

## A propos des expertises médico-légales en psychiatrie juridique

Esteve Freixa I Baqué

L'un des points critiques de tout système juridique est celui de l'établissement du degré de responsabilité de l'inculpé. Selon le degré de responsabilité que l'on prononcera, l'accusé sera acquitté, ira dans un hôpital psychiatrique, en prison (pour quelque temps ou pour la vie) ou, dans certains pays encore, il sera exécuté.

Ce problème, étant donné ses conséquences, mérite que l'on s'y arrête un moment car, décider que quelqu'un peut légalement être privé du droit à vivre comporte, sans jeux de mots, une énorme responsabilité.

Le but de cet article est donc d'examiner avec un certain détail les critères utilisés par les experts-psychiatres au moment d'établir les rapports sur la « santé mentale » du prévenu, et, en même temps, de mettre en évidence les présupposés idéologiques sur lesquels reposent lesdits critères.

Nous aimerions discuter d'abord de la formation de l'expert-psychiatre: pourquoi demande-t-on précisément à un psychiatre, c'est-à-dire à un médecin, d'accomplir cette fonction? La réponse traditionnelle semble s'imposer : parce qu'il s'agit de savoir si un sujet est fou (malade) ou pas. (En fait, le degré de responsabilité de l'inculpé est établi en fonction inverse de son degré de folie).

Dans la mesure où la «maladie mentale» a une cause organique, nul doute que le médecin est le spécialiste approprié pour s'occuper du cas. Mais alors, il faut convenir que la maladie n'a rien de « mentale », évidemment. Une tumeur cérébrale ou une attaque d'épilepsie ne sont pas plus «mentales» qu'une appendicite ou qu'une grippe du fait que les premières se localisent dans l'encéphale.

Il nous semble donc raisonnable que celui qui commet un acte défectueux sous l'influence d'une crise épileptique, par exemple, soit déclaré non-responsable, car il existe une cause anatomo-physiologique concrète pour expliquer son comportement. Ces cas-ci sont donc relativement faciles.

Mais, généralement, l'expert-psychiatre doit se prononcer sur la «maladie mentale» au sens non-organique du terme (jusqu'à preuve du contraire). Si l'on était pas tout à fait habitué au schéma que ce travail se propose de mettre en évidence et de critiquer, on se demanderait tout de suite sur quoi se base un expert lors de son diagnostic étant donné qu'il n'existe d'autres preuves de la prétendue «maladie mentale» que le comportement du sujet, et que l'on ne peut pas déceler des lésions organiques, des infections, des synthèses défectueuses dans les amines cérébrales, etc. Évidemment, il ne peut se baser que sur le comportement. Mais inférer une maladie sous-jacente qui serait la cause du comportement observé n'est qu'une extrapolation abusive du modèle médical au domaine du comportement. Il serait beaucoup plus logique, sage et prudent de s'en tenir aux données observables (le comportement du sujet) sans chercher à le «médicaliser» à tout prix. La prétendue «maladie» se trouverait alors ramenée à une série de comportements anormaux.

Ce qui existe est un comportement que l'on peut observer et essayer de quantifier, et le fait qu'il soit considéré comme anormal (par rapport à une norme, bien entendu) ne, justifie nullement l'utilisation du modèle médical comme le montre Dorna (1977) dans un intéressant travail auquel nous nous rapporterons souvent.

En résumé, non seulement les «maladies mentales» n'ont rien de «mental» (thèse soutenue par Watson<sup>1</sup>, 1956), mais elles ne présentent pas non plus les caractéristiques de «maladies» - comme le souligne, Szasz (1960: voir Dorna, 1977).

---

<sup>1</sup> À ne pas confondre avec J.B. **Watson**, le fondateur du béhaviorisme, bien qu'il ne l'aurait sans doute pas désavoué.

Si le problème se ramène au comportement, ce n'est pas vers la médecine, que nous devons nous tourner, mais vers la science qui étudie, le comportement, c'est-à-dire, la psychologie.

Par conséquent, la présence du psychiatre nous paraît pleinement justifiée lors de troubles qui ont une base, organiques (et peut être que l'on finira par la trouver dans tout ce que l'on appelle, psychoses, mais peut-on dire la même chose des névroses, ou, tout simplement, des «traits de caractère?»), mais dans le domaine du «non-organique» il nous semble que la place revient au spécialiste du comportement. Comme le souligne Eysenck (1975: voir Bayés, 1977), les troubles du comportement s'adaptent mieux à un modèle éducatif, d'après lequel, pour les résoudre, on a besoin de rééducation, qu'au modèle médical, qui suppose la mise en route du tout l'engrenage médico-hospitalier. (Voir sur ce sujet l'article de Bayés, 1978).

