupe, pression qui leur fait décider de continuer l'expérience (en fait, bien peu d'entre eux utilisent la faculté qui leur est accordée de retourner à la prison s'ils le désirent). Il est inévitable que des conflits plus ou moins violents se déchafnent, mais ils doivent être immédiatement pris comme thème de discussion en commun et liquidés, et l'expérience montre que c'est alors que se réalisent les plus grands progrès thérapeutiques.

Mais d'autre part, le Dr FINK souligne que l'expérience est non moins éprouvante pour le personnel que pour les détenus. Le début de l'entreprise est vécu comme une sorte de "lune de miel", mais lorsque cette période se termine, on se trouve en présence de difficultés sérieuses: l'enthousiasme des participants ne peut être maintenu indéfiniment au même niveau, quelques membres de l'équipe s'en vont et l'on éprouve des difficultés croissantes pour les remplacer. Pire encore, des conflits surgissent entre des membres de l'équipe, et ne sont pas moins difficiles à résoudre que ceux entre les détenus.

Des constatations analogues ont été faites lors d'une expérience de Communauté Thérapeutique entreprise dans un hôpital à sécurité maximale, le Utah State Hospital, à Provo (Utah). Le Dr Roger S. KIGER, qui dirigea cette expérience, notait combien l'effort exigé des membres de l'équipe était épuisant, combien il leur était difficile de rester exposés en permanence devant le regard perçant des détenus. Il s'ensuit une sorte de "syndrome d'affaiblissement communautaire": les réunions deviennent des formalités superficielles où l'on transmet et discute des messages vagues, il se forme des cliques, des conflits éclatent entre membres du personnel, ceux-ci deviennent anxieux, et les malades les plus graves régressent. En vérité, comme dit le Dr KIGER, "Il est considérablement plus difficile de maintenir un programme de ce genre pendant une période de temps valable que de le mettre en marche".

Les difficultés inhérentes à des expériences de ce genre sont donc multiples: la Communauté Thérapeutique exige la constitution d'une équipe nombreuse et hautement qualifiée composée de psychiatres, psychologues, personnel infirmier, travailleurs sociaux, éducateurs et moniteurs, voire aussi sociologues et criminologues. Cette équipe doit accomplir un travail difficile qui réclame, outre l'enthousiasme du début, une capacité de persévérance et d'endurance peu commune. D'autre part l'expérience montre qu'il est difficile ou impossible d'y intégrer certaines catégories de détenus (notamment les délinquants sexuels et les toxicomanes). Enfin les résultats de ces expériences thérapeutiques sont très difficiles à évaluer.

La Thérapeutique du Comportement en institution fermée. Les principes de cette méthode sont tout à fait différents de ceux de la Communauté Thérapeutique, mais on peut les combiner ensemble. On sait qu'il existe d'assez nombreuses variétés de thérapeutiques du comportement. Les méthodes fondées sur le conditionnement opérant avaient déjà été appliquées avec succès dans certains hôpitaux psychiatriques. Plus récemment, elles ont été introduites, au moins à titre expérimental, dans quelques institutions pour psychopathes ou aliénés criminels.

Une expérience pilote a été effectuée en 1969 à l'hôpital de Danemora, dans l'Etat de New York. 41 malades hommes furent choisis, parmi ceux qui avaient passé en moyenne dix ans dans cet établissement. 21 d'entre eux avaient été condamnés pour meurtre ou homicide. 36 avaient été diagnostiqués schizophrènes. Il est bien entendu que la participation au système était entièrement volontaire.

Le système appliqué fut une "token economy", c'est-à-dire un système de jetons distribués à titre de "renforceurs". Ainsi, pour se lever, se laver et s'habiller à l'heure, les malades recevaient 3 jetons. Pour chaque heure de travail à l'atelier, 3 jetons. Pour servir les repas, 8 jetons. Pour les travaux de nettoyage, de 2 à 10 jetons. Le barème des jetons était strictement le même pour tous les patients.

Au moyen de ces jetons, les patients pouvaient se procurer des friandises, du tabac et divers objets, également suivant un barème précis et égal pour tous. Par exemple, 2 jetons pour une cigarette, 5 pour un fruit, 25 pour un morceau de savon, etc. Au départ, les patients reçurent des explications précises quant au système, et on leur donna une provision de 40 jetons à dépenser avant la fin de la journée. Les 41 patients avaient été divisés en 5 groupes, dont 4 de 8 et un de 9. Le premier groupe comptait ceux qui étaient les plus actifs, et le 5ème groupe les plus inertes et les plus inhibés. L'expérience fut limitée à la durée de 3 mois (exactement 91 jours). Tous les patients avaient choisi de s'y engager. Mais, comme on pouvait s'y attendre, ce fut ceux du groupe 1 qui acquirent le plus de jetons et ceux du groupe 5 qui en obtinrent le moins. Les résultats de l'expérience furent jugés favorables. Toutefois il faut noter qu'il s'agissait exclusivement de criminels psychotiques et non pas de psychopathes criminels ordinaires.

Ajoutons enfin que dans un programme de ce genre, l'émulation et la compétition exercent une action très importante; il s'agit donc éminemment d'une thérapeutique collective.

Une autre expérience plus récente a été entreprise à l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Le principe essentiel du traitement à l'Institut Philippe Pinel consiste dans une forme de Communauté Thérapeutique inspirée de Maxwell JONES. Dans ce cadre général, une expérience a été entreprise en 1972 dans une unité spéciale consacrée à la Thérapeutique du Comportement. Ici aussi, la méthode appliquée est essentiellement celle du conditionnement opérant, mais à la différence de l'expérience de Dannemora, le programme de l'Institut Pinel comporte, pour chacun des patients, un plan de traitement individualisé établi en fonction des symptômes particuliers. L'unité de traitement comprend à la fois des patients psychotiques aigus ou chroniques et des patients caractériels ou délinquants. Un système de jetons a été institué et fonctionne suivant des principes similaires à ceux de l'expérience de Dannemora. D'autre part, les techniques opérantes aversives sont utilisées pour le traitement de certaines catégories de patients: les violents, les délinquants sexuels, les toxicomanes et les alcooliques. Les techniques aversives utilisées sont soit du type indirect (covert) où le stimulus aversif est présenté en imagination, soit du type direct (overt) où le stimulus est présenté dans la réalité. Il faut noter que, dans cette expérience, la thérapeutique du comportement constitue un des éléments principaux d'un programme de traitement plus vaste qui comporte également des réunions de groupe et des jeux de rôle inspirés des techniques du psychodrame. Grâce à ces réunions de groupe et aux jeux de rôles, la thérapie du comportement donne lieu à une certaine émulation bénéfique et se trouve intégrée dans la subculture thérapeutique que l'on s'efforce de promouvoir.

Méthode du docteur E.T. BARKER: Une autre méthode de traitement collectif global, très différente des précédentes, a été mise au point et appliquée au Canada par le docteur E.T. BARKER à l'hôpital de Penetanguishene dans l'Etat d'Ontario. Cette méthode, d'une remarquable originalité, a été inaugurée à la fin de 1965. Dans le cadre de l'hôpital de Penetanguishene, un bâtiment de sécurité maximale appelé Oak Ridge, a été construit dans un style carcéral modernisé. Ce bâtiment comprend huit sections de 38 lits chacune.

Chacune de ces sections comprend des chambres individuelles alignées des deux côtés d'un long corridor qui aboutit à une grande salle qu'on appelle le "solarium" (sun room). Les détenus sont, soit des condamnés envoyés directement par une Cour, soit des malades dangereux provenant des pénitenciers ou des hôpitaux de la Province de l'Ontario. Il s'agit donc d'individus considérés comme dangereux, et le Dr BARKER estime qu'il est nécessaire, du point de vue psychologique et thérapeutique, de leur faire comprendre que l'un des buts de l'établissement est la protection de la société et qu'ils y sont en séjour forcé. Comme à Patuxent, la durée du séjour est indéterminée et dépend des progrès réalisés par les détenus. Aucune sortie ne leur est accordée pendant la durée de leur séjour.

Le traitement institué à Oak Ridge repose sur une technique des relations interpersonnelles, fondée sur cette philosophie de l'entraide. Lors de son entrée, le nouvel arrivant est placé dans une section d'admission où des codétenus viennent le rencontrer pour le mettre au courant de l'esprit de l'établissement. Ils ont avec lui une série d'entretiens pendant lesquels ils commentent et discutent avec lui de longues instructions photocopiées, lesquelles constituent une sorte de cours sur la nature des relations interpsychologiques.

L'intention du docteur BARKER n'était pas d'appliquer une méthode préalablement conçue ou déduite d'une théorie, mais de trouver empiriquement une série de procédés susceptibles d'une action thérapeutique efficace.

Parmi les méthodes mises au point par le Dr E.T. BARKER, quatre nous semblent d'un intérêt particulier:

1. Le rôle des patients comme thérapeutes: Comme Maxwell JONES, BARKER insiste sur l'existence d'un potentiel thérapeutique latent chez chaque malade. Mais la méthode de Maxwell JONES exige un personnel nombreux et hautement qualifié, tandis que BARKER en utilise un nombre très restreint. BARKER va même jusqu'à affirmer que la présence d'une nombreuse équipe, c'est-à-dire de 10 membres d'équipe pour 150 patients, empêche ceux-ci de devenir les principaux agents du traitement. D'autre part, à la différence de certains auteurs, BARKER affirme que, loin d'être nuisible, le mélange de psychopathes et de schizophrènes est une condition indispensable de sa méthode de traitement.

2. L'usage des menottes: L'un des détails qui frappe le plus les visiteurs à Oak Ridge consiste dans l'usage de menottes. A vrai dire, il s'agit de menottes en plastique ayant exclusivement un rôle de protection pour une durée limitée, et permettant à un patient animé de tendance suicidaire ou homicide de continuer à évoluer parmi les autres, et de participer à leurs activités sous leur garde. BARKER attribue à ce procédé un effet psychothérapeutique, tant pour le patient protégé de la sorte, que pour ses camarades, chacun devenant littéralement "le gardien de son frère" et assumant ainsi une responsabilité sociale.

3. L'utilisation de méthodes pour rompre les défenses: Il s'agit essentiellement de l'utilisation des drogues telles que la scopolamine, la méthédrine et le L.S.D. 25. BARKER semble s'être inspiré ici des idées de certains promoteurs de l'anti-psychiatrie. Cette méthode consiste à plonger la patient dans une sorte de chaos mental qui prend fréquemment l'aspect d'un état paranoïde. Les drogues sont administrées par voie intramusculaire; les injections sont répétées deux à trois jours de suite. Au cours de ce traitement, chacun des patients qui y est soumis reste sous la garde d'un autre patient chargé de veiller sur lui, de lui apporter à manger et de noter sur des formulaires spéciaux toutes les observations qu'il fait. Le but de cette méthode est de rompre les défenses de façon à rendre le patient accessible à l'action psychothérapique du milieu.

4. La "capsule de rencontre totale" (total encounter capsule): Il s'agit d'une pièce spécialement construite, mesurant 8 pieds sur 10, insonorisée, sans fenêtres, éclairée et ventilée en permanence, aménagée de telle sorte qu'on puisse y vivre plusieurs jours sans en sortir. La pièce est munie d'installations sanitaires et de toilettes, et la nourriture fournie sous forme liquide. On y fait entrer 5 patients volontaires qui s'engagent réciproquement et envers les autres à y rester le plus longtemps possible (en pratique, cela dure de 2 à 5 jours). L'objectif est de les mettre dans une situation qui leur permette d'acquérir une perception accrue de leur propre personnalité, de leur manière de sentir et de leurs relations avec les autres, et d'accéder ainsi à un niveau supérieur de confiance et d'acceptation mutuelles. Pendant la durée de cette expérience, le groupe est sous surveillance constante à l'aide d'un miroir à sens unique fixé au plafond ou d'un circuit de télévision, de façon à éviter, le cas échéant, tout accident fâcheux.

L'expérience d'Oak Ridge est encore trop récente pour qu'on puisse en évaluer les résultats, mais on ne peut que la suivre avec le plus grand intérêt.

B. Méthodes de groupe

Certaines méthodes, moins ambitieuses que les précédentes, sont axées sur la constitution de groupes limités, dans lesquels les principes de la psychothérapie collective sont appliqués.

L'établissement d'unités fonctionnant d'après les principes de la Communauté Thérapeutique n'est guère réalisable en dehors du cadre général d'une expérience globale, portant sur l'Institution dans son ensemble.

Il n'en est pas de même pour la Thérapie de Groupe ordinaire, qui peut être utilisée à l'intérieur des cadres les plus divers. Un exemple particulièrement intéressant est celui de l'Institution de Vacaville, en Californie (California Medical Facility). Cet établissement compte environ 2,000

détenus, dont 1,400 reçoivent un traitement psychiatrique. On y trouve une division pour le traitement des psychoses aiguës (200 lits), une pour les psychoses chroniques (200 lits), un service d'évaluation psychiatrique (60 lits), un service spécial pour 80 délinquants sexuels, et enfin un vaste service consacré à la thérapeutique de groupe pour environ 550 psychopathes.

Le traitement est appliqué par groupes de 12 patients, plus les thérapeutes (qui peuvent être des psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc...). On préfère constituer des groupes hétérogènes, mais aussi fixes que possible. Les patients sont sélectionnés sur le critérium principal de leur "motivation". La durée moyenne d'un traitement de ce genre est de 18 mois. Mais les détenus bénéficient aussi d'autres mesures de traitements tels que l'ergothérapie.

Une catamnèse faite après un intervalle de trois ans a montré que le taux de récidive des détenus traités était légèrement inférieur à celui d'un groupe témoin (environ 61.5% restent en dehors de prison deux années plus tard, tandis que le taux est de 57.5% dans le groupe de contrôle).

C. Méthodes de traitement individuel

Les méthodes de traitement individuel peuvent se diviser en psychothérapie, pharmacothérapie, et chirurgie.

La disproportion entre le nombre des détenus et celui des thérapeutes ne permet guère d'utiliser les psychothérapies individuelles sur une large échelle; il s'agit surtout de traitements complémentaires à l'intérieur d'un programme de traitement global, ou d'indications très spéciales. D'autre part, les méthodes traditionnelles se sont montrées, dans l'ensemble, peu utiles, de même que les méthodes d'orientation psychanalytique. On fonde de plus grands espoirs sur la thérapeutique du comportement, mais celle-ci n'en est encore qu'à ses débuts, de même que la méthode qui consiste à prendre des enregistrements télévisés du patient et à les lui faire voir ensuite pour lui montrer comment il se comporte envers les autres.

La pharmacothérapie joue un rôle de plus en plus important pour le traitement en milieu fermé, mais il s'agit d'un rôle surtout palliatif.

Quant à la chirurgie, les interventions dites de psychochirurgie sont à peu près complètement abandonnées. Quelques expériences de castration volontaire de psychopathes sexuels ont été effectuées, notamment en Californie, mais cette méthode est très peu utilisée en Amérique du Nord.

Une méthode qui mérite de retenir davantage l'attention est l'utilisation de la chirurgie plastique et esthétique chez une catégorie bien

délimitée de détenus qui se distingue par leur laideur et leurs difformités. Ce traitement a été appliqué à la prison de Sing Sing dès 1952, et introduit par la suite dans plusieurs Etats américains, et au Canada dans la Colombie Britannique. Un congrès spécial s'est tenu à l'Hôpital de Montefiore (Etat de New York) du 7 au 9 décembre 1967, pour évaluer les résultats de ce traitement. Les participants ont été d'accord sur le fait que ce traitement ne doit être effectué que sur la requête du détenu, et après avis d'une commission médicale, qu'il ne constitue pas un droit mais un privilège qu'il doit mériter par sa bonne conduite. Les interventions de beaucoup les plus fréquentes étaient les rhinoplasties. Les meilleurs résultats étaient atteints chez les détenus jeunes et pas encore récidivistes.

D. Indications de traitement spéciales

Nous avons vu que certaines catégories de détenus ne réagissaient pas de la même façon que la majorité, ce qui rend nécessaire l'application de méthodes spéciales adaptées à leurs cas.

Pour les alcooliques, certaines institutions ont organisé des unités spéciales. Le traitement offert aux alcooliques varie du conditionnement aversif à la thérapie de groupe et à la participation à un groupe des Alcooliques Anonymes.

Pour les toxicomanes, il s'agit d'un problème difficile, comme l'a montré l'expérience du "Narcotic Hospital" à Lexington (Kentucky). Ici aussi, de nombreuses thérapeutiques ont été proposées. La participation à des groupes "Synanon" ou imités de ce dernier, assure une intervention psychothérapique énergique, qui semble prometteuse mais dont les résultats n'ont pas encore été évalués avec précision. Plusieurs prisons américaines possèdent un groupe "Synanon" pour leurs narcomanes.

Les "délinquants sexuels dangereux" constituent probablement la catégorie de criminels les plus difficiles à traiter, pour plusieurs raisons.

D'une part, comme l'a souligné le Dr Cyril GREENLAND, le terme de "Psychopathe Sexuel Dangereux" est une étiquette vague sous laquelle se rencontrent des cas disparates: des criminels ayant accompli des actes de violence, d'autres qui en sont restés aux menaces, d'autres qui se sont rendus coupables d'actes "indécents mais non violents", et même des déviants sexuels à peu près inoffensifs. Le terme de "déviant sexuel dangereux" ne constitue donc pas un diagnostic psychiatrique réel, c'est l'effet d'une décision judiciaire. Or celle-ci est généralement prononcée après un examen psychiatrique sommaire, insuffisant pour permettre un pronostic valable quant aux probabilités de récidive.

Comme l'a bien montré Anthony MARCUS, le détenu une fois étiqueté "délinquant sexuel dangereux" souffre de la haine non seulement des gardiens, mais des autres détenus. Son histoire est déformée, il est ridiculisé, méprisé, battu, ou même acculé au suicide, de sorte que la plupart d'entre eux doivent être maintenus dans le quartier de ségrégation. C'est aussi la raison pour laquelle il est justiciable d'un traitement spécial. Diverses tentatives ont été effectuées dans ce sens.

Le Dr Giulio di FURIA, au Western State Hospital, à Fort Steilacoom (Etat de Washington) a institué un programme de traitement fondé sur une thérapie de groupe intensive. Les épouses des délinquants étaient invitées à participer à des discussions de groupe rassemblant des couples mariés.

Une expérience a été effectuée au Canada par le Dr Anthony M. MARCUS, sur un groupe de 13 de ces individus. L'intérêt de cette expérience est que le programme se déroulait en deux phases. Dans la première, il s'agissait d'une thérapie de groupe où participaient les détenus et deux thérapeutes. Dans une deuxième phase, les entretiens étaient enregistrés par télévision et montrés ensuite aux participants. Ce fut là un pas difficile à franchir, mais il le fut avec succès.

CONCLUSION

Il nous reste à faire une remarque finale. Nous avons mentionné à plusieurs reprises qu'il est extrêmement difficile d'évaluer les résultats de ces méthodes de traitement, et plus encore de comparer ces résultats entre eux. Les résultats dépendent beaucoup de la sélection ou de la non-sélection des sujets, et varient suivant les catégories psychiatriques ou criminologiques des détenus. La difficulté la plus grande provient peut-être du fait qu'il existe une multiplicité de "programmes" de ce genre, tous d'une durée limitée, mais jusqu'ici très peu d'institutions permanentes où l'on pourrait accumuler les observations et l'expérience sur une durée prolongée, ce qui réaliserait la meilleure condition pour obtenir des évaluations réellement fiables.

BIBLIOGRAPHIE

- BARKER, E.T. et MASON, M.H. Buber Behind Bars. Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 13, 1968, p. 61-72.
- BARKER, E.T. et MASON, M.H. The Insane Criminal as Therapist. Canadian Journal of Correction, vol. 10, Oct. 1968, p. 553-561.
- BARKER, E.T. et MASON, M.H. The Hundred-Day Hate-In: A stubborn Attempt at Staffless Milieu Therapy. (Typescript), 14 p.
- BARKER, E.T. et al Protective Pairings in Treatment Milieux: Handcuffs for Mental Patients. (Typescript), 4 p.
- BARKER, E.T. et al Defence-Distructive Therapy. Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 14, 1969, p. 335-359.
- BARKER, E.T. et al The Total Encounter Capsule. (Typescript), 17 p.
- BOSLOW, H.M. et al Methods and Experiences in Group Treatment of Defective Delinquents in Maryland. The Journal of Social Therapy, vol. 7, 1961.
- CORMIER, B. Therapeutic Community in a Prison Setting. Annales Internationales de Criminologie, vol. 9, 1970, p. 419-441.
- DIFURIA, G. On the Treatment and Disposition of Sexual Offenders, Northwest Medicine, vol. 65, Aug. 1966, p. 629-635.
- FINK, L. et al Correctional Treatment of Offenders in the U.S.A.: Its Possibilities and Limitations. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, vol. 16, 1972, p. 35-41.
- FINK, L. et al Psychiatry's New Role in Correction, American Journal of Psychiatry, vol. 126, Oct. 1969, p. 124-128.
- GREENLAND, C. Dangerous Sexual Offenders in Canada. Canadian Journal of Criminology and Corrections, Vol. 14, Jan. 1972, p. 1-11.
- KIGER, R.S. The Therapeutic Community in a Maximum Security Hospital - Treatment Implications. Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy, vol. 17, 1971, p. 34-47.
- LAWSON, R.B. et al Token Economy Program in a Maximum Security Correctional Hospital. The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 152, 1971, p. 199-205.

- MARCUS, A.M. Nothing is My Number. An Exploratory Study with a Group of Dangerous Sexual Offenders in Canada, Toronto, General Publishing Co., 1971.
- OWENS, D. . A sychiatric Treatment Program for Convicts. Current Psychiatric Therapies, vol. 10, 1970, p. 179-181.
- ROTH, L.H. et ERVIN, F.R. Psychiatric Care of Federal Prisoners. American Journal of Psychiatry, vol. 128, Oct. 1971, p. 56-62.
- SCHEIDEMANDEL, P.L. et KANNO, C.K. The Mentally Ill Offender: a Survey of Treatment Programs. Washington, Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health, 1969, p. 76.
- TOCH, H. Human Breakdowns in Prison (Multigraphie). Albany (New York), School of Criminal Justice, 1972.

COMMENTS BY HARRY L. KOZOL, M.D.

Society has sought to cope with the problem of delinquency from time immemorial. Much of this effort appears to have been futile; crime marches on and appears to be gaining more and more adherents. Neither extreme punishment nor great indulgence appear to have had an appreciable effect in reducing the incidence of crime.

The rise of interest in the criminal as a person rather than the crime as an act parallels the rise and development of dynamic psychiatry in this century. Individualization of the offender was the result, and much has been contributed. Traditional jurisprudence and penology have tended to resist experimentation with new proposals and to persist in a policy of punishment as a principal instrument of deterrence. The failure of such practice is manifest in the increasing incidence of primary crimes and recidivism. Such failure does not mean that proposed alternatives are necessarily better, but it mandates consideration of alternatives.

May I report one experience which may be germane to the problem? The Commonwealth of Massachusetts, the jurisdiction whence I come in the United States, enacted legislation some fourteen years ago relating to persons convicted of crimes which involved serious injury or likelihood of injury to another person. In essence, the law established a new disease entity "dangerous person" and provided for psychiatric examination of the convict in order to determine whether or not he is "dangerous". The law provided that any person so diagnosed would become subject to lifelong detention, in contrast with the established fixed punishment of imprisonment for a term of years. The law further provided that such persons receive "treatment". Persons so detained and treated could be released and returned to the community once it was decided that they were no longer "dangerous".

Since the literature of psychiatry was virtually silent on these issues, and we have neither precepts nor precedents to guide us, it devolved upon us to establish our own criteria of "dangerousness" and to devise a diagnostic modus operandi. The established nomenclature of traditional psychiatry was almost totally irrelevant.

