



HAL
open science

L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux

Caroline Guibet Lafaye, Camille Lancelevée, Caroline Protais

► To cite this version:

Caroline Guibet Lafaye, Camille Lancelevée, Caroline Protais. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux . [Rapport de recherche] Mission de recherche Droit et Justice. 2016. halshs-01480984

HAL Id: halshs-01480984

<https://shs.hal.science/halshs-01480984>

Submitted on 2 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

*L'irresponsabilité pénale au prisme des
représentations sociales de la folie et de la
responsabilité des personnes souffrant de troubles
mentaux*

Recherche réalisée avec le soutien de la
Mission de recherche Droit et Justice
– Octobre 2016 –

Caroline Guibet Lafaye

CNRS, Centre Maurice Halbwachs, EHESS, ENS

Camille Lancelevée

Institut de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales, EHESS Paris

Caroline Protais

Cermes3, Paris V

*L'irresponsabilité pénale au prisme des
représentations sociales de la folie et de la
responsabilité des personnes souffrant de troubles
mentaux*

Réalisée par :

CAROLINE GUIBET LAFAYE, directrice de recherche en sociologie et philosophie au CNRS (Centre Maurice Halbwachs – EHESS – ENS).

CAMILLE LANCELEVEE, doctorante en sociologie, Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux, École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris).

CAROLINE PROTAIS, docteure en sociologie, chercheuse associée au Cermes3.

Direction scientifique :

CAROLINE GUIBET LAFAYE et **CAROLINE PROTAIS**

Avec la collaboration de :

PIERRE BROCHARD, ingénieur d'études en informatique, membre de l'équipe transversale du Centre Maurice Halbwachs (CNRS – EHESS – ENS)

FRANÇOIS GIRAUD, ingénieur d'études en sciences sociales au Centre Maurice Halbwachs (CNRS – EHESS – ENS)

PIERRE GIRERD, psychiatre, médecin responsable du pôle accueil-urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Edouard Toulouse de Marseille

MURIEL SCHILOVITZ, webmestre du Centre Maurice Halbwachs (CNRS – EHESS – ENS)

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

Sommaire

Introduction	7
---------------------------	----------

Chapitre 1 : La pratique des experts psychiatres ou la restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (1950-2014)	17
---	-----------

Caroline Protais

I. Pratiques d'experts à l'heure actuelle	20
II. Approche historique de la pratique de l'expertise : la responsabilisation des personnes ayant commis des infractions et souffrant de troubles psychiatriques (1950-2014)	34
III. Expliquer la tendance responsabilisante : les justifications des experts psychiatres	44
Conclusion	61

Chapitre 2 : Repenser le sort des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux : regards de psychiatres sur l'irresponsabilité pénale	63
---	-----------

Camille Lancelevée, Caroline Protais, Caroline Guibet Lafaye

I. Regards de psychiatres non-experts sur l'irresponsabilité pénale	65
II. Une position favorable au principe d'irresponsabilité pénale pour protéger les patients vulnérables à l'hôpital	79
III. Une position défavorable au principe d'irresponsabilité pour réintégrer les patients citoyens	93
Conclusion	104

Chapitre 3 : Histoires vécues : représentations de personnes ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pour cause de trouble mental....	107
---	------------

Camille Lancelevée et Caroline Protais

I. Être irresponsabilisé : discours psychiatrique et récit de soi	109
II. Être hospitalisé : protection ou enfermement inique ?	119
Conclusion	128

Chapitre 4 : Au cœur des rapports entre juges et experts. Les juges d’instruction et l’article 122-1 alinéa 1..... 131

Camille Lancelevée et Caroline Protais

- I. Déterminer l’irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux : une question plus technique qu’idéologique ?.....133
- II. Du jeu dans la procédure144
- III. Regards de juges d’instruction sur l’irresponsabilité pénale.....153
- Conclusion.....165

Chapitre 5 : Experts psychiatres et faits divers dans la presse..... 167

Caroline Guibet Lafaye et Camille Lancelevée

- I. *Le Monde* face à l’expertise psychiatrique : 1950-2016168
- II. Les faits divers dans la presse nationale : un traitement différencié ..182

Chapitre 6 : Effets des évolutions législatives sur les représentations de la folie et de la maladie mentale 197

Caroline Guibet Lafaye

- I. La fabrication des lois.....197
- II. Évolutions législatives de l’irresponsabilité pénale.....205
- III. Une absence de volonté politique215
- IV. La marque du politique sur la psychiatrie.....222
- Conclusion.....229

Conclusion générale : la fin de l’irresponsabilité pénale ? 231

Annexes..... 235

- I. Glossaire des principales notions psychiatriques.....235
- II. Méthodologie adoptée dans ce rapport.....238

Bibliographie 247

Table des matières 261

Introduction

La question de la « responsabilisation » des personnes souffrant de troubles psychiatriques fait l'objet d'une médiatisation croissante depuis la fin des années 1990. Elle suscite de nombreux débats sur la condition ainsi que sur le nombre jugé trop important de personnes malades dans les prisons françaises. L'implication de l'expert psychiatre dans cet état de fait est critiquée, et le détournement de sa tâche initiale auprès de la justice comme son éthique professionnelle sont dénoncés.

Le rapport Pradier (1999) ouvre le débat, en envisageant qu'« on ne peut manquer d'être frappé par le questionnement insistant des médecins sur l'inexplicable présence en prison d'un nombre considérable de psychotiques identifiés » (Pradier, 1999, p. 41). Ce constat fera date : il sera repris par divers rapports gouvernementaux (voir chapitre 6), et régulièrement pointé du doigt par des organismes internationaux, tels le rapport du conseil de l'Europe rédigé par Thomas Hammarberg du 20 novembre 2008, ou plus récemment encore, le rapport publié par *Human Rights Watch* le 5 Avril 2016.

Parmi les personnes montrées du doigt pour expliquer cet état de fait : les experts psychiatres français (Pradier, 1999, Dubec, 1999, numéro spécial du *Journal Français de Psychiatrie*, 2001) qui, depuis les années 1950, auraient considérablement restreint les conditions d'application de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental sur laquelle ils sont amenés à se prononcer.

La folie est reconnue comme une clause suspensive de la responsabilité depuis le XVIIIe siècle avant notre ère, à une période où le Code babylonien d'Hammourabi (1786-1686 av. J.-C.) exonérait de punition en vertu de l'article 206 celui qui pouvait prouver qu'il n'avait pas agi intentionnellement. Depuis l'adoption du nouvel Code pénal français en 1994, c'est l'article 122-1 alinéa 1 qui fait vivre ce principe anthropologique, envisageant que : « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* » (article 122-1 alinéa 1 CP de 1994). Depuis le XIXe siècle, toute personne entrant dans le champ d'application de cet article est renvoyée vers le secteur psychiatrique pour y faire l'objet de soins au lieu d'être punie. Ce principe est justifié tant par un principe ontologique envisageant qu'une personne ayant agi sous l'emprise d'une maladie mentale n'était plus maîtresse de ses actes, que par une éthique humaniste souhaitant sa protection au sein d'une institution soignante, plutôt que sa dégradation psychologique au sein du milieu carcéral.

Les experts psychiatres en « responsabilisant » des personnes présentant des troubles mentaux qualifiés de « graves » (i.e. *a minima* de nature « psychotique »)¹ dérogeraient à un principe anthropologique et éthique fondateur des sociétés occidentales modernes et de la psychiatrie clinique (Gauchet, Swain, 1980, Castel, 1976, Goldstein, 1977). Reprenant la critique foucauldienne à son compte, Michel Dubec, célèbre expert psychiatre parisien explique que « la première mission de l'expertise psychiatrique était de faire le partage entre folie et raison. Elle a progressivement abandonné ce rôle, sous l'influence conjuguée des critiques de la profession et de la tendance de la justice pénale à ne plus connaître aucune limite à son action. De ce fait, [...] elle se consacre désormais à rechercher les déterminants du délit et se montre un auxiliaire précieux de l'accusation. À force de rechercher les raisons d'un crime, elle finit par inventer le criminel » (Dubec, 1999, p. 8). Depuis lors, les chiffres présentés dans le rapport Pradier sont constamment repris par ce que différents commentateurs nomment désormais le « mouvement de responsabilisation » des infracteurs souffrant de troubles psychiatriques.

« D'une part, l'attitude des psychiatres experts [...] s'est substantiellement modifiée au cours des dix dernières années. Pour ce qui est des procès aux assises, c'est-à-dire de la criminalité, on est passé d'une proportion voisine de 16% d'accusés, jugés "irresponsables au moment des faits" au début des années 80, à 0,17 % pour l'année 1997 » (« La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions », Pierre Pradier ; Ministère de la justice, 1999, p. 41).

Mais qu'en est-il vraiment ? Au-delà des rhétoriques professionnelles et du travail de rationalisation des acteurs, un premier travail de thèse réalisé par une des membres de l'équipe (Protais, 2011 ; Protais, 2016) a effectivement montré une restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental par les experts psychiatres français des années 1950 à 2007/2009 (voir annexe méthodologique), dans des proportions toutefois moins importantes que celles annoncées par le rapport Pradier (voir *infra*, chapitre 1). Ce travail constituera un point de départ à cette recherche : ses résultats seront actualisés et certaines de ses conclusions versées à ce rapport.

Cette première recherche présente néanmoins une limite principale : elle analyse l'évolution de la pratique de l'expertise dans le monde de l'expertise. Mais d'autres mondes, exerçant une potentielle influence sur l'expert ont également un point de vue sur l'irresponsabilité pour cause de trouble mental : le monde de la psychiatrie en général, le monde des magistrats, etc. Quelles représentations de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental ont cours dans d'autres univers amenés à prendre partie sur cette question ? En quoi diffèrent-elles de celles des experts psychiatres, sont-elles en lien, voire sont-elles susceptibles de les influencer ?

¹ Un glossaire des principales notions psychiatriques figure à la fin du rapport.

La représentation sociale est classiquement définie comme une « forme de connaissance courante », dite « de sens commun » caractérisée par les propriétés suivantes : elle est socialement élaborée et partagée ; elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientation des conduites et des communications ; elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné » (Jodelet, 1991, p. 681-682)².

Les représentations peuvent également être abordées sous un angle davantage cognitif, comme « des interprétations qui utilisent des connaissances pour donner une signification d'ensemble aux éléments issus de l'analyse perceptive » (Richard, 2005, p. 9)³. « Les représentations sont [alors] le résultat d'interprétations qui concernent d'une part les éléments de la situation (ce que les auteurs qui étudient la mémoire épisodique appellent l'encodage), ce qui relève de la catégorisation, et d'autre part de la situation dans son ensemble, ce qui relève de la compréhension. » (Richard, 2005, p. 9) Les représentations constituent ainsi l'ensemble des informations prises en compte pour les traitements ultérieurs : « élaboration d'hypothèses d'action, prise de décision, mémorisation d'informations. Les représentations [...] sont l'équivalent de ce que d'autres auteurs appellent le contenu de la mémoire de travail ou de la mémoire opérationnelle » (Richard, 2005, p. 10-20). Elles sont des constructions mentales réalisées en fonction de circonstances particulières, *orientées par la nature de la décision à prendre*.

La représentation sociale d'un objet procède donc d'une sélection et d'un tri d'informations. Cette opération peut se réaliser, par exemple, en fonction de critères normatifs faisant référence aux valeurs culturelles du groupe ainsi que de critères sociaux⁴. À ce processus d'objectivation succède une phase de naturalisation, permettant à chaque élément d'acquérir le statut d'évidence et d'intégrer ainsi le sens commun. Une phase d'ancrage intervient aussi qui enracine la représentation dans le système de valeurs du sujet ou de la collectivité afin de lui donner une efficacité concrète.

Enfin, en psychologie sociale, on distingue, en toute représentation, un noyau central de son système périphérique. Le noyau central assure une stabilité temporelle à la représentation. Il présente une dimension normative, celle-ci étant manifeste dans le cas des représentations de la folie, de la maladie mentale, de la schizophrénie (voir Kohl, 2006, p. 20). Le système périphérique, pour sa

² Jodelet D., « Représentations sociales », in *Grand dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, 1991, p. 681-682.

³ Jean-François Richard, *Les activités mentales : De l'interprétation, de l'information à l'action*, Paris, A. Colin, 2005.

⁴ Moscovici Serge, *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF, 1961.

part, est en prise directe avec la réalité. Il régule les désaccords entre les éléments du noyau central et les informations, les événements de la vie sociale quotidienne. Les éléments qui le constituent sont plus souples et permettent l'adaptation de la représentation à une nouvelle situation, à un nouveau contexte.

Ainsi, les représentations ont à la fois un rôle *cognitif*, en permettant à l'individu de comprendre et d'expliquer le monde dans lequel il évolue. Elles permettent aussi à l'individu de s'orienter et d'orienter ses pratiques face à une réalité souvent difficile à saisir, tout comme de justifier les actions que le sujet accomplit dans le champ social. Les attitudes correspondent à la manière dont un individu se situe et se positionne par rapport à des objets de valeur⁵. Cette manière de se positionner influence, de surcroît, les informations que l'individu recueille sur cet objet mais aussi la place que cette représentation va prendre dans ses interactions sociales. Une représentation sociale d'un objet doit également pouvoir être partagée par les membres d'un groupe. Cet objet et les représentations qu'il suscite doivent constituer un enjeu pour le groupe, interprétable en termes d'identité ou de cohésion sociale. Les représentations sociales étant un ensemble d'informations et d'attitudes partagées par les membres d'un groupe, elles assurent une fonction identitaire.

La *fonction de justification* des pratiques est particulièrement importante à étudier concernant la maladie mentale et l'irresponsabilité pour cause de trouble mental dans le milieu psychiatrique et pénal. Par exemple, certaines attitudes sécuritaires concernant la maladie mentale tiennent à des représentations très négatives et stigmatisantes de la population concernant la maladie mentale (voir Kohl, 2006, ch. 4). Une représentation étant un *prêt-à-penser*, elle constitue indissolublement un « *prêt-à-agir* » car elles orientent les individus vers des types de comportements connus et admissibles, c'est-à-dire qui ne sont pas trop en dissonance avec les normes et les valeurs du groupe social. Elles permettent aux individus d'agir sur le réel en suivant un chemin balisé, en minimisant les risques d'exclusion. On peut donc imaginer que ces images stigmatisantes de la maladie mentale peuvent influencer le comportement d'un expert inscrit dans un groupe de pairs (psychiatres et experts) au moment où il doit rendre un avis sur la responsabilité d'une personne présentant des troubles mentaux.