L'état des choses actuel provient du fait que la psychiatrie et le modèle médical appliqués au comportement sont nés avant le développement de l'analyse expérimentale du comportement (de la même façon que les guérisseurs apparaissent bien avant les médecins), et ceci pour une raison très simple : parce que les troubles du comportement et les maux de ventre existaient avant que l'humanité ne possède la connaissance scientifique des causes de ces phénomènes. Ce qui est regrettable, c'est que, devant des phénomènes dont on ne connaissait pas les mécanismes, on n'ait pas suivi une démarche en trois phases : a) observer le phénomène ; b) en étudier les causes réelles; c) à la lumière du savoir ainsi dégagé, agir sur le phénomène. Au lieu de cela, on établit un court-circuit (motivé sans doute par l'urgence d'apporter une aide, immédiate aux souffrants) entre la première phase, et la troisième, avec le handicap évident qu'en sautant la deuxième on ne pouvait pas agir à la lumière du savoir.

Faute d'une explication scientifique pour justifier les exorcismes et danses rituelles comme remède pour un homme qui est en train de trembler de fièvre, par exemple, on génère une explication mythique (le sujet est possédé par des Esprits Malins qu'il faut faire sortir de son corps), tout à fait idéaliste - au sens philosophique du terme - et contre laquelle, ou contre ses versions plus sophistiquées, la science dut mener un dur combat au fur et à mesure qu'elle avançait dans la connaissance des vraies causes des phénomènes. Si en médecine, ce combat ne finit pratiquement qu'à la fin du siècle dernier (Claude Bernard, 1865), en psychologie, science très jeune, on vient juste de l'entamer. En effet, la culture de notre civilisation, qui a déjà incorporé à son bagage la conception scientifique du monde (la terre n'est pas le centre de l'univers, l'homme est issu de l'évolution des espèces), continue à être imprégnée des explications mythiques en ce qui concerne le comportement. Ainsi, on préfère penser qu'un sujet agit d'après ses «états d'âme», ses «tendances», son «complexe d'Oedipe», ou, tout simplement, parce qu'il «est comme ça», parce qu'il «l'a dans le sang», etc., plutôt que de modifier ces conceptions à la lumière des découvertes de la psychologie scientifique.

Probablement, pour la vie de tous les jours, il est sans importance de continuer à parler en termes métaphoriques tels que: «je t'aime avec tout mon cœur», «le soleil se lève tôt en cette saison» ou «il bat sa femme parce qu'il est sadique». Mais il serait impardonnable qu'un physiologiste crût que l'amour réside dans le cœur, un astronome que le soleil se lève et se couche (c'est-à-dire, qu'il tourne autour de la terre), et un psychologue, un psychiatre ou un juriste que le sadisme est la cause du comportement de battre sa femme. Parce qu'un tel raisonnement, comme le souligne Bayés (1975), n'est qu'une simple tautologie.

En effet, le modèle médical est approprié aux malades organiques parce qu'il comporte : a) l'observation de symptômes (tousse, cracher du sang, par exemple) ; b) l'isolement de causes physiques (le bacille de Koch, par exemple) ; c) l'affirmation, légitime : il tousse et il crache du sang parce qu'il est tuberculeux.

En revanche, le modèle médical appliqué au comportement présente le schéma suivant : a) l'observation de «symptômes» (le comportement sadique, par exemple) ; b) l'inférence d'une cause (le

«sadisme» dans cet exemple). Alors, par analogie<sup>2</sup>, on affirme : il se comporte sadiquement parce qu'il est sadique.

Mais dans ce cas, la «cause» a été **inférée** à partir du comportement, et il n'existe aucune preuve, **indépendante** du comportement lui-même et **objective**, de l'existence réelle de cette «cause»; sa seule preuve est le comportement observé. C'est pourquoi nous affirmons que l'application du modèle médical au domaine du comportement débouche sur une tautologie (à laquelle, malheureusement, on s'est habitué).