Diagnostic identification of the "dangerous" offender was in effect a dire prediction. To make the diagnosis, we inquired systematically into a variety of psychological attitudes and experiences which are not unfamiliar to psychiatry but are not ordinarily dealt with in such depth and detail. A full description is to be found in our paper referred to below. The crime which ultimately brought the patient to us was the resultant of multiple factors.

Treatment was individualized as was the diagnostic process and was predicated on the multiple details elicited in diagnostic study. A unique therapeutic plan was formulated for each patient; we had as many plans as we had patients. Therapy has been primarily psychological. Our treatment is based on contemporary psychiatry and psychology. It is eclectic. We have no dogmatic bias. Out of necessity and ignorance our approach has been experimental. We have varied treatment in individual cases as circumstances suggested. We have been mindful that the ultimate test of what we were doing would come when our patients returned to the community.

A final step in the long process was that of determining that the patient was no longer dangerous and that he was now a fit subject for release and return to the community.

The details of our work have appeared recently in the October, 1972 issue of the Journal of Crime and Delinquency. Since that publication, we have further updated our statistics. Our experience now extends over twelve years. In that period of time, we have made preliminary psychiatric screening examinations of 2412 convicted offenders. Of these, we selected 640 for intensive diagnostic study. We concluded that 385 of these men were dangerous and recommended their special detention; but the courts committed only 354. We have recommended the discharge of 103 patients after varying periods of treatment, the average being 47 months. The results provide some insight into the effectiveness of individualization. Of those patients whom we recommended for return to the community following this average 47 month period of treatment, the recidivism rate was 5.8% after an average period of freedom (at risk) of 59 months. Those patients whom we initially excluded from consideration had a nearly identical recidivism rate. By contrast, those patients who were released into the community against our advice, by judges who rejected our recommendations, had a recidivism rate of 39.3%.

We would like to see our diagnostic criteria and treatment methods applied in other jurisdictions if only to test the validity of our experience.

Individualization of the offender requires us to consider the special milieu and subculture whence he came. The correlation between high crime incidence and background milieus of poverty, deprivation, discrimination, exploitation and frustration is striking. Man's inhumanity to man is a global crime which surpasses in evil anything that one man as an individual may do to another man. As criminologists we may be limited in our power to intercede but do we not have an obligation to protest? May not our labors in dealing with the individual offender prove to be futile if we return him to a society which is no better than the one he came from? Crime as a subculture may well be the accepted law of embittered, deprived minorities.

I have been asked to add a word about the problem of expertise in remand cases. It has been our practice to examine patients in accordance with

two categories of problems: 1. Is he mentally competent to participate in his own defense? 2. What was his mental condition at the time of the alleged offense? The first question is rather easily resolved by traditional psychiatric examination. The latter question requires more searching inquiry, as the consequences of conviction may be grave. In dealing with this problem, we conduct studies comparable to those relating to the determination of the dangerous potential.

Le criminologue clinicien:
son rôle d'expert et thérapeute
et sa contribution actuelle

The clinical criminologist:
his role as expert and therapist
and his contribution today

GIBBENS, T.C.N.
-London, UNITED-KINGDOM.

THE ROLE OF THE CLINICAL CRIMINOLOGIST

In the last ten years the clinical criminologist has had to face a new situation. Until then the clinical worker found himself in gentle (but sometimes fierce) conflict with the criminal law and its apparent rigidities and absurdities. He was happy in his confidence about being in the vanguard of progress and having increasing impact upon the courts. He worked closely with social scientists who were studying environmental factors which could readily be incorporated in the psychiatric and psychological analysis of the individual offender. Since then, however, a third force has appeared on the scene - that of the theoretical sociologist, who takes up a quite different point of view which is critical rather than collaborative. He finds himself regarded as a person who has been quietly absorbed and dominated by the criminal lawyers for their own purposes, and very far from being a reformer. The two-sided argument between criminology and the criminal law has become three-sided, with the criminologists being criticised by both the other parties. There is in fact a natural similarity of thought between the legal theorists and the sociologists. Both are concerned only with theory and have given up or never claimed interest in the methods of natural science. In fact the legal theorists represent the conservative branch of sociology; both are closely related to political theory. The purpose of this paper is to discuss some aspects of these tensions and conflicts.

Among these disciplines it is the clinical criminologist who is closest to practical reality, like the policeman. He works within a practical system and knows (or should know) that quite apart from the official roles which participants have to play within the system - institutionalisation in the structural sense - there is another and much more human factor of institutionalisation in the sense of deterioration or rigidity of roles. In relation to the offender in prison we call this prisonization, but we are all prisoners of our disciplines and tend to deteriorate intellectually in a similar way. It is the sociologist who is least aware, I believe, of this essential truth. If the lawyer tends to wear a black coat and striped trousers, the sociologist cannot afford to wear a tie if he is to preserve the respect of his students, and has to teach theories in which he may not believe because his superiors, colleagues, and students require it. He is imprisoned as much as any one; to some of us it may seem that they walk around the exercise yard in a semi-circle in a similar way. In considering these tensions between law, criminology and sociology we have to consider both the types of institutionalisation.

The law

It is hardly necessary to remind ourselves that the law is civilisation, or at least the most essential part of it. There is a story, too familiar to repeat to English audiences but possibly not to others, of the two ship-wrecked travellers approaching an apparently deserted island in a boat. On a headland however they saw a gallows with a noose hanging from it. "Thank God", said one of them, "civilisation at last". (But it was also an English

judge who said "The law is open to all like the Ritz hotel".) Cultural differences can often be most clearly marked by whether the ordinary citizen views the law as something which protects him from above, or something which should control other people while leaving him free, or even as something alien, designed for the benefit of others. But it comes as a surprise to many non-lawyers to learn in time that apart from the issues affecting the liberty of the subject, which are of deep concern to all, it is the civil law which principally engages the skill and interest of lawyers, as well as their profit. The criminal law is seen as a rather routine and dull subject, and sentencing as a process which provides little scope for variation. Most probation officers or forensic psychiatrists, and of course offenders themselves, soon learn enough to foretell what a court is likely to decide. Nevertheless judges who have hitherto had only a small acquaintance with a criminal practice can bring a fresh and flexible attitude to the criminal problem.

Clearly we could well abandon all criminology and sociology so long as the principal features of the criminal law were preserved. One of my psychiatrist colleagues has pointed out that one result of the antiquity and prestige of the law is that it tends to attract the finest brains. How many of the leading figures of the world are or have been lawyers? (It is significant that the remainder has often been ex-prisoners.) By contrast psychiatry has not hitherto attracted the most brilliant doctors and forensic psychiatry not the most distinguished psychiatrists. Distinguished sociologists have touched upon crime in an illuminating way but have often moved on to other fields. The rival armies are very unequally equipped intellectually. But we take heart from the obvious fact that the most distinguished judge, incomparable in his capacity to conduct a fair trial in a complicated case, may reveal himself as limited, prejudiced and emotionally unperceptive when it comes to sentence.

Among the members of the various professions we are considering, the effect of institutionalisation is most obvious (though not necessarily the most intense) in the case of criminal lawyers, since the theory of the law tends towards uniformity and conformity. If a judge is very deviant in his sentences, he will be corrected by the appeal court and soon learns to conform to the general pattern. In some countries, all sentences of certain types are automatically reviewed by an appeal court. Although there is no appeal against leniency, the barrister (advocat) who wishes to impress his superiors that he would make a good judge feels the obligation to show in minor judicial roles that he is not excessively lenient or (perhaps especially) not unstable and emotional in his responses.

The experience and perceptions which enable judges or members of the public to feel sometimes with considerable intensity, that some sentences are too severe or too lenient must be very complex when one considers the quite different standards which probably apply in nearby countries. How much standardisation of sentences there is in Europe has not, I think, been described in any detail and may become an important issue.

Such rigidity is much less apparent in those systems in which judges take part in the control of treatment, as in a parole system, or as "juges d'exécution de la peine".

The focus of tension between criminologists and the criminal lawyer varies according to the structure of the criminal law. In some systems, great emphasis is placed upon criminal responsibility and the type of sentence may be largely determined without much flexibility by decisions made at that stage. In this case, the main difficulty, especially for the medical criminologist, will lie in making his ideas conform to the definitions of the law. Constant practice may lead to a certain amount of institutionalisation in forensic psychiatrists who may come to believe that these distinctions are real in contexts apart from the court process. In other systems, there is a capacity for great variation in sentence, whatever the crime; emphasis will then pass to advising upon the personality and mental state of the offender and the most suitable type of disposal, and the issue of criminal responsibility becomes less important. In England criminal responsibility has virtually ceased to be relevant. Recommendations about medical treatment may not be accepted by the judge but if several doctors agree, the court of appeal is very likely to support them. The change of emphasis from variations of responsibility to variations of desirable treatment on which doctors can express a relevant opinion, may well be partly assisted, however, by increasing uniformity in psychiatric opinion. With a National Health Service to which most psychiatrists belong, it is mainly those graded as consultants who will be called to give medical evidence. Their standard of training and experience is increasingly similar so that marked variations in opinion are much less common. The courts find this simplifies their problem even though independent psychiatrists can be called by the defence. In some countries evidence is only given by a small number of accredited psychiatrists, supported by an even smaller medico-legal board, and critics could argue that this uniformity comes too close to placing forensic psychiatrists virtually under state control.

The second source of tension with criminologists is in relation to the penal system. There must be few governments in Europe who claim any satisfaction for the state of their prisons, with their old-fashioned buildings, over-crowding, shortage of number and training of staff. Prisons inevitably come low in the list of priorities in social expenditure. The problems of expenditure upon material development and manpower were often regarded as the main barrier; but nowadays it is more apparent that the main difficulties derive from the nature of the social system within any prison, which is difficult to alter without skilled and expensive treatment.

In the past there has been considerable divergence in penal policy between judges and clinical criminologists. The judges emphasised the need for general deterrence, individual deterrence, and where possible, rehabilitation; the criminologists claimed that treatment should consist of those measures which will have the best chance of preventing further offences, and not of retributive punishment for past behaviour. In the last decade there has been a serious

attempt to achieve some effective compromise between these extremes. Judges welcome the fullest social and medical information, and maintain that except in a small minority of cases in which public interest or morale leaves them no latitude in passing a fairly severe sentence, whatever the prognosis, they are willing to give weight to whatever is recommended for rehabilitation. Over a wide range there is no serious conflict, since the criminologist agrees that an offender who is dangerous has to be detained in the public interest as well as for the requirements of treatment. If there is some degree of flexibility, as in a parole system, wide divergences in intention can be reduced. A first offender with a good prognosis who has received a long "demonstrative" sentence, can later be reconsidered as an individual who does not need to be detained for long from the point of view of risk to the community.

This reconciliation is most apparent in the juvenile field where magistrates tend to follow very closely the recommendations of social workers and psychiatrists. Insistence on removal from society coincides closely with the psychological need for some form of residential re-education. (But what would happen if research tended to show, as is increasingly claimed, that such institutionalisation was counter-productive as treatment and only justifiable as as punishment or deterrence?)

This comfortable feeling that much closer collaboration has been achieved to the benefit of justice and the rehabilitation of the offender, is now being criticised by sociologists. Although criminologists may feel that they have educated and transformed the judiciary to a more positivist attitude, the truth is, the critics say, that the judiciary have in fact tamed the criminologists by providing an outlet for them to express an opinion, while preserving their power to take very little notice of them.

Criminology

One of the difficulties of discussing the role of the clinical criminologist is that in a very real sense there is no such person. Among those who have some treatment function, there are probation officers and social workers, forensic psychiatrists, psychologists, prison psychiatrists, prison governors and officers, and welfare officers. Each has a different role which at times assumes a considerable separation and rigidity. Although there is a body of knowledge which might be called clinical criminology, it is shared very unequally by the members of these professions.

The probation officer is a professional optimist, specialising in the current social situation and the history and development of personality; his integration in a prison social system calls for considerable readjustment. Psychologists, at one time relatively isolated in their work with intellectual and personality measurement, are making an increasingly valuable contribution in both treatment and research. They appreciate that characteristics have a normal distribution and that behaviour disorders are most likely at either extreme.

All that sociologists can say has to be modified when applied to this variation. The under-inhibited aggressive, for example, commits predictable but often minor and controllable aggressive offences; it is the over-inhibited aggressive who may finally break down into committing murder. Any statement about aggression must be related to such variations.

It is not difficult to point out the many defects in these forms of clinical criminology. Many of them are the result of frustration due to lack of facilities in prison or elsewhere. Unable to find the means of doing anything effective, energy is poured into research or, more usually, unconstructive diagnostic elaboration. Those ten to twenty page clinical reports which are sent to court are not read by the judges; they skip to the last page which contains the recommendation. Probably no one reads them subsequently. In fact, governors of prisons or other institutions frequently say that it is best to let a man make a fresh start and to learn from his subsequent behaviour. Again, how often does one find that an elaborate study is made to decide to which sort of institution an offender should be sent; yet the choice is perhaps only between an open and a closed institution, or even two very similar institutions of which only one has a vacancy.

Probation officers will make skilled and detailed study of the history of the offender. Yet studies of the decision-making of magistrates suggests that their minds are made up in most cases before they read these reports; in only about ten to fifteen per cent of cases do they take a more lenient, or indeed a more serious course as the result of this information.

A more serious criticism, however, is that we have very little reliable data to show that our interpretation of factors responsible for personality development are really the operative ones, or are closely related to current behaviour. Probation officers report that a young man was deprived of maternal affection for many years in childhood, that he is affectionless and cannot form close relationships. Is this true? Is it relevant to decisions which have to be made now? How are we to decide what weight to give to different aspects of the history? We are still burdened by the fact that the best predictor of future criminal behaviour is the past record of crime, and aspects of the current situation, such as marital state and work record.

The most serious criticism of all, however, is against the whole treatment model used by criminologists. The aim of the penal system - inasfar as it is concerned with the offender himself and not primarily with encouraging the honest to stay honest - is to change behaviour. What evidence do we have that the psychiatric or psychological methods used for the treatment of neurotic or psychotic disorders are relevant to personality disorders? What right have we to impose psychological treatment upon offenders who, if they were not in a position of relative helplessness in prison, would certainly refuse it?

The most insistent of these critics is professor SZASZ *, who carried his argument into the field of mental illness in general. He asks by what right we insist that people should not be hallucinated or be deluded if they want to be. If they interfere with others then they can rightly be controlled but if not why are they certified as insane and locked up in institutions for treatment? He even asks what right we have to stop a man committing suicide if he wants to do so. His severest criticisms however are levelled against forensic psychiatrists. Society has a perfect right, he maintains, to say that a man who commits a crime should be awarded the punishment fixed by law. But it is quite unacceptable that someone should come along and say that the offender has certain psychotic or neurotic signs and symptoms and that he should be locked up for an indefinite period until these manifestations, which he has a perfect right to have if he wants, have disappeared. Who are these experts, he asks, who assume the right to make decisions of this kind? He compares us with priests of the inquisition, who were supposed to be "experts" in moral belief and were given the right to decide upon the degree of heresy displayed.

Although these ideas are put forward in an almost absurdly extreme form, they contain aspects to which I think we should pay attention. One of the difficulties about medical science and especially psychiatry is that it is always wrong, or at least incomplete; and professor SZASZ finds no difficulty in making fun of the errors of the past. A judge's sentence can never be "wrong". But Gall would have locked up a thief for life because he had a large cranial bump of theft and was therefore considered incorrigible. Maudsley, whose book on crime and insanity was several decades in advance of his time, nevertheless believed that masturbation was the cause of psychosis; and in American mental hospitals I have seen chronic psychotics with their teeth and large bowels removed during the period when "chronic sepsis" was regarded as the cause of psychosis. Some recent views about the significance of XYY chromosomes or electroencephalographic abnormalities will bring a smile of embarrassment to our faces in twenty years time, though mad in their time with absolute honesty and the fullest attention to all the available facts. It is inevitable. Nevertheless medical science is sufficiently confident to tolerate this self criticism and internal dissension is often the prelude to the fact that some important problem may be resolved in some form of synthesis. If internal controversy is the criterion for rapid progress incidentally, we perhaps need not expect very much in the near future from sociology, which tends to speak with one voice.

SZASZ' criticisms, however, achieve considerable force when one considers the fate of what is sometimes called the "treatment model" in penal processes. During the period between 1930 and 1965 we passed through a phase in which attempts were made with great optimism to define, not only the more obvious forms of mental disorder, but also the varieties of personality disorder and

* The Myth of Mental Illness. Hoeber-Harper, New York, 1961.

psychopathic personality. These individuals, it was said, were different from others who were normal offenders. The latter should be given a determinate sentence in relation to the crime; but the psychopaths should be subjected to medical treatment and there was every hope that this would be successful. It was, however, obviously illogical in treatment terms to suppose that one could predict how long the treatment would take; they must be detained for an indefinite period until the doctors were sure that the treatment had been effective. The most extreme form of this view was put into practice in the USA with the sexual psychopath legislation and the consequent litigation about whether detainees were receiving the treatment prescribed by law, whether they had a right to remain silent and not submit to a psychiatric examination which might result in their being committed to a hospital, or hospital prison, for an indefinite period. But in most European countries, comparable but more cautious legislation for the mentally disordered offender has been in use. The problems created are too well-known to require much elaboration. No one criticises the judge who sentences an aggressive criminal to five years imprisonment, and finds that a short time after release, he murders some one. But the doctor who treats such an individual as an abnormal person, and recommends his release as a recovered patient, will be severely criticised and will take care not to run any risk in future. The recent Baxstrom case in the USA has demonstrated this difficulty. As the result of a Supreme Court decision on a constitutional question, 969 criminally insane individuals had to be discharged from state hospitals for this type of patient; there was considerable alarm about the sudden influx of such dangerous individuals into the ordinary state mental hospitals. But after one year there had been no significant problems. All had been absorbed into the general patient population and over 200 had been released; at the end of a year, only one had committed a minor theft. Even if the law requires that such releases should be controlled by a judicial process, the judge is likely to rely heavily upon medical opinion and be reluctant to take responsibility for release against medical advice.

I have the impression that this phase of penal development or penal theory is coming to an end, or being profoundly modified. There is much greater scepticism about indefinite sentences or of relating detention entirely to the success of treatment. There are perhaps two principal reasons for this development. The first is that the classical forms of psychiatric treatment have had to evolve considerably in order to be applied to personality disorders; and secondly that great emphasis continues to be placed upon the need for the voluntary principle. Even in the psychiatric treatment of non-offenders, SZASZ and GOFFMAN, though they have no objection to it if it is voluntary, accuse treatment of being a process of indoctrination by which the patient is said to respond when he accepts the therapist's interpretation of his condition. There is perhaps not more than a grain of truth in this now, though it was true to some extent of the old-fashioned institutional treatment. In the treatment of the ordinary prisoner, the criticism is perhaps more often justified that the successful so-called rehabilitation consists all too often of persuading the offender who feels inferior, to develop "insight" that he is inferior!

Treatment, especially for the offender, has changed from a concentration upon self-knowledge and self-analysis to the provision of a special

environment of personal relationships, as far as possible in conditions of liberty; but if this is not possible, then in so-called therapeutic communities. In this situation the offender experiences the advantage and encouragement of not precipitating conflicts or of being precipitated into them. There is no doubt that remarkable internal and external behavioural change can take place in these circumstances. A major problem perhaps is what is to happen when it comes to an end and the prisoner returns to an indifferent and hostile world. Psychopathologically, the underlying theory perhaps is a sociological one, that if society were tolerant, understanding and consistent, many offenders would not need to break the law. Yet individual differences are clearly very important; some do not respond and some find such an experience intolerably threatening. Sociology cannot help us with this problem.

What does seem to emerge, however, is that the most important characteristic of offenders who will benefit is their motivation for some change in life pattern, and that this may be more important than quite large variations in observable characteristics. Research is focusing upon this problem in Grendon prison and also, of course, by such studies as those of Mrs. WARREN.

The second development, similarly unrelated in theory to psychopathology, is the "new careers" movement by which offenders are changed by being given the opportunity to take part in research and to undertake the treatment of other offenders. It has been notably successful with alcoholics, drugs addicts, and more recently with offenders. The transforming effect of providing a successful non-delinquent career has always been appreciated in penal treatment, but the particular ways of achieving this have considerable interest. It is implied that the type of personality has nothing to do with this, that the most violent and dangerous criminals can be "turned round" in this way, but I must admit to believing that this is not true. Aggressive and dangerous offenders have always included a proportion with a considerable capacity for socialisation by success. The point which I want to make especially here is that such treatments, if they have any validity, appear to be able to operate within the framework of determinate sentences. SZASZ attacks especially what he regards as the hypocrisy and injustice of allowing very fallible so-called experts to influence the length of sentence, or at least its maximum length. Implicitly his views would lead to the return to a purely classical penology of specific sentences for specific offences, and would amount to the abandonment of the principle of the individualisation of justice to which so much has been devoted in the last twenty years. Yet I suspect we are approaching the position where we shall consider it right for a court to order a maximum sentence (but no minimum) of detention when unavoidable in both abnormal and normal offenders. Criminologists are much less inclined to suggest, as they used to, that short sentences are useless and should be replaced by longer ones which will allow "treatment" to take place. There is more agreement that detention is only for the protection of the public, to be determined by judges; criminologists must accommodate themselves to this, only offering advice when there is a possibility of shortening the sentence as the result of a considerable change.

Sociology

The main criticism of the clinical criminologist now comes from the sociologist, not of course the social scientist. The clinical worker is inevitably caught between the cross fire of the criminal lawyer and the sociologist. What is less often appreciated is that these two disciplines speak or argue in the same language. The criminal lawyer is in fact a conservative sociologist, having elaborated over several hundreds of years his ideas of individual freedom, justice, the presumed effect of general and individual deterrence etc. The sociologist similarly talks about man as a whole. As a recent discipline it has to make use of the magical words of science and research, but these are used in the sense to which they can be applied to any systematic study. It has recently been suggested that sociological research cannot be expected to conform to the standards of natural science, in which the data is required to produce proof that the opposite of the hypothesis is not true; it is sufficient for observations to be made which are compatible with the theory. And it has been suggested by a distinguished sociologist, Professor COHEN - rather late one might imagine - that university departments of sociology should combine with departments of political science, since their subject matter and methods of work are so similar.

We referred earlier to the phenomenon of secondary institutionalisation in the various disciplines which serve criminology. Some years ago I suggested that the theory of "delinquency and opportunity" applied as accurately to criminologists as to delinquents. The delinquent opportunity of the forensic psychiatrist is to claim that he can "successfully" treat offenders, although the number of cases are unfortunately too few to provide him with any statistical evidence. The delinquent opportunity of the sociologist is to invent a theory, and since the pressure of university life and promotion is so intense, time will not usually permit any attempt at empirical verification. Ideally it will be too broad to permit of verification!

Nevertheless, ideas are more influential than the outcome of scientific proof and one must admit that the scientific basis of the work of LOMBROSO and FREUD could both be subjected to considerable criticism on scientific grounds. Nonetheless a body of sociological theory has been evolved which carried conviction. The most influential of these was by DURKHEIM who attacked (a long ago as 1895) the "assumption of pathology" fostered by MOREL and LOMBROSO and propounded with much greater sophistication soon afterwards by AICHORN. In this essay on "The Normal and the Pathological" DURKHEIM said "... crime itself plays a useful role in the evolution (of society). Crime implies that the way remains open to necessary changes. Where crime exists, collective sentiments are sufficiently flexible to take on a new form, and crimes sometimes help to determine the form they will take. How many times indeed it is only an anticipation of future morality - a step toward what will be!"

More recent studies of the dark figure of unrecorded crime by self-reporting methods or by victim studies have tended to reinforce this view of the

* The Rules of Sociological Method. 1895.

relative normality of criminal behaviour. Again, recent discussions about stigmatisation and labelling should have considerable impact on the way society could or should treat its offenders. Crime or deviant behaviour, we are reminded, is not an inherent quality in any behaviour; it is a label attached by society or some group of observers. Once this label is attached there are powerful forces at work, especially within the conventional penal system to keep it fixed; both in the eyes of society and in the self-image of the offender. Sociologists such as Kai ERIKSON**, however, have echoed (though in a different theoretical context) the legal theorists that crime has a positive function in defining the boundaries of a culture, that social systems exist to promote and define the edges of acceptable behaviour.