L'analyse des représentations de la maladie mentale a trouvé un point de départ dans l'enquête « Santé mentale en population générale (SMPG). Images et réalités, 2001-2005 ». Cette enquête a été réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine. Elle s'est déroulée entre 1999 et 2003 en s'appuyant sur un outil de repérage, le questionnaire Mini, et la

⁵ Stoetzel J., *La psychologie sociale*, Paris, Champ Flammarion, 1978.

classification internationale des maladies (CIM 10). Elle s'est déroulée sur différents sites français, principalement entre 1999 et 2003. La SMPG interroge les personnes sur leurs représentations de la maladie mentale. Elle exclut de son champ d'étude certains groupes comme les personnes vivant en institutions, en maison de retraite, hospitalisées, incarcérées, ou sans domicile fixe, dont une proportion significative a des pathologies avérées.

Pour chaque personne interrogée, les questions explorent les propres représentations que les individus ont de la santé mentale ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisées. L'enquête se centre sur trois mots qui appartiennent au lexique de la santé mentale : « fou », « malade mental » et « dépressif ». Elle donne en outre des éléments sur l'idée que se fait la population générale de l'offre de soins, du mode d'accueil et de la place du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans la société.

L'enquête SMPG poursuit deux questionnements distincts. (a) Il s'agit, d'une part, pour les personnes interrogées, d'associer les termes de « fou », « malade mental » et « dépressif » à dix-huit comportements ou conduites reconnues comme illustratifs de troubles mentaux : par exemple, quelqu'un qui « a un discours bizarre, sans aucun sens » ou quelqu'un qui « est négligé, souvent sale ». Pour chacun de ces dix-huit comportements, on demande à la personne interrogée de juger s'ils relèvent d'un « fou », d'un « malade mental », d'un « dépressif » ou bien d'« aucun des trois ». (b) L'enquêté devait ensuite préciser s'il jugeait ces comportements « normaux/anormaux », et « dangereux/peu dangereux ».

L'un des principaux résultats consiste dans l'absence de vision commune de ce que serait un « fou », un « malade mental » et un « dépressif » pour 86% des personnes enquêtées et concernant la situation des images associées à ces trois termes (voir Quidu et Escaffre, 2010, p. 15). Néanmoins le « malade mental » est vu comme un individu déficient, au comportement ou au discours bizarre, tandis que le « fou » serait plutôt caractérisé par la violence (Quidu et Escaffre, 2010). Ces images ne sont guère influencées par la connaissance concrète de la maladie mentale.

Le terme « fou » est ainsi, plus fréquemment que « malade mental », et plus encore que « dépressif », associé à l'idée de meurtre. 45 % des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou ». Pour les personnes interrogées, le mot « fou » se réfère à une violence qui peut, dans certains cas, aller jusqu'au meurtre, alors que le « malade mental » est associé à un problème de nature médicale, avec des transgressions qui s'exercent dans les sphères plutôt intimes ou familiales (agressivité, violence envers les proches, viol) (Anguis *et al.*, 2001, p. 4). En somme, l'association folie-maladie mentale = violence-dangereusité demeure présente dans l'imaginaire collectif,

quoi qu'il en soit de l'information véhiculée. Du point de vue de la responsabilité, des éléments sont à retenir, en particulier 86% des enquêtés considèrent qu'un fou n'est pas responsable de sa folie et 76% qu'il n'est pas responsable de ses actes.

Observe-t-on le même type de représentation dans les différents univers susceptibles d'exercer une influence sur l'expert psychiatre appréhendant la responsabilité d'une personne présentant des troubles mentaux? C'est notamment à cette question que ce rapport entreprendra de répondre.

Les différentes arènes dans lesquelles ces représentations seront étudiées

L'expert confronté à la question de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental entre en interaction avec différentes entités qui véhiculent également divers points de vue sur cette question. Nous allons en étudier 5 différentes dans ce rapport : les psychiatres non experts, les personnes estimées irresponsables de leurs actes placées en psychiatrie, les magistrats instructeurs, l'opinion publique qui s'exprime par les médias, la sphère gouvernementale qui édicte les lois. De fait, l'expert est confronté à différents *mondes sociaux* (Strauss, 1992)⁶ constitués d'acteurs qui véhiculent différentes représentations sociales de la folie et de l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. On peut dès lors passer de la notion de *monde* à celle d'*arènes* (Dodier, 2003), si l'on considère que ces représentations sont construites dans des espaces de débat constitué par des personnes partageant globalement une expérience spécifique et située. L'expérience des psychiatres non experts confrontés à la question de la folie et de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental n'est pas la même que celle des patients ayant fait l'objet de cette mesure et des traitements psychiatriques qu'elle implique. Aussi, un même monde (celui de la psychiatrie) pourra être scindée en deux arènes, à partir du moment où on peut distinguer deux espaces de débat différents. 6 *arènes* sociales seront successivement étudiées dans ce rapport : l'arène des experts psychiatres, l'arène psychiatrique constituée des psychiatres non experts, celle des personnes traitées en psychiatrie ayant fait l'objet de l'alinéa 1 de l'article 122-1, celle des magistrats, des médias, et enfin l'arène étatique. La manière dont sont concrètement appréhendées ces différentes arènes est détaillée dans l'annexe méthodologique du présent rapport.

Le chapitre 1 de ce rapport sera consacré à l'étude l'arène des experts psychiatres, centrale dans la mesure où s'y déploie le *mouvement de responsabilisation des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux* que nous serons amenés à confirmer dans ce rapport. Les experts psychiatres sont en

⁶ Définis assez globalement par la spécialisation d'une certaine catégorie professionnelle et une activité dominante.

effet les « spécialistes » des questions relatives à l'irresponsabilité car c'est eux qui sont chargés de l'appréhender. Ils sont sensés véhiculer une conception technique « aboutie » de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, témoignant de leur professionnalité spécifique. Nous allons décrire cette tendance des années 1950 à nos jours, mais également analyser et expliquer les représentations qui sous-tendent une pratique « responsabilisante » à l'heure actuelle. Ce chapitre montrera ainsi qu'il a toujours existé une zone de désaccords entre des experts ayant une approche extensive de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental et d'autres qui en ont une appréhension plus restrictive. La spécificité de la période actuelle est une extension des représentations conduisant à une pratique plus responsabilisante.

Le chapitre 2 aura pour objectif d'étudier le positionnement de l'arène des psychiatres non experts qui diffuse des conceptions techniques « non expertes » sur les questions de folie et d'irresponsabilité. Les mêmes dissensions que dans le milieu des experts psychiatres existent-elles dans l'arène psychiatrie en général ? Peuvent-ils se répartir entre les deux mêmes pôles de positions lorsqu'ils font référence à la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, que les experts psychiatres ? Ont-ils la même technicité pour appréhender cette question ? Ces questions nous permettront d'aborder rétroactivement la question de la professionnalité des experts psychiatres sur la question de l'irresponsabilité et du lien qu'elle entretient avec la pratique clinique principale.

Les psychiatres défendant des conceptions différentes de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental s'appuient sur des représentations opposées des malades de la psychiatrie ayant commis des infractions et du rapport qu'ils entretiennent avec leur responsabilité morale. Ces points de vue dépendent de leur positionnement idéologique sur la question, mais également de leur pratique quotidienne et leur expérience du patient ayant commis des infractions dans le traitement. On peut ainsi légitimement poser l'hypothèse qu'un psychiatre travaillant en Unité pour malades difficiles (ou UMD, voir encadré 1), qui a l'habitude de prendre en charge des personnes ayant été déclarées irresponsables par recours à l'article 122-1 alinéa 1, n'aura pas les mêmes conceptions qu'un psychiatre d'Unités d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) ou de Service médico-psychologique régional (SMPR), qui a l'habitude de prendre en charge des individus présentant des troubles mentaux ayant fait l'objet d'un jugement pénal. L'influence de l'expérience construite au sein de la pratique psychiatrique quotidienne est un élément qui sera étudié également dans le chapitre 2 de ce rapport.

Mais qu'en pensent également les patients concernés ? Outre le point de vue des experts sur la question, l'ambition de cette recherche est également d'écouter la parole d'une pluralité d'acteurs confrontés à la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. On peut par ailleurs envisager

que leur parole sera bien différente de celle des experts, car liée à une expérience qui leur est propre. Ce rapport propose de fournir le point de vue de quelques patients aux représentations ancrées dans un parcours biographique marqué par une irresponsabilisation par recours à l'article 122-1 alinéa 1 du CP. Comment appréhendent-ils la décision dont ils ont fait l'objet ? La valorisent-ils ou à l'inverse, la déprécient-ils ? Comment envisagent-ils leur placement en institution psychiatrique ? Aurait-ils préféré être jugés, voire être placés en prison ? Ces questions feront l'objet du chapitre 3 de ce rapport.

Encadré 1 Le placement des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis des infractions en France

Le système français obéit à une stricte séparation des logiques psychiatrique - dont relève la personne ayant une maladie mentale déresponsabilisée - et judiciaire - dont relève l'individu responsable de ses actes (Collectif Contrast, 2015). Au XIXe, la loi de 1838 instaure le placement du malade mental déresponsabilisé pénalement dans un établissement psychiatrique. Elle crée un asile psychiatrique par département qu'elle place sous le contrôle de l'autorité publique et non judiciaire. Lorsque le malade mental est déresponsabilisé, le juge transmet son dossier au préfet qui décide, avec l'aide de l'autorité médicale (l'expert ayant rendu un rapport d'expertise psychiatrique faisant office d'avis médical) du placement d'office, s'il estime que l'individu compromet la sécurité publique. La sortie est laissée à l'autorité administrative et médicale sur des critères exclusivement médicaux.

En 1990, puis avec les lois du 5 Juillet 2011 et du 27 septembre 2013, l'ancienne loi de 1838 est révisée tout en reprenant les principes essentiels⁷. C'est bien plutôt la rénovation du système de soins psychiatriques dans le cadre de la réforme du secteur française en 1960 qui instaure les changements les plus notables pour les déresponsabilisés psychiques, qui peuvent être placés en services d'hospitalisation classique, mais également en Unités pour Malades Difficiles (dites « UMD ») lorsque le patient « présente pour autrui un danger tel qu'il nécessite des protocoles thérapeutiques adaptés et des mesures de sûreté particulières. »⁸

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques et déresponsabilisées pour cause de trouble mental sont donc soumises à trois modalités de prise en charge : ou bien l'état mental de l'individu à la fin de l'information judiciaire ne nécessite plus d'hospitalisation en psychiatrie, et l'individu est libre. Ou bien, l'état psychiatrique du déresponsabilisé psychique nécessite une hospitalisation, qui peut dès lors se faire soit dans un service de soin classique, s'il ne présente pas de dangerosité particulière, soit dans une Unité pour Malades Difficiles, dans le cas inverse. Il existe actuellement en France 10 structures de ce type. Les quatre premières ont été construites entre 1910 et 1963. Les 6 dernières depuis 2008, et notons que la loi du 5 Mai 2010 a prévu la création de 5 UMD supplémentaires.

Lorsqu'une personne ayant une maladie psychiatrique est estimée responsable de ses actes, peut-elle être soignée en milieu carcéral ? Au XIXe, les premières annexes pénitentiaires destinées aux détenus souffrant de ces maladies sont créées, comme le quartier pour aliénés

⁷ Elles viennent redéfinir les différentes modalités d'hospitalisation en psychiatrie tout en conservant la distinction entre les hospitalisations libres (ou Soins Psychiatriques Libres ou SPL), à la demande d'une autre personne, *i.e.* d'une personne de l'entourage du patient ou d'un médecin (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ou SPDT, Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent ou SPPI, Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence ou SPDTU), ou à la demande d'un représentant de l'état (Soins Psychiatrique sur Décision d'un Représentant de l'Etat ou SPDRE).

⁸ Circulaire du 14/10/1986.

criminels de Gaillon qui fonctionnent de 1876 à 1906. En 1967, sur l'initiative de Paul Hivert, des services psychiatriques en milieu carcéral, dépendant exclusivement de l'autorité sanitaire, remplacent les annexes psychiatriques : les centres médico-psychologiques régionales (dits « CMPR »). En 1977, 14 voient alors le jour sous l'impulsion de Simone Veil. Quelques lits d'hospitalisation y sont présents, mais ils fonctionnent uniquement sous le régime de l'hospitalisation libre (*i.e.* à la demande du patient). Les détenus nécessitant une hospitalisation d'office une fois en prison, doivent donc être extraits du milieu carcéral via l'article D398⁹ du code de procédure pénal et être placés dans un service d'hospitalisation classique ou en UMD. Pourtant, face à l'engorgement des UMD et des services médico-psychologiques régionales, remplaçant les anciens CMPR, (dits « SMPR ») ce dispositif est complété par la loi du 9 septembre 2002 qui prévoit la création d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées (dites « UHSA ») permettant l'hospitalisation psychiatrique sans consentement des détenus directement en milieu carcéral. Les délinquants et les criminels estimés responsables de leurs actes peuvent dès lors être hospitalisés sans sortir du régime de détention (voir à ce sujet la thèse de Camille Lancelevée, 2016).

La quatrième arène étudiée ici est celle des magistrats confrontés à la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, et plus précisément des juges d'instruction. Le juge est le seul à pouvoir rendre une décision de justice concernant la responsabilité d'une personne. Il ne commet un expert que pour l'éclairer/ « conseiller », à titre d'auxiliaire (Leclerc, 2005), dans sa prise de décision (voir encadré 2). L'affaire d'Outreau en 2004 a donné lieu à une critique acerbe du rapport qui se nouait entre un juge et « ses » experts dans le courant d'une instruction. Si un travail récent a montré que le rapport de connivence entre juges et experts devait être fortement relativisé (Pélisse, Protais, Larchet, Charrier, 2009), la question se pose néanmoins sur les cas spécifiques questionnant la responsabilité d'une personne présentant des troubles mentaux. Ces cas sont en effet suffisamment rares, tout en apparaissant aux yeux de certains juges comme « problématiques », eût égard aux conséquences pénales qu'ils peuvent avoir – à savoir l'irresponsabilité –, pour mobiliser la plus grande attention du magistrat. Ces cas vont-ils donc faire l'objet d'un traitement spécifique ? Si oui, ceci peut-il être mis en lien avec les orientations idéologiques du juge sur la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental ? C'est à ces questions que le chapitre 3 aura vocation de répondre en étudiant les représentations des juges d'instruction nourrie par leurs fonctions en contexte judiciaire.