Le bacille de Koch a une existence physique, matérielle, que l'on peut vérifier indépendamment du fait qu'un sujet ait des quintes de toux ou pas (on peut en réaliser des cultures dans le laboratoire, par exemple). Mais l'existence du «sadisme» ne peut être mise en évidence sans comportements (d'action ou de pensée) sadiques. Voilà toute la différence!

En affirmant: il bat sa femme, torture les animaux, etc. (comportements sadiques) parce qu'il est sadique, on procède exactement comme le maître d'école qui explique à ses élèves que les pierres tombent parce qu'elles ont la propriété de tomber et que les êtres vivants meurent parce qu'ils sont mortels. En raisonnant ainsi, on n'ajoute rien aux données, on n'explique absolument rien ; on se contente de se retrancher derrière des explications aussi faciles que creuses, qui, tout en dissimulant (mal) l'ignorance de celui qui les prononce, retarde la découverte des véritables explications.

En réalité, dire que l'être vivant est mortel n'est que la conséquence du constat de la mort de tous les individus, mais en aucun cas cela ne peut en être la cause. De même, dire que quelqu'un est sadique est le résultat de l'observation d'actes de sadisme, mais nullement sa cause. Comment pourrait-on affirmer que quelqu'un est sadique si celui-ci ne se comporte, ne serait-ce que par la pensée, de façon sadique?

Cataloguer de «maladie» les comportements anormaux n'est donc que la conséquence logique de l'application, par analogie du modèle médical au domaine de la psychologie. La «maladie» peut, en fait, se réduire au comportement observé, sans besoin de postuler l'existence d'une entité cachée qui en serait la «cause».

Skinner (1974) décrit le raisonnement tautologique à l'aide de l'exemple suivant : une personne marche sur le verglas avec un type de comportement donné (qu'on appelle prudent) parce que : *a*) dans le passé il n'a pas agi ainsi il est tombé; *b*) on l'a prévenu qu'il tombera s'il n'adopte pas cette démarche; *c*) sa connaissance des propriétés du verglas, des lois de l'équilibre, du frottement de la pression, etc. l'informe que s'il marche autrement, probablement il tombera.

Un observateur, pour décrire ce qu'il voit, peut licitement dire : «cette personne marche avec prudence». Si ce comportement n'est pas sporadique, mais, au contraire, s'il a été généralisé et apparaît à chaque fois que les circonstances environnementales l'exigent l'observateur peut résumer l'expression : «cette personne manifeste généralement un comportement prudent» par «cette personne **est** prudente». Jusqu'ici, il s'agit seulement d'une façon abrégée de décrire les choses, qui n'implique pas d'erreur. La «tricherie» verbale, c'est-à-dire, la tautologie, consiste à dire: «cette personne marche ainsi **parce qu'**elle est prudente». Dans ce cas, on a réalisé deux pirouettes linguistiques: *a*) on a inversé les termes de l'action ; ce qui servait à décrire de façon abrégée un comportement, en est devenu la cause; *b*) on a créé une entité, la prudence, intérieure à l'homme, capable d'expliquer un comportement qui, nous l'avons vu, s'explique parfaitement (par ses conséquences) sans faire appel à cette variable intermédiaire et hypothétique que le langage a fallacieusement créée.

C'est ainsi qu'ont été engendrées «la force de volonté», «les tendances», «la personnalité», «les motivations», «les impulsions» et toute la panoplie de concepts mythiques que l'on utilise pour «expliquer» le comportement alors qu'ils devraient servir, tout au plus, à le décrire de façon résumée.

Évidemment, comme le signale Richelle (1974), il ne s'agit pas de mettre en doute que l'être humain ait des idées, des sentiments, des projets, des prises de conscience, etc., mais de se refuser à voir en eux les causes du comportement. Et Dorna (1977) d'ajouter :

<sup>2</sup> Voir Bunge (1972) à propos du raisonnement par analogie.

Le partisan de l'approche néo-comportementale ne nie pas le «vécu» et la «souffrance» d'un individu, mais leur statut, qui méthodologiquement parlant, est un sous-produit du comportement. Ainsi, par exemple, l'aliénation n'est pas un état mental, mais un état du comportement attribuable à des contingences de renforcement. Ce qui est «vécu» par la personne n'est rien d'autre qu'un produit secondaire, tout à fait fondamental pour l'individu, mais qui ne peut pas être interprété et proposé comme étant la cause de comportements.