"In a figurative sense, at least, morality and immorality meet at the public scaffold, and it is during this meeting when the community declares where the line between them should be drawn". This is close to the classical legal view that there is an educative function in the criminal law. Although the effects of stigma and labelling have been investigated with greater sophistication, they are ancient ideas. In one sense it is the avowed intention of the criminal law to stigmatise. It is not so long ago that a permanent stigma was confirmed by branding and mutilation; but in more recent times it has been the classical penology, by fixing standards and punishments for defined offences, which has upheld the concept that once a man has paid the penalty, he is entitled to be a normal citizen again, while the criminologists have continued the stigma by using such labels as psychopath.

Nevertheless, the sociologists are right in reminding us that the central problem of penology is how to make use of the need for stigma while developing techniques for removing it afterwards, of ensuring that different individuals perform this valuable social function and not the same group of individuals again and again. At present the penal system tends to exile a group of individuals to prison and there educate them in a self-concept, and in social groups in relationship, which will confirm in them the conviction that they are deviant when they are released. The avenues for re-entry into society are blocked - sometimes referred to as the output system. This is unintended of course. Increasing efforts are being made to devise effective sanctions which will preserve liberty, such as supervision, suspended sentences, compensation for victims, restitution by the offender by performing services, fines, etc. - the input system. Some of the most damaging features, such as the development of communal life in association in prison, were originally devised for humanitarian reasons, to avoid the destructive effect of solitary confinement, which was the original intention of prisons. This change allows it to seem tolerable to maintain offenders in prison for long periods. During this time there are extreme difficulties for prison governors in deciding what sort of changes are constructive in relation to life outside prison. But much more attention could be given to the structure of the criminal law both in relation to the decriminalisation of certain offences and the substantial depenalisation of many of the great mass of minor property offences. The law is constructed to uphold the sanctity of property, but much recent legislation is

** In "The Other side" Ed. H. BECKER. The Free Press. 1964.

devised to control the unconscious or casual social damage created by industrial development and exploitation, while the regulations governing the various forms of financial assistance are so complex that many steal what they could be given if they understood the social system. The newer political ideas of social justice have revived the first criminological ideas of QUETELET, that society has the criminals it deserves and must take more trouble to share the burden of responsibility.

The process of decriminalisation has been most extensive in relation to juveniles, where the consequences of labelling in deviant education and institutions are most obvious. It is widely suggested that delinquency by juveniles should not be separately defined in law but merely regarded as one of the factors calling for assistance from the child care authorities; that juvenile courts with compulsory powers should be abolished, and institutional re-education of delinquents abandoned as counter-productive.

The value of much sociological research is reduced for the clinical criminologist by its excessively general nature. Monolithic sociological theories about the causes of crime cannot hope for any validity in relation to the wide range of behaviour involved, and one cannot expect that those guilty of a particular crime such as fraud, murder or robbery should have anything important in common. Many concepts, such as that of stigma, are valid in very different ways at the level of individual or social psychology. The depressed individual is self-stigmatising, though no one suggests that this is primarily due to social processes. Much sociological comment, moreover, consists of what one might describe as "glimpses of the obvious", as is inevitable with a newly developing subject. The clinical criminologist has long been familiar with the psychologically normal but sociologically deviant offender, and group therapy and therapeutic communities have evolved from their own experience and not from outside suggestions. Meanwhile it would be an advantage if sociology could turn its attention to other areas of great relevance, especially the distribution of attitudes in society towards offenders of different kinds, which might suggest that some changes were much more acceptable than others; and research into the nature and the means of modifying opinion in those sections to the public who present a barrier to the spread of more enlightened ideas.

CONCLUSIONS

What conclusions should one draw about the role of the clinical criminologist from these many criticisms? In his clinical role there are certain rules to which we shall probably all subscribe. He must strive to be reliable, since his effectiveness with courts and other agencies will depend on his reputation, as all probation officers know who want the court to take some exceptional action. He will be thorough and be seen to be thorough, but beware of being obsessionally thorough in matters in which no effective decision can

follow. Similarly, he will not expend his energies on measurement for measurement's sake. Since his first therapeutic duty is to do no harm, he will avoid the use of terms (psychopath, etc.) which are liable to be used by others as a form of labelling. He will avoid what professor WALKER calls the "assumption of constancy" by repeating evidence from the past (another form of labelling) and assuming that rejecting mothers remain rejecting, or unfaithful wives unfaithful, or even that the subnormal remain subnormal. It is a particular problem for the clinical criminologist that situations do not remain the same. Above all he will make the law work constructively and not allow himself to be paralysed by the assumed rigidity of legal definitions. It is those that have no understanding of the law or its intentions who allow themselves to become its slave.

Much more important is the more debatable question of where and how the criminologist is to develop and exert his influence. He is of course inseparably linked to the question of the characteristics of the individual offender and it is easy to overlook the importance of his observations upon the 10-15% at either end of the delinquent or criminal population who can be assessed with reasonable certainty (and often equally well by those in all the disciplines of probation officers, psychologists, or psychiatrists) as being manifestly psychotic or mentally ill, or at the other end of the scale, situational or accidental offenders. For the latter especially we have reasonably effective penological techniques. With a suitable parole system, it is possible for the judge to make an example of the first offender cashier who embezzles a large sum of money by giving a substantial sentence to fulfill the public scapegoat role, which can then be reviewed and reduced by a parole board which views him as an individual. He can hardly be normal if he cannot survive such an experience if offered suitable aftercare.

It is the 50-70% in the middle range who constitute the main problem, since there is much less certainty about the accuracy of assessment. For them we need much more sophisticated and objective study of the sort of information which is relevant to decisions about treatment. Since purely individual study leaves us at the mercy of prejudice or hunches, we need a typology of offenders, but one which is relevant to types of treatment or at least to the criminal prognosis. Mrs. WARREN's scale of "levels of immaturity in interpersonal relations" represents one of the interesting attempts to define what is relevant to future behaviour and what seems related to the criminal prognosis. Attempts are also being made to devise standardised psychiatric interviews which may be related to the possibilities of treatment, whether the offender is in the neglected general population of offenders or is referred for clinical assessment. The emphasis is upon relating types of offender to types of treatment, using this word in the widest sense of management.

The second major preoccupation, I suggest, is the problem of dangerousness. It is constantly stressed that a rational penal system would only imprison offenders who are dangerous. However it is not a simple concept. The average citizen would probably give priority to those who are physically or sexually aggressive, but the government would include those who threaten the social fabric in other ways, by treason or by property crime of such magnitude and skill

CONTINUED

1 OF 3

that they bring law enforcement into disrepute or threaten the integrity of ordinary financial systems. The difficulty here is that, especially in relation to aggressive or sexual crimes, dangerousness is not a permanent characteristic; there is only a persistent liability to behave in a dangerous way in certain circumstances. If those circumstances are liable to occur almost every day then indeed the offender is very dangerous. But if the special circumstances are understood and can be controlled by others then the offender is only potentially dangerous. And this sort of potentiality is shared by a great many who have never behaved dangerously in the past.

Lastly, in a striking article on the evolution of criminology, Professor Nigel WALKER * has raised the question of the "object of study" in criminology. A great deal of effort has been spent on the study of the causes of crime- the broad monolithic and relatively valueless theories, the detailed multifactorial theories which are realistic but possibly too complicated for clinical use. He quotes Howard BECKER on the causes of drug abuse - that we need one kind of explanation of why a person gets access to drugs, a second of why he uses the drug when accessible and a third for why he continues to take drugs - "yet the variables which count for each may not, taken separately, distinguish between users and non-users". Walker raises the question of what it is that ought to be the object of study in criminology and suggests that it may be criminal careers or why offenders persist. The penal system is in fact surprisingly successful, even though one suspects that it is at the cost of much unnecessary suffering and expense. The vast majority of offenders are at least no longer arrested after they are twenty-five, and it is hardly likely that such marked men evade detection for fifty subsequent years. What distinguishes the rather small proportion who persist? If one knew more about the dynamics of the first and only offender, of the short run criminal career or those large groups who seem to defy any intervention for five years, or the very small proportion who continue, we might find a more realistic way of concentrating our efforts. For this purpose we should need to know a lot more about what goes on the outside world in the form of constructive relationships, and play a more active part in trying to foster or maintain them.

* In "Frontiers of Criminology" Penguin Press. 1967.

Le criminologue clinicien
et la recherche scientifique

The clinical criminologist
and scientific research

WARREN, M.Q., Ph. D.
New York, UNITED-STATES.

THE MEANING OF RESEARCH IN SOCIAL ACTION
WHAT THE CLINICAL COMMUNITY CAN EXPECT FROM RESEARCH

Research in the social sciences has been traditionally aimed primarily at building knowledge and understanding. The clinician, in contrast, is oriented towards action to deal with social problems. While the roles of researcher and clinician may thus be differentiated as distinct endeavors, rational program development may be dependent on collaboration between the two roles. The plan of this paper is to describe ways in which the researcher can offer meaningful help to the clinician. Additionally, since researchers are no more all alike than clinicians are all alike, an attempt will be made to describe characteristics of each group which are important to effective collaboration.

Ideally, the researcher can contribute to the goal of rational program development in five areas. The researcher can (1) represent a fund of knowledge concerning past treatment program successes and failures; (2) aid program staff in conceptualizing client problems (including client classification systems), treatment goals and treatment strategies; (3) monitor program to guarantee that intended program is carried out; (4) promote staff growth by feeding back information regarding program processes, quality and impact; and (5) disseminate research findings in such a way as to encourage rational program development and change.

A Fund of Knowledge

With respect to the first of these areas: representing a fund of knowledge concerning past successful and unsuccessful program models, the researcher may be helpful to the contemporary clinician who is quite convinced of the need to modify program to take advantage of new knowledge and techniques. The clinician may be fully aware of the failure of traditional methods to bring about desired changes in clients, and he may also be aware that all program change does not necessarily represent program improvement. The clinician has a right to expect the researcher to have a fund of knowledge concerning demonstrable and proven methods for reducing the social problem behavior with which the clinician is concerned. Sadly, the fund of knowledge which the researcher has, will force him to confess that the process of learning about social problems has barely begun. Few uncontested facts and even fewer clear prescriptions for effective action are available. Further, the bulk of findings are negative or inconclusive rather than positive. For example, we know from a series of studies that a simple reduction in the number of cases assigned to a clinician is no guarantee of a more successful program. Even though a negative finding, this information has clear relevance for the clinician.

On the other hand, there are a few bright spots or positive findings in this picture as well. For example, a recent study of treatment in two institutions for 15-17 year old delinquent boys in California showed both programs to reduce the recidivism rate after one year by 15% over other institutional programs for

comparable boys.¹ In this study the program of one institution was organized around behavior modification principles and the program in the second institution around transactional analysis principles. A general theme in treatment research which is beginning to show some payoff in recent years has to do with the differential impact of the same kind of treatment on different kinds of clients. In the JESNESS study mentioned above, research data are beginning to suggest that behavior modification and transactional analysis are differentially appropriate for different kinds of juvenile delinquents, with some kinds of youth doing better under one program and other kinds of youth doing better under the other program.

The Community Treatment Project in California has shown that some kinds of delinquents do better following an intensive treatment program in the community and that another kind of youth does better following a period of incarceration.² Data from the Differential Treatment projects in California show that treaters differ in their interaction style with clients and that these differences have important implications for success in treatment.³ PALMER has shown that clients who were well matched with their treater had higher success rates than those clients who were unmatched with their treater, and that these differences held up two years beyond discharge from a correctional agency.

Conceptualizing Problems, Goals and Strategies

The second area in which the researcher can offer meaningful help involves aiding program staff in conceptualizing client problems, treatment goals and treatment strategies. One way of conceptualizing client problems is through the use of a classification systems, preferably a classification system which related to the variety of patterns by which individuals get into a correctional system. Some individuals violate the law because the peer group, upon which they depend for approval, prescribes criminal behavior as the price of acceptance, or because the values, which they have internalized, are those of a deviant subculture. Other individuals break laws because of insufficient socialization, which leaves them at the mercy of all but the most protected environments. Still others delinquently act out internal conflicts, identity struggles or family crises. Such a way of categorizing individuals attempts to classify the meaning of the offense behavior and is thus relevant to understanding the offender, predicting his future behavior, and intervening in his life in a useful way.

Although one may assume the overall long-range goal of intervention in the lives of correctional clients to be a reduction or elimination of further law violations, the intermediate goals can be differentially specified according to the meaning of the offenses behavior. To illustrate from the above list of offense meanings, the treatment goals for the individual whose delinquency was prescribed by the peer group might be to change the individual's peer group or to reduce his dependency on his peer group; while intermediate goals for others might include changing or broadening a delinquent value system, increasing socialization, reducing internal conflict or family strife.

In rational treatment planning, the intermediate goals of treatment will relate in some direct manner to the meaning of the offense, and the treatment strategies will relate specifically to the goals for the various offender subgroups. To elaborate a bit on the last point- the application of differential treatment strategies in order to achieve different goals - individual psychotherapy, while not appropriate across - the-board, may well be the most appropriate treatment for reducing internal conflicts. Family group therapy may be most appropriate for dealing with family crises, Guided Group Interaction may best prepare the offender for dealing with his peer group, etc.

One further point should be made with respect to the use of client classification systems as a basis for conceptualizations of program. It has been found that the interpretation of research findings can achieve greater specificity and accuracy through use of a classification system. Research on treatment studies showing "no change" with treatment or producing contradictory evidence about improvement has been shown to sometimes be concealing more information than was discovered. One explanation of these findings is that a masking effect has occurred when all offenders have been lumped together. A number of recent studies of correctional treatment have demonstrated the point that it is only when classification of individuals in a treatment-relevant way is introduced into the study that productive relationships with program success or failure are found. This position can be given support with examples of differential findings:

1. A study of Project Outward Bound in Massachusetts showed that program to be effective with those delinquents who were "reacting to an adolescent growth crisis" and not to be effective with the more immature, emotionally disturbed or characterologically deficient boys.⁴

2. A number of studies (SIPU, Phase IV⁵ and a study by BERNTSEN and CHRISTIANSEN of Denmark⁶) have shown individual counseling programs to be effective with cases in the mid-range of difficulty (as measured by Base Expectancy, for example) but not to be effective for either the "easier" or the "more difficult" cases.

3. Several studies have shown the differential impact of a treatment program on various offense categories; for example, a study at the Medical Facility in the California Department of Corrections showed that a program of group psychotherapy had the greatest positive impact on robbers and on check writers. The same program conducted with offenders against persons appeared to diminish the offender's ability to make a community adjustment.⁷

4. In a large sample of delinquent youth participating in California Youth Authority institution programs, the recidivism rate at a 15-month community exposure point was 50%. If this population is subdivided into eight categories on the basis of a typology, one finds concealed in that 50% failure rate, once subgroup whose recidivism rate at 15 months was 14%, another whose recidivism rate at that point was 68%, other subgroups falling somewhere in between.⁸

5. In the PRESTON Typology Study (California), it was found that homogeneity (by delinquent subtype) in the living units consistently decreased unit management problems, but only for three of six delinquent subtypes.⁹

6. A number of studies of Guided Group Interaction have indicated a more positive impact of the program on those offenders who were comfortable with confrontive interactions than on those who were not comfortable with such interactions.¹⁰

One can add to this list the differential treatment studies of California mentioned in connection with the first area of researcher contribution. In sum, the preceding bits of evidence make the point that looking at intervention programs without a system of classifying offender subgroups is a wasteful research procedure.

The function of the researcher in an action setting can involve working with clinicians of the action staff to increase the level of conceptualization of program specifics in the ways indicated above. Specifically, what will be done with what kinds of clients, by what kinds of workers, in what kinds of setting? On what basis are specific program elements assumed to interact with what aspects of clients or their environment in order to achieve what goals? Through use of intelligent questions, the researcher can encourage greater specificity with respect to the nature of the problems to be dealt with, the program goals pertaining to those problems, the methods of reaching those goals, and definitions of criteria of progress toward goals. The researcher can use his conceptual skills to move the intervention program to the level of a model which can be subsequently applied by others.

Guaranteeing Intended Program

The third area in which the researcher can serve the clinician involves the monitoring of programs to guarantee that intended program is carried out. This function may be conducted in a variety of ways, but it is certain to involve an open interchange between action staff clinicians and the researcher around the ongoing process of building intervention strategies, indentifying where the planned program is and is not being carried out, and revising strategy when necessary. Some experience in action programs has given considerable support to the position that researchers who have direct and frequent contact with action personnel - and with clients of the study - will be in an unusually good position to develop the detailed knowledge which must underlie any comprehensive intervention model statements. This type of research involvement seems to increase the likelihood of learning perhaps as much from so-called program failures as from so-called program successes - since in the former case action staff will usually be more willing to speak candidly when long-term relationships exist with research staff.

An additional point is that an interested listener is crucial to adequate intervention reporting. When asking workers in the human services what is appealing about their jobs, one often hears positive comments about their independence from supervision. This sometimes has the "sweet lemon" quality of the clinician identifying as a blessing, a typical lack of supervision for them in treatment tasks. In contrast, one hears clinicians in an action research project demanding and thriving on feedback obtained from intervention supervisors and researchers. Motivation is high when the researcher not only hears the clinician describe his efforts and the problems faced and overcome, but even "takes notes" about it.

On the other hand, ongoing contact with action personnel places research in a very complicated role. The researcher must, after all, maintain his perspective of objectivity. Because of this concern with objectivity, some researchers have preferred to think of themselves as "in-house skeptics". This term is a bothersome one. While it must be clear that the researcher will be convinced, not by clinician enthusiasts, but only by objective data, the term "skeptic" can be expected to put action staff on the defensive thus reducing the likelihood of open communication about program. The fear of action researchers about contaminating their data by getting too close to the subjects of their study, can lead to never finding out what is really going on in the intervention process. A more satisfactory description of the action researcher involves the role of searcher for truth whose training has prepared him to understand the nature of evidence.

Much of the process-oriented research in an action program can be conducted in connection with ongoing treatment program activities. For example, recording for research purposes can be set up so that it does not add to, but rather substitutes for the usual reports demanded by an agency. If a group intervention activity is being evaluated by staff or if an individual case staffing is being conducted, the researcher can act as recorder as well as a source for conceptualization.

Promoting Staff Growth

The fourth area in which the researcher can offer meaningful help to the clinician involves promoting staff growth by feeding back information regarding program processes, quality and impact. The term "action research" is most appropriately used to describe the systematic study of the development of program rather than the assessment of a program which has been previously designed.¹¹ Where research is involved with the development of program through the study of interactions, feedback to clinicians is an intentional part of the design. As data are collected and knowledge is built, information about program, new theory, or possibility for action is provided to clinicians for incorporation into current service techniques. Feedback then is utilized purposefully as an essential tool of program development through research.

The exciting aspect of clinical data is that the researcher is hopeful of getting close to the real thing: i.e., the "thing" that is actually going on, which is aimed at having therapeutic or other defined consequences. The problem is that clinical data is "messy" data; i.e., it possesses all the faults of complexity, subjectivity and "unaccountability". It doesn't come in categories; it requires interpretation. Everything is interactive with everything else. And because of all these difficulties, process-oriented research almost defies that most respectable of scientific procedures - hypothesis testing.

Without minimizing the research difficulties in this situation, it may be suggested that the worse sin of all, from the clinician's point of view, is over-simplification. The research task must be begun at a level of complexity sufficient to accommodate all the data which appear to be realistically relevant. Not only are the numbers of dimensions, variables, conditions, levels and combinations exceedingly large, but also all of these may be variable with the kind of client, kind of worker, time period, etc. The complexity is increased when one considers that measures of preferred outcome may also be variable depending on the nature of the client and/or his problem. For example, in identifying hoped-for changes in individual offenders following a correctional treatment program, one may say that increased signs of conformity are a positive sign in a psychopathic person, but have negative meaning in a conformist whose delinquency results from over compliance to delinquent peers. In other words, differential predictions must be made with regard to signs of improvement in different types of cases.

Although it is obvious that successful outcome must be measured using a range of criteria, since no one single criterion is completely satisfactory, the researcher and the clinician will still be faced with establishing a hierarchy of preferred alternatives. If a youth stops stealing cars, but gets permanently expelled from school for smoking in the school yard, is he getting better or worse? A theoretical framework will, of course, help order the data. However, at the level of data collection itself, it seems important to record as completely as possible the data which are seen as relevant by the client, the treater and the observer - within theoretically defined categories where possible. Moving from the raw data to consensed but meaningful documents is a monumental task. On the other hand, to record at this point only the data for which pre-established categories of analysis are available, means loss of the complexity required to be anywhere close to reality.

Feedback from researchers to clinicians is perhaps most important in this process area. "Hard" outcome data, while important for action staff to hear about, become available only at a point in time too distant from the intervention procedures to maximize payoff for the clinician. The creative researcher will, of course, attempt to develop all of the "hard" outcome measures which are possible, along with the "softer" process-oriented exploratory data, combining these two types of data in order to tease out the best evidence of what is happening in the program.

Encouraging Social Agency Change

The dissemination of research findings in such a way as to encourage rational program development and change is the fifth area in which researchers can be helpful to program staff. The use of research results is implicit in all research activities. Participation of the human service agency is based on the assumption that research will be of benefit in a way related to agency operation.

It has been widely assumed that what is valuable will be used, that application of knowledge and experience is natural or automatic. The record clearly proves that this is not the case. A frequently-heard lament of agencies which fund innovative programs in criminal justice, concerns the speed with which successful programs disappear when the research phase is over. Several factors may help account for this phenomenon. The research program may well have created strains on the usual operating procedures and the operating "comfort" level of the agency. There are a number of ways in which the researcher can overcome and/or compensate for these strains during the life of the research project. Shared ownership of the project (i.e., ownership shared between the researcher and clinical staff) can be encouraged by the researcher through an incorporation of the opinions and ideas of the action staff from the earliest stages of project development. The meaningful involvement of the clinical staff, including the airing of differences of opinion and the challenging of researchers, is likely to deepen the personal investment of the program staff in the research. Efforts on the part of researchers to involve action staff may create an aware and involved group among clinicians who may subsequently utilize the research findings. A number of dissemination and utilization-promoting techniques can be used by the researcher including special feedback sessions, question-and-answer sessions, discussion workshops, progress reports, and joint publications with the action staff. Research findings can be translated into terms with which the clinician-user is familiar; new information can be related to traditional practice and procedure; data can be repeatedly presented in different form with written materials backed up by interpersonal contacts.

On the broader issue of bringing about social agency change through action research, it is clear that the processes instituted, such as greater conceptualization of goals and plans, and systematic monitoring, are procedures which can result in a whole agency's becoming more goal-oriented and more rational in their efforts to move toward their goals. Additionally, an agency which has survived its first action research program now has added staff capabilities, both with respect to innovative operations and with respect to action research - both of these available for further pilot efforts. And, in developing this staff potential, a creative force for social agency change is now available within the agency - a condition more likely to lead to program improvement than pressure for change coming from outside the agency. An agency which is developing an ongoing research effort can provide an atmosphere in which a second innovative program grows logically out of the leads of the first, and the third out of the leads of the second. To the extent that criminal justice agencies can provide built-in evaluation capacity as an assumed aspect of all program development, the numerous benefits which action research can provide may include a cumulative fund of scientific and program knowledge.

CHARACTERISTICS OF PARTICIPATING INDIVIDUALS

The close collaboration between clinicians and researchers described here has a number of implications for the characteristics of participating individuals in those two roles. The social scientist willing to conduct research in an action setting has indicated his willingness to collect data in all its real-life complexity, rather than working in a laboratory with its potential for scientific control. The researcher in an action setting must fight to control one variable or set of variables. This situation undoubtedly has implications for the personality of the researcher, as well as involving a certain kind of knowledge and skill.