Encadré 2 L'expert psychiatre en justice

L'expert psychiatre est inscrit sur une liste dressée par la cour d'appel valable pour cinq ans. Il peut être commis par un magistrat dans des contextes divers : au civil ou au pénal. Au civil, il

⁹ « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. »

peut par exemple être nommé par le juge aux affaires familiales, pour évaluer la capacité d'un des parents à obtenir la garde des enfants. Au pénal (cas qui va nous intéresser dans ce rapport), il est commis pour évaluer dans la plupart des cas la responsabilité d'un individu, mais également pour appréhender l'état psychologique du mis-en-examen ou de sa victime. Il peut ainsi intervenir à différents moments de l'information judiciaire : à l'ouverture, durant la garde à vue principalement, si le procureur général estime que l'état psychique du sujet peut poser problème quant à la poursuite du processus pénal ; par le juge d'instruction qui demande systématiquement une expertise pour mettre de côté la maladie mentale comme cause d'irresponsabilité pénale. Mais il peut également être nommé par le président des assises ou d'une chambre correctionnelle, lorsque le magistrat décide d'un complément à l'enquête.

La cinquième arène étudiée est celle des médias délivrant des représentations *communes* de la folie. Si un certain nombre de commentateurs du mouvement de responsabilisation du malade mental dénoncent la pression sécuritaire (Rossinelli, 2001) exercée par l'opinion publique, une étude approfondie de la presse nous permettrait-elle de la mettre en évidence, voire de la dater ? Y observe-t-on effectivement une apparition de la figure de la victime (Lameyre, 2002), ou encore une intolérance de la part de l'univers social à voir une personne ayant commis des infractions demeurer impunie (Salas, 2001) ?

Enfin, l'arène gouvernementale, étudiée dans le chapitre 6 de ce rapport contribue à mettre en place le cadre dans lequel l'expert réalise sa mission. Les acteurs la constituant commanditent en effet des rapports, commissions d'enquête, théoriquement destinés à aider le législateur lorsqu'il promulgue des lois touchant de près ou de loin la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. L'ensemble des lois en vigueur encadre l'activité du psychiatre en général et de l'expert en particulier. Certains commentateurs dénoncent l'orientation « sécuritaire » de la politique actuelle à l'égard de la psychiatrie (Doron 2008, Wyvekenskens 2010, Danet 2008, Jean 2008, Pradel 2008, Leturmy 2009, Delmas Marty 2010).

Chapitre 1 : La pratique des experts psychiatres ou la restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (1950-2014)

Par Caroline Protais

C'est à l'origine l'article 64¹⁰ du code pénal de 1810 puis l'article 122-1¹¹ du nouveau code pénal de 1992 qui justifie l'appel à l'expert psychiatre par le juge en France. Sa mission dans le cadre de l'expertise est d'évaluer l'état du *discernement* et du *contrôle* de l'individu au moment de son crime. Si ces deux fonctions sont estimées comme *abolies* (alinéa 1 de l'article 122-1) au moment des faits, la personne est estimée irresponsable de ses actes. Si elles sont estimées seulement *altérées* (aliéna 2), la personne demeure responsable et donc punissable. C'est précisément au cœur de cette distinction que se serait logée la tendance à responsabiliser des personnes présentant des troubles psychiques graves à l'heure actuelle (Zagury, 2001). D'autres causes sont néanmoins invoquées, laissant penser que la tendance interviendrait bien antérieurement aux années 1990. Certains questionnent l'impact d'un mouvement psychanalytique vantant les vertus thérapeutiques de la peine, mais également une certaine idéologie humaniste souhaitant redonner une citoyenneté au malade mental via l'attribution de sa responsabilité pénale (Dubec, 2001, Chaumont, 1998). D'autres, le manque de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie (Zagury, 2001). Cette carence conduirait un certain nombre de professionnels à responsabiliser certains patients face auxquels ils se sentent démunis dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique du fait de leur dangerosité (Rosinelli, 2001). D'autres enfin pointent une plus grande attention portée à la victime (de Beaurepaire, 2004 ; Gravier, 1995) et son désir de « réparation » face au crime commis par une personne présentant des troubles mentaux.

L'objectif de ce chapitre est de faire un état des lieux sur la tendance actuelle des experts psychiatres français à « responsabiliser » des personnes présentant

¹⁰ « Il n'y a ni crime ni délit si l'individu était en état de démence au moment des faits. »

¹¹ « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

des troubles psychiques dits « graves » (*i.e.* de la lignée de la psychose décompensée¹²), tout en la recontextualisant dans l'histoire.

Pour ce faire, il propose : de partir de la pratique actuelle, en présentant la diversité des approches des experts psychiatres face à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (I) ; de décrire la tendance à la restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental des années 1950 à nos jours (II) ; de montrer comment les experts psychiatres justifient/ motivent leurs pratiques, et notamment leur pratique « responsabilisante » et de questionner le chemin qu'ont parcouru ces univers de justifications/ représentations sur un demi-siècle (III). Comment ont-ils circulé durant le second XIXe, sous l'impulsion de quels événements ? L'étude de cette question permettra de nous positionner sur l'ensemble des causes invoquées par les commentateurs du « mouvement des responsabilisation » des malades de la psychiatrie ayant commis des infractions.

Ainsi, l'idée générale de ce chapitre est d'expliquer l'évolution de la pratique de l'expertise par les représentations des experts psychiatres. Nous verrons que si certaines d'entre elles sont constantes avec le temps, elles n'ont pourtant pas la même diffusion dans l'univers professionnel psychiatrique. C'est l'extension de certaines représentations prônant la responsabilisation des personnes présentant des troubles mentaux qui permettent d'expliquer l'état de la pratique de l'expertise à l'heure actuelle.

Ce chapitre entend ainsi compiler des matériaux d'enquête variés accumulés sur une longue période : celui amassé dans la thèse de Caroline Protais (Protais, 2011, 2016) et celui qui a été récolté grâce au budget de la mission Droit et Justice du GIP-justice (appel à projet 2013) dont l'objectif était une actualisation des résultats de la thèse (voir encadré 1 et annexe méthodologique).

Nous démontrerons ainsi que des années 1950 à nos jours, le champ clinique de l'irresponsabilité s'est profondément restreint, cette tendance se prolongeant encore de nos jours. La responsabilisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques et criminelles se justifie depuis les années 1970 par un système de représentations (que nous appellerons « répertoire ») qui souhaite reconnaître les intérêts des victimes, tout en vantant également les vertus humanisantes et thérapeutiques de la reconnaissance de responsabilité pénale. Ce système a été constitué au lendemain de la seconde guerre mondiale et s'est généralisé par la suite sous l'impulsion des critiques de la psychiatrie, de l'exposition de l'usage politique de la profession en ex-URSS, de la réduction des

¹² La psychose est une maladie cyclique. Elle est dite « décompensée » pour renvoyer à un état aigu du processus pathologique. Elle se manifeste alors par des signes cliniques dits « positifs » comme le délire (« construction intellectuelle non conforme à la réalité et à laquelle le sujet apporte une croyance inébranlable » (Porot, 1969)) où la dissociation (état de déstructuration de la pensée). Dans les phases dites de « rémission » de la psychose, où la personne semble « aller mieux », l'affection se manifeste par des signes dits « négatifs », comme une froideur du contact et une certaine anesthésie du sentiment. Voir plus généralement le glossaire des principales notions psychiatriques.

lits d'hospitalisation en psychiatrie et de la montée en charge de la figure de la victime depuis les années 1970. Nous terminerons par un questionnement sur la mutation de ce système de représentations vers un répertoire de la défense sociale (voir encadré 3) dans une période très récente.

Encadré 1 : les différents matériaux d'enquête utilisés

Sans entrer dans le détail de l'annexe méthodologique, il est utile à ce niveau de détailler les différents matériaux utilisés dans le cadre de ce chapitre, tant ses conclusions tiennent à leur croisement. Ils seront détaillés en fonction des différentes étapes de la réflexion effectuée dans ce chapitre.

Etude de la pratique de l'expertise dans la période actuelle :

- matériau de thèse : 50 expertises, certaines concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (étudiées entre 2000 et 2007), certaines concluant à la responsabilité malgré la présence de troubles psychiques équivalents aux premières expertises (étudiées entre 2000 et 2009) ; exploration de la pratique de 29 experts psychiatres à l'aide d'entretiens menés en 2009.

- matériau de l'enquête GIP : 10 dossiers concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (étudiées entre 2007 et 2014) ; 17 dossiers concluant à la responsabilité de personnes présentant des troubles équivalents (étudiées entre 2004¹³ et 2012).

Etude de la pratique de l'expertise depuis 1950 :

- matériau de thèse : 270 expertises, certaines concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (étudiées entre 1950 et 2007), certaines concluant à la responsabilité malgré la présence de troubles psychiques équivalents aux premières expertises (étudiées entre 1950 et 2009) ; exploration de la pratique de 29 experts psychiatres à l'aide d'entretiens menés en 2009.

- matériau de l'enquête GIP : 10 dossiers concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (étudiées entre 2007 et 2014) ; 17 dossiers concluant à la responsabilité de personnes présentant des troubles équivalents (étudiées entre 2004 et 2012).

- matériau commun aux deux enquêtes : exploitation statistique des annuaires statistiques du ministère de la justice.

Etude des arguments permettant de justifier des pratiques différentes de l'irresponsabilité :

- matériau de thèse : 29 entretiens avec des experts psychiatres interrogés en 2009; analyse de 509 articles exploités entre 1950 et 2005 dans *l'Information psychiatrique, L'évolution psychiatrique, les annales médico-psychologiques, les congrès annuels des médecins aliéniste et des psychiatres de langue française*.

- matériau de l'enquête GIP : 10 dossiers concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, 17 dossiers concluant à la responsabilité de personnes présentant des troubles équivalents, 58 résumés d'articles issus de la presse psychiatrique récoltés via les bases de données medline, Francis et Pascal entre 2005 et 2014.

I. Pratiques d'experts à l'heure actuelle

Depuis le XIXe siècle, le monde de l'expertise est divisé entre certains experts qui considèrent que le principe d'irresponsabilité pour cause de trouble mental doit s'appliquer d'une manière assez large et d'autres qui prônent une approche plus restreinte de ce principe. Ce constat révèle la grande labilité des

¹³ Le critère d'inclusion des dossiers dans l'enquête GIP était que la décision intervienne à partir de 2009. Néanmoins, dans le cas d'affaires ayant fait l'objet d'un traitement pénal assez long, où différents experts ont été nommés, certaines expertises marginales remontaient à une période antérieure à 2009, la plus vieille datant de 2004.

interprétations des psychiatres experts. Dans la période actuelle, s'opposent ainsi certains qui rendent des rapports allant dans le sens de l'application de l'article 122-1 alinéa 1 plusieurs fois par an, à d'autres qui sont amenés à conclure à l'irresponsabilité très rarement (une petite dizaine de fois dans une carrière d'expert d'une vingtaine d'années). L'émergence de cette dernière catégorie qui restreint considérablement le champ d'application de l'article 122-1 al. 1 est une caractéristique de la période actuelle. Nous allons dans un premier temps décrire les différentes conceptions de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental à l'heure actuelle (1), pour ensuite préciser l'univers de représentations auxquelles elles renvoient (2). Nous verrons que la manière dont l'expert conçoit la responsabilité en lien avec des troubles mentaux dénote de sa représentation de la maladie psychiatrique et de la manière dont elle altère ou non la liberté de la personne. Certains mettent également en place des « stratégies » utiles pour ne pas conclure à l'alinéa 1 de l'article 122-1. C'est par la description de ces manières de faire typiques des experts plutôt défavorables, voire clairement opposés, au principe d'irresponsabilité que nous finirons par décrire (3).

Encadré 2. Comprendre le travail de l'expert lorsqu'il évalue la responsabilité d'un mis-en-examen

Une expertise psychiatrique est une réponse à la commande d'un juge justifiée par l'article 122-1 du code pénal et l'article C345 du code de procédure pénale¹⁴. Voici les 6 questions les plus généralement posées par le juge à l'heure actuelle :

« 1) L'examen du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ? Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

2) L'infraction qui lui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ?

3) Le sujet présente-t-il un état dangereux ?

4) Le sujet est-il accessible à la sanction pénale ?

5) Le sujet est-il curable ou réadaptable ?

6) Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou altéré le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du code pénal ? »¹⁵.

Avant 1992, l'article 64 était en vigueur (à la place de l'article 122-1), et la majorité des magistrats jusque dans le courant des années 1970, n'incluaient pas les questions de l'article C345. Ils se limitaient donc généralement à deux questions :

¹⁴ Le code de procédure pénale de 1958 reprend la mission de l'expertise psychiatrique en y ajoutant quatre questions : l'individu est-il curable ? Réadaptable ? Présente-t-il un état dangereux ? Est-il accessible à une sanction pénale ? Ces questions ont été fortement contestées au titre qu'elles élargissent le rôle de l'expert psychiatre et qu'elle l'immisce sur des problématiques criminologiques. Pour un aperçu de ces critiques, voir Landry, 1977.

¹⁵ Une question subsidiaire existe pour les personnes susceptibles de faire l'objet d'un suivi socio-judiciaire comme les délinquants sexuels, mais elle reste secondaire par rapport à notre objet d'étude.

1) L'individu était-il en état de démence au moment des faits ?

2) Préciser le degré de responsabilité du mis-en-examen au moment de son acte ? ¹⁶

Toutefois des années 1950 aux années 2000, le raisonnement que l'expert doit théoriquement élaborer reste à peu près le même :

- 1) L'expert doit dans un premier temps poser un diagnostic au moment de l'expertise.
- 2) Il doit dans un deuxième temps envisager le lien qu'il existe entre le diagnostic au temps de l'expertise et le crime (question 2). Pour ce faire, il pose un diagnostic au moment des faits, appelé assez communément le « diagnostic rétrospectif ».
- 3) Sur cette base, le psychiatre doit évaluer le lien qui peut être établi entre le diagnostic rétrospectif et l'infraction.
- 4) Cette question s'articule alors de près à la quatrième étape du raisonnement expertal où il s'agit de résoudre la question de la responsabilité pénale en lien avec un trouble mental. Dans la période actuelle, l'expert doit mettre en évidence l'état précis (il faut, nous le rappelons, distinguer *l'abolition* de *l'altération*) des fonctions de *contrôle* et de *discernement* de l'individu au moment de son crime. En 1950, il doit distinguer l'état de démence de l'état « normal », voire des niveaux de responsabilité.
- 5) Dans la période actuelle, il devra enfin résoudre les quatre questions « annexes » - dangerosité, réadaptabilité/ curabilité, accessibilité à la sanction pénale.