Ainsi, ce qui au début pouvait sembler une simple querelle entre psychologues et psychiatres s'est révélé d'une extrême importance théorique, car les deux modèles qui s'opposent débouchent sur des conceptions tout à fait différentes du comportement humain. Et, il faut le redire, laisser le comportement aux mains des psychiatres suppose l'acceptation de toute une idéologie (mythique, pré-scientifique et obscurantiste) sur les causes du comportement, avec tout ce que cela peut supposer de tragique pour un accusé. Et lorsque la vie d'une personne dépend de la conception que l'expert-psychiatre a des causes du comportement nous croyons qu'il est nécessaire de dénoncer cette idéologie.

Peut-être que tout ce que nous venons d'écrire semblera trop abstrait aux yeux du lecteur. Ainsi, nous allons prendre un article du journaliste Philippe Ganier-Raymond (1977) paru dans *Le Nouvel Observateur*, comme exemple paradigmatique du type de raisonnement que nous venons de décrire, afin de montrer les conséquences de l'approche «mentaliste» de la psychiatrie juridique.

Il s'agit d'un dossier réalisé par un expert-psychiatre de Marseille sur le cas de Djandoubi, unijambiste de 28 ans, auteur du crime (affreux, comme tout crime) d'une jeune fille de 25 ans qu'il avait obligée à se prostituer et qu'il tortura physiquement avant de la tuer. L'expertise concluait à la pleine responsabilité de l'inculpé et signalait qu'il constituait un colossal danger social. Ceci fut décisif pour la condamnation et l'exécution de l'accusé.

Nous n'avons absolument pas l'intention de chercher des justifications au comportement odieux de Djandoubi. Nous n'allons pas non plus suggérer une solution alternative à la peine de mort (bien qu'en notre opinion elle soit aussi sauvage que le pire des crimes); pour cela, il faudrait bâtir un modèle juridique et pénitencier tout à fait nouveau ce qui est hors de portée d'un individu seul (mais pas forcément d'une commission formée par des juristes, des sociologues, des psychologues, etc., nous y reviendrons). Ce que nous nous proposons de faire est, simplement, de mettre en évidence l'idéologie sous-jacente du psychiatre, sans nous prononcer dans le domaine strictement légal. Nous ne plaçons donc pas pour l'innocence de l'inculpé. Nous voudrions seulement signaler que les causes de son comportement indésirable se trouvent vraisemblablement ailleurs (dans la société même?) que dans ses «impulsions» ou, ce qui revient au même, qu'il faudrait chercher à expliquer ces «impulsions».

À la question du journaliste: «Où est la frontière (entre la normalité et l'anormalité)?» le psychiatre répond: «Il existe des troubles du comportement et il existe des maladies mentales. Je prends un exemple: vous sortez d'ici, et, sur la route, vous injuriez violemment un automobiliste qui vous a fait une queue de poisson. Il s'agit d'un trouble du comportement. La maladie mentale, c'est la répétition quotidienne, constante de ce comportement. Vous devez comprendre que c'est tout autre chose.

Ainsi, la fréquence d'apparition d'un comportement est le critère de maladie. Par conséquent, fumer 10 cigarettes par jour n'est pas une maladie, alors qu'en fumer 60 l'est (Problème: si un sujet fume 37 cigarettes par jour, est-il malade ou pas?) La maladie ainsi définie serait quelque chose de terriblement subjectif et profondément culturel car, dans une civilisation où l'on ne mange pas de viande de porc, le sujet qui en déguste deux fois par semaine serait malade; ou dans un pays qui fait de la soumission une norme, l'opposant politique sera considéré comme malade et interné dans un hôpital psychiatrique. Si ces exemples n'étaient pas assez convaincants, rappelons, comme le fait Dorna (1977), que la simple évolution des normes culturelles a permis à l'homosexualité, considérée jusqu'en 1974 comme une maladie psychiatrique (!!!) d'être éliminée du *Diagnostic and statistical*

*manual of mental disorders* de l'American Psychological Association (A.P.A.), c'est-à-dire, qu'elle a purement et simplement cessé d'être une maladie! Quel coup pour les taxonomistes psychiatres!