In addition to being a person of high conceptual ability, the action researcher will ideally possess a high degree of clinical sensitivity and interpersonal skill. The interpersonal skills are crucial because the action researcher must really be able to hear and understand where the program people are - their needs, motives, beliefs (explicit and implicit) and priorities, in order to communicate what the research is likely to do and not do in relation to those needs, beliefs and priorities. The researcher must, in this dialogue, be able to assure himself that research integrity will be maintained, and he will need to be able to convince the action staff that, even though positive results cannot be guaranteed, the agency will still receive worthwhile payoff.

On the other side, not all clinical staff will be equally comfortable working in a research setting. The clinician who says he treats clients in a completely intuitive way, doing whatever "feels right" in a therapeutic intervention, would feel considerable strain in a situation where he is forced to conceptualize his intervention plan along with his rationale for that plan. The therapist's feelings of success or failure would find the collection of data on outcome an unnecessary nuisance. The clinician appropriate for working in a research setting, as well as the researcher appropriate for working in an action setting, needs an interest in as well as some ability to conceptualize the problems represented by the heterogeneous population of clients and the variety of potential elements in an intervention strategy. Both need to be open to new information and have a willingness to explore. Both will ideally be committed to a "strategy of search" rather than a "strategy of activity". 12

The clinician in the field of criminal justice is in the business of administering solutions for problems which have not been well defined and with technology which has rarely been tested and refined. Human problems elicit emotional and subjective responses. Attempts at scientific solutions are relatively new. Social science has in the past been largely irrelevant to the social agency dealing with human problems. One of the reasons for this irrelevance is that the clinician has stayed in the world of practice and the scientist has stayed in his academic laboratory. What is new in our field is that social scientists are venturing into the complex world of the clinician, and the clinician is permitting him to be there.

"The value of research to the human services clearly depends on the way in which research is conducted and utilized. Social science too may be significantly advanced through participation in a social setting, but that also depends largely on the degree to which the problems of research and agency interaction are recognized and overcome. The basis of the relationship between research and human services is in the pursuit and application of knowledge. In agencies engaged in meeting human needs and solving social problems, these two - the pursuit and the application - are closely intertwined".¹³

FOOTNOTES

1. JESNESS, C.F. et al., "The Youth Center Research Project," Final Report to NIMH, July, 1972, p. 310.
2. WARREN, M.Q. "The Case for Differential Treatment of Delinquents," The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 1969, 381, p. 52.
3. PALMER, T.B., "Matching Worker and Client in Corrections," Social Work, 18, No. 2, 1973, pp. 95-103.
4. KELLY, F.J. and BAER, D.J., "Physical Challenge as a Treatment for Delinquency," Crime and Delinquency, October, 1971, 17, No. 4, pp. 437-445.
5. HAVEL, J., Special Interview Parole Unit, Phase IV; A high base expectancy study, California Department of Corrections, Research Report No. 10, June, 1963.
6. BERNTSEN, K. and CHRISTIANSEN, K.O., "A Resocialization Experiment with Short-Term Offenders," Scandinavian Studies of Criminology. London, Tavistock Publications, 1965.
7. CLANON, T.L. and JEW, C., Follow-Up of the Effects of Psychotherapy of Prisoners, California Department of Corrections, Vacaville (dittoed), 1969.
8. PALMER, T.B. NETO, V.V., JOHNS, D.A., TURNER, J.K., and PERSON, J.W., Community Treatment Project: Research Report No. 9, Part I, California Youth Authority publication, 1968, p. 41.
9. JESNESS, C.F., "The Preston Typology Study: An Experiment with Differential Treatment in an Institution," J. Research in Crime and Delinquency, 1971, 8, No. 1, pp. 38-51.
10. KNIGHT, D., The Marshall Program, Part II: Amenability to Confrontive Peer-Group Treatment, California Youth Authority Research Report No. 59, 1970.

11. TWAIN, D., HARLOW, E. and MERWIN, D., Research and Human Services, Research and Development Center, Jewish Board of Guardians, New York, 1970, p. 58.
12. This contrast was first suggested by EMPEY, L. and LUBECK, S. The Silverlake Experiment. Chicago: Aldine Press, 1971.
13. Op. cit., Footnote 11, p. 12.

Le criminologue clinicien
et la recherche scientifique

The clinical criminologist
and scientific research

COLIN, M.
Lyon, FRANCE.

INSTITUTION ET REPRESSION DR. J. CLAUDE ROLLAND *

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le problème de l'institution est actualité; le chercheur qui aborde ce problème, d'un point de vue théorique, doit affronter une masse de travaux. La première réflexion qui vient à l'esprit, lorsqu'on a pris connaissance de leur teneur est leur considérable disparité: c'est en effet de tous les horizons de la pensée que le phénomène de l'institution a été éclairé, mais fait peut-être unique en matière de sciences humaines, ces diverses perspectives ne se sont pas ignorées mutuellement. Bien au contraire, l'institution apparaît comme le terrain d'élection de leur affrontement - ce qui a entre autres deux conséquences importantes.

L'opacité du phénomène institutionnel

D'une part, le concept d'institution a été l'objet d'une surcharge de sens qui contribue beaucoup à l'obscurcir; en effet, selon qu'elle est dans sa nature et son projet sociologique, philosophique ou clinique, la réflexion aborde l'institution suivant des directions radicalement différentes. Peut-être convient-il de dire tout de suite qu'il ne s'agit pas là d'un hasard; si les chercheurs ont tant de peine à trouver une définition commune de l'institution, c'est que l'essence de celle-ci n'a pu être encore saisie. Par sa complexité, la multiplicité de ses racines - par son opacité, l'institution demeure globalement un phénomène mal connu. L'insuffisance de la recherche n'est pas seule en cause. La résistance de tout un chacun à expliciter totalement un des phénomènes les plus essentiels de l'humanité doit intervenir à son tour. Du reste, cette formidable difficulté à articuler les découvertes faites ici et là, ressemble étrangement à ce qui se passe à l'intérieur de l'institution lorsque l'on veut essayer d'articuler les vécus de chacun. Nous verrons que la réflexion sur l'institution se heurte aux mêmes difficultés que la pratique institutionnelle. Comme si la compréhension de l'institution, tout comme sa modification, appartenaient en partie à l'ordre de la transgression.

La réflexion institutionnelle: une étape et un carrefour

L'autre conséquence est qu'à travers la matière institutionnelle commune, des réflexions assez étrangères les unes aux autres ont pu se féconder mutuellement: en ce qui concerne en tout cas la pensée psychiatrique, il est clair qu'elle a trouvé à travers la réflexion institutionnelle un nouveau développement - au moins aussi important que celui que lui apporte la pensée psychanalytique. L'institution de la psychiatrie toute entière a été mobilisée par la contestation

* Travail de l'Institut de Médecine Légale et Criminologie Clinique de Lyon.

des institutions psychiatriques, et il semble tout à fait pertinent de voir dans la constitution des premiers groupes de psychothérapie institutionnelle le premier pas vers l'anti-psychiatrie, même si les promoteurs de celle-ci ne se reconnaissent pas dans les partisans de celle-là. Si bien que, au-delà de sa réalité proprement dite, l'importance acutelle de concept d'institution tient au fait qu'il constitue un véritable carrefour épistémologique où de nombreuses disciplines sont venues tester leur efficacité. En ce sens, le travail de FOUCAULT sur l'institution de la folie représente la première tentative de mettre la philosophie au service d'une cause réelle qu'elle abandonnait jusqu'alors aux seuls praticiens. Depuis, on a vu le philosophe de plus en plus sortir de son éther et venir partager avec le psychanalyste le chevet du malade. De même la sociologie. Il serait intéressant de s'interroger sur les facteurs qui ont fait que l'institution a ainsi facilité une rencontre multidisciplinaire et qu'elle ait été une étape essentielle avant qu'ils ne se rencontrent au niveau de l'individu.

L'institution: le langage spécifique du collectif

Est-il possible de donner une définition de l'institution: nous répondrons non. Car l'institution s'inscrit dans une civilisation comme un hiéroglyphe - comme un mystérieux langage d'essence collective que nul individu ne peut seul déchiffrer et dont l'institution de la langue n'est peut-être qu'une des parties - les plus excentriques - aux confins des existences individuelles et collectives. Quel pbngéon faut-il faire à l'homme dans les limbes de son passé collectif pour en découvrir l'ensemble? Une langue dont le vocabulaire varie sans cesse, s'use, se vide de son sens sans toutefois disparaître complètement, comme ces couvents qui ne hantent plus que quelques moines, mais cependant durent - faisant place à d'autres mots, éparpillant soudain un même sens (qu'on pense à la multiplicité des institutions pédagogiques) et dont la syntaxe infiniment plus stable - autant peut-être que les civilisations qu'elle rythme - obéit à une grammaire qui reste encore à déchiffrer. Dans l'immensité et la continuité de la chose institutionnelle, qu'est-ce que la prison et l'hôpital psychiatrique? Quelle est leur racine étymologique, leur équivalence synonymique? On pense à l'ouvrage de FOUCAULT, véritable travail de philologue. Il sera question dans ce travail de deux ou trois mots de la langue institutionnelle et de quelques hypothèses quant à leur syntaxe. Il a été beaucoup écrit sur la prison, l'hôpital psychiatrique, les centres de rééducation par des chercheurs qui se sont souciés de la rendre "thérapeutique". Dans l'étendue du dilemme que pose la question de l'institution, on se demande si ce souci de thérapeutique n'équivaut pas à un simple souci de l'orthographe.

Un fil directeur: le problème de la régression

Il sera question en effet ici de trois formes particulières de l'institution: l'hôpital psychiatrique, la prison, les centres de rééducation. Il nous a semblé que leur étude, malgré le caractère marginal et exceptionnel de tels centres, pourrait contribuer à éclairer la problème de l'institution en général. Inversement, il n'est pas possible d'en saisir leur signification locale si ces institutions ne sont pas d'abord situées dans le courant institutionnel général.

Aussi, nous a-t-il paru nécessaire, pour ne pas nous égarer, de choisir un fil conducteur - qui, nous l'espérons, nous mènera le plus loin possible au coeur du problème. Le concept de régression sur lequel beaucoup d'auteurs ont insisté et qui, dans la pratique, apparaît un problème essentiel - (que non spécifique au problème de l'institution) a paru être une piste sérieuse pour disséquer les mécanismes institutionnels.

LE STATUT D'INSTITUE

Le "pensionnaire" de l'institution se caractérise par le fait qu'il dépend matériellement de l'institution: c'est-à-dire moine ou pensionnaire de l'asile, il n'a pas besoin de s'occuper directement de subvenir à ses besoins matériels. De même l'institution se charge en général de régler les difficultés habituelles qui surgissent entre l'individu et la collectivité extérieure. C'est-à-dire que vis-à-vis de l'institution, il est dans une position de dépendance infantile - comme un enfant qui, du fait de son immaturité affective et motrice, doit être pris totalement en charge. D'un autre point de vue, le pensionnaire de l'institution est, en général, tenu au célibat provisoirement ou définitivement, c'est-à-dire que lui est ôté tout souci de conquérir un objet hétéro-sexuel comme de le protéger et d'entreprendre avec lui une oeuvre de procréation. Le détenu, même s'il a plusieurs enfants à charge, est pendant le temps de sa peine libéré de toute obligation familiale. De même, dans une moindre mesure, le malade hospitalisé. Enfin, le religieux trouve dans l'isolement du couvent une solution à la sollicitation du siècle en matière de sexualité et de responsabilité sociale. C'est-à-dire que dans l'institution, le pensionnaire se trouve soudain libéré de sa responsabilité sociale et génitale, tout comme l'enfant prépubère.

INSTITUTION ET REGRESSION

Un dualisme simpliste

Par rapport aux exigences de la collectivité extérieure et à la tendance individuelle à se responsabiliser et à devenir indépendant, le statut imparté au pensionnaire de l'institution apparaît en régression. L'origine de cette régression est habituellement traitée sous deux éclairages contradictoires: soit que l'on considère qu'un certain nombre de sujets ne peuvent spontanément pas s'adapter jusqu'aux exigences du schéma adulte type de la civilisation. Cette inadaptation fournirait le lot le plus habituel des comportements morbides et des clients de l'institution. Soit qu'au contraire, l'on considère que les conditions qui sont faites au patient à travers l'institution, c'est-à-dire à travers les servitudes de la vie collective, en marge de la communauté globale, les amènent nécessairement à adopter une attitude infantilisante et régressive. Ainsi, tantôt l'institution apparaît comme la conséquence même de l'impossibilité pour tous les sujets

de s'adapter de façon homogène aux exigences intrinsèques d'une civilisation, et dès lors, l'institution se donne comme un lieu d'hébergement et de recuei-
lement, un lieu de charité - tantôt l'institution apparaît sous le visage plus
monstrueux d'une organisation oppressive enfermant arbitrairement un certain
nombre de sujets et les amenant à des comportements anormaux par lesquels elle
se justifie secondairement. C'est-à-dire que face à la régression, la respon-
sabilité de l'institution passe par l'alternative d'être soit une organisation
charitable, soit une organisation répressive.

Une perspective ontologique

Comme le dit Hochman: "Certains ont fini par réduire l'aliénation men-
tale à une aliénation sociale, par faire de la condition folle une condition op-
primée. Le fou ne serait, si on pousse au bout leur raisonnement, qu'un résultat
de la réjection sociale et de l'oppression asilaire, elle-même fabriquée par une
société intolérante. Pour d'autres, à l'opposé, l'asile se serait modelé sur la
folie, aurait reproduit, en pleins et en vides, ses creux et ses bosses. Nous
avons, à plusieurs reprises, marqué notre désintérêt pour ces combats d'arrière-
garde encore imprégnés de causalisme nosographique (le fameux "qui a commencé?").
Il nous semble que dans l'institution (avec l'institution) malades et soignants
forment une structure complexe qu'il faut analyser sans chercher qui est premier
de l'un et de l'autre, mais au contraire pour découvrir comment s'organise l'es-
pace commun de leur rencontre."

Reprenant pour notre compte cette déclaration d'intention, nous nous
proposons de réexaminer le rapport qui lie la régression de l'institution: si,
en effet, la régression est universellement constatée dans les institutions, et
si par ailleurs comme l'ont largement démontré les travaux d'anthropologie psy-
chanalytique, la régression est par elle-même un phénomène universel dans le pro-
grès de l'humanité, est-ce que l'institution, au-delà de ses déterminations évène-
mentielles et de son utilitarisme temporel - ne jouerait pas un rôle essentiel
dans la régulation et l'équilibre dynamique de ce phénomène de la régression?
Pour ce faire, il convient d'explicitier d'abord ce que l'on entend par le terme
d'institution.

INSTITUTION ET COLLECTIVITE

Le concept d'institution

Nous l'avons déjà dit, c'est en tant que clinicien que nous abordons le
problème de l'institution- c'est-à-dire en tant que praticien exerçant dans les
collectivités telles que l'hôpital psychiatrique, la prison, l'hôpital général,
les centres de rééducation. Or, le premier problème auquel nous nous heurtons est

de savoir pourquoi nous appelons institution de telles collectivités. Car le terme institution désigne habituellement des entités beaucoup plus abstraites et générales, et apparemment radicalement différentes. Les équipements politiques, les appareils de la justice, la loi, sont des institutions. Et aussi la famille qui en est peut-être le modèle. Globalement, le concept d'institution fait référence à la notion d'un modèle. L'institution de la famille, par exemple, est le modèle qu'une civilisation conseille aux individus qui la composent d'adopter. Ces modèles sont plus ou moins impératifs: chacun tombe sous le coup de la loi, mais l'individu reste plus ou moins libre de ne pas adopter à son tour l'institution de la famille. En général, on peut dire que l'institution est tout ce par quoi une civilisation ou une collectivité règle ses rapports avec l'individu. Ce qui permet de mettre en exergue deux caractéristiques fondamentales du concept d'institution: c'est d'une part que l'institution est une émanation du collectif, et que d'autre part sa finalité est dirigée sur l'individu, mais le rapport de l'individu et de l'institution est complexe, car l'être humain est institué en tant qu'individu et instituant en tant qu'il participe activement à une collectivité.

La notion d'individu doit, à son tour, être éclaircie. Nous l'entendons dans son sens large, appelant individu aussi bien le sujet ayant acquis une identité propre, par laquelle il se pose et s'oppose à autrui, qu'un groupe ou une minorité dans la mesure où celle-ci s'individualise par rapport à d'autres groupes ou par rapport à la collectivité. Un ordre religieux donné est, par exemple, tout à fait individualisé par rapport au reste de l'église ou l'ensemble de la collectivité. De même une bande d'adolescents. Nous voyons donc que la notion d'institution noue des rapports très précis avec la notion d'identité, qu'elle soit individuelle ou groupale. Tout au long de ce travail, nous essaierons de voir de quel rapport il s'agit exactement.

Le statut d'institution

Il nous reste maintenant à déterminer, compte tenu de ces réflexions, en quoi une collectivité comme la prison est une institution. Il nous semble qu'il y a un abus de langage à identifier totalement prison et institution. Car la prison est d'abord une collectivité d'hommes réunis dans un but précis, et une organisation matérielle dotée d'équipement particulier et dépendant d'une instance administrative ou politique. Mais il est vrai qu'elle n'est pas n'importe quelle collectivité. Par de nombreux caractères que nous verrons plus loin, elle est une collectivité de référence, c'est-à-dire que, outre une fonction interne spécifique, c'est-à-dire l'auxiliaire de la justice dans l'exécution de la peine, elle est investie d'une autre fonction vis-à-vis de l'extérieur - comme on peut le voir entre autre par l'intensité des émotions qu'elle suscite dans la collectivité, même parmi ceux qui n'auront jamais à faire à elle. La prison, bien que n'hébergeant qu'une proportion infime de la population "concerne" cependant la collectivité toute entière. C'est à travers ce pouvoir, a priori, assez mystérieux, qui dépasse largement sa réalité utilitaire que nous chercherons à savoir ce qui donne à l'organisation pénitentiaire son caractère "d'institution".

On peut dire, il est vrai, de toute collectivité suffisamment organisée, qu'elle a un caractère d'institution. Ainsi de l'usine par exemple, dont le fonctionnement intérieur tourné vers la production se double ou se complète d'une incidence déterminante vis-à-vis de l'extérieur qu'elle transforme par l'apport des produits manufacturés. L'économiste pourrait dévoiler l'interaction complexe qui lie l'institution usine au fonctionnement économique de la collectivité. Le fait que ces échanges se fassent par l'intermédiaire de produits matérialisés et palpables - les matières premières et les produits finis - ou peuvent s'évaluer par des données "comptables", l'argent et les bilans, a beaucoup facilité la compréhension très précoce de ce problème et sa théorisation.

L'inconscient collectif

Mais l'économie d'une collectivité ne se limite pas à des échanges de personnes physiques et de biens matériels. Le clinicien sait que la vie d'un groupe et d'une civilisation se caractérise par des échanges appartenant à des niveaux multiples de la conscience et dont certains ne sont pas perceptibles directement, au moins par le sujet impliqué dans le groupe. D'où l'on comprend que, aussi longtemps que la notion d'inconscient n'a pas été connue, ni admise, des établissements comme la prison et l'hôpital psychiatrique n'ont soulevé que des problèmes d'ordre matériel. Le véritable statut - et en particulier la fonction d'institution - n'apparaît que lorsque s'éclairent, sous un nouveau regard, les échanges par lesquels ils concernent la collectivité. Car c'est dans l'ordre de l'inconscient collectif que la prison et l'hôpital psychiatrique, le centre de rééducation, ont statut d'institution et trouvent par là même une unité que leur organisation matérielle dément. L'hôpital psychiatrique et la prison n'échangent pas de bien matériel avec la collectivité extérieure, ni entrent dans le cadre d'une économie de service; mais c'est dans la très complexe économie des sentiments et des affects nécessaires à chaque individu pour dégager une identité compatible avec les exigences de la civilisation, que ces établissements nous paraissent jouer un rôle essentiel. C'est seulement dans la mesure où notre civilisation manifeste peu d'intérêt pour ce niveau de son fonctionnement que ces établissements ne paraissent jouer qu'un rôle secondaire et accessoire (voire séquel-laire). C'est donc dans cette dimension institutionnelle précise que nous allons essayer de dégager au niveau des établissements dont nous avons quelques pratiques. Mais s'il est nécessaire, pour la clarté de l'exposé de dissocier du caractère de l'institution, la structure matérielle et le support collectif, il est cependant clair que ces deux aspects sont intimement liés et surtout subordonnés l'un à l'autre. Si la prison a fonction d'institution, il est clair que son fonctionnement intérieur est orienté vers la réalisation de ce but: explicitement, la mission de l'administration pénitentiaire est de détenir les sujets et aussi, de façon plus récente, de les traiter, c'est-à-dire de leur permettre de réintégrer ultérieurement un circuit social normal. Or, le problème est de savoir si en tant qu'institution, la fonction qui lui est impartie n'est pas antinomique de son fonctionnement officiel. Si deux tendances divergentes s'affrontent - l'une consciente qui est le projet de la collectivité, l'autre inconsciente qui est sa véritable mission en tant qu'institution, il est probable qu'un certain nombre de conflits apparaissent sous forme par exemple d'incohérence de parcours. C'est par l'étude de ces incohérences que nous commencerons donc.

L'INSTITUTION D'EXCEPTION

Institution d'exception et institution normale

Nous considèrerons l'hôpital psychiatrique, la prison, les centres de rééducation comme des institutions d'exception; l'école ou l'armée se présentent comme des institutions que la quasi totalité des citoyens d'un pays fréquentent - ce qui leur donne un rôle privilégié dans l'homogénéisation d'une collectivité et dans l'initiation sociale de l'individu - Inversement, l'établissement de rééducation et la prison reçoivent une tranche particulière de cette collectivité. On peut considérer la relation qui s'établit entre ces deux formes d'institution de deux manières:

Un rapport de complémentarité

En premier lieu, les institutions d'exception sont destinées à recueillir des sujets qui ne s'intègrent pas dans des institutions générales, reflétant ainsi l'hétérogénéité de la population. Elles sont alors dans un rapport de complémentarité (ainsi le centre de rééducation vis-à-vis de l'institution pédagogique traditionnelle); dans cette perspective, il n'y a pas lieu de les différencier autrement que comme les différents outils d'un même atelier de socialisation. Ce schéma est présent dans la plupart des projets explicites de ces institutions (ainsi, le projet éducatif dans son oeuvre de rééducation et de réadaptation sociale). De même, la prison, dans son projet d'un traitement pénal avance la nécessité d'une réadaptation sociale et professionnelle de ses détenus. Il est probable que c'est aussi ce modèle qui préside à la création d'organismes intermédiaires entre l'institution normale et l'institution d'exception, comme le milieu ouvert, la liberté surveillée, etc...

Une relation antagoniste

Mais il est évident que l'on peut considérer d'une autre manière le rapport de l'institution normale et de l'institution d'exception. Objectivement, une constatation le permet: en effet, l'orientation vers l'institution d'exception se fait toujours à partir d'une institution normale: c'est à l'école primaire qu'on dépiste les enfants souffrant de troubles affectifs, de déficience intellectuelle et qu'on les oriente vers les centres spécialisés; très souvent le malade mental passe par l'hôpital général avant d'être adressé à l'hôpital psychiatrique, mais l'expérience montre que lorsqu'un individu a commencé à fréquenter une institution spécialisée, il ne réintègre qu'exceptionnellement le circuit institutionnel normal. Au contraire, le plus souvent, la tendance est qu'il dégringole les paliers successifs de la "spécialisation". Ainsi, par exemple, dans l'appareil scolaire, le bas de l'échelle qui est représenté par l'I.M.P. pour débilés profonds ou le centre spécialisé pour psychotiques, recueille-t-il des enfants qui ont d'abord été inadaptés (ou rejetés) de l'école maternelle ou primaire, puis des classes de perfectionnement, puis des instituts pour débilés légers... D'un autre côté, dans

notre pratique pénitentiaire, nous avons été frappés de la très grande proportion de sujets qui avaient fréquenté, pendant l'enfance et l'adolescence, des centres de rééducation. De même la proportion de détenus qui ont fréquenté l'hôpital psychiatrique est plus grande qu'un même échantillon de la population normale. Subjectivement, il semble que les institutions d'exception forment un circuit en vase clos qui se structure de façon parallèle à l'institution normale sans réciprocity du passage de l'une à l'autre.