1. Des conceptions différentes de l'irresponsabilité

La période actuelle est caractérisée par des pratiques variant en fonction des experts psychiatres. Beaucoup ont des conceptions différentes de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental qu'ils appliquent à différents cas cliniques. Voici la manière dont les 29 psychiatres experts interrogés dans le cadre de la thèse (Protais 2011, 2016) définissent le champ de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal :

¹⁶ Cette question prend acte de la circulaire Chaumié de 1905 qui demande à l'expert d'évaluer le degré précis de responsabilité chez le mis-en-examen : « Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé. Pour atteindre ce résultat, j'estime que la commission devra toujours contenir et poser d'office, en toutes matières, les deux questions suivantes :

1) Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du code pénal.

2) Dire si l'examen psychiatrique et biologique ne recèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité. (...) ». Cette circulaire devait remplacer l'article 64 mais elle demeurera inappliquée à cause des importantes controverses qu'elle a soulevé dans le milieu de l'expertise.

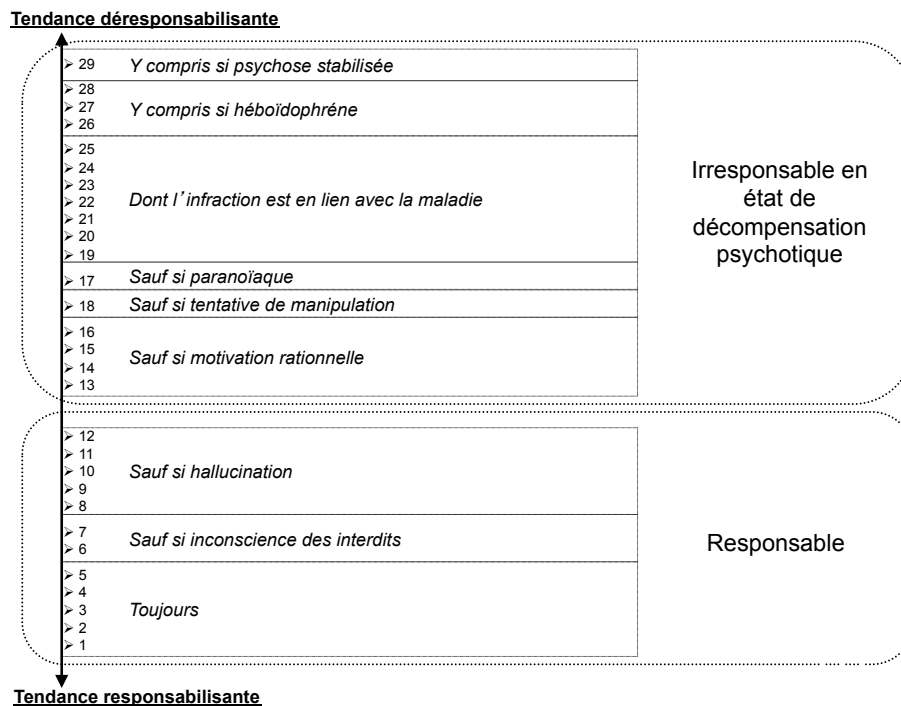


Figure 1 - Pratiques de l'irresponsabilité chez 29 experts interrogés en 2009

Source : Protais, 2011.

Croisé à l'étude des expertises de la période actuelle (voir encadré 1 et annexe méthodologique), le graphique 1 permet de distinguer 9 manières différentes d'appréhender l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Certains vont plutôt dans le sens d'une association entre irresponsabilité et troubles psychotiques, là où d'autres essaient de soutenir la responsabilité de la personne dans la majorité des cas. Plus précisément, les experts 29 à 17 sont amenés à conclure en l'application de l'article 122-1 al. 1. plusieurs fois par an ; les experts 12 à 1 quelques fois, voire très rarement dans leur carrière d'experts ; les experts 18 à 13 constituent des cas intermédiaires. Nous regrouperons ces professionnels en sept grandes catégories de raisonnement, en regroupant les deux premières catégories d'experts présentés dans la figure 1 (en partant d'une lecture de haut en bas) et les catégories 5 et 6. Ces professionnels témoignent en effet de raisonnements proches qu'il n'est pas nécessaire de distinguer. Nous les présenterons ici ces sept formes de raisonnement en allant des approches les plus « déresponsabilisantes » aux plus « responsabilisantes » - i.e. du haut vers le bas du graphique.

La première catégorie d'experts (experts 29 à 26) témoigne d'un raisonnement de type « diagnostique ». Ces derniers associent strictement une vignette clinique à l'état d'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Ils ne procèdent pas en un raisonnement spécifique sur l'état des facultés de discernement et de contrôle du mis-en-examen distincte de l'évaluation clinique, tel qu'y invite l'article 122-1 du CP (voir encadré 2). Ils vont ainsi conclure à

l'alinéa 1 de l'article 122-1 lorsqu'ils peuvent poser le diagnostic de psychose décompensée, mais également de psychose stabilisée ou d'héboïdophrénie (voir annexe des notions psychiatriques). Ces deux dernières vignettes cliniques sont deux affections mentales qui ne se manifestent pas par des troubles psychotiques évidents (dits « positifs » dans le vocabulaire psychiatrique, tels le délire ou la dissociation, voir annexe des notions psychiatriques), évoquant de manière claire l'état de « folie ». Ces experts sont également amenés à déresponsabiliser des personnes présentant des « déficits mentales profondes ». Ces cas sont toutefois beaucoup plus marginaux dans le flot des personnes que les psychiatres ont à expertiser que les personnes présentant des « psychoses ». Notons que les professionnels interrogés ne font entrer aucun autre type de trouble dans le champ de l'irresponsabilité.

Cette manière d'appréhender l'irresponsabilité en fait des experts qui ont une conception très large de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, pour l'époque actuelle en tout cas (voir *infra*). Cette catégorie de professionnels est également bien visible dans le matériau d'enquête GIP. Analysons le corpus des 8 affaires concluant en l'application de l'article 122-1 alinéa 1 trouvées via le site légifrance (voir encadré 1, voir *infra* chapitre 4 tableau 2) : dans deux des quatre cas où le diagnostic de schizophrénie est posé, les experts mentionnent également une composante « héboïdophrénique », et dans un autre cas, la schizophrénie est considérée en voie de rémission. Cette catégorie d'experts se retrouve aussi parmi les 10 dossiers concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental étudiés entre 2007 et 2014 (voir *infra* tableau 1). Dans quatre cas le psychiatre conclut à la schizophrénie, sans préciser si l'affection est dans un état décompensé ou non, comme si cela importait peu à ses yeux.

La deuxième catégorie d'experts (expert 25 à 19) sortent du raisonnement strictement « diagnostique ». Ils considèrent qu'il ne faut pas seulement que l'individu soit dans un état de décompensation psychotique pour être déresponsabilisé. Il faut également qu'un lien puisse être établi entre la maladie mentale et l'acte commis. Dans le cas de M. Furet¹⁷ par exemple, accusé du meurtre de sa mère en 2014, par exemple, l'expert explique :

« Il considérait que sa mère était le diable, que son comportement et ses propos étaient destinés à lui nuire, à lui porter préjudice, à anéantir sa vie. Il apparaît ainsi que le sujet développait une décompensation psychopathologique aigüe caractérisée par l'expression d'un syndrome de dissociation intrapsychique de la pensée, le conduisant à fonctionner ainsi essentiellement sur un mode interprétatif, sa mère étant définie comme un mauvais objet qui devait disparaître pour lui permettre de connaître des modalités psycho-existentielles plus calmes et plus harmonieuses. (...) Ainsi de tels troubles psychopathologiques graves du cours de la pensée paraissent s'inscrire dans l'expression de l'évolution d'une très probable maladie psychotique, à type de schizophrénie de type paranoïde ayant ainsi favorisé et facilité l'expression et le

¹⁷ Les noms, dates et lieux ont été modifiés pour obtenir une anonymisation des données maximales.

développement du déterminisme criminogène de son passage à l'acte criminel de type matricide. »

Ces experts décrivent bien le lien entre les symptômes occasionnés par la pathologie et le crime. Pour illustrer le cas d'une personne, ne relevant pas de l'irresponsabilité, tout en étant tout de même en état de décompensation psychotique, ces psychiatres présentent généralement l'exemple d'une personne délirante qui volerait de l'argent à des fins utilitaires. Le vol d'argent ne relevant pas de la dynamique pathologique, cet individu resterait responsable de l'acte délictueux commis.

La troisième catégorie d'experts (expert 17) prône l'irresponsabilité des personnes en état de décompensation psychotique, à l'exception des individus atteints d'une psychose paranoïaque délirante¹⁸. Le délire propre à cette affection mentale est en effet caractérisé par une cohérence qui lui donne l'apparence de la rationalité. Ce type de symptômes conduit certains psychiatres à considérer que le paranoïaque *a choisi* de commettre un crime car il est rationnel, et ainsi à le reconnaître responsable pénalement.

« Je sais pas trop comment vous dire. Le paranoïaque pour moi c'est pas comme le grand schizophrène désorganisé. Il est logique, il est cohérent, il choisit les choses froidement » (expert psychiatre hospitalier, 62 ans).

La quatrième catégorie d'experts (expert 18 à 13) ira encore plus loin dans le raisonnement précédent, en le généralisant. Pour ces professionnels, l'irresponsabilité s'applique à toutes les personnes en état de décompensation psychotique, à l'exception de celles qui tentent de manipuler leur auditoire, ou verbalisant des motivations rationnelles en entretien. Cet argument conduit certains experts à responsabiliser des personnes présentant une schizophrénie décompensée dont le discours est cohérent, comme l'expert 17 le fait lorsqu'il est amené à expertiser un individu présentant une paranoïa délirante.

Prenons l'exemple du cas de Frédéric Ré, largement étudié dans la thèse, qui a tué les deux éducateurs en charge de ses enfants en 2000 : un des experts commis sur son affaire explique que le mis en examen donne des explications rationnelles à son crime, souhaitant se venger d'une personne l'ayant privé de son rôle de père. Ce constat justifie à ses yeux sa responsabilisation à un niveau pénal. Voici ce qu'il nous explique lorsqu'on le confronte à ce cas en entretien :

« Y'a des schizophrènes dans un état délirant complet qui organisent très bien leur crime ! Un schizophrène ne boit pas son coca par l'oreille ! » (expert psychiatre hospitalier, 63 ans).

¹⁸ Il faut à cet égard distinguer dans la sémiologie psychiatrique : la « personnalité paranoïaque » désignant une structuration de la personnalité interprétant à mauvais escient certains éléments disparates de la réalité, du délire paranoïaque véritablement constitué, basé sur une intuition délirante et organisé ensuite de manière cohérente autour d'une thématique unique.

Cette phrase permettait à cet expert de montrer que même les personnes pouvant être considérées comme les plus « malades » par la psychiatrie sont capables de cohérence et de rationalité, et qu'elles demeurent donc (à quelques rares exceptions près) responsables de leurs actes. A l'inverse, le premier expert conclut à l'irresponsabilité de Frédéric Ré. Il considère en effet que les motivations invoquées étaient inscrites dans le faisceau délirant, quoiqu'ayant l'apparence de la rationalité. Ce constat de « décompensation psychotique aiguë » en lien avec le passage à l'acte justifiait à ses yeux la déresponsabilisation du mis en examen sur le plan pénal.

La cinquième catégorie d'experts (expert 12 à 18) considèrent que la majorité des personnes en état de décompensation psychotique demeurent responsable de ses actes, en dehors des personnes dont le crime est en lien avec des hallucinations injonctives (voix, visions, etc...).

« La petite voix c'est une voix intérieure de la conscience, mais ce n'est pas une hallucination » (expertise de Verre, accusé d'homicide volontaire en 2001).

Le cas paradigmatique de ce type de positionnement est celui d'une personne tuant son co-détenu, « ses » voix lui disant que seul le meurtre lui permettrait d'échapper à la persécution subie. Les experts qui prônent cette conception de l'irresponsabilité reconnaissent en effet que ces cas sont peu fréquents parmi l'ensemble des personnes sous l'emprise d'une décompensation psychotique. Ils sont donc amenés à conclure très rarement en l'article 122-1 al.1.

La sixième catégorie d'experts (experts 7 et 6) considère que la majorité des personnes en état de décompensation psychotique demeure responsable de ses actes, à l'exception de ceux qui, au sein du délire, perdent la conscience des interdits fondamentaux. Reprenant par coïncidence le cas de M. Furet, le psychiatre ci-dessous explique comment ce dernier relèverait, selon lui de l'irresponsabilité :

« Vous avez le cas d'un schizophrène qui dit : je suis Lucifer et ma mère est Dieu, et Dieu a décidé d'anéantir le monde. Si je ne tue pas Dieu, le monde sera anéanti. Il tue sa mère. Qui pourrait dire qu'il n'a pas délibéré avec lui-même? » (expert psychiatre, 61 ans, interrogé dans le cadre de la thèse).

Le critère discriminant pour ce professionnel est celui du discernement moral : à partir du moment où le mis-en-examen conserve une conscience des interdits fondamentaux, y compris au sein du délire, il reste responsable de ses actes.

La septième catégorie d'experts (experts 5 à 1) sont radicalement opposés à l'irresponsabilité. Ils s'y opposent pour des raisons idéologiques sur lesquelles nous reviendrons. Certains d'entre eux n'ont jamais conclu en l'article 122-1 al.1 dans toute leur carrière d'experts :

« Bon là sous la pression de mon collègue, on a conclu au 122-1, mais d'habitude j'y suis très réticente. Si j'ai prononcé deux irresponsabilités dans ma vie c'est déjà beaucoup ! » (expert psychiatre hospitalier, 57 ans, interrogé dans le cadre de la thèse).

2. Des représentations différentes de l'effet de la maladie mentale sur le psychisme

Ces différentes appréhensions de l'irresponsabilité dévoilent des représentations différentes de l'effet de la maladie mentale sur le psychisme humain. Les psychiatres interrogés relient eux-mêmes la question de l'irresponsabilité à celle de la définition de la pathologie psychiatrique en entretien. Nous rapprocherons dans cette sous-section ces différentes représentations aux sept catégories de raisonnement que nous venons de décrire dans le 1). Lorsque nous évoquons ici la « maladie mentale », nous faisons référence à la psychose, puisque les personnes présentant des psychoses sont les principaux cas à être irresponsabilisés dans la période 2000-2010.