Comme le soulignent à juste titre Ullman et Krasner (1969: voir Bayés, 1978), devant un comportement donné, l'étiquette de «normal» ou de «pathologique» sera attribuée, de façon tout à fait relative et circonstancielle, - en accord avec la situation concrète de chaque pays et chaque époque - en fonction de trois variables: le comportement lui-même, son contexte social, et l'observateur qui doit étiqueter et qui se trouve, de ce fait, en situation de pouvoir. L'étiquette attribuée est le résultat du dressage de celui qui la décerne et reflète la société qu'il représente.

La fréquence d'apparition d'un comportement ne peut donc être le critère de maladie, bien qu'elle constitue la variable critique de l'analyse expérimentale du comportement (Bayés, 1974). Ce que nous pouvons faire avec une telle variable est, à condition de disposer d'une norme bien définie, estimer si un comportement donné est normal ou anormal, et, dans la deuxième éventualité, envisager la réduction de sa fréquence aux limites de la normalité. Nous dirons de quelqu'un qui se lave les mains 15 fois par heure qu'il présente un comportement anormal, mais jamais qu'il est malade.

Si nous avons dénoncé avec tant d'insistance la transposition du modèle médical au domaine du comportement anormal, c'est justement à cause de la distorsion provoquée par l'assimilation de l'anormalité à la maladie avec toutes les connotations que ce mot véhicule.

Nous avons commencé cet article en parlant du problème de la responsabilité, Voyons quelles sont les conclusions auxquelles on arrive avec les conceptions mentalistes du comportement représentées ici par la position de l'expert-psychiatre. Le journaliste dit : «Où situez-vous la Frontière de la responsabilité?» Le psychiatre répond : «Nous avons à notre disposition la responsabilité entière, la responsabilité atténuée, l'absence de responsabilité. Cette dernière, nous la prononçons lorsque le sujet obéit à des forces qu'il ne peut contrôler.» Le journaliste rétorque : «Et Djanboudi, selon vous, pouvait contrôler les forces qui l'ont poussé à commettre ce crime effroyable?» Le psychiatre répond : «Absolument, (...). Certes, il s'agit d'un pervers. Certes, il s'agit d'un sadique. Mais je répète, et je suis formel, qu'il avait le moyen de contrôler ses tendances. N'oublions pas qu'il s'agissait de quelqu'un d'intelligent. Il pouvait lutter contre ses tendances. Il était donc responsable.»

Nous voilà devant un discours typiquement mentaliste, d'après lequel les causes du comportement sont «les tendances», «les forces», que le sujet peut ou ne peut pas contrôler. Cette vision du comportement, si répandue malheureusement, suppose, comme le signale Skinner (1971), l'existence d'un petit lutin ou homme-intérieur qui dirige et contrôle le comportement de l'homme extérieur. Il est vrai que ce n'est pas facile de se débarrasser complètement de la doctrine platonicienne concernant la dualité corps-âme.

Comme nous le disions plus haut, utiliser un langage métaphorique (le soleil se couche, etc.) peut ne pas avoir de conséquence dans la vie quotidienne, mais employer ce langage en oubliant qu'il est métaphorique lors d'un procès où l'on tente d'établir les causes du comportement d'un sujet (les causes réelles, pas les mythiques), nous semble franchement dangereux et inadmissible.

En prenant le risque de confirmer les soupçons du lecteur qui estime que nous ne faisons ici que débattre des problèmes et rivalités entre psychologues et psychiatres, nous aimerions rapporter un autre passage, particulièrement éloquent de l'interview antérieurement citée. Le journaliste dit : «Je ne comprends toujours pas pourquoi vous n'avez pas voulu en savoir davantage sur Djandoubi. Son milieu, sa psychologie... Le psychiatre répond : la psychologie, c'est l'affaire des avocats» Le journaliste ajoute : «Vous, psychiatre, vous parlez de «colossal danger social», ce qui est l'affaire de l'avocat général, et, quand il est question de psychologie, vous renvoyez à L'avocat» Le psychiatre dit : «Je vous répète que je suis là pour dire si un individu est malade ou non. Cela n'a rien à voir avec la psychologie.»

Évidemment, s'il s'agit d'une maladie organique, cela n'a rien à voir avec la psychologie. Mais puisque nous avons déjà vu ce que les psychiatres entendent par «maladie mentale» «comportement anormal», nier que celui-ci soit de la compétence du psychologue équivaut à la position de l'ingénieur textile qui, appelé à se prononcer sur les causes de la panne d'une machine qui est en train de se comporter de façon anormale, soutiendrait que la physique n'a rien à voir dans l'affaire.