Deux postulats

Il nous semble que deux postulats peuvent être posés: d'une part, certaines institutions constituent un circuit qui est en dérivation par rapport au circuit institutionnel normal (école, hôpital général). Le sujet qui a commencé à fréquenter ce circuit a très peu de chance de pouvoir réintégrer l'autre, mais aurait plutôt tendance à passer par les multiples institutions du groupe. Ce circuit peut être considéré comme exceptionnel, tant par son équipement, sa marginalisation que par le fait qu'il concerne une minorité particulière de la population.

Le second postulat est que l'hétérogénéité des circuits institutionnels répond moins à une hétérogénéité de la population qu'il ne l'accuse de façon considérable, voire qu'il la rende irréversible; alors que l'école a plutôt pour fonction de niveler les différences individuelles par le biais d'une acculturation commune, les institutions d'exception ont plutôt tendance (au moins en ce qui concerne les résultats) à aggraver ces différences et à stigmatiser des inadaptations.

La permanence de l'Institution d'exception

Enfin, un autre point mérite une attention particulière: face à la stabilité des structures institutionnelles, il existe une réelle mouvance de la clientèle que ces institutions desservent. Un exemple assez actuel paraît être représenté par la mutation des sanatoriums (situés en général loin des centres urbains) en cliniques psychiatriques; de la même manière, il semble exister actuellement une transformation progressive des préventoriums d'enfants en centres de rééducation spécialisés (pour enfants dits porteurs de troubles de la personnalité). Outre ce qu'un tel phénomène suggère de relation historique entre l'endémie tuberculeuse d'autrefois et l'endémie psychiatrique actuelle, il faut surtout remarquer que sous l'étiquette d'une raison médicale, un courant mystérieux alimente constamment ces institutions marginales.

De la même manière, l'oeuvre de PRADO, créée par le Père CHEVRIER, à la fin du siècle dernier, répondait à un besoin historique précis (paupérisme des classes ouvrières) et visait à donner aux enfants miséreux des milieux ouvriers la possibilité d'une éducation dans de bonnes conditions de confort psychologique et matériel, et surtout une catéchisation. Bien qu'il n'y ait plus de pauvreté au même sens et que la catéchisation ne paraisse pas aussi essentielle qu'autrefois

l'oeuvre du Père CHEVRIER s'est transformée en un équipement éducatif qui recrute toujours une clientèle d'enfants et d'adolescents. Ainsi, l'institution d'exception apparaît comme le minotaure, invariable dans le temps, qui exige toujours de nouveaux contingents de victimes.

Mais il est remarquable qu'à une même époque, cette clientèle reste assez homogène, soit par son origine sociologique, soit par le profil général de son cursus vital. L'existence de cette coïncidence pourrait être féconde dans la compréhension de l'institution. Aussi, allons-nous l'entreprendre en répondant à la question:

Qui va à l'hôpital psychiatrique, à la prison ou dans un centre de rééducation?

"On peut même en conclure que les pratiques institutionnelles actuelles ne sont guère, par comparaison aux pratiques primitives, qu'un moyen moins radical de se débarrasser, dans des formes admises, des enfants dont personne ne veut s'occuper". Margaret MEAD.

LE CHEMIN DE L'EXIL

J.C., 18 ans, parce qu'il pense que la fille qu'il aime en secret se moque de lui, se sectionne les veines. Dans le Service d'urgence médicale, où il est admis, on lui propose une psychothérapie. Un an après J.C. fait une nouvelle tentative de suicide avec des barbituriques. Au réveil, il fait état d'idées de persécution. On parle de l'envoyer à l'hôpital psychiatrique, mais on surseoira à cette décision. Quelque temps plus tard, de nouvelles difficultés surgissent et il sera admis directement à l'hôpital psychiatrique. Il ressort et rapidement perd son emploi. Il tente à une ou deux reprises de revenir à l'hôpital général, mais il n'y sera pas admis. Dans sa famille, il apparaît de plus en plus encombrant, difficile à supporter; sa place n'est plus qu'à l'hôpital psychiatrique. Le réseau s'est progressivement resserré - le rapprochement pourrait être fait à un niveau ontologique avec la progressive limitation du libre mouvement du fou - errant sur sa nef, puis indifféremment enfermé à la prison, à l'hospice, puis définitivement à l'asile.

Qu'est-ce qui fait que J.C. ne sera finalement plus à sa place, ni dans sa famille, ni dans son travail, ni à l'hôpital général? Est-ce seulement ce trouble de l'humeur et de la personnalité? Est-ce seulement la démence précoce qui "l'aliène", ou bien une autre aliénation vient-elle l'exprimer du dehors sous la forme de l'institution asilaire en dehors de laquelle, ni lui, ni son entourage, n'imagineront d'autre manière d'exister?

C'est dans l'ordre des choses aujourd'hui d'ouvrir les lieux jusqu'alors fermés: la maison de correction, l'asile, peut-être un jour la prison, comme si le caractère malfaisant des institutions ne résidait que dans ces hauts murs continus et ces portes verrouillées. Il nous semble pourtant que de façon beaucoup plus pernicieuse et irréversible la voie de l'homme ouverte d'abord sur tous les horizons va se figer dans cette promenade du fou autour de la cafétaria et du parc aux biches. L'exode a commencé après la première crise et le refus de l'entourage d'en accepter l'émergence.

DES CATEGORIES INDESIRABLES

Il y a des gens dont l'espace vital se rétrécit progressivement comme une peau de chagrin. Il y en a d'autres dont l'espace est d'emblée contesté, qui luttent quelque temps désespérément, puis sont défaits ou abandonnent. Nous pensons qu'ils se retrouvent tous un jour à l'hôpital psychiatrique ou à la prison, ou dans ces innombrables institutions marginales aux noms évocateurs (l'Oassis, l'Abri, etc...). Il y en a d'autres enfin qui, sans raison apparente, un jour semblent de trop, comme si tout-à-coup ils appartenaient à une catégorie que la civilisation ne peut plus assumer. Ainsi, les vieillards qui n'ont plus de place dans les familles et se trouvent chassés dans les hospices. Ainsi, çà et là, des individualités deviennent pour la collectivité des corps étrangers qui sont expulsés quand ils ne s'expulsent pas d'eux-mêmes.

Nous supposons que les établissements qui les reçoivent sont des lieux d'exil - autant résidence forcée qu'asile politique - Un détenu eut un jour une parole surprenante. Il nous dit, alors qu'il venait d'être incarcéré: "ici, je suis bien, personne ne me critique, alors que dehors je sens plein de regards sur moi qui disent, - regarde la gueule qu'il a, regarde comme il est "habillé". Nous ne pensons pas qu'on puisse réduire ces propos à ceux d'une personnalité schizoïde à tendance persécutoire; mais n'y a-t-il pas d'étrange biographie marquée par un porte à faux incessant, une incompréhension, un inajustement entre soi et l'environnement.

UN DESTIN PRECOCEMENT DETERMINE

Il faudrait reprendre une à une ces biographies; peut-être verrait-on chez chacune d'entre elles ce destin se déterminer dès les premiers moments de la vie, dans la première rencontre réelle avec le monde; là où aucune anamnèse, aucune étude clinique, n'auront été assez fines pour déceler le désajustement entre l'enfant et son environnement, il se sera pourtant passé quelque chose qui aura été irrémédiable, même si la révélation n'en sera donnée que plus tard - à l'école ou encore au moment de la première détention ou du premier internement, ou du premier placement.

Dans l'étude qu'il a consacrée à Jean GENET, SARTRE a admirablement montré comment par le hasard de ses origines, GENET par "sa seule existence troublait l'ordre social", mais l'enfant ne fait vraiment l'expérience de son étrangeté que plus tard, à l'âge de 10 ans. SARTRE le décrit ainsi: "Alors qu'il avait 10 ans, GENET jouait dans la cuisine. Tout à coup dans un accès d'angoisse, il ressentit sa solitude et plongea dans un état extatique (absenté). Sa main entra dans un tiroir ouvert. Il se rendit compte que quelqu'un était entré dans la pièce et était en train de l'observer. Sous le regard de cette autre personne GENET "vint à lui-même", dans un sens, pour la première fois. Jusqu'à ce moment il avait manqué de consistance. Maintenant il était quelqu'un. Il était aveuglé et assourdi. Il était une sonnette d'alarme qui n'en finissait pas de sonner. Bientôt tout le village connaîtrait la réponse à la question: "Qui est Jean GENET?" Seul l'enfant lui-même restait dans l'ignorance. Alors une voix lui annonça son identité... "Tu es un voleur."

GENET est un enfant de l'Assistance Publique. Il sera un client de la prison, mais d'autres destins mènent aussi irrémédiablement, d'autres malformes d'existence à d'autres institutions d'exception.

Ainsi donc, certaines vies profondément compromises dès le départ vont en se rétrécissant par le jeu des règles et des institutions sociales; face à de telles prédestinations, la moindre mesure intempestive peut faire pencher définitivement d'un côté ou de l'autre une orientation hésitante. Tout le monde serait d'accord avec SARTRE sur ce point: le regard de l'autre confirme l'enfant dans ce qu'il se sent. Mais le regard a aussi un pouvoir "d'infirmier". Sans cet espoir, il faudrait abandonner tous les GENET à leur sort; aucune perspective thérapeutique ou éducative ne pourrait se dessiner. Mais il s'avère que la dénonciation, tout comme le châtement, s'abattent plus facilement et plus durement sur les "étrangers", l'étranger, sans parrain, est toujours mal protégé dans la cité, en ce sens qu'aucun lien réel ne le protège ou ne lui nuance la loi.

Nous verrons plus loin, à propos du rejet, la validité des explications psycho-dynamiques qui ont été données, mais parmi ces explications, un concept a eu beaucoup de succès, c'est l'image du couple parental constitué d'une mère abusive et d'un père absent. Or, il semble que son succès tient peut-être moins à ce qu'il contient de vérité étiologique que ce qu'il suggère de la situation sociologique réelle de certains patients; il est certain que le délinquant, lorsqu'il est jugé, malade mental, lorsqu'il est interné ou neuroleptisé, n'est jamais efficacement assisté dans de telles mesures, qui, quelle que soit l'honnêteté de celui qui les assume, prennent dans la subjectivité de certain destin une ampleur et une résonance qu'on ne soupçonne pas toujours.

Comment se situe le passage institutionnel dans des biographies ainsi stigmatisées. Nous allons voir à travers une brève étude du temps et de l'espace que l'institution agit comme en résonance avec la dramatique des sujets qu'elle concerne.

COLONIALISME ET INSTITUTION

L'espace de l'institution est toujours un espace colonial. M. COLIN a lumineusement dévoilé l'architecture coloniale du Vinatier, avec la somptuosité des réalisations officielles (cafétéria, parc aux biches), ce caractère imposant du cadre administratif, la longue allée bordée d'arbres centenaires de part et d'autre de laquelle s'alignent les cottages des médecins dans leur petit jardin. Derrière tout cela, la misère pavillonnaire, les pensionnaires encore en habits de grosse toile, sans occupation réelle, sans salaire, sans relation solide avec le monde extérieur, toute chose dénoncée et redénoncée sans changement.

Mais l'architecture ne fait que refléter à la surface des choses un rapport essentiel: c'est que l'homme malade et institutionnalisé est aussi un homme colonisé, en ce sens que son espace est envahi par des conquérants plus forts et qu'il s'est vu chassé de la possession de son propre territoire. L'institution, avec sa hiérarchie caricaturale (le médecin chef, le médecin assistant, le surveillant général, l'infirmier) est un instrument parmi d'autres de ce mouvement colonial dont il faut craindre que la sectorisation ne soit qu'une application rénovée - un néo-colonialisme. Le colonialisme, invasion de tous les espaces, géographique, psychologique et culturel, pourrait définir l'esprit par lequel la collectivité induit et entretient toutes les formes d'inadaptation en ce sens que, comme nous l'avons dit, le processus qui conduit à l'inadaptation se renouvelle sans cesse, au hasard des destins individuels, touchant çà et là certaines familles obéissant à des politiques diverses, tantôt feignant de respecter la personnalité de "l'indigène", tantôt l'acculturant, mais il les fait régresser d'un état de minorité participant à part entière à l'orientation générale d'une civilisation au statut de population sous-développée, dépendante et nécessiteuse. A cet égard, le colonialisme pourrait bien être comme la fuite en avant du racisme; à la peur d'être mobilisé dans son orientation culturelle se substitue le désir de briser préventivement ce danger potentiel.

LE REGLEMENT INTERIEUR

Il n'y a plus, parmi les institutions que nous étudions, que la prison qui conserve son caractère d'absolue fermeture. Les centres de rééducation ont adopté depuis longtemps une politique de porte ouverte par laquelle ils affichent de façon quelquefois exhibitionniste leur démarcation vis-à-vis des maisons de correction, dont ils sont pour la plupart issus. L'hôpital psychiatrique se serait lui aussi libéralisé, au moins dans sa détermination théorique à supprimer la différence entre service fermé et ouvert - de même qu'en généralisant le système des permissions. Mais pour être plus insidieux, l'importance de l'enfermement n'en demeure pas radicalement changée. Disons: les sorties accordées ici ou là permettent juste le minimum d'aération pour que le pensionnaire ne s'asphyxie pas complètement.

Nous allons considérer la manière dont se dispose et s'organise le mouvement à l'intérieur de l'institution, à travers l'analyse du règlement intérieur.

UNE CONTRAINTE ARBITRAIRE

Chaque Maison a son règlement intérieur, à l'élaboration duquel le pensionnaire ne participe évidemment pas. Régulant implicitement ou explicitement la plupart des détails de la vie des sujets, il est une émanation le plus souvent de l'Administration ou de la Direction, très rarement de l'ensemble du collectif soignant. Quoiqu'il en soit, il est un ensemble de mesures imposées de l'extérieur à l'individu dont il ne tient pas compte réellement des possibilités personnelles. Ses partisans le justifient souvent en insistant sur les difficultés d'organiser la vie collective et la nécessité de prévoir ses incohérences, mais le règlement intérieur a souvent tendance à substituer à l'anarchie l'arbitraire.

Dans certains centres de rééducation pour adolescents, il est interdit de fumer, alors qu'il est tout à fait admis culturellement qu'à cet âge un garçon fume et que ces mêmes adolescents ont chez eux la permission de fumer. Ce qui est normal à l'extérieur devient délit à l'intérieur. La notion de normalité de conduite à l'extérieur se trouve ainsi réduite à l'intérieur, alors que l'institution héberge des adolescents ayant une moins grande capacité d'adaptation (I.M.P.). On pourrait accumuler de tels exemples, tels que la fixation, par règlement intérieur, de la coupe des cheveux, souvent encore en divergence à ce qui est admis culturellement. D'une manière générale, le règlement intérieur tend à opérer une réduction dans l'identité du pensionnaire par rapport au stéréotype culturel et par rapport aux besoins et aux limites de l'individu. Ainsi, se dégage le paradoxe que les sujets admis dans des institutions le sont pour des difficultés d'être et que le modèle institutionnel les aggrave à ce niveau en leur imposant un modèle encore plus strict.

UNE PROCEDURE ILLEGALE

Il nous semble qu'il faut s'arrêter sur la notion de délinquance et de marginalité. D'une manière générale est délinquant celui qui transgresse les lois de la cité, est marginal celui qui ne se plie pas à ses coutumes et vit selon un mode parallèle. On admet généralement à l'origine l'incapacité d'intérioriser la loi, c'est-à-dire l'image paternelle tant que celle-ci aide le moi à mettre une limite aux pulsions en les sublimant dans des conduites où la personnalité trouve un dépassement et aussi une autre identité. Il est certain que chez l'enfant, l'apprentissage de la loi se fait par une série de processus expérimentaux ou à travers les blessures fantasmatiques ou réelles qu'il fait à son entourage du fait de sa brutalité pulsionnelle, il en arrive à concevoir et à accepter la loi comme un compromis satisfaisant et ses exigences personnelles et celles d'autrui. La loi, au sens fort du mot, se réinvente avec chaque individu.

Un autre paradoxe de l'institution se dégage; à savoir que, d'une manière générale, le fonctionnement de l'institution orienté à un niveau explicite sur l'apprentissage de cette loi recourt en fait au même arbitraire et absolutisme d'une loi extérieure mal comprise et qui est la cause de l'inadaptation du sujet à la collectivité. Fondamentalement, l'institution répète le dysfonctionnement primitif de l'environnement qui a secrété l'inadaptation. Alors que la pratique institutionnelle s'est enrichie de nombreuses techniques modernes (tant sur le plan thérapeutique qu'éducatif), cet éclairage essentiel de la dynamique triangulaire (qui pourrait se schématiser selon un modèle soi - l'autre et la loi) n'a jamais vraiment pénétré jusqu'à l'heure l'institution de soin.

UNE REDUCTION DE L'IDENTITE

A beaucoup d'égards, le règlement intérieur symbolise à lui seul l'institution. Il en est l'une des enceintes les plus solides, celle qui demeure lorsque les murs ont été abattus. Si en effet, le règlement intérieur prévoit que le pensionnaire ne doit pas sortir seul, ou sans l'autorisation d'un membre du personnel, et qu'une telle conduite continue à être appelée fugue, il est clair que l'institution, quelle que soit son apparence extérieure est encore fermée. Si le retour dans la famille n'est pas un droit laissé à l'initiative du récipiendaire, mais nécessite une permission de la Direction (susceptible d'être supprimée en guise de punition, comme cela existe), ou bien n'est autorisé qu'après discussion de l'équipe soignante visant à savoir si une telle mesure est "thérapeutique ou non", quelles que soient les rationalisations qui en sont faites, il est clair que l'institution est close.

Car le règlement intérieur pose des barrières psychologiques qui font de l'espace de l'institution un espace circonscrit par autrui, où la liberté individuelle est aliénée par deux fois: d'une part, au niveau du désir, d'autre part, au niveau du refus. Deux déterminations essentielles à l'individu sont réduites à l'intérieur de l'institution: le je et le non, et nous pensons que quel que soit le sens dans lequel cette réduction s'opère qu'elle soit délibérément punitive comme à la prison, ou dans une intention de tutelle comme souvent à l'hôpital psychiatrique, ou dans une perspective thérapeutique (confère le maniement soi-disant intentionnel de la frustration et de la gratification), elle aboutit toujours à briser ces deux lignes de force par laquelle se construit tout espace individuel.

UN TEMPS EXTERIEUR A L'INDIVIDU

Dans les institutions comme l'armée, on peut constater, en ce qui concerne le temps vécu, des détails caractéristiques. Ainsi, un grand nombre de jeunes gens ont l'habitude de comptabiliser avec une certaine précision et le

temps qu'ils ont déjà effectué et celui qu'il leur reste à faire. Certains vont jusqu'à biffer sur leur calendrier au fur et à mesure les jours écoulés; quelquefois ils biffent aussi le temps où ils seront hors de l'institution (permissions), faisant apparaître ainsi à partir du calendrier standard un autre calendrier, où l'on voit que le temps prend soudain une autre allure, comme un temps où l'on est condamné à vivre et qu'on efface aussitôt que vécu: un temps vécu malgré soi et tué. Est-ce dans cette perspective qu'il faudrait comprendre tout le folklore propre aux institutions et relatif au temps: les bleus et les anciens, la quille, etc...

Dans les centres de rééducation où le temps de séjour est habituellement fixé par décision administrative, un tel comportement est retrouvé. Ainsi, dans tel centre, un certain nombre d'adolescents sont capables de dire, sans hésiter, combien de jours et d'heures il leur reste à faire exactement. Ils ne manquent pas non plus de signaler l'anniversaire de leur entrée. A cette mythologie un peu ludique du temps s'oppose une altération beaucoup plus profonde du temps vécu, telle qu'on peut l'observer à l'hôpital psychiatrique et à la prison. Habituellement, le détenu ne compte même plus le temps qu'il lui reste à faire, il "attend sa libération". Enfin, le vieux malade chronique de l'hôpital psychiatrique n'attend plus rien, comme s'il était extrait définitivement d'un temps chronologique objectif sans espoir et s'était reconstitué un temps personnel rythmé par quelles règles ou illusions.

Nous supposons seulement qu'il existe une différence de degré dans cette distinction du vécu, mais que dans sa nature il appartient à une qualité particulière du séjour dans l'institution. L'adolescent qui attend la "quille", le détenu qui attend sa "provisoire" ou sa "définitive", le malade qui attend (ou qui n'attend plus) sa sortie, sont au fond tous prisonniers d'une même problématique: tous vivent à un rythme qui n'est plus, ni celui de la collectivité extérieure, ni le leur propre, tous vivent en temps imposé dont l'issue reste imprévisible et dépend d'une instance qui reste inaccessible.

Il est clair que cette notion recoupe celle qui se perçoit à travers une phénoménologie de l'espace: de la même façon que le pensionnaire de l'institution se voit attribué un espace qui n'est pas réellement le sien (c'est-à-dire qui se construit en dehors de son désir et de son refus), de même il se voit contraint de plonger dans un temps que son rythme propre, tant biologique que psychologique, ne peut modifier. A cet égard, l'emploi du temps dans l'institution a la même signification que le règlement intérieur.

LE TEMPS DANS L'INSTITUTION EXPRIME UN IDEAL "SUPERIEUR"

"Je propose d'employer le mot CHARTE pour désigner une telle doctrine, base d'une institution... Ainsi, la charte comprend une histoire, réelle et mythologique, et l'état déclaré des idéaux, aspirations, principes d'organisation et de conduite résultant de cette histoire." MALINOWSKI (Freedom and Civilization).

Les caractéristiques essentielles du temps dans l'institution sont qu'il est un temps collectif. Tout s'y fait, sinon ensemble, du moins à la même heure et sous la houlette du même personnage. Moins que le temps qui est laissé à la libre disposition de chaque individu, ce qui compte, c'est cet embrigadement absolu à un rythme institutionnel qui désigne des moments privilégiés où l'institution ne fait plus "qu'un seul homme". La trompette du régiment ou la cloche du couvent signifient ainsi de moment en moment la primauté de l'instance institutionnelle sur l'instance individuelle. A la même heure, dans tous les couvents de même obédience, le religieux cache ce qui le distingue encore de ses frères, c'est-à-dire son visage, sous la capuche de bure et se fond dans la procession. Un peu à la manière des drames antiques où l'acteur s'efface, ne laissant apparaître sur la scène que le chœur, lequel rend soudain dérisoire la figuration individuelle et son drame, et "lit" à la manière d'une raison supérieure et avec une autre lucidité les événements qui se déroulent devant lui: "Innombrables sont les manifestations de la volonté divine; innombrables aussi les événements qu'ils accomplissent contre notre attente. Ceux que nous attendions ne se réalisent pas; ceux qu'on n'attendait pas, un dieu leur fraye la voie." EURIPIDE ("Les Bacchantes").

Dans l'alternance de l'acteur au chœur et de l'individu à l'institution se dessine comme un effacement soudain de la valeur et de l'utilité individuelles. Peut-être est-ce au moment de tous ces rassemblements que l'entité institutionnelle apparaît dans toute sa pureté et ses ambitions: effacer l'être individuel au profit de la communauté.