Une approche englobante et fixiste de la maladie mentale

Les experts qui témoignent d'une approche diagnostique de l'irresponsabilité (expert 29 à 26), *i.e.* qui préconisent de l'appliquer à toutes les personnes atteintes d'une psychose, qu'elle soit dans un état décompensé ou non, endossent une conception englobante et fixiste de cette entité pathologique. Englobante, dans la mesure où, quel que soit le degré et le niveau d'altération des fonctions qu'elle occasionne sur la personne, la présence de ce type de trouble mental réduirait l'ensemble de la personnalité au déterminisme pathologique. En d'autres termes, que l'affection mentale influence la personne dans son comportement ou dans ses pensées reviendrait au même ; sa personnalité demeurerait globalement altérée par le processus psychotique. Fixiste, puisqu'à partir du moment où l'individu peut être considéré comme atteint de psychose, il apparaîtrait influencé dans son fonctionnement psychique global sur une longue période, voire sur l'ensemble de sa vie.

Dans le cas de M. Elias, par exemple ayant tué l'ensemble de sa famille en 2012, le psychiatre explique : « M. Elias savait ce qu'il faisait au sens où il n'était ni confus ni sous l'emprise d'un délire, mais il n'était pas en mesure de contrôler ses actes. » La symptomatologie psychotique est bien considérée comme un état altérant la personne dans son ensemble, même si elle n'influence pas directement sa perception intellectuelle du monde qui l'entoure. On est ici face à une représentation englobante de la maladie mentale.

Dans l'expertise pour homicide de M. Dit, l'expert explique : « Le mode de début de la maladie est à mon sens assez ancien et l'ensemble du comportement du sujet doit être interprété comme étant lié à la maladie mentale authentique

dont il est atteint. » La psychose est ainsi conçue comme une entité influençant la personne sur le long terme. On est bien face à une conception fixiste de la pathologie psychiatrique.

La décompensation psychotique comme état aliénant la personne au global

Pour les experts de la deuxième catégorie (expert 25 à 29), ce n'est pas la psychose en général qui est conçue comme un état aliénant la personne, mais l'état de décompensation en tant que tel. Dans le cas de M. Giraud par exemple accusé de viols en 2010, le point important du raisonnement des experts consiste à démontrer qu'il était bien dans un état de décompensation psychotique au moment des faits. Ils expliquent notamment que la symptomatologie « était très active au moment de la commission des faits, comme l'attestait d'ailleurs certaines déclarations de la victime. Il se trouvait en rupture avec la réalité. Les faits reprochés au sujet étaient directement en lien avec les troubles psychiatriques présents et actifs au moment de leur commission et responsables de l'abolition de son discernement et du contrôle de ses actes. »

Ce raisonnement témoigne bien de l'idée sous-jacente selon laquelle l'état de décompensation psychotique engage d'emblée un rapport à soi-même et à ses actes entravé. C'est exactement le même type de représentation que présenté ci-dessus, mais appliqué à la décompensation psychotique et non à la psychose sous toutes ses formes.

La scission de la personnalité en certaines zones prises dans le processus pathologique et d'autres qui ne le sont pas

Pourtant certains experts de cette catégorie ont une vision légèrement plus restrictive. Ils envisagent que la psychose ne détermine pas l'ensemble des actes d'une personne, mais uniquement ceux qui sont en lien avec les symptômes psychotiques positifs (délire, dissociation) qu'elle occasionne.

Dans le cas M. Memmi, par exemple, ayant tué sa compagne en 2009, l'expert explique que « l'élaboration et l'expression de la pensée se trouvait parasitée et compromise par la production fleurie d'un délire de mécanisme interprétatoire et intuitif à thème de malveillance, de persécution (...) ». Cet état est considéré comme aliénant par l'expert : le processus pathologique altère certaines perceptions de la personne, et la victime était justement conçue par le mis-en-examen comme le persécuteur. La perception de la victime était donc délirante. L'individu peut de fait être considéré comme irresponsable de ses actes. Ce lien entre le crime et les symptômes occasionnés par la maladie mentale est pour certains la condition *sine qua none* pour que la personne entre dans le champ d'application de l'article 122-1 al.1. La personne atteinte par la psychose, y compris décompensée, n'est pas considérée comme déterminée en soi. Sa

personnalité est perçue comme scindée : entre les parties « prises » dans et par le processus pathologique et d'autres qui resteraient indemnes.

Le cas de M. Melou accusé pour le hold-up de la banque dans laquelle il était employé en 2000 illustre parfaitement le type de cas inverse, *i.e.* sur lequel les experts vont considérer que la partie de sa personnalité ayant commis l'acte restait « saine ». Au moment de l'examen, l'expert met en évidence un « délire paranoïaque extensif en secteur ». La personne allègue avoir fait l'objet de menaces de la part de ses employeurs, ce pourquoi il aurait commis cet acte. La question posée par le collège d'experts ayant examiné M. Mélou est la suivante :

« Sur le plan de la responsabilité, deux raisonnements médico-légaux sont cohérents :

- Diagnostic de paranoïa sensitive avec les éléments délirants amenant à l'abolition du discernement ou considérant que les éléments de niveau délirant sont prévalents dans la période considérée ; et qu'ils sous-tendent l'acte.

- Diagnostic de paranoïa sensitive avec existence d'éléments délirants de façon chronique en secteur ; mais appréhension du passage à l'acte comme motivé par un désir de faire peur (selon le sujet) pour se venger d'une humiliation subie ; la dynamique du passage à l'acte s'inscrivant donc là dans le champ d'une affectivité compréhensible, les éléments psychopathologiques valant alors altération du discernement.

(...) Au demeurant, en toute rigueur médico-légale, le sujet relève parfois de l'abolition du discernement, et parfois il n'en relève pas. L'essence même de l'article 122-1 est de mettre en relation un état mental à un moment donné et l'infraction qui a été commise. C'est donc l'analyse des passages à l'acte qui s'avère déterminante »

« Quel est donc l'univers motivationnel qui a conduit au passage à l'acte ? », se demande l'expert. L'ambiguïté sur le cas de M. Mélou est bien qu'il allègue un sentiment de persécution, en même temps qu'un sentiment de vengeance à l'égard de son patron. Dans le premier cas, la motivation du crime se révélerait être de nature délirante, mais pas dans le second. Les deux ordres de motivation étant mêlés dans le discours du mis-en-examen, l'expert hésite. Il finira par valoriser les motivations rationnelles pour soutenir la responsabilité de M. Mélou sur le plan pénal.

Aliénation et désorganisation totale de la pensée

Les experts de la troisième et quatrième catégorie (expert 17 à 13) considèrent que seul l'état de décompensation psychotique « grave », *i.e.* qui engage une déstructuration et une désorganisation totale de la pensée engage véritablement un état d'aliénation. C'est précisément le cas des experts qui considèrent que les malades valorisant des motivations rationnelles et logiquement construites ne sont pas irresponsables. Aussi, seuls les délires occupant une part très importante de la vie psychique, qui occasionnent une conception absolument biaisée de la réalité seraient conçus comme véritablement aliénants. Le cas de M. Verre, qui est pourtant reconnu comme atteint d'une psychose paranoïaque n'est pas irresponsabilisé pour la raison suivante :

« Il n'est pas pris dans une interprétation complète du monde dans laquelle il se débat », (expertise de M. Verre accusé d'homicide volontaire en 2001).

On voit bien ici que le délire doit être très « envahissant », doit englober intégralement le champ de perceptions du mis-en-examen, pour être considéré comme aliénant.

Toujours irresponsables, à quelques exceptions près...

On en arrive donc à des experts (experts de la cinquième et sixième catégorie, soit les experts 12 à 6) qui considèrent que, dans la majeure partie des cas, la psychose décompensée n'est pas un état aliénant. D'ailleurs, la forme que prend les rapports de ces professionnels est caractéristique : dans la majorité des cas, ils détaillent un certain nombre capacités préservées chez le malade, pour démontrer *in fine* qu'il conserve un rapport à la réalité, à lui-même et à ses actes satisfaisant, en tout cas suffisamment pour passer en jugement. Le fait de conserver un souvenir de la situation criminelle, de développer une stratégie de défense, de conserver une conscience de l'interdit, d'être capable d'adaptation, de raisonnement et d'entrer en lien avec les autres sont quelques-unes des capacités susceptibles d'être valorisées par ces experts.

« Les troubles lui ont d'ailleurs permis d'exercer son métier et de conserver *une capacité d'adaptation minimale*. (...) les troubles présentés par le sujet n'ont pas de caractère permanent de gravité majeure ; ils sont susceptibles de bénéficier de transitoires rémissions partielles. Le sujet *garde une relation partielle avec la réalité, de qualité et d'intensité variable, mais d'efficacité relative*. Il garde de ce fait des *capacités de jugement et de réflexion* pouvant être adaptées et pertinentes mais susceptibles de graves altérations dans des phases pathologiques. Pour ces raisons, il garde *une capacité de jugement le rendant partiellement accessible à une sanction pénale* » (expertise de M. Ferdinand, accusé du meurtre de son fils, en 2009).¹⁹

Dans cette expertise, une capacité minimale d'adaptation et de compréhension de la réalité joue dans le sens de la responsabilisation du mis-en-examen. Les experts 12 à 8 affirment néanmoins que les hallucinations ou les délires injonctifs constitueraient des exceptions. Ces deux symptômes ne laisseraient en effet aucune prise au malade pour se raccrocher à des perceptions communément partagées. Les hallucinations se substituent en effet totalement à une appréhension « juste » de la situation. Généralement elles procurent également à l'individu une telle souffrance, qu'il est quasiment impossible de leurs résister. Ces experts se questionnent ainsi sur le degré de contrôle que la personne conserve au sein de son délire.

Les experts 6 et 7 en viendront alors à considérer, nous l'avons vu, qu'en dehors des quelques rares, voire hypothétiques, cas dans lesquels les personnes

¹⁹ Les passages mis en italiques sont soulignés par nous.

perdent la conscience des interdits fondamentaux, la personne demeure responsable de ses actes.

Dans tous les cas: la responsabilité

Certains psychiatres, comme les experts 5 à 1 semblent également désirer que l'expertisé soit responsabilisé coûte que coûte par la justice. Ils valorisent ainsi le fait que la personne réclame sa responsabilité ou est en mesure, au moment de l'information judiciaire, de répondre de ses actes. Ces experts se détournent donc d'une réflexion sur le diagnostic au moment des faits, telle qu'y invite pourtant la formulation de l'article 122-1 alinéa 1 (voir encadré 2) par une réflexion sur l'état de la personne au moment de l'examen. Or la majorité des personnes présentant des troubles psychotiques sont mises sous traitement au moment de leur expertise. En effet, dans la majorité des cas, ces mis en examen sont placés en détention provisoire, dans un établissement pénitentiaire où ils sont, la plupart du temps, pris en charge par l'équipe médicale. Mis sous neuroleptiques, les troubles sont ainsi atténués au moment où ils rencontrent le psychiatre expert. Ce dernier peut alors en conclure que la personne peut à présent être jugée par la justice. Dans le cas de M. Verre à nouveau, un des cinq professionnels commis sur cette affaire explique : « avoir à répondre de ses actes devant la justice, Verre en est à présent capable ». C'est sur cette base-là, indépendamment de l'état de la personne au moment des faits, que l'expert rend un avis concluant à la responsabilité – quoique partielle – du mis-en-examen. La responsabilité semble dès lors érigée en « bien en soi » (Dodier, 2003) à poursuivre dans tous les cas, pour des raisons sur lesquelles nous allons revenir.

3. Des stratégies de contournement de la question de l'irresponsabilité

L'analyse des expertises montre également que parmi ces derniers experts certains mettent en place des stratégies destinées à éviter que la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental ne soit posée par les juges. Cette stratégie permet au psychiatre de ne pas justifier sa décision, et ainsi de réaliser une « économie argumentative » devant la justice. Là où certains professionnels opposés au principe d'irresponsabilité pour cause de trouble mental argumentent ce point de vue devant la justice, d'autres la contournent.

La minimisation des troubles

Dans quelques expertises, il semble exister une contradiction entre les symptômes mis en évidence par l'expert et le diagnostic qu'il pose. Cette hypothèse est bien souvent corroborée par le fait que d'autres experts commis sur cette affaire ou l'équipe sanitaire en détention soutiennent le diagnostic de psychose sur la base des mêmes constatations cliniques. Vraies ou fausses

controverses cliniques ? De nombreux soignants en milieu carcéral nous expliquent :

« Ah bah oui, au lieu de conclure à la psychose on conclut à la personnalité limite ! C'est commode ce genre de diagnostic », (psychiatre hospitalier, SMPR, 45 ans, interrogé dans le cadre de la thèse).

Certains psychiatres semblent donc « tordre » le diagnostic en concluant soit à la « normalité » du mis-en-examen, soit à des étiquettes cliniques intermédiaires telles celles « d'état-limite », de « personnalité psychotique », ou de « personnalité dysharmonique à la limite de la psychose ». Sur le cas de M. Habit par exemple, accusé du meurtre de son épouse en 1979, les experts expliquent :

« Habit fonde sa conviction sur des éléments peu significatifs qu'il interprète afin d'avoir une preuve de la justesse de ses idées. (...) Atteinte de ses capacités de raisonnement et de jugement. (...) Le raisonnement correctement structuré repose sur des prémisses dont la valeur tire de la conviction absolue et non de l'expérience. »

Le délire est défini par la nosographie psychiatrique comme un système perceptif construit sur des prémisses fausses. Le système mis en place par M. Habit semble correspondre à cette définition, puisqu'il « fonde sa conviction sur des éléments peu significatifs ». Pourtant, les experts ne concluent pas à la psychose, à l'inverse de l'équipe soignante en détention qui conclura en la décompensation psychotique. Les psychiatres commis dans le cadre de l'instruction décrivent alors M. Habit comme présentant une « certaine organisation de la personnalité où prédomine la rigidité du raisonnement, la fausseté du jugement, un important égocentrisme, et la possibilité d'acquiescer des convictions absolues ». Ceci correspond à la description clinique d'une « personnalité paranoïaque » (voir note 15 et glossaire des notions psychiatriques), mais pas à celle d'une personne présentant une psychose.