Le mépris de la psychologie de la part du corps psychiatrique ne fait que mettre en évidence leur actuelle incapacité à s'occuper des problèmes posés par le comportement humain.

Soulignons au passage, l'assimilation symptomatique que le psychiatre fait entre le psychologue et l'avocat, deux professionnels auxquels on reproche souvent leur verbalisme exubérant, voire leur charlatanisme, et l'opposition qu'il en fait à la psychiatrie, revêtue de tout le prestige de la médecine. Mais, s'il est malheureusement vrai qu'un certain type d'avocats vénaux et de psychologues mentalistes ont tout fait pour corroborer cette opinion parmi la population, nous ne pouvons pas nous empêcher de signaler que, dans la mesure où l'on a avancé dans la connaissance des lois du comportement, et dans la mesure où les psychiatres continuent à les ignorer obstinément tout en préférant leur discours mentalistes, les rôles, en ce qui concerne le verbalisme facile, risquent d'être inversés.

Nous croyons avoir quelque peu mis à découvert l'idéologie, voire la philosophie sous jacente à la médicalisation du comportement anormal, et nous regrettons formellement qu'au nom de cette idéologie (mythique de surplus) on exécute un être humain.

En résumé :

- Le verdict prononcé contre un accusé dépend de son «degré de responsabilité».
- Le «degré de responsabilité» est inféré à partir du degré de «maladie mentale» de l'inculpé, établi par un expert-psychiatre.
- Le psychiatre applique le modèle médical au comportement anormal.

Dans le cas où le comportement en question peut être expliqué par un facteur organique, ce processus nous semble correct, à condition de supprimer le terme «mental». Si l'on ne peut déceler aucune cause organique pour expliquer le comportement anormal du sujet, l'application du modèle médical est abusive parce que tautologique et parce qu'elle persiste à appeler «maladie» le comportement anormal avec tout ce que ceci implique. Dans aucun des deux cas, l'expression «maladie mentale» ne nous semble justifiée.

On ne peut continuer à considérer comme causes du comportement des entités métaphoriques telles que «les tendances», «les impulsions», etc. dès lors que l'analyse expérimentale du comportement commence à nous expliquer la genèse de telles entités, le statut qui leur correspond (sous-produit du comportement et non ses causes) et à nous révéler les véritables causes du comportement et les lois qui les régissent.

On pourra nous opposer que nos digressions n'ont servi qu'à embrouiller encore plus la question. En effet, le lecteur peut légitimement se demander dans quelle mesure nous avons résolu le problème de l'établissement de la responsabilité d'un prévenu en remplaçant le modèle médical par un modèle de psychologie comportementale.

En toute honnêteté, nous devons avouer que nous n'avons pas réglé les problèmes du «degré de responsabilités, à moins que, après ce que nous avons dit, le concept même de «responsabilité» ne soit remis en cause... Nous y reviendrons. Mais notre but primordial était de dénoncer l'état actuel des choses, car il nous semble dramatique que quelqu'un soit exécuté parce que, ne présentant pas de «maladie mentale», il n'a pas contrôlé «ses tendances» alors qu'il «en avait la possibilité».

Nous sommes pourtant conscient qu'il faut, en même temps que dénoncer et démasquer les conceptions caduques du comportement, bâtir un système juridico-pénitencier nouveau qui n'ignore pas les acquis de la science du comportement. Qu'est-ce que la justice sinon le jugement émis sur un comportement donné, d'un sujet donné, dans des circonstances données ? Dans ce cas, comment

peut-on passer sous silence les connaissances cumulées par une science dont l'objet d'étude est justement le comportement et les variables environnementales dont il dépend ?

Si c'est une proposition alternative concrète et non seulement une critique qu'on nous demande, cela veut dire que les citoyens comme les professionnels de l'appareil judiciaire commencent à se sentir mal à l'aise en administrant une justice d'après des normes, des concepts, des idéologies et des institutions qui ne correspondent plus à l'état actuel des connaissances sur le comportement et ses causes.

De nos jours, on n'envoie plus au bûcher des pauvres individus accusés d'être possédés par le démon ; on les soigne plutôt avec des médicaments plus ou moins appropriés, grâce aux progrès de la médecine. Pourquoi n'adapterait-on pas le système juridico-pénitencier actuel (qui repose sur des conceptions vieilles de quelques siècles) aux connaissances dégagées par la science du comportement, puisqu'il s'agit de juger des comportements ?