Les institutions ne parlent pas, mais elles sont toujours pour l'individu l'expression d'un autre idéal. On n'est plus tout à fait soi-même dans un rassemblement militaire - on se sent la pièce d'un ensemble qui aspire à un idéal et révèle une idéologie qu'individuellement on ne saurait pas avoir. Ce n'est pas seulement pour assurer sa cohésion que l'institution organise des rassemblements, mais c'est parce que toute institution est d'abord définie par un idéal supérieur et secret, et la façon dont elle organise ses rassemblements - dont elle les mystifie ou les caricature - paraît à elle seule symboliser l'institution. Une profonde mystique sous-tend le rassemblement monachique dans une sublimation de tous les instants et de toutes les expressions. Mais cette négation de l'individu à laquelle aspire et se soumet le moine au nom d'un idéal personnel atteint le comble de la répression quand elle s'opère, soit à l'insu du sujet soit contre son gré. La soumission de l'individu à la collectivité ne procède pas toujours par des rassemblements officiels; à la prison on ne se rassemble jamais, mais la soupe, l'extinction des feux, la toilette, tous ces actes faits par tous à la même heure, réalisent un rassemblement par similitude, comme une répétition en échos de gestes dont le choix très prosaïque traduit peut-être une idéalisation à rebours.

Lorsqu'on assiste à des réunions de malades à l'hôpital psychiatrique, on reste très impressionné par la profonde discordance qui sépare dans les faits l'intention thérapeutique des soignants et la pauvreté de ce qui en échoit: des préoccupations orales souvent identiques d'une réunion à l'autre, l'embolisation

par le délire des plus malades, tous phénomènes devant lesquels le thérapeute se sent profondément impuissant - comme si cet inconscient institutionnel que nous sentons se profiler partout sans jamais pouvoir l'identifier se saisissait de toutes les réunions pour en faire d'abord des rassemblements, c'est-à-dire des lieux où elle affirmerait son idéal.

Au fond, le rythme du temps dans la collectivité est d'abord un rite, c'est-à-dire qu'il est détourné de sa véritable fonction d'être le temps qui marque l'écoulement de la vie pour être un temps qui veut signifier quelque chose.

LE PROCESSUS D'EXCLUSION

Ici ou là, les personnages ne sont pas assimilés par la collectivité. On a largement démontré, à propos du malade mental, cette problématique. On pourrait considérer qu'il existe dans le fonctionnement d'une Société en tant que collectif, tout un "travail" secret qui vise à expulser celui qu'elle considère, pour une raison ou pour une autre, comme un étranger (éthymologiquement l'origine du mot aliéné).

LE "TRAVAIL" DE REJET

Ce processus, qu'on peut qualifier d'inconscient "en ce sens qu'il n'est pas donné à la conscience immédiate", peut partir de différents niveaux structuraux de la vie collective. Notre hypothèse nécessite d'admettre que la vie collective comporte de multiples unités ou sous-unités, - la famille, le village, la race, dans les collectivités multi-ethniques à l'intérieur desquelles l'individu structure une identité précise et à laquelle aussi il s'identifie, tant à travers ses idéaux, que ses projets, que ses privilèges. Ces différentes unités constituent pour chaque individu un environnement psychologique primaire qui déterminera ultérieurement tout son cursus vital, soit qu'il subisse passivement son sort, soit qu'il le modifie. Il existe ainsi de très nombreuses unités structurales comme la religion, l'appareil politique, etc...

De même qu'un enfant peut être l'objet d'un rejet du domaine familial, une famille peut être l'objet d'un rejet d'une unité plus étendue, comme le village, le quartier ou l'immeuble*. Enfin, une race minoritaire peut être elle-même l'objet de rejet de la race dominante, ou encore d'une religion. Naturellement, ce rejet est en général inconscient, et on étonnerait toujours les gens d'un

* HOCHMANN - La pathologie d'immeuble.

village en leur affirmant qu'il sont "responsables" de la déchéance sociale de telle famille, alors qu'ils pensent innocemment que c'est la famille qui s'est mise plus ou moins volontairement en marge des normes de la société. Et surtout, ce rejet n'est jamais franc en ce sens qu'il est combattu et masqué par des attitudes et des sentiments conscients contraires (la pitié, l'assistance plus ou moins charitable). Ainsi, ceux qui ont quelque pratique de la rééducation, connaissent ces "familles sauvegarde", sur lesquelles se précipitent techniciens et bénévoles et qui bénéficient souvent de réelle sollicitude des pouvoirs publics; malgré quoi, elles continuent tranquillement leur carrière dans la marginalité, essaimant les uns après les autres leurs enfants dans les différentes voies de la déviance que leur offre la société (fille mère, prostituée, délinquant).

L'INSUFFISANCE CONCEPTUELLE DES SCHEMAS FAMILIAUX

Par une interprétation très abusive de la psychanalyse, on a tendance (dans les milieux spécialisés) à attribuer assez systématiquement ce rejet au couple parental, et plus précisément à la mère. Ainsi voit-on certaines écoles * ou équipes mélanger, pêle-mêle, les problématiques du psychopathe, du délinquant, du débile, sous la facile étiquette d'Oedipe, ou pour les plus savants, du "non désir maternel". Un certain contentieux personnel avec la nosologie traditionnelle n'est pas étranger à ces élucubrations qui ignorent tout de même que dans la réalité ces concepts sont d'abord descriptifs de comportements fort variés dans leur forme et dans leur esprit. On peut toujours voir dans le comportement du débile la même agressivité revendicatrice que dans le comportement anti social du psychopathe; il est clair cependant que ces différences de comportement doivent faire rechercher des différences de sens. Il n'est pas plus pertinent de fixer dans le formel nosologique des comportements qui sont avant tout des souffrances, que de renvoyer à la mère fantasmatique le mélange, croit-on explosif, de tous ses flacons.

L'extension récente et réellement inquiétante de la délinquance juvénile dans les familles nord-africaines amène à se demander si ces enfants ou adolescents n'agissent pas un rejet dont est victime d'abord la famille nord-africaine elle-même. Cette délinquance, qui atteint généralement la deuxième génération, révélerait le caractère conflictuel des processus d'acculturation et traduirait une souffrance existentielle du sujet en tant que race.

LE REJET: UN PROCESSUS EN CASCADE

Bien que les nord-africains représentent actuellement une partie très importante des effectifs des centres de rééducation, remarquons au passage que

* M. MANNONI - L'enfant arriéré et sa mère.

ceci n'a pas entraîné une modification des options théoriques qui sous-tendent l'action éducative. Bien plus, ce phénomène, au lieu d'apporter un éclairage nouveau sur le problème de la déviance a tendance à être occulté. Car on peut se demander, en effet, si cette hypothèse, prouvée en ce qui concerne les nord-africains, ne serait pas tout autant plausible en ce qui concerne les déviances qui marquent un certain nombre de familles autochtones secrétant les enfants "caractériels" ou "délinquants". Ces familles ont du reste de nombreux autres points communs. Fragilité du groupe familial en tant que tel, précarité des conditions de logement, tendance à dépendance vis-à-vis des organismes de charité ou d'assistance. Un autre point commun est qu'il existe très souvent une déviance chez un des membres du couple parental (alcoolisme, maladie mentale, délinquance ou invalidité somatique). On comprend que de telles figurations du couple parental invitent à ne pas chercher plus loin l'étiologie de la souffrance de l'enfant (du reste les institutions ont vite fait de stigmatiser une famille), mais on peut se demander si un même processus d'exclusion ne se perpétue pas en cascade d'une génération à l'autre, en prenant chaque fois des cours différents*. Il n'est pas question pour autant de renvoyer au sociologue le déchiffrement et le traitement d'une marginalité ainsi conçue, car le problème essentiel est que si ce rejet a des racines multiples dans la collectivité, la souffrance qui en découle est individuelle.

LA NOTION DE DEVIANCE ET LA SOUFFRANCE INDIVIDUELLE

Il faut nous arrêter un moment sur cette tendance qui identifie le phénomène de déviance et certaines manifestations de souffrance individuelle, telles que la psychopathie, les conduites alcooliques, certains types de troubles mentaux graves. Il ne viendrait à l'idée de personne de ranger dans la déviance des ulcères d'estomac, pas plus que de suspecter le sujet qui a tendance à rechuter et à retourner à l'hôpital.

LA NEGATION DE LA SOUFFRANCE INDIVIDUELLE

Par contre, il est très difficile de faire admettre que la délinquance exprime d'abord une souffrance individuelle. Au fond, tout se passait comme si la collectivité à ce niveau avait opéré un double tour de passe-passe d'une part, en affirmant que c'est elle - la collectivité - qui souffre des agissements de cette catégorie d'individus, ce qui amène à minimiser ou à nier la souffrance personnelle du malade (qu'on pense à la réaction explosive que déclenche l'acte meurtrier d'un malade mental par rapport à l'indifférence quasi totale à l'égard

* Cette hypothèse devrait être confrontée avec la théorie des trois générations dans l'étiologie des psychoses (Cf. F. DOLTO - Le cas Dominique).

des conditions de vie à l'hôpital psychiatrique ou à la prison), d'autre part en "intentionnalisant" systématiquement le caractère gênant socialement de tels comportements morbides - comme si, par exemple, tous les délits n'étaient commis qu'en vue de bénéfices précis, et toutes les manifestations de la folie qu'en vue de troubler volontairement l'ordre familial et social. Cette réduction du délit à une pure recherche d'intérêt et de la folie à un chahut est très profondément ancrée dans l'imagination collective, et même chez les gens qui côtoient de plus près ces catégories.

LES CONSEQUENCES AU NIVEAU DE L'INSTITUTION

Une telle perspective ne nous éloigne pas de l'institution; au contraire, il nous semble qu'on peut comprendre par là une grande partie de l'idéologie institutionnelle, et donc de la structure de l'institution. En effet, l'institution a, dans ces conditions, d'abord une fonction punitive visant à corriger le délinquant de sa convoitise, le fou de sa turbulence, le débile de sa paresse. Il est certain, par exemple, que la prison dans sa recherche de l'expiation ou de l'exemplarité, l'hôpital psychiatrique dans sa recherche de la normalisation, la rééducation, s'inscrivent directement dans ce courant populaire.

Evidemment, il serait tout à fait invraisemblable que l'institution ait une idéologie différente de celle de la collectivité, dont elle est l'émanation, mais non pas seulement comme le dit VERMOREL "parce que son personnel relié directement à la masse de la population y passe la majorité de son temps". Dans ce sens, on pourrait imaginer qu'il suffirait d'une spécialisation de ce personnel, d'une formation professionnelle, pour renverser l'ordre des choses. Une certaine conception magique de la technicité a laissé croire un moment qu'on pouvait affranchir l'homme de l'institution de la nécessité d'une prise de conscience en tant que homme du collectif.

Lorsque nous parlons de ce processus collectif d'exclusion, nous ne l'imaginons pas limité, ou circonscrit aux couches les plus conservatrices de la cité. C'est dans cette impasse que s'engluent certains mouvements qui se réclament de l'anti-psychiatrie et qui politisent à outrance le problème de l'institution. Brutalement, il faudrait dire que le rejet est le fait de tout homme qui se situe en fait comme en désir dans la normalité.

On rencontre de temps à autre à l'hôpital psychiatrique des malades qui refusent dédaigneusement toute empathie de la part du soignant, quel qu'il fut. Cette position nous a toujours paru profondément respectable et émouvante, quelle que soit la frustration qu'elle provoque et les rationalisations qu'elle peut induire. Car la position de l'homme rejeté est irréversible au sens traditionnel du mot. Il ne s'agit pas d'aider le malade à sauter le mur, ni que le soignant le saute lui-même, mais il s'agit d'abattre le mur.

LA GEOMETRIE DES EMOTIONS

C'est à travers cette irréversibilité du rejet que l'on peut comprendre la collusion du phénomène de la déviance et celui de la souffrance individuelle, comme une chaîne circulaire de souffrance dont on a cherché à rompre par l'infirmité. Car, rappelons-le, le collectif fonctionne tout entier. Il respire par tous ses pores. Dans Psyché et Soma, WINNICOT pose une question percutante: pourquoi a-t-on fixé la Psyché dans le cerveau et non pas dans le foie ou le coeur par exemple? Pourquoi a-t-on fixé la réalité à la surface des choses? A la surface des choses, le psychopathe est censé ne pas souffrir, il en trouble seulement l'ordre, mais dans les profondeurs et la multiplicité des rencontres interhumaines chacun sent et vit la souffrance du psychotique et celle de l'abandonnique et en souffre. Toute institution connaît ces moments d'invasion de l'angoisse, par exemple, lorsqu'un malade mobilise, par l'intensité de sa souffrance une certaine résonance affective dans l'institution. L'émergence de ces effets de profondeur à la surface de l'institution provoque la crise institutionnelle dont on s'empresse de ne retenir que les aspects négatifs. Le malade déviant ne paierait-il pas le tribut de la primauté donnée à la surface sur la profondeur et à la réalité des choses sur l'inconscient collectif; et ses émotions spécifiques toujours enfermées dans la profondeur n'apparaîtraient-elles que comme des rides venant troubler la surface limpide de la collectivité?

Dans sa critique du roman de Lewis CAROLL, Bruno et Sylvie, DELEUZE montre l'altérité essentielle de ces effets de surface et de profondeur. A la surface des choses, quelques amis discourent, organisent des parties de campagne, nouent et dénouent des relations sentimentales. De temps à autre, la narrateur s'endort et se dévoile à lui le monde fantastique de l'enfance du rêve de l'irrationnel, puis le narrateur se réveille. L'effet s'efface et il reprend sans "discontinuer" le dialogue avec son interlocuteur. Il serait hypothétique d'affirmer que la déviance est la mesure par laquelle une collectivité se défend contre l'angoisse que provoquerait la rencontre toujours menaçante d'une autre angoisse dont elle pourrait se sentir responsable. Il serait peu rigoureux de prêter à une collectivité un fonctionnement psychodynamique comparable à celui d'un individu, mais il est sûr que la déviance est, vis-à-vis de cette angoisse profonde, comme l'effet de surface: le jeu de société par rapport au rêve du dormeur.

Ce n'est que relativement à la distribution des affects selon la surface ou la profondeur du champ émotionnel que s'institue ici un rejeté et un rejetant. De fait, l'opération du rejet institue deux fractions qui sont tour à tour rejetantes et rejetées.

On rencontre rarement de façon claire ces renversements de situation. Cependant, il nous fut donné d'observer de façon très minutieuse: un malade habitué d'un service de psychiatrie de l'hôpital général est le symbole de ce que les cliniciens considèrent comme le malade rejeté. Souffrant de gros troubles abandonniques, il a été longtemps mal toléré par l'équipe des infirmiers et des médecins, et à plusieurs reprises, il a dû quitter le service dans des conditions dramatiques. Ainsi, à plusieurs reprises, le personnel a explicitement favorisé la

la réalisation de ses pulsions suicidaires. D'innombrables réunions ont été tenues à son sujet, où apparaît de façon obsédante le thème: le malade fait tout pour se faire rejeter, il ne faut surtout pas que nous le rejetions.

Lors d'une réunion impromptue cette fois avec le malade, quelques infirmiers et infirmières du service, nous avons eu la surprise de voir le corps des soignants quasiment supplier le malade de leur expliquer pourquoi il les rejetait. Un infirmier, notamment, s'exprimait à peu près dans ces termes: "écoute J..., on voit bien qu'on n'est pas de ton monde, que tu fais des expériences que nous ne pourrions jamais faire (le malade est toxicomane), mais ce n'est pas une raison pour nous mépriser".

Qu'un tel phénomène puisse s'exprimer dénote une exceptionnelle maturité de l'institution, car à travers les propos de l'infirmier, le malade n'apparaît plus sous l'auréole stérilisante de déviant toxicomane et psychopathe sous laquelle on le perçoit habituellement. Ici, l'infirmier exprime sa souffrance et rétablit par là la circularité de la souffrance (alors que l'institution de la déviance replace l'observateur au niveau de la surface occulte). Mais, d'un autre côté, l'infirmier, qui par ailleurs, a conservé son rôle (la réunion avait pour but que le malade refusait toute nourriture et que l'infirmier voulait qu'il mange) ne tente pas l'illusoire descente aux enfers (sauter le mur pour être du côté du malade), mais brise le rapport "logique" de la surface à la profondeur et délivre la situation relationnelle d'une géométrie purement euclidienne pour la situer dans une autre configuration de l'espace: deux types de détermination existentielle restent parallèles et isolés, mais se rencontrent quand même. A l'angoisse des profondeurs (le toxicomane dit "je me défonce") fait écho, non plus le répulsion, mais une autre angoisse qui est spécifiquement une angoisse de l'émergence: il faut que tu manges et que tu vives.

Ainsi, le phénomène de la déviance ne serait peut-être que la manière dont l'écho de certaines souffrances individuelles, condamnées par l'organisation structurale d'une société à une existence souterraine, vient mourir à la surface des choses où se sont distribués le pouvoir et la loi.

LE DUALISME DE L'INSTITUTION

Nous avons vu que l'institution d'exception est condamnée à recueillir et à enfermer les patients de ce processus d'exclusion. Mais, si elle est vis-à-vis de celui-ci comme le maillon terminal, elle en est aussi une forme particulière. Son organisation, ses modalités spatio-temporelles le montrent bien. L'institution est bien dans le rapport de complémentarité et de continuité avec les autres instances du processus d'exclusion (l'appareil de la justice, les consultations d'orientation, les centres d'observation, voire même l'ensemble de la psychiatrie privée et publique), mais elle ne leur est pas identique. Avec celles-ci, elle partage ce qu'on pourrait appeler son organisation primaire,

c'est-à-dire son caractère de nécessité et sa raison d'être; une partie de son idéologie en découle, comme par exemple la fonction punitive ou normalisante - conséquence directe de la façon dont le déviant est pressenti par la collectivité. Mais, sur ce terrain se greffe l'organisation secondaire, c'est-à-dire l'ensemble des projets et des idéaux de l'institution en tant que rassemblement de soignants et soignés, démarqués par l'appartenance institutionnelle au reste de la collectivité. L'institution est structurellement hétérogène, mais il serait faux d'imaginer une ligne de démarcation entre ces deux types d'organisation; peut-être faut-il les concevoir comme deux forces qui concourent à structurer, dans toutes ses parties et à tous les moments de son évolution, le tissu institutionnel.

L'institution est au fond le résultat d'un besoin précis de la collectivité qui est de l'ordre de la nécessité et une réponse de l'organisation sociale, c'est-à-dire secondaire de l'institution. Ainsi apparaît l'essence conflictuelle de l'institution.

LE CONFLIT DANS L'INSTITUTION

Le problème du conflit dans l'institution a toujours été considéré par la majorité des auteurs comme considérable. On sait aussi qu'en pratique, la vie institutionnelle trouve difficilement son équilibre entre la négation absolue du conflit (ce qui définit l'institution totalitaire) et sa dramatisation. Une telle oscillation peut se voir dans la place et l'importance que l'institution accorde aux réunions d'équipes de malades, etc... A la prison par exemple, la convocation d'une réunion paraît d'une exceptionnelle difficulté. Dans tel Centre, l'habitude des réunions est réprouvée comme étant inutile. Tantôt, au contraire, on assiste à une profusion envahissante de réunions au point d'entraver sérieusement le temps consacré individuellement au patient. Mais au fond, l'une et l'autre de ces positions traduisent la même problématique à l'égard du conflit, ce qui pourrait s'exprimer par les euphorismes: ici, "il n'y a pas de conflit" - là, "il y a beaucoup de conflits, mais nous allons les résoudre".

Mais le conflit n'est pas seulement, comme on a pu le croire, la maladie de l'institution. Cette conception plutôt hippocratique du conflit qui a été un des moteurs essentiels de la psychothérapie institutionnelle, au point de faire imaginer une cure de scissions (WOODBURY), tend à localiser le problème du conflit à l'intérieur de l'institution, à la manière d'une faille qui se déplacerait tantôt dans l'équipe, tantôt entre l'équipe et les soignants, tantôt entre l'instance administrative et l'instance technique. Or, il nous semble que si, effectivement, le conflit tend à s'exprimer de cette manière, il ne s'agit en fait que du déplacement ou du symptôme d'un dualisme plus profond.

Depuis plusieurs années, un conflit latent opposait la direction et l'équipe éducative d'un centre de rééducation à propos de la surveillance des

élèves. Ces adolescents, en majorité pré-délinquants, bénéficiaient chaque jour, entre 6 heures et 8 heures, d'un temps libre. Ils pouvaient vaquer à loisir dans la parc, dont l'étendue rendait obligatoire qu'ils échappent à la vigilance des éducateurs qui assumaient cette surveillance. Bien que peu d'incidents ne se soient produits dans cette circonstance et bien qu'on put y remédier réellement, soit en augmentant le nombre des éducateurs, soit en limitant le libre mouvement des élèves, très souvent ce problème revenait dans les réunions et se traduisait par une méfiance et une incompréhension profonde de part et d'autre. La direction trouvait que les éducateurs ne surveillaient pas assez, ceux-ci affirmant, au contraire, qu'ils ne surveillaient que trop. L'opinion de la plupart des gens était que ce conflit relevait d'une divergence de vue et d'idéologie en matière d'éducation entre la direction, qui appartient à l'ancienne école, et les éducateurs qui sont beaucoup plus jeunes. La clef du conflit apparaît à l'occasion d'une période intensive de rencontres motivées par une transformation de l'institution. On en arrive à reparler du problème de la surveillance, mais il apparaît que la direction est littéralement hantée par l'idée que des élèves commettent un "coup" à l'extérieur. La plupart des adolescents sont en effet confiés au Centre par le Juge des Enfants, et du fait de la réputation dure et autoritaire de cet établissement, il lui arrive un contingent important de "gros délinquants". Il s'avère que la direction s'est identifiée au "rôle carcéral" (protéger la sécurité des gens de l'extérieur) qui est une raison du placement des enfants dans ce centre, tandis que les éducateurs, moins soumis directement à la pression des pouvoirs publics, sont plus identifiés à la fonction du centre comme instrument thérapeutique.

L'ambiguïté essentielle de l'institution est donc distribuée par clivage entre deux factions de l'équipe. La compréhension de ce processus met fin à une tension chronique, et surtout va permettre d'organiser la réforme de l'institution sur des bases de réalité. Cet exemple mériterait d'être développé: remarquons au passage qu'à travers ce conflit, l'institution peut prendre conscience de son morcellement, et à travers celui-ci, de son unité et de son ambiguïté, mais nous voulions insister sur deux points qu'illustre bien cet exemple. La compréhension de l'origine du conflit ne débouche pas sur sa résolution. Le statut d'un centre de rééducation sera toujours ambigu, mais un grand pas est franchi si une telle ambiguïté est clairement explicitée et assumée. L'institution peut alors établir une relation contractuelle, tant avec la collectivité extérieure qu'avec son pensionnaire au lieu de l'état de dépendance aveugle qui la liait à la première et de la méfiance systématique qu'elle éprouvait vis-à-vis du second.

Mais cette observation suggère aussi qu'aucun conflit, quel que soit le niveau où il s'exprime dans l'institution, ne peut être compris tant que n'est pas saisi et accepté le besoin précis de la collectivité auquel répond l'organisation institutionnelle (ici la sécurité publique). C'est à partir de ce moment que l'institution peut seulement apparaître comme un appareil culturel. Cette donnée est d'une extrême importance pour une pratique institutionnelle cohérente. Ce n'est qu'à travers le dévoilement de cette énigme que l'institution peut conquérir une autonomie et une liberté réelles et se détacher d'une pure nécessité de nature.

DEVIANCE ET INSTITUTION

En quoi la réflexion sur la déviance peut-elle concerner l'institution? D'abord, parce que le phénomène institutionnel recouvre à peu près le même territoire existentiel que la déviance, ensuite parce que, ainsi que nous l'avons vu, la déviance exprimait, à l'articulation de l'individu et du collectif, un certain type de rapport structural. Or, l'institution aussi s'inscrit dans ce champ complexe du partage de l'individu et du collectif. Nous avons vu que c'est précisément par là que l'institution trouve l'unité de son concept. C'est dans cette perspective que nous avons essayé d'aborder ce que nous avons appelé l'institution d'exception.