La négation des troubles

Certains experts en viennent même à masquer certains troubles psychiques présents chez le mis-en-examen pour éviter le diagnostic de psychose. En témoigne ce psychiatre interrogé dans le cadre de la thèse :

« Donc, il m'est arrivé de dire à la personne avec laquelle je faisais l'expertise: « écoutez, moi je vous demande d'enlever le mot délire, parlez éventuellement qu'il a du mal à distinguer les fantasmes de la réalité à la limite ». Mais parler de délire dans certains cas c'est quand même un autre problème » (expert psychiatre hospitalier, 65 ans).

La construction morale de l'expertisé

Cette attitude est définie par Michel Foucault (2000) comme une opération de réduction du mis-en-examen à un certain nombre de traits de caractère « négatifs » qui sont forcés dans le tableau dressé par le psychiatre.

Prenons l'exemple de M. Perez accusé du meurtre de sa belle-mère en 1958.

Voici un extrait de son expertise :

« Cette affaire ne présente aucune obscurité psychologique. Perez est partout présenté comme un sujet de caractère fermé, sournois. (...) Ses sens se sont éveillés impérieusement. C'est un espagnol aux passions ardentes. La cohabitation avec sa pseudo-belle-mère excitait ses désirs. Il la voyait se déshabiller, couchant dans l'unique chambre. (...) alors il a été pris d'un violent dépit, l'a assommé d'un coup de marteau, puis a assouvi sur la femme inanimée sa passion charnelle, après quoi il l'a achevée au rasoir. (...) Arrêté, il a tout avoué. Il s'agit bien d'un drame classique de passion méridionale. On pourrait ressortir à ce sujet tous les vieux clichés, la phrase d'Antony, etc. Si cela s'était passé à Tolède, on trouverait l'affaire simple, la couleur locale aidant. Dans le XIème, encore que le quartier soit mal famé, elle est moins banale, mais les conditions ethniques résistent au changement de latitude. (...) Individuellement Perez est un pervers (...). Il était déjà en très mauvaise voie. Son acte procède donc bien de son caractère habituel. (...) Il est bien évidemment très réticent mais il a toujours été « fermé » de l'avis de presque tous les témoins de son passé, et l'on comprend qu'il lui soit pénible de s'épancher ouvertement. »

Dans cette expertise, le psychiatre mêle une appréciation dépréciative de l'individu à un jugement de caractère ethnique. Les espagnols se présenteraient comme des gens « aux passions ardentes », en mesure de les conduire au meurtre, au viol post mortem, voire à la mutilation d'une femme désirée, si elle se refuse à un homme. Le crime est ainsi banalisé, et apparaît comme « cliché », « couleur locale », conduisant bien ici à l'oubli de l'hypothèse pathologique de la part du professionnel. L'expertisé sera définitivement enfermé dans une identité « sournoise », « perverse », « en mauvaise voie », au sein de laquelle il semble inexorablement lié aux éléments ethniques et caractériels précédemment décrits. On assiste bien là à une forme de *construction du criminel au sein de l'expertise* bien décrite par Michel Foucault, où le savoir psychiatrique objectivant laisse la place à une forme de jugement de valeur dressant le portrait d'un individu dont sont majorés les traits dépréciatifs. D'ailleurs, confirmant l'impression qui se dégage à la lecture du rapport, un an après le jugement, la psychiatre exerçant dans le lieu où il est incarcéré rétablit l'ambiguïté clinique d'un individu au « contact difficile, taciturne, renfermé, inhibé, (qui) ne regarde jamais son interlocuteur, (et) garde le plus souvent la tête baissée », questionnant l'existence d'une pathologique « psychotique » sous-jacente.

Cette pratique se retrouve toujours à l'heure actuelle. Le cas emblématique de ce type de positionnement est celui de Pascal Si étudié dans la thèse :

« L'expertise nous met donc en présence d'un homme qui reconnaît, quelles que soient les circonlocutions qu'il prend pour l'expliquer, avoir donné la mort à un enfant. Qui s'est livré très probablement à des activités sexuelles sur lui avant ou après et qui a ensuite tenté de se débarrasser du petit cadavre. Homme dont par ailleurs les antécédents psychiatriques et judiciaires sont chargés, et à ce point compatibles avec les faits qu'on lui reproche actuellement, que son psychiatre traitant accablé s'est senti tenu d'alerter la justice. Un homme enfin que ses conduites délictueuses antérieures ont conduit, suivant

l'appréciation de son état clinique et de sa responsabilité aussi bien en hospitalisation d'office en unité de malades difficiles, qu'à un séjour en prison avec une condamnation. Il représente donc l'exemple type des patients dits « médico-légaux », qui donnent souvent à penser qu'il n'existe de toute façon pas de bonne solution pour répondre socialement et individuellement à leurs passages à l'acte. [...] Ce tableau très particulier d'un homme qui parle sans percevoir en apparence le tort qu'il se fait ni le côté extravagant voire odieux [...] finit par composer un personnage ahurissant, qui peut susciter une répulsion et une sévérité du jugement qui iraient sans doute au-delà de ce que justifie son fonctionnement psychique qui reste quand même de nature nettement pathologique et doit être considéré comme un trouble neuro-psychique au sens de l'article 122.1 deuxième alinéa du Code. »

Si la fin de l'expertise permet de relativiser les propos de l'expert, le reste du rapport est saturé de termes laissant transparaître les valeurs du professionnel : il met en évidence un « personnage ahurissant », « accablant » son psychiatre traitant, « extravagant, voire odieux ». Ce discours, engage un jugement sans appel pour un non spécialiste de la psychiatrie : le personnage a commis des actes « barbares », de manière froide et délibérée, il faut donc le punir.

II. Approche historique de la pratique de l'expertise : la responsabilisation des personnes ayant commis des infractions et souffrant de troubles psychiatriques (1950-2014)

Comment caractériser la pratique de l'expertise dans les années 1950 par rapport à ce qui vient d'être décrit dans la période actuelle ? Le saut temporel entre ces deux périodes permet de mettre en évidence une restriction claire du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Deux sources permettent de le démontrer : les statistiques du ministère de la justice constituent la première. Remontant jusqu'à 1984, elles ne permettent toutefois pas d'avoir une vision du phénomène antérieurement à cette date. L'analyse d'un échantillon d'expertises qui questionnent l'application de l'article 122-1 alinéa 1 (ou l'article 64 avant 1950) (voir encadré 1 et annexe méthodologique) depuis 1950 vient compléter cette première analyse statistique.

1. L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en chiffres 1984-2014

Le ministère de la Justice dispose d'un système d'information statistique depuis 1974. A partir de 1975, il édite en effet un certain nombre de données sur l'ensemble de l'activité judiciaire, de la justice civile à l'activité de l'administration pénitentiaire, en passant par la justice pénale et celle des

mineurs²⁰. Nous avons vu que le classement d'une affaire pénale pour cause de trouble mental pouvait intervenir à différents niveaux de la chaîne pénale (voir encadré 2 en introduction). Néanmoins, le ministère de la justice ne répertorie que les non-lieux par recours à l'article 122-1 CP prononcés au niveau de l'instruction. Le graphique 2 fait un état de ces chiffres :

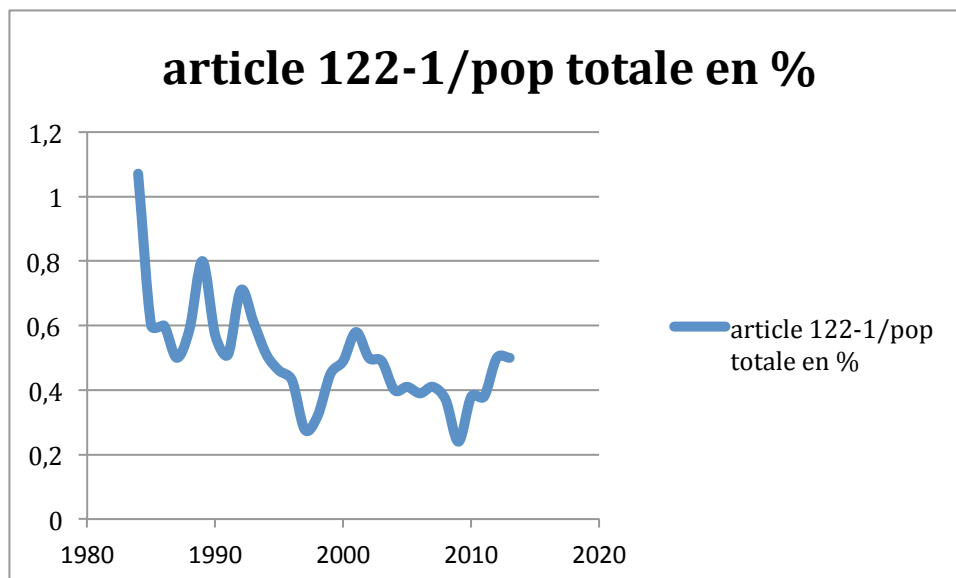


Figure 2 - L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental 1985-2014
 Source : Protais, 2011.

Ces chiffres révèlent une chute claire de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, confirmant ainsi une tendance à la responsabilisation des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Celle-ci survient dès les années 1980, se prolongeant dans les années 1990 et se stabilisant à la baisse dans les années 2000. A partir de la fin des années 1990, la courbe des non-lieux psychiatriques trouve un rythme sinusoïdal à peu près constant s'échelonnant entre 0,2 et 0,6%. En prenant les taux les plus hauts et les plus bas de la période 1984-2010, on met en évidence une division par 4,3 des non-lieux pour cause de trouble mental.

Deux véritables changements concernant la pratique de l'expertise sont survenus dans les trente dernières années. Le premier au début des années 1980, où se situe la chute la plus claire du taux d'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Toutefois, le système d'information statistique du ministère de la Justice n'étant pas en mesure de livrer des chiffres antérieurement à cette année isolée, nous ne pouvons conclure à une tendance d'ensemble.

Le second changement survient entre 1992 et 1997, au moment de l'adoption de l'article 122-1 du code pénal, venant remplacer le vieil article 64 de 1810, adopté en 1992 et entré en application en 1994. Cette révision paraît avoir eu

²⁰ Successivement appelés Les comptes généraux de la justice, Les annuaires statistiques du ministère de la justice, et depuis 2011 Chiffres clés.

certaines répercussions sur la pratique de l'expertise psychiatrique, même si le rapport de causalité précis entre les deux phénomènes reste difficile à démontrer. Si ce lien pouvait toutefois être établi, on pourrait faire l'hypothèse que l'adoption du nouvel article 122-1 et les usages auxquels il va donner lieu s'inscrit, voire vient stabiliser, une tendance déjà bien amorcée depuis les années 1980 et même bien antérieurement.

2. Ce que disent les expertises : la restriction clinique du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental depuis 1950

La vérification d'un mouvement de responsabilisation des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux sur une longue période a été permise par un travail de comparaison qualitative d'expertises (voir encadré 1 et annexe méthodologique) concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental à d'autres n'y concluant pas malgré la présence de troubles psychiques équivalents.

Cette étude a permis de montrer dans un premier temps, qu'il a toujours existé une opposition entre des experts qui ont une approche extensive de l'irresponsabilité, et d'autres qui en ont une approche plus restrictive. La diversité de la pratique expertale mise en évidence dans la période actuelle ne date donc pas d'hier. La responsabilité des personnes présentant des troubles mentaux ayant commis des infractions, n'a jamais été un sujet univoque, relevant d'approches sociales stabilisées et consensuelles. Mais au-delà de cette diversité, il y a toujours eu certains cas cliniques suscitant des désaccords entre experts : ce qui évolue donc entre les années 1950 et les années 2000, c'est bien le type de cas qui suscitent des controverses entre psychiatres.

Plus précisément, les cas engageant des approches contradictoires dans les années 1950 variaient entre des personnes présentant des troubles de l'ordre de la névrose, mais surtout ce que la nosographie psychiatrique actuelle désignerait par « troubles du comportement » ou « psychopathie » (voire « perversion »). Ils étaient à cette époque qualifiés par la vieille notion de « déséquilibre » héritée d'Emile Dupré pour désigner des comportements se manifestant par de l'agressivité, des conduites antisociales ou « désadaptées », conçues à cette période à l'aune du paradigme de l'hérédité. Au-delà de cette zone de controverse, toutes les personnes qui présentaient des troubles pouvant être qualifiés de « psychotiques » à l'heure actuelle, qu'ils soient de nature décompensée ou non étaient estimés irresponsables. Toute une frange de cas qui présentaient des troubles du comportement étaient donc susceptibles d'être estimés tantôt responsables et tantôt irresponsables en fonction des experts dans les années 1950, voire même quelques rares cas présentant des troubles de l'ordre de la « névrose ». Le « noyau dur » de l'irresponsabilité en 1950 était donc

constitué de personnes présentant des troubles psychotiques sous des formes très diversifiées.

Par contraste, dans les années 2000 jusqu'en 2014, les cas qui suscitent des désaccords entre experts évoluent nous l'avons déjà constaté : ce ne sont plus les « psychopathes », mais bien des personnes qui présentent des troubles de la lignée psychotique, s'apparentant au délire, voire à de la dissociation (voir glossaire des principales notions psychiatriques). Dans la période actuelle, les seuls cas qui peuvent postuler à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental sont justement les personnes qui présentent des troubles de l'ordre de la psychose. Dans un échantillon de 20 cas irresponsabilisés par recours à l'article 122-1 alinéa 1 du CP constitué entre 2000 et 2007 (Protais, 2011), la symptomatologie psychotique est dominante, puisque 85% des cas irresponsabilisés sont considérés comme atteints de psychose décompensée. Les autres cas étaient atteints selon les experts soit de « débilité profonde », soit de pathologie psychotique non décompensée, mais ils sont rares.