Probablement on serait amenés à conclure que le comportement délictueux n'est que le produit d'une certaine organisation (lire, désorganisation) de la société dans laquelle les «Valeurs» de concurrence, réussite, consommation, pouvoir, succès, compétition, possession, agressivité, etc. nous sont constamment inculquées, à tous les niveaux, depuis l'école jusqu'à l'entreprise, en passant par le vie de tous les jours (publicité, média, etc.).

Y a-t-il un sens à essayer d'éliminer les actes délictueux en agissant uniquement sur les délinquants, c'est-à-dire, sur les conséquences, sans envisager de modifier la société, c'est-à-dire, la cause souvent principale ? Si, au lieu des «idées», des «motivations», des «tendances», ce sont les circonstances environnementales qui se trouvent à la base de tout comportement (délictueux ou non), la justice, peut-elle alors fonctionner avec les schémas mentalistes employés jusqu'à présent ?

Si l'on veut modifier le comportement il faut changer les contingences environnementales, affirme Dorna (1977), qui ajoute: « il n'y a pas un psychisme dérégulé, mais un comportement jugé et un environnement à changer».

Sociologues, psychologues et juriste se trouvent devant la vaste tâche de modifier, en l'adaptant à l'état actuel des connaissances sur le comportement, le système juridique-pénitencier aujourd'hui en vigueur.

### ÉPILOGUE<sup>3</sup>

« Peut-être la raison pour laquelle les gens sont si effrayés devant les considérations causales, vient de leur terreur à l'idée que les causes des phénomènes de l'univers une fois mises au jour, le libre arbitre de l'homme pourrait se révéler n'être qu'une illusion. La peur de la causalité est l'une des raisons émotionnelles qui explique la valeur attachée à l'insondable. »

Nous citons ici, non Skinner, mais Lorenz.

«Les hommes agissent sur le monde, le transforment, et à leur tour, ils sont transformés par les conséquences de leurs actions»

Nous citons ici, non Marx, mais Skinner.

« Il est possible de concevoir une psychologie qui, tout en étant originale, c'est-à-dire, tout en n'empruntant ses données ni à la biologie, ni à la physiologie, peut cependant demeurer tout à fait étrangère, non seulement aux problèmes traditionnels de la psychologie classique, mais encore, et d'une façon tout à fait radicale, à la doctrine, de la vie intérieure, sous toutes ses formes ».

Nous citons ici ni Skinner, ni Marx, mais Politzer (voir Dorna, 1977).

---

<sup>3</sup> D'après Dorna, 1977.

## Références

- BAYÉS,R. (1974). *Introducción al método científico en psicología*. Barcelona : Fontanella
- BAYÉS, R. (1975). Reflexiones de un psicólogo ante algunos problemas que se plantean en el campo des derecho. *Anuario de sociología y psicología jurídicas*, 2, 31-39.
- BAYÉS, (1977). Importancia del laboratorio animal en la formación de terapeutas del comportamiento. *Revista del departamento de psiquiatria de la Facultad de medicina de Barcelona*, 4, 7-12.
- BAYÉS, R. (1978) Psiquiatría, psicología y reforma sanitaria. in J.M. De Miguel (Ed.): *Planificación y reformas sanitarias* (pp.161-177). Madrid: Instituto de la opinion pública.
- BERNARD, C (1966). Introduction à l'étude de la médecine Expérimentale. Paris : Garnier Flammarion (l'ouvrage original a été publié en 1865).
- BUNGE, M. (1972). *Teoría y realidad*. Barcelona : Ariel.
- DORNA, A. (1977). Le problème des modèles en psychopathologie du travail. Paris: laboratoire de physiologie du travail et d'ergonomie (rapport no. 55).
- EYSENK, HJ. (1975). *The future of psychiatry*. London : Methuen.
- GANIER-RAYMOND, P. Un colossal danger social. *Le nouvel observateur*, 674, 62-63.
- RICHELLE. M (1974). Le béhaviorisme d'aujourd'hui.. *Psychologica belgica*, 14, 2-3.
- SKINNER, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- SKINNER B.F. (1974). *About behaviorism*. New York : Knopf.
- WATSON, G. (1956). Is mental illness "mental" ? *Journal of psychology*, 41, 323 -334.