L'INSTITUTION: UNE RUPTURE DANS LA CONTINUITÉ DU COLLECTIF

Un processus inconscient d'exclusion court ici et là dans le collectif - traverse telle ou telle couche sociale (les transplantés, les milieux déprimés ou encore les grands ensembles), prend telle ou telle forme (maladie mentale, délinquance, débilité), entraîne avec elle un certain nombre de personnages qu'elle emmène plus ou moins loin dans le flot toujours plus fort de la marginalisation. Puis elle vient s'installer dans les eaux enfin calmes et abritées de l'institution d'où le courant n'est souvent pas remontable. Ce flot, qu'on entendait comme l'écho d'une rumeur souterraine, voici qu'il apparaît au jour libre dans l'institution. L'institution marquerait-elle donc une rupture dans la surface continue du collectif? Serait-elle un lieu où sourdrait ces phénomènes de profondeur que la déviance laissait deviner? Les murs de la prison qui surgissent de façon impromptue au coeur de la ville évoquent peut-être la margelle d'un puits maudit. Ces murs dont s'entourent toutes les institutions peuvent en effet circonscrire une béance et protéger du danger que feraient courir à l'homme du dehors quelques étourderies ou curiosité. A l'endroit où les phénomènes de déviance ne jouent plus, où le refoulé fait irruption, l'institution viendrait-elle prendre le relais à la manière d'une "clôture" ou d'une "trappe"? Ou bien est-elle le lieu où la collectivité se redistribue, un point où subitement elle renverse les valeurs et à partir duquel elle se réorganiserait et auquel elle se référerait.

L'INSTITUTION EST UN GHETTO

A ces questions, nous serions tentés de répondre par une autre question: pourquoi une société enferme-t-elle tous ses fous, tous ses délinquants, ou du moins ceux qu'elle considère comme tels, ensemble? Comment un tel projet a-t-il pu se concevoir et se perpétuer avec la force qu'on lui connaît encore maintenant (si l'on considère par exemple le mouvement en faveur de la débilité profonde). Les critères qui précèdent à cette répartition (le délit, le quotient intellectuel, la psychose) ont-ils réellement été inventés par les médecins, les psychologues

ou les juristes, ou ceux-ci n'ont-ils fait qu'entériner par ce biais un processus qui leur échappait.

Ni l'explication "thérapeutique" (nécessité d'appliquer à chaque catégorie une prise en charge spécialisée), ni l'explication de "contagiosité" (le délinquant risque d'induire le malade mental, l'adolescent caractériel risque de perturber l'enfant débile) ne sont satisfaisantes, ou plutôt, ces explications reposent le même problème que la question qu'elles sont censées résoudre: comment a-t-on pu craindre qu'un individu en contamine un autre quand, dans la vie de tous les jours, l'induction et la manipulation s'exercent dans la plus stricte normalité!

LA REPARTITION ET LA COLLECTION

Ce problème de la répartition n'est pas tout à fait identique à celui de l'exclusion, car le second stigmatise une déviance, tandis que le premier, en instituant l'ordre de la catégorie, crée ce qu'on pourrait appeler une collection. L'hôpital psychiatrique constitue une collection départementale de malades mentaux, le Centre de rééducation une collection de débiles ou de caractériels. Ce processus de catégorisation n'est pas non plus une simple ramification du processus d'exclusion. L'un exprime une coupure entre deux univers: le normal et l'anormal, la surface et la profondeur; l'autre fait apparaître au contraire des ensembles cohérents qui ne sont plus séparés puisqu'ils sont isolés - un peu à la manière d'une espèce mutante qui serait soudain apparue à la surface du monde - et pour lesquels il est pertinent de créer un environnement spécial, tout en souhaitant solennellement de les intégrer. Mais ce nouveau tour de passe-passe échappe quelquefois au magicien collectif. Il arrive en effet que la collectivité soit prise au piège et que la victime se prenne réellement pour un monstre, un être à part, et qu'elle ne puisse plus revenir en arrière, un peu comme GREGOIRE, le héros de "la métamorphose" qui, institué dans sa bestialité, sera désolé du scandale qu'il provoque mais que ses bonnes intentions ne suffisent pas à changer.

Le problème de l'institution est donc inséparable des phénomènes de la catégorisation et de la collection. L'hôpital psychiatrique et la prison ont chacun leurs clients. Si l'un des deux s'égare, l'institution en est bouleversée *. Dans ces centres de rééducation, la vigilance à cet égard est encore plus rigoureuse: l'admission est prononcée sur dossier et compte tenu des examens de personnalité et du quotient intellectuel. L'inadaptation d'un sujet dans une institution est en général considérée comme une mauvaise orientation, et il arrive que certains sujets soient aussi orientés plusieurs fois, jusqu'à ce qu'ils trouvent "leur" institution où enfin ils s'adaptent.

* voir HOCHMANN - Le problème du psychopathe à l'Hôpital psychiatrique.

INSTITUTION ET REGRESSION

"Une ombre se pose sur le devenir. La mort, comme un oiseau de proie, vient planer au-dessus de la marche triomphale de la vie. Angoissés, nous la voyons venir. Enfants que nous sommes. Saurions-nous donc VIVRE sans mourir?" MINKOWSKI (le temps vécu - page 121).

Si on ne saisit pas très bien de l'extérieur ce que signifie un tel phénomène, peut-être aurons-nous une réponse en interrogeant l'intérieur de l'institution.

La cure de désintoxication

A l'hôpital psychiatrique, lorsque plusieurs malades doivent subir une cure de désintoxication, on n'hésite pas à les regrouper: l'effet de déconditionnement en est, paraît-il, plus important.

Dans une salle deux malades et un infirmier: M. X..., tandis qu'il prend sa boisson favorite, et M. Y..., qui consomme une autre boisson, dialoguant: les détails s'accumulent et on voit bien que M. X... n'est pas M. Y... Mais lorsque les premiers signes du dégoût apparaissent, M. X... commence à rougir et M. Y... commence à rougir; puis M. X... vomit, M. Y... vomit, l'infirmier en blouse blanche est toujours présent. Qui est M. X... pour M. Y... maintenant? L'autre malade, l'autre alcoolique. M. X... est alcoolique comme moi dit M. Y..., je suis alcoolique comme lui, maintenant il est malade comme moi, moi je suis malade comme lui. Malade et alcoolique comme je suis, qui suis-je? M. X... ou M. Y...? Je regarde l'infirmier en blouse blanche, il prend notre tension à l'un et à l'autre; mais qui est l'un et qui est l'autre? Le regard de l'infirmier me dit: nous sommes deux gros bébés qui régurgitons notre biberon.

La cure de désintoxication ne dure pas longtemps. Quand il sera libéré, M. X... se souviendra qu'il a telle femme, qu'il fréquentait tel bistrot, tandis que M. Y... a une autre femme et fréquente un autre bistrot.

La répétition

Mais n'est-ce pas la même chose à la prison ou dans toute autre institution?

"Je me lève en même temps que mes trois compagnons de cellule ou que les trente malades du service; je déjeûne; à côté de moi, derrière moi, il y a les malades. Qui suis-je? Un malade comme les autres. Comme les autres? Oui, un malade comme les autres malades. Il n'y a pas ici d'autres qui ne soient pas malades ou qui n'ont pas la même maladie que moi. Les infirmiers? mais les infirmiers ne sont pas des autres puisqu'ils ne sont ni malades, ni pas malades: ils sont des infirmiers!".

Que signifie désormais le "moi" et le "il". Nous sommes tous les mêmes, nous nous "répétons", comme ces voix qui répètent en écho mes pensées. Je suis comme dans une pièce tapissée de toutes parts de miroirs. Nous sommes un nombre infini, incalculable, et bizarrement nous faisons au même moment les mêmes gestes à tel point que j'ai l'impression d'être partout, dans toutes les perspectives ... spectacle hallucinant.

La confusion

Dans la situation d'exception, à des degrés divers la confusion menace le sujet. L'exemple de la cure de désintoxication montre comment cette confusion s'opère par une régression progressive d'une identité individuelle à une identité commune - du "je" au "nous" - et d'une identité de sujet à une identité d'objet - du "je" au "il", car, nous l'avons dit, personne ne peut constituer pour personne référence et identité, car chacun est identique à chacun ou se situe dans une autre sphère et dans un autre registre. "Ce verrou à fantômes", dont parle HOCHMANN et qui s'exprime ailleurs par l'irréversibilité des statuts au sein de l'institution (le malade ne pourra jamais être infirmier et l'infirmier ne pourra jamais être médecin) se manifeste avec le plus d'insidiosité et de violence dans cette fusion "des mêmes". Un maillon intermédiaire entre le "moi" et "l'étranger" manque; c'est "l'autre"; celui dont je suis différent, mais avec lequel je consomme. De la même façon, chaque partie pour l'institution et pour l'autre une partie étrangère se confondant avec les murs comme une surface lisse et réfléchissante, où je m'aperçois à l'infini sans repère. Les malades observent les infirmiers, les infirmiers observent les malades, les médecins observent les infirmiers, etc., mais ce regard, contrairement à l'exemple de Jean GENET, ne me révèle pas moi-même en tant que je suis malade, ou délinquant, mais en tant que nous sommes des malades et des détenus "qu'ils" surveillent ou "qu'ils" soignent. Des surveillants ou des gardiens qu'ils (les médecins ou les administrateurs) contrôlent ou commandent. La même problématique concerne, avec des variantes, les rapports des infirmiers aux médecins à l'hôpital psychiatrique, ou des éducateurs aux psychiatres dans les centres de rééducation, et non seulement comme on a trop souvent tendance à le réduire, parce que ce rapport repose sur une hiérarchie de pouvoir et de statut, mais parce que chaque partie institue l'autre, non en tant que communauté d'individus, mais collection de rôles; peut-être est-ce pour cela que dans chaque service de l'hôpital psychiatrique, il y a un fou excentrique qui s'exhibe aux visiteurs: il joue le rôle de la pièce rare.

Un regard incassable

Sans vouloir nous étendre sur ce problème qui dépasse largement le sujet de notre travail, on peut dire que tout se passe comme s'il manquait quelque part une brisure dans le miroir où la répétition des images pourrait s'arrêter; et il est vrai que les mêmes histoires se répètent toujours dans l'institution, comme les images dans le miroir, comme les entrées et les sorties des malades, comme le changement des internes à chaque semestre. Cette brisure est peut-être la mort chassée de l'institution. Il faut remarquer ceci: en propre, l'institution n'a pas d'échéance. La date de libération appartient à l'instance de la justice et à l'assistance pénitentiaire. La décision de sortie ne peut se faire sans l'accord

de la famille ou sans l'acceptation implicite de la société (laisserait-on sortir un malade délirant?). L'adolescent sort à 16 ans, ou reste 3 ans suivant la compétence administrative de l'institution. Le séjour dans l'institution obéit à une logique absurdement objective, d'où tout imprévisible est chassé, donc tout devenir - 10 ans de détention, a prononcé un jour la voix de la justice - suspendant du coup toute angoisse existentielle, pour lui substituer l'attente - découpant artificiellement un temps que n'émerveillera plus aucun événement - une vie sans fin. L'institution échappe à tout destin en ce sens qu'elle n'a pas d'imprévisible dans son devenir, tout comme le malade qui y est admis, car l'orientation d'un malade dans une institution sous-entend que spontanément aucune amélioration ne pourra en être attendue. Plus que la lourde matérialité de l'inscription sociale de l'institution, elle doit son inertie à cette détermination qui est l'inverse du destin.

LA REGRESSION DANS L'INSTITUTION

Une indifférenciation

Ainsi, l'institution sera-t-elle le lieu où une régression s'est opérée, d'une identité individuelle à une appartenance collective. Le terme de régression doit être entendu dans son sens métapsychologique, c'est-à-dire au-delà de son acceptation descriptive d'une problématique purement individuelle *. La régression opérée par l'institution mène l'individu, non pas à des positions qu'il a déjà expérimentées, mais au-delà, dans une existence où l'idée même de l'individualité n'aurait pas émergé encore d'une indifférenciation d'espèce.

En effet, dans son acceptation individuelle, la régression conduit à un nouveau rapport au monde, à une nouvelle manière d'être et de s'opposer à autrui. Être schizophrène ou être débile dialectise une subjectivité et une objectivité et exprime un dilemme personnel. Être schizophrène constitue un compromis entre être un sujet, se soumettre en tant qu'objet à un environnement, et objectaliser cet environnement. Tel ou tel a pu, à un moment ou à un autre de sa vie, aller plus loin, puis faire le retour en arrière, mais quel que soit son inconfort et ses handicaps secondaires, la position qu'il a choisie est celle où il pourra être le mieux lui-même, exprimer sa créativité, etc...

Mais être un schizophrène ou être un débile dans l'institution de la schizophrénie ou de la débilité m'enlève toute originalité. C'est en effet en fonction d'un environnement précis, autre que moi, que j'ai choisi telle identité, mais l'institution qui me confond avec les autres schizophrènes - qui confond mon histoire avec celle de tous les schizophrènes - m'efface en tant que sujet. Nous sommes un chœur de schizophrènes; un chœur n'a pas d'histoire, il commande

* BALINI - Le défaut fondamental.

simplement le jeu de l'acteur. Nous ne participons pas au jeu de la vie, nous regardons. Etrange distribution! On pense à la signification de ce mot dans la technique du théâtre.

Et peut-être l'immortalité

Peut-on parler de régression à propos de cette "descente dans l'institution" qui emmène l'individu hors d'une existence sociale - dans la culture close de l'institution et hors d'une existence individuelle - dans une sorte de confusion de tous les institués. Une telle régression définit la mort, non cette mort que circonscrit "une vie", comme le dit MINKOWSKI, mais qui est l'inverse de la vie; comme, paraît-il, se l'imaginaient les anciens, une existence en grisaille que ne traverseraient aucune émotion, aucun rire, où l'on peut éternellement dialoguer et évoquer des souvenirs, mais où naturellement, personne ne bâtit de projets. Dans certains services fermés de l'hôpital psychiatrique, cette analogie est particulièrement prégnante. D'autres institutions, au contraire, sont plus ouvertes sur la vie, idéalisée dans tous ses aspects (idéalisation du bonheur, de la vie physique, du sport...), mais si les institutions que nous avons rassemblées dans cette étude sont très dissemblables par leur apparence extérieure, si, dans quelques unes, le temps de séjour souvent bref évite l'affrontement à une telle réalité, il n'empêche que cette détermination essentielle à l'institution explique comment les mêmes phénomènes divergent tellement dans la vie courante et dans l'institution: pourquoi le désir a-t-il si souvent dans l'institution une existence si somnolente? - la sexualité un caractère si souterrain - la collaboration entre les équipes un caractère si difficile et si lourd? Pourquoi les conflits y prennent-ils un caractère si ravageur et le changement y est-il finalement si lent, hors de proportion avec les enthousiasmes et les initiatives qui individuellement s'y dépensent?

Pourquoi observe-t-on chez les malades quelquefois des régressions si massives et des fixations si incompréhensibles. La chronicisation, qui apparaît comme un véritable fléau dans certains types d'institutions au point de constituer la crainte principale des soignants à l'hôpital psychiatrique, prend ailleurs la forme d'un récidivisme surprenant, comme il se développe actuellement à la prison.

Certes, l'institution, par sa fonction d'isolement que nous avons soulignée, exerce un tropisme auprès de sujets fragiles et en danger, mais les mécanismes qui sous-tendent la régression individuelle, trouvent certainement, dans le fonctionnement inconscient de l'institution, des catalyseurs puissants. Parmi les relations pulsionnelles très archaïques qui unissent l'individu et le collectif, quelle est la place de la pulsion de mort dans la problématique institutionnelle? Et si la mort est une manière d'échapper à son destin, combien d'Oedipe ainsi s'y enferment?

Cet espace de l'institution, espace de la relégation et de l'exclusion, de la retraite, le monastère en donne peut-être l'image la plus symbolique. Car le moine, comme il enferme son corps dans la bure, s'enferme hors du monde. Ce qui est ici attitude volontaire, démarche de dépassement et de sublimation, devrait pouvoir expliquer, à travers ses caractères antagonistes, et malgré ses finalités mystiques, la signification inverse de l'institution pénitentiaire ou asilaire. Le sens profond du monastère est une oeuvre de sacrifice et de rédemption. Mais le monachisme est aussi, peut-être, une tentative d'arracher au corps sa spiritualité, de l'en dépouiller, et c'est bien un mythe ascétique que celui du corps dépouillé. Quoiqu'il en soit, une telle discipline imposée au corps dans l'espace de la clôture a une fonction d'édification.

Quelle tendance profonde de la civilisation s'est ainsi matérialisée en deux ou trois époques, à travers les flambées du monachisme régulier et de la méditation - expérimentant jusqu'à son point de plus extrême tension, une aspiration propre au siècle et qui aurait été d'abandonner à la terre les corps et de délivrer les âmes de la pesanteur. Il y a en effet une étrange coutume monachique: lorsqu'un moine meurt, les cloches, au lieu de sonner le glas, décrochent à toutes volées un carillon joyeux. C'est que la mort physique équivaut à la réelle naissance de l'homme, d'où l'on peut concevoir que le cloître a concerné le corps seul, univers de la souillure et de la pesanteur. Ce corps, dont l'âme était prisonnière, a été contraint au couvent et rompu aux gestes réguliers et quotidiens, est devenu l'esclave de l'âme qu'il promène sous les voûtes du cloître, au rythme régulier des colonnes.

Sans y réduire l'idéal monachique, il nous semble qu'il y a des correspondances secrètes dans le rapport qui lie la collectivité de l'église et l'institution monachique, et dans cet autre rapport de la collectivité aux institutions d'exception. On pourrait dire que le monachisme a agi dans sa pureté une tendance profonde l'âme religieuse, que le siècle, attaqué par le temporel, la casuistique, peut-être simplement le bon sens, ne pouvait qu'étouffer. C'est-à-dire que parmi tous les courants qui ont contribué à isoler de la collectivité l'institution, comme une presqu'île de la côte, il en est peut-être un d'une extrême profondeur, expression d'une tendance très ancienne de la civilisation, largement abandonnée, et qui viendrait resurgir en certains lieux, désamorçant par son irruption une tension qui eût été intolérable. Mais alors que l'institution monachique, se fondant sur la vocation, sauvegarde la liberté individuelle, peut-être l'institution d'exception se fonderait sur des mécanismes plus proches de l'holocauste, comme dans ces cultes à des dieux très archaïques.

Une poétique simultanée de l'espace dans le cloître et dans l'institution dévoilerait peut-être un même investissement sacré, ici de l'édification, là de la malédiction.

THESE SOUTENUE PAR M. ROLLAND Jean-Claude

CONCLUSIONS

A partir d'une pratique de psychiatre dans des établissements tels que l'hôpital psychiatrique, la prison, les centres de rééducation, nous avons cherché à dégager par quels caractères ces collectivités ont statut d'institution, c'est-à-dire en quoi elles jouent un rôle de référence et de modèle pour la collectivité dans laquelle elles se situent. Nous posons le problème du caractère contradictoire de leur projet en tant qu'établissement à visée thérapeutique ou éducative, et de leur mission en tant qu'institution. Celui-ci s'exprime dans le fonctionnement interne du Service, au niveau des individus par une distorsion des possibilités existentielles, et au niveau du collectif, par un vécu particulier de l'inscription spatio-temporelle, et par l'adoption de réseaux de communication spécifiques: Ces aspects font soulever le problème de la régression entendue au sens métapsychologique. Les modes de vie institutionnels feraient évoquer des étapes archaïques du développement humain. Ces états primitifs demeurent impérissables dans l'inconscient collectif, et menacent constamment de resurgir.

Par rapport à des institutions normalisantes, comme la famille, nous nous demandons si, en tant qu'institution, ces établissements ne participent pas à la régulation des phénomènes de régression en circonscrivant et occultant la résurgence partielle inévitable de tels états. Toute intervention à but thérapeutique de l'institution doit ainsi tenir compte de ce fondement phylogénétique qui compromet la réalisation de ses buts officiels.

Le Président de la Thèse
P. GIRARD

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE

D. GERMAIN

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 27 octobre 1972

Le Président de l'Université Claude BERNARD
Pour le Président, le Premier Vice-Président,
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

R. TOURAINÉ

BIBLIOGRAPHIE

- BION, W.R. Recherches sur les petits groupes - 1965, P.U.F.
- CARROLL, L. Sylvie et Bruno - 1972, Editions du Seuil.
- COLIN, M. Etudes de criminologie clinique - 1963, Masson.
- DELEUZE, G. Instincts et Institutions - 1971, Classique Hachette.
- DELEUZE, G. Logique du sens - Les Editions de Minuit.
- DELEUZE, G. et GUATTAZ, F. L'anti-Oedipe - 1972, Les Editions de Minuit.
- FEDIFA, P. La tombe de Maya - 1971, in. la nef No. 42.
- FERENCZI, S. Thalassa - Psychanalyse des origines de la vie sexuelle - 1966, Payot.
- FOUCAULT, M. Histoire de la Folie à l'âge classique - 1972, Gallimard.
- FOUCAULT, M. L'ordre du discours - 1971, Gallimard.
- FOUCAULT, M. Naissance de la clinique - 1963, P.U.F.
- FREUD, L'avenir d'une illusion - 1927, P.U.F.
- FREUD, Moïse et la monothéisme - 1948, Gallimard.
- GAILLAC, H. Les maisons de correction - 1971, Editions Cujas.
- GOFFMAN, E. Asiles - 1968, Editions de Minuit.
- HENRI, A.N. Politique, rééducation et adolescence, in. revue Sauvegarde de l'Enfance 9/10 Décembre 69 - pages 567-583.

- HIJAZI, M. Délinquance juvénile et réalisation de soi - 1966, Masson.
- HOCHMANN, J. Pour une psychiatrie communautaire - 1971, Editions du Seuil.
- HOCHMANN, J. La relation clinique en milieu pénitentiaire - 1966.
- LAING, R.D. et ESTERSON, A. L'équilibre mental, la folie et la famille- 1971 Maspero.
- LAING, R.D. Soi et les autres - 1969, Gallimard.
- LAING, R.D. et COOPER, D.G. Raison et violence - 1971, Petite bibliothèque Payot.
- LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.B. Vocabulaire de la psychanalyse - 1968, P.U.F.
- LOURAU, R. L'analyse institutionnelle - 1970, Editions de Minuit.
- MAJASTRE, J.O. L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public.
- MALINOWSKI, Freedom and civilization - 1947, Allan Wingate Lorels.
- MANNONI, D. L'enfant arriéré et sa mère - 1964, Editions du Seuil.
- MAREUSE, H. Eros et civilisation - 1963, Editions de Minuit.
- MEAD, M. La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle, in. Cahiers de Santé Publique, No. 14 - 1962.
- MINKOWSKI, E. Le temps vécu, Delachaux & Niestlé.

CONTINUED

2 OF 3

- RACAMIER, P.C. La psychiatrie nouvelle face aux nouvelles illusions, in. la nef No. 42 - 1971.
- ROHEIM, G. Origine et fonction de la culture - 1972, Gallimard.
- SARTRE, J.P. Saint Genet, comédien et martyr, Gallimard.
- VERNANT, J.P. VIDAL-NAQUET, P. Mythe et tragédie en Grèce ancienne - 1972, Maspero.
- WINNICOTT, D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse - 1969, Payot.

COMPTE RENDU

BRIEF SUMMARY

GAUDREAU-TOUTANT, C.
Montréal, CANADA.

THEME GENERAL: "La criminologie clinique: état actuel et perspectives futures dans le domaine du traitement et de la recherche..."

Lundi, 14 mai 1973.