La même conclusion est également valable à partir de 2007, puisque parmi les 10 cas étudiés dans le cadre de l'enquête GIP pour actualiser les résultats précédents, le diagnostic de schizophrénie est permanent, et dans 7 expertises la décompensation au moment des faits est mise en avant par les experts. Le tableau 1 en témoigne :

M. Tipi	vol	expertise 1		schizophrénie
Madame Sol	vol	expertise 2		schizophrénie psycho-affective
M. Bar	homicide	expertise 3	expert 1	schizophrénie
M. Elias	homicides	expertise 4	expert 2	troubles psychotiques
M. Dit	homicide	expertise 5	expert 3	schizophrénie paranoïde
M. Ben	homicide	expertise 6	expert 4	schizophrénie
M. Hammer	viol séquestr	expertise 7		schizophrénie paranoïde
M. Memmi	homocide	expertise 8		schizophrénie paranoïde
		expertise 9	expert 5	schizophrénie paranoïde
M. Furet	matricide	expertise 10	expert 6	schizophrénie paranoïde
		expertise 11	expert 7	schizophrénie
M. Giraud	viols	expertise 12	expert 8	schizophrénie

Tableau 1 - Expertises concluant à l'irresponsabilité (2007-2014)

Cette conclusion est par ailleurs renforcée par l'analyse de la jurisprudence réalisée dans le cadre de cette enquête (voir tableau 2 du chapitre 4). Huit cas où la chambre de l'instruction ou la cour de cassation a confirmé ou opté pour le non-lieu pour cause de trouble mental ont été analysés. Dans six de ces huit cas, le diagnostic est présent dans l'arrêt rendu par la cour d'appel. Dans 4 cas, il s'agit d'une schizophrénie, et dans deux cas d'une débilité. Ceux sur lesquels le diagnostic de schizophrénie a été posé sont également décrits par les experts comme présentant une floraison importante de symptômes psychotiques décompensés (délire, dissociation).

Des années 1950 à nos jours, le champ de l'article 122-1 al. 1 s'est donc restreint à la débilité profonde, et bien plus encore à la schizophrénie décompensée, se manifestant par un tableau clinique cumulant les différents signes « positifs » (tels le délire ou la dissociation, voir glossaire des principales notions psychiatriques) de la psychose.

Par ailleurs, phénomène plus marquant encore, les diagnostics de psychose décompensée se retrouvent également dans un échantillon de 30 cas constitué dans la thèse de Caroline Protais entre 2003 et 2009, sur lesquels au moins un expert a rendu un avis concluant à la responsabilité pénale de la personne malgré le signalement de troubles de la lignée psychotique par l'équipe soignante en détention. Parmi ces 30 cas, 11 personnes présentent, pour le psychiatre qui les a expertisés une psychose décompensée, soit 33% des cas. Les 19 cas restants sont constitués de 6 personnes présentant une « personnalité psychotique », 3 cas des troubles du comportement ou une débilité et dans 10 cas aucune pathologie psychotique n'est décelée au moment de l'instruction judiciaire. La présence de cas présentant des troubles de la lignée psychotique parmi les personnes « responsabilisées » par les experts est donc un phénomène inédit, caractéristique de la période actuelle.

Ainsi, les raisonnements consistant à envisager que la personne reste responsable de ses actes, malgré la présence de troubles psychotiques de quelque nature que ce soit, sont typiques de la période récente. A l'inverse, le raisonnement diagnostique consistant à associer la psychose à l'état d'irresponsabilité était majoritaire dans les années 1950.

La responsabilisation s'est construite progressivement au cours de l'histoire. Si dans les années 1950-1960, les experts ne remettaient pas encore en cause la conception fixiste et aliénante de la psychose. Certains commençaient toutefois à récuser ce type d'appréhension de l'affection mentale dans le cas des troubles du comportement. L'enquête de P. Broussole et M. Chalabreysse datée de 1966, où un certain nombre de psychiatres ont été interrogés sur la question de l'irresponsabilité en témoigne : une majorité de professionnels à cette période affirmaient vouloir confronter le psychopathe aux conséquences de ses actes. Le cas de M. Jazz par exemple, accusé d'incendie volontaire en 1958, illustre particulièrement bien ce type de conception :

« L'acte est directement en rapport avec l'état mental décrit ci-dessus. C'est un geste impulsif, commis dans un moment de colère aveugle encore augmenté par une prise d'alcool et sans en avoir mesuré les conséquences. [...] Disons cependant que les anomalies relevées chez l'inculpé ne sont pas de nature à le faire reconnaître comme en état d'irresponsabilité totale. Jazz a su acquérir malgré son arriération quelques connaissances scolaires. [...] Il a été capable d'une certaine adaptation sociale. »

Si l'expert considère que l'acte incriminé est en lien avec les troubles du caractère couplés à la débilité qu'il met en évidence, pour lui, ce type de symptômes n'ôte pas à la personne sa responsabilité pénale, puisqu'il permet

une « certaine adaptation sociale ». La valorisation des capacités préservées de la personne souvent observée à l'heure actuelle pour soutenir la responsabilité de personnes présentant des troubles psychotiques apparaît ici sur des cas cliniques différents.

A partir de la fin des années 1960, les premiers cas de psychose paranoïaque à être responsabilisés par les experts apparaissent. Dans le cas de M. Serrat, par exemple accusé de meurtre en 1967, le premier expert conclut à un délire de persécution ainsi qu'à l'existence d'une psychose paranoïaque. A l'inverse, le second psychiatre commis dans cette affaire explique :

« Pendant les mois où ils ont cohabité, Serrat a vécu comme spécialement menaçant Patrick lequel jugeait l'amitié envahissante de l'autre à ce point inquiétante qu'il lui interdisait sa porte. Est-ce possible de tabler sur une psychose délirante ? Le mode de vie solitaire évoque une psychose schizophrénique, toutefois le contact facile entre lui et nous permet d'évincer ce diagnostic. Le détachement vis-à-vis des faits ne semble pas témoigner d'une discordance psycho-affective : il paraît plutôt s'agir d'un mécanisme inconscient de défense destiné à rendre supportable pour lui-même une culpabilité qu'il n'ignore pas. Il n'est pas possible non plus de parler de psychose paranoïaque caractérisée. Le meurtre ne s'inscrit pas dans un développement délirant logique : il est le fait d'une réaction impulsive vis-à-vis d'un personnage ressenti comme dangereux. Il convient plutôt de parler d'un mode de pensée paranoïaque, de comportements paranoïaques. »

Vraie ou fausse controverse clinique ? Cette période marque en tout état de cause l'émergence de ce type de controverses dans les échantillons d'expertises étudiés.

Dans les années 1980, les experts commencent à déclarer responsables des personnes chez lesquelles la psychose paraît plus présente. Dans le cas de M. Garsin par exemple, accusé de meurtre en 1980, le psychiatre constate une « personnalité schizoïde très marquée. Il établit difficilement des relations avec les autres et présente une affectivité très inhibée. Il passe à l'acte meurtrier sans grande motivation avec des motivations tout à fait futiles. » Rappelons que la froideur affective et le repli social comptent parmi les symptômes traditionnellement décrits par les psychiatres pour caractériser la schizophrénie. Pourtant l'expert considère que le mis-en-examen conserve un rapport à la réalité suffisant pour être estimé responsable de ses actes.

Dans les années 1990 ces raisonnements se multiplient. Les experts semblent attendre un niveau d'altération des capacités cognitives plus important pour conclure à l'irresponsabilité. Dans le cas M. Richard, par exemple, présentant aux yeux des experts une débilité mentale avancée, accusé de viol en 1995, le raisonnement du psychiatre est éloquent :

« Il parvient cependant à répondre à un certain nombre de questions et peut préciser dans le domaine de la sexualité qu'il a eu ses premières relations sexuelles à 23 ans. [...] Il est donc possible de supposer une certaine connaissance du bien et du mal en matière sexuelle. »

Certains endossent les raisonnements que l'on a mis en évidence dans la période actuelle. Pour ces derniers, il est nécessaire que la pathologie ait aboli la conscience du bien ou du mal pour que la personne entre dans le champ de l'alinéa 1 de l'article 122-1. Certains autres considèrent que seules les hallucinations ou les actes imposés ôtent à l'individu toute capacité de contrôle sur ses actes. C'est notamment le cas de M. Lassale, diagnostiqué de « paranoïaque » et expertisé en 1992 suite au meurtre de l'amant de sa femme que l'expert décrit comme « susceptible, interprétatif, quelque peu retors, » percevant son rival comme « une personne qui selon lui, le narguait (dit que quelqu'un passait en klaxonnant, voulant le narguer) ». L'expert explique qu'il ne présentait pourtant « pas de mécanisme hallucinatoire, ou d'actes imposés », et conclut à sa responsabilité.

3. Recul de la responsabilisation ou généralisation des stratégies de contournement de l'irresponsabilité dans une période très récente ?

Terminons cette rétrospective historique par une réflexion sur les années 2009-2012. La comparaison de deux échantillons de cas concluant à la responsabilité de personnes présentant des troubles psychotiques dans les années 2000 puis à partir de 2009 (voir encadré méthodologique) invitent à questionner une évolution des stratégies des experts pour responsabiliser une personne.

Un recul de la responsabilisation depuis 2009 ?...

Ces deux tableaux (4 et 5) permettent de comparer deux échantillons de cas estimés responsables par la justice, malgré le signalement de troubles psychotiques par l'équipe soignante en détention :

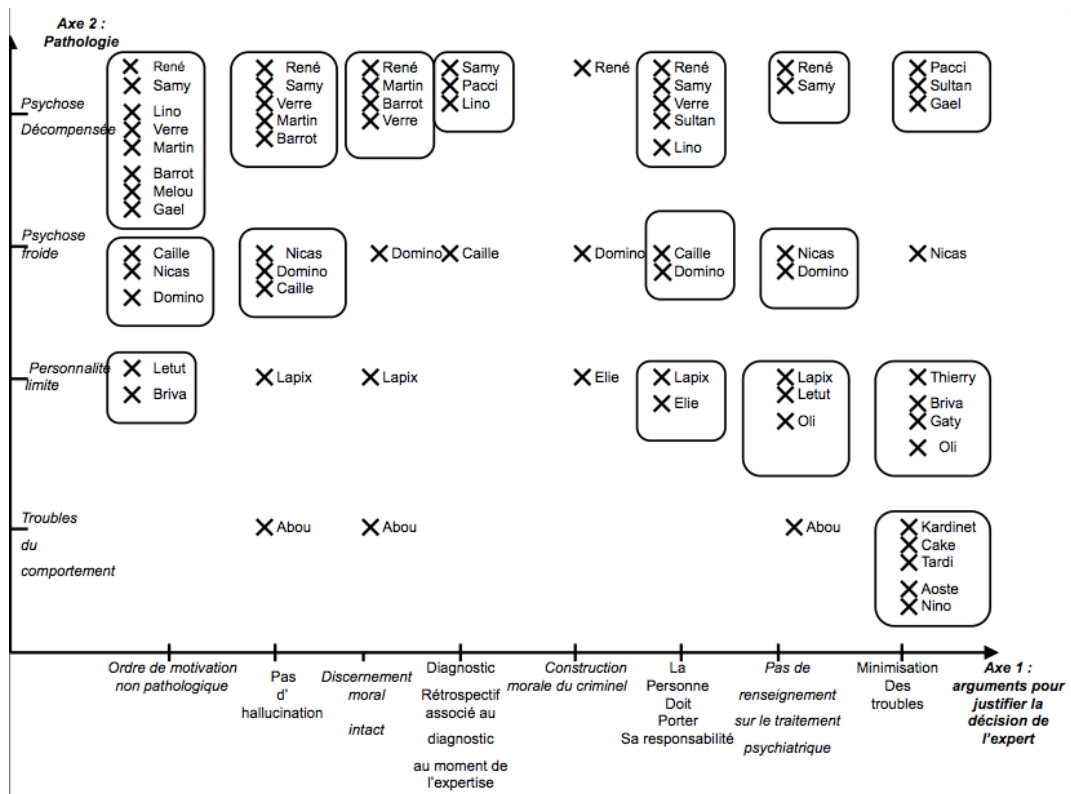


Tableau 2 - Arguments mobilisés par les experts dans les années 2000 pour responsabiliser des personnes signalées en détention comme présentant des troubles psychotiques anciens
 Source : Protais, 2011.

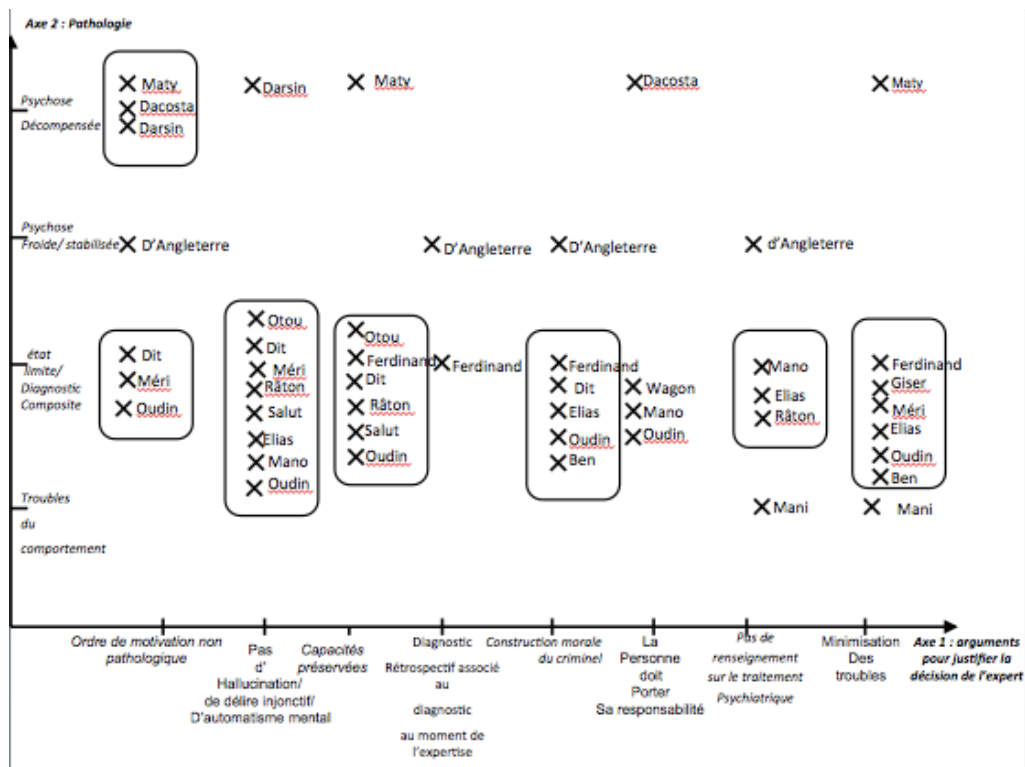


Tableau 3 - Arguments mobilisés par les experts entre 2004 et 2012 pour responsabiliser des personnes signalées comme présentant des troubles psychotiques anciens
 Source : Enquête réalisée pour la mission Droit et Justice. Appel à projet de Juillet 2013. NB : la

catégorie « discernement moral intact » a été retirée du tableau 3 car cet argument est peu sorti dans ces expertises. A la place a été créée une catégorie plus large : celle de « capacités préservées ». Idem pour la catégorie « pas d'hallucinations » : les experts de la période actuelle complètent généralement cet argument par « pas de délire injonctif, ni d'automatisme mental », ce pourquoi ces expressions ont été rajoutées.