SEANCE D'OUVERTURE

Allocution de monsieur CANEPA: Monsieur CANEPA souhaite la bienvenue à tous et souligne l'importance de poursuivre ce genre de rencontres commencées en 1972 à Montréal et qui ont pour but de permettre des échanges entre cliniciens de cultures différentes. Selon lui, nous avons l'obligation en tant que cliniciens engagés, de confronter nos expériences et de comparer les résultats de nos recherches afin d'offrir de meilleurs services.

Allocution de monsieur SZABO: Tout en insistant sur l'intérêt des Journées Internationales en Criminologie Clinique, monsieur SZABO souligne que la science clinique qui est l'application des connaissances cliniques dans le quotidien est peut-être la science la moins comparable car elle a pour but d'agir sur les individus. Toutefois, les techniques d'intervention individuelles et collectives sont avantageusement comparées et grâce à l'apport des sociologues et des juristes nous sommes sensibilisés aux différences importantes générées par les divers systèmes pénaux dans lesquels nous exerçons notre praxis.

Allocution de monsieur PINATEL: Monsieur PINATEL insiste sur les réalisations italiennes dans le domaine de la criminologie clinique: fondation de l'Ecole de Défense Sociale par le professeur GRAMATICA au lendemain de la deuxième guerre mondiale, qui était une contestation claire du droit classique. La personnalité du criminel devenait alors le point d'étude déplaçant l'accent de l'acte vers son auteur.

Monsieur DI TULLIO a pour sa part consacré sa carrière au développement de la criminologie clinique et son étroite collaboration avec le professeur GRAMATICA semble avoir été des plus fructueuses.

Selon monsieur PINATEL, la criminologie clinique, telle que vue par le docteur DI TULLIO, n'était pas psychiatrique mais multi disciplinaire. Le phénomène criminel est un et son étude est unique même si on l'approche à différents niveaux. Les interventions isolées ou dispersées sont vaines et c'est dans l'espoir de réaliser une plus grande unité dans l'approche de la criminologie clinique que nous participons à ces Deuxièmes Journées Internationales en Criminologie Clinique.

SUJET ALe Criminologue Clinicien. Son rôle d'expert et de thérapeute et sa contribution actuelle:

- A) Les exigences et les limites du code.
- B) Les exigences et les limites des institutions.
- C) L'avenir et les pré-requis de son nouveau rôle.

Introduction du président monsieur F. GRAMATICA (Gênes): Selon le professeur GRAMATICA, nous devons viser à atteindre une meilleure compréhension des conditions nécessaires pour la criminologie clinique (réforme de la législation pénale par exemple).

Jusqu'aujourd'hui, malgré l'inspiration de la doctrine, le procès pénal se fonde sur les faits, la responsabilité pénale, et la peine est consécutive au deux premiers items. C'est sur la base de cet anachronisme que s'est développée l'Ecole de Défense Sociale qui prônait les évaluations bio-psychosociologique des sujets. Un jugement de la personnalité ouvre la voix à une nouvelle fonction de la criminologie clinique dans le procès. Tant qu'il n'y a pas de réformes au niveau du droit pénal dans un sens plus humain et plus scientifique, il est vain d'introduire une fonction plus grande du criminologue clinicien car ses efforts sont continuellement frustrés par la loi.

Position actuelle du criminologue clinicien en Italie:

La possibilité de l'application de la criminologie clinique en Italie se limite à des secteurs restreints:

- A) Expertises psychiatriques: Le psychiatre fournit alors son avis sur l'imputabilité du prévenu. Plusieurs limites sont imposées par la loi pénale aux notions de maladie mentale; ceci nous amène à exclure d'autres facteurs (ivresse, état émotif) susceptibles de diminuer l'imputabilité.
- B) Examen de personnalité du mineur: A ce niveau, l'examen a pour but une meilleure application de la peine. Toutefois, nous sommes continuellement face à une insuffisance des mesures disponibles.
- C) Apport limité dans le domaine du traitement: Au niveau de l'application des peines (traitement) le criminologue clinicien est sous-utilisé; il ne l'est que dans quelques institutions (par exemple Rebibbia). L'intervention du criminologue clinicien est limitée et de nature surtout expérimentale.

Une réforme radicale de la législation pénale doit précéder tout espoir de changements importants et, dans ce sens, des rencontres internationales comme celles-ci peuvent aider le monde du droit pénal à se débarrasser de ses contradictions: théorie de la responsabilité versus théorie des sciences de l'homme.

PRESENTATION DES RAPPORTS:

1) Rapport nord-américain: Le professeur Henri F. ELLENBERGER en collaboration avec l'équipe de l'Institut Philippe Pinel de Montréal ainsi que monsieur H. KOZOL et son équipe de Boston traitent le sujet suivant: "L'exercice de la criminologie clinique dans les institutions de traitement fermées en Amérique du Nord".

2) Rapport européen: Présenté par le professeur T.C.N. GIBBENS (Londres) sur le thème suivant: "The role of the clinical criminologist".

DISCUSSION:

1) Question adressée au professeur ELLENBERGER: "La méthode de thérapie utilisée à Penetang décrite dans le rapport du professeur ELLENBERGER, est-elle contraire à la charte des droits de l'homme?"

Réponse: "Il semble que le mode de traitement auquel nous référons, soit le fait de vivre en capsule pour une période relativement longue, ne semble pas faire problème du côté des droits de l'homme puisque cette technique de traitement n'est appliquée que sur une base volontaire. Le docteur MYER de Penetang souligne qu'effectivement ne vont dans cette capsule que les patients qui le demandent".

2) Question adressée au professeur ELLENBERGER: "La thérapie du conditionnement est-elle efficace? Peut-elle aider l'individu à mieux manipuler sans vraiment changer?"

Réponse: "Ce danger existe surtout avec les psychopathes mais cette technique n'active pas plus les tendances à la manipulation que les autres techniques déjà connues.

3) Question adressée au professeur ELLENBERGER: "Comment la communauté thérapeutique apporte-t-elle des changements chez les individus? Est-ce seulement un moyen de faire fonctionner les institutions sans problèmes?"

Réponse: "On n'a pas de follow-up long et sérieux nous permettant de mesurer les effets véritables de la communauté thérapeutique. Il semble qu'effectivement il serait urgent d'évaluer les véritables influences de ce type de traitement."

4) Question adressée au docteur GIBBENS: "Quel serait le maximum de sentence au-delà duquel on ne peut motiver quelqu'un au traitement?"

Réponse: Deux ans.

5) Remarques du docteur CORNIL: Le professeur CORNIL souligne que, lors du récent congrès de Bellagio, il avait noté un pessimisme certain chez les membres présents. La querelle entre juristes, sociologues et cliniciens présente lors de ce congrès semble se répéter ici.

Selon le docteur CORNIL, le principal problème dans les institutions c'est que les deux-tiers des énergies des cliniciens vont à réduction des effets de la prison et de la sous-culture criminelle. La "capsule" telle que décrite par le docteur ELLENBERGER qui est utilisée à Penetang ne rejoint que peu de gens et constitue en fait une expérience unique. Selon lui, les différentes disciplines semblent s'éloigner de plus en plus alors que le vrai traitement ne peut être autre qu'inter-disciplinaire.

6) Question adressée au professeur KOZOL: "Le docteur CORMIER se pose sérieusement la question du véritable but qu'on se donne lorsque l'on traite. Il semble que ce soit le retour à la capacité de vivre librement dans la société dans le respect du droit des autres. Toutefois, pour lui, la récidive n'égal pas nécessairement une mesure d'échec. Il reproche à la formule d'évaluation de l'état dangereux du professeur KOZOL de posséder trop de critère pour la définition de la dangerosité.

Il ne faudrait pas établir des critères en se basant sur le plus conformiste dans la société car les étiquettes ont très souvent des origines politiques."

Réponse: Le professeur KOZOL souligne au docteur CORMIER qu'il est persuadé que si lui et son équipe n'avaient pas été disponibles au service de la cour, beaucoup plus de patients auraient été gardés dans les institutions sous prétexte qu'ils étaient dangereux. A l'appui de cette affirmation, il souligne que la population qu'ils ont présentement n'est que 6% de ceux que la société ou le système pénal voulaient leur envoyer et qu'ils ont dû se battre pour ne pas recevoir le mandat de garder ces individus malgré les pressions faites sur eux. Le docteur KOZOL est d'accord que la récidive n'est pas toujours une bonne mesure de succès et il est conscient qu'aux Etats-Unis comme partout ailleurs semble-t-il, même après un traitement que l'on juge valable, l'individu retourne souvent dans des conditions de vie qui sont néfastes pour lui (par exemple la situation des

ghettos pour les noirs). Selon lui, les techniques d'évaluation de la dangerosité sont à leurs débuts et il est conscient qu'il est toujours dangereux que des erreurs se produisent.

7) Question adressée au professeur GIBBENS: "Le directeur de Rebibbia apporte les considérations suivantes sur le rôle et les conditions de travail du criminologue clinicien. Selon lui, il devrait essayer de se dégager de sa profession pour faire un meilleur traitement. Très souvent la façon de traiter est biaisée par les origines du thérapeute. Il souligne que les détenus ne sont pas tous des malades et qu'en fait dans les pénitenciers, on retrouve une proportion de 15% d'individus qui ont besoin de traitement psychiatrique."

Réponse: "Le docteur GIBBENS dit qu'il est conscient qu'à Broadmoor en Angleterre, on semble avoir très peu de succès avec les psychopathes alors que ceux-ci fonctionnent très bien en prison. Selon lui, il est nécessaire que nous ayons un système très flexible et que nous soyons capable d'identifier les services que nous pouvons rendre sans nous leurrer."

8) Affirmation: Un membre de l'assistance souligne qu'à son avis il est mieux d'avoir quelques dangereux dans la société que plusieurs non dangereux en prison et que la seule façon bien souvent de vérifier nos opinions diagnostiques est d'essayer les individus en liberté pour savoir s'ils seront dangereux ou pas.

FIN DE LA PREMIERE SEANCE

SUJET B

La criminologie clinique et la recherche scientifique:

- A) Valeur de la recherche pour le diagnostic.
- B) Valeur de la recherche pour le traitement.
- C) Valeur de la recherche pour la prédiction.

Présentation du président: Révérend Père Noël MAILLOUX O.P. (Montréal). Le Révérend Père MAILLOUX souligne l'ambiguïté qui se glisse entre la définition clinique de la délinquance et la définition sociologique de celle-ci. Selon lui, les délinquants sont des aliénés sociaux avec qui il faut tenter de rétablir le dialogue. Notre pessimisme résulte d'une trop grande impatience. On veut des résultats trop vite dans le traitement. Selon lui, il faut plusieurs années avant

de gagner la confiance du délinquant. D'autre part, il ajoute que l'on ne peut traiter le délinquant qu'en groupe puisque c'est du groupe que le délinquant est aliéné. Quand on voit un délinquant se désolidariser de son groupe de pairs, on a alors des critères sociaux de transformations.

PRESENTATION DES RAPPORTS:

1) Rapport nord-américain: Présenté par madame Marguerite WARREN (Albany, New York). "The meaning of research in social action, what the clinical community can expect from research".

2) Rapport européen: Présenté par monsieur Marcel COLIN (Lyon), "La criminologie clinique et la recherche scientifique".

DISCUSSION:

1) Remarques de monsieur PINATEL sur le texte de monsieur COLIN: Toute l'histoire de la criminologie est pleine de moments d'anxiété, ce qui est anormal ce sont les périodes de grâce (1950-1960).

La criminalité, à la veille de la révolution française, a beaucoup d'analogies avec notre criminalité actuelle. Toutefois, il semble que les typologies soient d'une efficacité importante pour éclairer le criminologue clinicien dans son travail. Monsieur PINATEL se demande si, en fait, l'on peut penser transformer la prison en centre de traitement sans avoir à traverser un processus extrêmement long et de très nombreuses résistances. Selon lui, les deux routes s'éloignent de plus en plus. Il serait illusoire de penser changer la prison en milieu de traitement.

2) Question adressée à madame WARREN: Le professeur Christian DEBUYST souligne un problème, à savoir pourquoi certains programmes de recherche d'action clinique se terminent lorsque la recherche est terminée elle-même. Le professeur souligne que dans son pays un policier et son équipe avaient mis sur pied un programme de prévention et travaillaient au niveau des conflits familiaux. Une activité comme celle-là permettait d'éviter beaucoup de problèmes graves. Comment se fait-il alors qu'une activité comme celle-là n'a pas eu de prolongement? Il semble que l'un des problèmes qui se posait à ce niveau soit une sorte de court-circuitage de la justice car les comportements délinquants pouvaient alors s'arranger sans qu'il y ait recours aux tribunaux.

Sur ce point monsieur DEBUYST est d'avis que le travail du clinicien qui n'apparaît actuellement bien souvent que dans le cadre du milieu pénal, devrait s'intégrer dans une phase pré-judiciaire ou pré-pénale. Le psychologue clinicien pourrait travailler avant que la procédure pénale ait été mise en branle. Ceci pourrait se faire par exemple par une insertion plus grande dans les milieux populaires, cadre de références naturelles des gens. Ceci permettrait de plus, de comprendre la logique des groupes ou sous-culture d'où proviennent les jeunes délinquants. Cette insertion des cliniciens dans une phase pré-pénale est d'autant plus importante que les limites entre délinquance et déviance deviennent de plus en plus floues.

3) Le docteur ROLLAND apporte le fait que la délinquance n'est pas strictement un problème individuel mais aussi un problème de groupe puisque c'est de la relation entre l'individu et un groupe que naît la définition de certains comportements comme délinquants. C'est la société en fait qui aliène le délinquant en qualifiant son comportement comme tel. Selon lui, à parler du délinquant on risque de l'aliéner davantage et il considère comme un mythe l'image du délinquant que l'on donne dans les congrès.

4) Position du docteur PELK: Celui-ci souligne le problème de la motivation du thérapeute dans le traitement. Il apporte comme exemple une expérience vécue à Bruxelles où les cliniciens faisaient des expertises et suivaient par la suite leurs clients en probation. Le traitement en probation se faisait par une thérapie individuelle. (Recherche sur 70 patients en 2 ans). Dans cette procédure, les thérapeutes avaient accepté de ne pas relancer les patients lorsqu'ils ne se présentaient pas. Lors de l'évaluation des résultats obtenus, les thérapeutes se sont demandés si les patients s'étaient améliorés; un élément intéressant est ressorti de cette évaluation, c'est que les seuls patients qui ont été relativement améliorés sont ceux qui ont été évalués et traités par le même psychiatre.

Selon le docteur PELK ceci met l'accent sur l'espèce de contrat de départ qui lie le thérapeute, qui a évalué à son client dans la tentative de traitement qu'il fait par la suite.

FIN DE LA DEUXIEME SEANCE

SUJET C

Réflexions sur les priorités d'action et de recherche.

Table ronde avec la participation de S. COHEN (Essex), N. CHRISTIE (Oslo), F. FERRACUTI (Rome), J. HOCHMANN (Lyon).

Réflexions de monsieur Nils CHRISTIE: Les cliniciens sont des guérisseurs. Le sociologue regarde le psychiatre et considère qu'il fait le travail du système. Selon lui, les cliniciens font les erreurs suivantes:

- 1) Les cliniciens déplacent trop l'attention des problèmes sociaux sur les problèmes des individus. En d'autres mots, au lieu de regarder les failles du système social, les cliniciens considèrent que ce sont les individus qui ont des problèmes.
- 2) La psychiatrie légale ne constitue pas une ressource valable puisqu'elle n'a aucun contrôle sur le système dans lequel d'ailleurs il y a très peu de traitement.
- 3) Les criminologues cliniciens appliquent des stigmas, plus sévères, plus durables, que n'importe quelle autre agence d'étiquetage social.
- 4) Les cliniciens créent de nombreuses injustices avec des critères de dangerosité qui sont extrêmement faibles. Le danger ici est de prédire plus de dangerosité qu'il en existe vraiment (Over predicting dangerosity with many false positives).

Alternatives proposées:

1) Le véritable phénomène doit se placer au niveau du changement des structures sociales d'une société donnée dans le but de créer une société où la violence n'a pas sa place.

2) Il faudrait réorganiser le système légal pour enlever aux psychiatres cliniciens ou aux criminologues cliniciens leurs fonctions légales et les replacer dans leurs véritables rôles, c'est-à-dire celui de guérisseurs. Actuellement, les psychiatres sauvent les gens du système judiciaire mais ils deviennent par le fait même le système le plus puissant avec celui des juges, pouvant infliger des punitions ou des sanctions. Sur ce plan, ils se posent la question suivante: "Qu'est-ce qui fait le plus mal, une sentence déterminée ou une sentence indéterminée à cause des caractéristiques personnelles".

Selon lui, le rôle du criminologue clinicien est d'aider le criminel à l'intérieur du système judiciaire existant pour diminuer les effets de l'application de la justice. "To soften the blow of justice". Selon monsieur CHRISTIE, nous devons poser les questions suivantes aux cliniciens:

De quel côté êtes-vous dans la procédure légale?
 Du côté de votre patient ou du côté du système légal?
 Êtes-vous les ambassadeurs de la société ou le médecin de votre client?

Présentation du professeur HOCHMANN: Le docteur expose ses vues sur l'utilité de la recherche dans le domaine clinique.

- A) La recherche, c'est créer des unités de soins en rupture radicale avec ce que nous avons connu jusqu'à maintenant.
- B) C'est réfléchir sur l'idéologie de traitement que l'on a.
- C) C'est construire un modèle théorique qui nous permet de planifier notre action. Il ne faut pas oublier toutefois que l'un modifie l'autre. Dans cette perspective, il ne peut pas et ne doit pas exister de scission entre cliniciens et chercheurs.

Le traitement semble actuellement un fouillis de couleurs idéologiques provenant des classes sociales auxquelles les cliniciens appartiennent. Selon lui, c'est le patient qui peut évaluer ce que le traitement lui donne; une évaluation provenant de l'extérieur de l'individu ferait fausse route. Dans cette perspective, la thérapie se définirait comme suit:

"La mise au service d'un patient qui nous utilise comme il le peut et comme il le veut. Lorsque l'on définit le traitement comme on vient de le faire, il n'y a pas de place pour ce que l'on définit comme la thérapie de conditionnement. Le seul intérêt que le professeur HOCHMANN reconnaît à ce mode de traitement, c'est qu'on peut bien le mesurer. Ce ne sont pas les autres qui peuvent évaluer un patient, c'est lui-même. Il reproche aux cliniciens d'avoir oublié le simple "Comment allez-vous?".

Le professeur HOCHMANN considère qu'il faudrait réintroduire la psychanalyse en criminologie car c'est aussi y réintroduire tout l'inconscient. Réintroduire la psychanalyse dans le traitement c'est amener une façon d'agir totalement opposée à ce que l'on recherche par la thérapie du conditionnement: Changement de l'intérieur versus changement de l'extérieur. Il faut s'ouvrir à la réalité pour la changer et s'introduire dans le groupe de références du sujet, connaître le système symbolique utilisé par son groupe, la logique de ce groupe et ses valeurs, puisque ce qui caractérise le psychopathe c'est son impossibilité d'entrer en relation avec la loi; on doit l'aider à s'adapter à son groupe.

Présentation du professeur S. COHEN: Le professeur COHEN s'inquiète de ce qu'il dira à ses clients lorsqu'il retournera dans son pays à la suite de cette conférence. A son avis, il garde de nos discussions les aspects suivants.

- 1) Nous travaillons à un niveau beaucoup trop théorique en oubliant ceux de qui nous parlons.
- 2) En discutant l'opportunité des modèles psychiatriques dans le traitement des criminels ceci soulève la question de la responsabilité humaine. Que faire d'un individu délinquant qui se définit responsable de ces comportements. Le modèle psychiatrique a trop souvent tendance à donner ses propres explications des actes du délinquant. Que faisons-nous de l'interprétation que le délinquant donne, lui, de ses actions. A son avis, il ne faudrait pas mettre de côté les explications que nous donnent les délinquants lorsqu'ils tentent de nous expliquer ou de nous décrire pourquoi ils ont agi de telle façon.
- 3) Le professeur COHEN souligne le manque de cohérence dans le travail que nous faisons auprès des délinquants. Il souligne le caractère inadéquat de certaines recherches faites auprès des criminels qui visent à les évaluer, alors qu'ils sont en prison, par des entrevues, des thérapies de groupe, certains tests psychologiques, etc. Selon lui, il est beaucoup plus important d'évaluer les réactions des criminels à leur détention, surtout lorsque celle-ci est longue, au lieu d'essayer de mesurer certaines réactions très personnelles sans se sentir concerné par ce qui peut être des réactions passagères à l'incarcération plutôt que des caractéristiques de personnalité. Il pose la question: "Est-ce que les tests sont vraiment applicables dans le système de la prison sans qu'ils ne donnent des résultats tout à fait circonstanciels".
- 4) Il définit un continuum sur lequel nous retrouvons à une extrémité les psychopathes et à l'autre extrémité les délinquants accidentels. Selon lui, ceux du centre peuvent très souvent être catégorisés criminels à cause de certaines valeurs du système social qui étiquettent. Le criminologue clinicien possède beaucoup de pouvoir sur cette catégorie de délinquants et peut leur imposer son action en étant utilisé par le système pour se débarrasser des gens qui dérangent.

DISCUSSION:

- 1) Position du professeur COOPER de New York: Selon lui, il n'y a pas de véritable polarisation de conflits entre les sociologues et les cliniciens, parce que les sociologues semblent accepter de façon implicite que les institutions continueront d'exister. Selon lui:

- 1) En prison, nous traitons les individus et non pas la société.
- 2) La stigmatisation n'a rien à voir avec la maladie.
- 3) Comment les sociologues proposent-ils de changer une structure?
- 4) Quel est le rôle du clinicien en prison?

2) Révèrend Père Noël MAILLOUX: Celui-ci questionne les critères d'évaluation du traitement proposés par le docteur HOCHMANN qui affirme que le patient est le mieux placé pour définir si un traitement est valable ou pas. Tenant compte de la dynamique du délinquant le père MAILLOUX considère que c'est le clinicien qui peut le mieux évaluer l'état de son client. Selon lui, il ne faudrait pas confondre un délire avec une idéologie.

3) Madame BOUFFARD considère qu'il ne faudrait pas placer le conflit là où il n'est pas et qu'en fait, c'est l'objectif différent des sociologues et des criminologues cliniciens qui les éloigne et non la formation.

4) Le professeur KOZOL souligne que les cliniciens croient que les sociologues ont du pouvoir sans responsabilités et les voient comme des passifs-inactifs alors que ces derniers considèrent les psychiatres en institutions comme des incompetents et des instruments du système. Selon lui, les choses pourraient changer mais il verrait très bien la coopération des deux formations dans cette évolution.

5) Monsieur CORMIER a l'impression qu'on se méprend fortement sur le rôle que joue le juriste dans notre société. Il souligne en effet que les juristes sont très inquiets et qu'ils sont loin d'être sûrs que tout ce qu'ils font est vraiment ce qui est souhaitable.

6) Le docteur BERNHEIM affirme que même si le rôle d'expert est difficile et démodé, il peut être un intermédiaire valable entre la prison et le traitement. Selon lui, le rôle du psychiatre-criminologue comme thérapeute se pratique selon deux modèles essentiellement:

- 1) Modèle médical,
- 2) En prison, où il a un travail dans une maison dont les buts ne sont pas les siens.

Le travail en prison n'est possible, à son avis, qu'aux conditions suivantes:

- 1) Que la prison soit petite.
- 2) Que le personnel soit stable.
- 3) Qu'on stimule la discussion entre les cadres de tous les secteurs de l'institution surtout avec les agents de sécurité ou les surveillants.
- 4) Faire évoluer les gardiens dans le sens d'une plus grande participation à l'avenir des détenus, par exemple en les utilisant au niveau de la post-cure.
- 5) Qu'il existe une équipe de traitement indépendante de l'administration et qu'elle soit plutôt reliée à un département universitaire.

FIN DE LA TROISIEME SEANCE

Clôture des Journées.

END

7 ables/ormer