L'impression prédominante à la lecture du tableau 3 est une réduction des cas où les experts reconnaissent l'existence d'une psychose décompensée par rapport aux années 2000. Assisterait-on à un essoufflement de la tendance responsabilisante « extrémiste » (i.e. concluant à la responsabilité de toutes les personnes, y compris ceux qui présentent des psychoses dans un état envahissant) dans les années 2010 ?

A l'inverse, il existe une recrudescence des cas sur lesquels les experts posent des diagnostics composites, oscillant entre des troubles du comportement (psychopathie ou perversion) et la psychose, sans reconnaissance d'une pathologie clairement décompensée. La présentation clinique de ces personnes mises en examen est marquée par l'ambiguïté, ce qui explique la labilité des diagnostics posés par les experts. A l'inverse, les cas estimés irresponsables par les experts présentent des troubles psychotiques francs, sans équivoque, et sans composante psychopathique, perverse, ou tout autre trouble plaçant la personne du côté de la « manipulation » ou de « l'intention malveillante. »

La pratique de la responsabilisation pourrait donc concerner de nos jours un certain nombre de cas plus « problématiques » aux yeux du clinicien, c'est-à-dire oscillant cliniquement, à leurs yeux, entre les troubles de comportement et les troubles psychotiques. L'analyse de la jurisprudence va pour partie dans le sens de ces constatations : certains cas qui suscitent des controverses entre experts présentent également une composante psychopathique, voire toxicomaniaque, ou ont déjà été pris en charge en psychiatrie par le passé et concernent des patients qui se sont avérés peu compliants aux soins. Dans le cas de M. Ben par exemple accusé de meurtre en 2010, les experts s'opposent à cette décision pénale valorisant les tendances toxicomaniaques s'ajoutant aux troubles de nature psychotiques :

« Il s'agit donc d'un sujet qui depuis l'adolescence est aux prises avec une polytoxicomanie grave qui favorise les décompensations délirantes avec automatisme mental, syndrome d'influence, pouvant eux-mêmes entraîner des comportements médico-légaux dangereux et ayant motivé à plusieurs reprises des hospitalisations en milieu spécialisé permettant de faire, céder, du moins dans le temps de la prise en charge à la faveur de l'arrêt des toxiques les symptômes psychotiques et notamment délirants proprement dit. Si ces derniers réapparaissent, c'est à la faveur de l'arrêt des toxiques, délibérément décidé par le sujet qui cherche ainsi à *manipuler son vécu onirique et hallucinatoire*, mais dans la réalité duquel il revient très vite dès le passage à l'acte accompli. On est d'ailleurs frappé par la capacité qu'a M. Ben de *décrire son geste et de reprendre un comportement en apparence adapté tout de suite après*. (...) Il faut également tenir compte du fait que le Zyprexa n'a jamais permis d'obtenir de réelle stabilisation de son fait même, *les effets du traitement étant largement combattus par ceux autrement plus délétères des drogues*. Cela explique la dangerosité persistante du

sujet qui s'est donc manifestée à deux reprises par des violences hétéro-agressives dont la dernière a été hélas un homicide. »

Dans cette expertise, les composantes toxicomaniaque, mais aussi manipulatrice du mis en examen sont mises en évidence par l'expert pour conclure à sa responsabilité.

...ou un changement de stratégie des experts pour responsabiliser des personnes présentant des troubles psychotiques ?

Pourtant, une lecture plus attentive de ces expertises ainsi que des cas ayant fait jurisprudence, vient soulever l'utilisation de stratégies de minimisation des troubles de la part des experts dans certains cas qu'ils souhaiteraient voir responsabilisés.

Dans le cas de M. Ben, qui vient d'être cité, la « schizophrénie paranoïde décompensée » mise en évidence par certains experts devient pour d'autres une « pharmacopsychose ». Dans le cas M. Maty également, très médiatisé, qui a finalement été responsabilisé par la justice, les experts s'opposaient sur le diagnostic : les uns plaçant pour la présence d'une « schizophrénie décompensée », les autres pour une « paraphrénie » ou un « état-limite ». Enfin, dans le cas de M. Ferdinand, alors que l'expert décrit très minutieusement le processus délirant ayant conduit au meurtre de son fils, il conclut pourtant à une « personnalité borderline avec risques importants de décompensation psychotique transitoire ». Dans ces cas, on peut se demander si l'étiquette diagnostique posée par l'expert n'avait pas une utilité « extra-clinique » recherchée sciemment par l'expert : éviter le diagnostic de « psychose décompensée ».

Sur certains de ces cas, la pratique de minimisation potentielles des troubles s'accompagne d'une construction morale de l'expertisé. Dans le cas M. Ben dont l'expertise vient d'être citée, le psychiatre se détourne du moment du crime pour décrire une personne « dangereuse », manipulant délibérément le « vécu onirique » provoqué par la psychose, refusant le traitement au profit d'autres substances psychoactives, se mettant donc lui-même dans une attitude susceptible de le conduire au crime. Cette pratique de construction morale de l'expertisé, loin des termes de l'article 122-1, prend le pas dans les années 2010 (voir tableau 2 et 3). Il semble donc que dans certains cas, il faille à la fois « normaliser » le mis-en-examen, tout en mettant en exergue ses traits de personnalité manipulatrice ainsi que sa dangerosité criminologique pour qu'il soit responsabilisé. Dans le cas de M. Ben cette opération de « normalisation » est bien repérable, puisque somme toute, l'expert soutient que le mis en examen « revient très vite (dans la réalité) dès le passage à l'acte accompli ».

Une question se pose au terme de cette analyse : la période actuelle témoigne-t-elle d'une perte de vitesse de la tendance responsabilisante

extrémiste, ou simplement d'un changement de stratégie des experts souhaitant voir responsabiliser une personne ? Si la période actuelle témoigne d'une forte disparité entre les psychiatres sur la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, les composantes psychopathiques, toxicomaniaques, héboïdophrénique d'un psychotique constituent des prises essentielles pour ceux qui affectionnent peu le « non-lieu psychiatrique ». Ils paraissent ainsi se servir de la controverse clinique pour asseoir leurs conceptions médico-légales.

III. Expliquer la tendance responsabilisante : les justifications des experts psychiatres

L'exploitation des principales revues de psychiatrie des années 1950 à 2005 dans la thèse de Caroline Protais, puis des 2004 à 2015 dans la cadre de l'enquête GIP a permis de mettre en évidence deux *répertoires*²¹ (Lamont, 1995, Lascoumes/ Bezès, 2009, Barbot/ Dodier, 2014). Ce concept de « répertoire » permet de désigner des formes argumentatives fonctionnant comme des systèmes de représentations (Protais, 2011, 2016) en mesure d'expliquer des positionnements antagonistes sur la responsabilité des individus souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis des infractions.

Nous nous inspirons ici de l'analyse de Jean Ayme (1991), qui expliquait : « on peut dégager deux polarités entre lesquelles s'échelonnent les prises de position, "les abolitionnistes" (sous-entendu de l'article 64) et les "conservatistes", encore que ce soit là des attitudes extrêmes que personne ne soutienne vraiment. Ceux qui sont les plus proches du pôle abolitionniste souhaitent que le malade ne soit pas dépossédé de son acte, qu'il demeure un sujet de droit et qu'il ait accès à la procédure pénale, sinon à la sanction » (p. 318). A partir de l'analyse du discours des experts psychiatres, nous distinguerons le *répertoire de la protection*, qui vient justifier une pratique en faveur de l'irresponsabilité, du *répertoire de l'intégration*, qui s'y oppose. Le rayonnement de ces deux répertoires dans le monde psychiatrique sur un demi-siècle permet de comprendre l'évolution de la pratique de l'irresponsabilité décrite précédemment. Nous allons voir que sur un demi-siècle le répertoire de l'intégration, sous-tendant une pratique responsabilisante, prend une ampleur sans précédent dans le monde psychiatrique. Ceci est en mesure d'expliquer la tendance des experts psychiatres à responsabiliser des personnes ayant commis des infractions et présentant des troubles psychiques. Toutefois, l'analyse de ces systèmes de représentations dans une période très récente permet également

²¹ Selon la sociologie morale, un *répertoire* est une forme argumentative relativement stable, spécialement appropriée pour rendre compte d'un ensemble de points de vue qui semblent « aller ensemble » et être mobilisés par des acteurs dans des contextes d'action similaires.

d'interroger la naissance d'un répertoire de la défense sociale supplantant progressivement celui de l'intégration.

Lorsque les experts sont invités à se positionner sur la question de l'irresponsabilité, ils s'expriment en général sur plusieurs thématiques qui structurent le débat sur l'irresponsabilité : 1) Qu'est-ce qu'une bonne éthique de l'expertise ? 2) Qu'est-ce que la psychose, et qui est le malade qui en est atteint ? 3) Faut-il le protéger au sein d'un hôpital psychiatrique ou l'intégrer directement dans le tissu social ? 4) La peine a-t-elle une dimension thérapeutique ? 5) Faut-il prendre en compte la dangerosité dans une décision sur la responsabilité du malade mental ? 6) Faut-il prendre en considération la victime ? Leur positionnement sur ces différentes thématiques est ce qui va définir un répertoire. Nous allons les présenter (1 et 2), avant vérifier qu'ils sont bien à l'origine des différentes pratiques d'expertise décrites dans la période actuelle (3), et de suivre leur rayonnement dans le monde psychiatrique depuis les années 1950 (4).

1. Le répertoire de la protection

Le répertoire de la protection naît au XIXe siècle et est porté par les premiers aliénistes partis en croisade pour faire reconnaître leur compétence clinique pour appréhender l'irresponsabilité du fou (Castel, 1976).

Ils revendiquaient un humanisme issu du philanthropisme des Lumières. Ce courant prône l'élévation de l'âme humaine au sein de la tolérance, de la limitation de la violence et de la barbarie (Voltaire, 1763). Dans ce contexte, il faut aller au secours de l'homme souffrant, mais également rétablir la raison chez toutes personnes qui en seraient privées. Le fou est conçu comme l'un d'eux : il faut le secourir des violences et humiliations qui lui sont faites (Esquirol, 1838) et l'aider à recouvrer la raison. Or, la condamnation du fou par la justice est considérée par ces psychiatres comme injuste. Ainsi, l'irresponsabilité psychiatrique apparaît à cette époque comme un premier rempart aux « mauvais traitements judiciaires » que subit l'« aliéné ». De même, l'asile psychiatrique est conçu comme le lieu où le malade mental doit être placé pour y être protégé et soigné²². Il est véritablement conçu comme un lieu de réhabilitation sociale et de prévention de la récurrence des patients.

Dans les années 2000 puis 2010, la racine philanthropique de ce répertoire s'est éteinte. Néanmoins, les experts revendiquant un champ de l'irresponsabilité plus large que les autres envisagent toujours l'hôpital psychiatrique comme une solution de protection et de soin du malade mental ayant commis une infraction. Ils affichent également toujours un sentiment de sollicitude professionnelle à

²² Pour plus de détails sur l'humanisme des principaux aliénistes voir Semelaigne (1894).

l'égard (Zagury 2002, Bénézech, 2001) des patients de la psychiatrie. En témoigne l'article de Bénézech, Chidiac, Laxenaire paru en 2010 dans les *Annales médico-psychologiques* : « Les personnes délinquantes souffrant de troubles mentaux sévères ne doivent être ni condamnées ni incarcérées. Elles relèvent avant tout de la médecine (...) » (p.48).

Du temps de Jean-Etienne Esquirol, l'irresponsabilité se justifiait donc par une certaine conception de l'individu malade mental. Des premiers aliénistes tels Philippe Pinel et J-E. Esquirol jusqu'aux psychiatres de nos jours, le malade mental est en effet conçu comme un être au rapport à lui-même et à ses actes globalement altéré par la pathologie²³, du moins c'est l'idée qu'ils entendent faire prévaloir devant les tribunaux. A l'heure actuelle, les psychiatres promouvant une plus large conception de l'irresponsabilité psychiatrique que les autres ont ce type de représentations principalement pour les malades atteints de psychose décompensée (voir *supra*).

« Il est rappelé que la « **folie** » peut être « lucide », que les psychotiques ne perdent pas tout contact avec la réalité, qu'ils peuvent dissimuler leurs troubles et qu'ils sont parfois capables de préméditer leur activité criminelle. Pour autant, ils n'ont pas véritablement conscience du caractère pathologique de leur comportement et leur responsabilité est juridiquement nulle car l'élément moral de l'infraction est absent » (Bénézech, Chidiac, Laxenaire, 2010, p.48).

Aussi, comme au XIXe, ces psychiatres envisagent que la loi ne peut avoir d'effet sur le malade, puisque la dissuasion ne détient pas d'impact sur un individu qui ne contrôle pas son comportement (Zagury, 2002).

« On enverrait à l'échafaud des centaines d'individus comme Léger, qu'on ne préviendrait pas les actions semblables à celles qu'il a commise. La crainte des supplices n'arrête point les aliénés : on a brûlé des milliers de sorciers et de possédés, et plus on en envoyait à la mort, plus il s'en présentait à juger. Les châtimens sont en pareil cas des cruautés inutiles », (Georget, 1825, p. 66).

Enfin, dans ce type de conception, la dangerosité du malade mental ainsi que les revendications de la victime n'interviennent pas dans l'avis de l'expert (de Beaurepaire, 2004), puisqu'une décision sur la responsabilité d'un individu doit s'appuyer, selon ce répertoire, sur l'examen de sa responsabilité morale, et seulement sur cela. Ou plutôt, les psychiatres mobilisant ce répertoire considèrent que leur profession, en tant que spécialiste de la maladie mentale, est la mieux à même à apporter une réponse à la maladie mentale :

« Les études en population générale ou clinique démontrent qu'un faible pourcentage de malades psychiatriques ont des comportements violents. Ceux-ci sont du ressort du

²³ Les psychiatres ne sont pas sans nier que la personne dispose parfois d'un reste de conscience dans la pathologie. Ceci correspond au « reste de raison » thématé par Philippe Pinel, le père de l'aliénisme. C'est d'ailleurs en s'appuyant sur les capacités préservées du malade que Jean Etienne Esquirol, son élève, fonda le « traitement moral » qu'il entend appliquer à ses patients. Ces premiers aliénistes valorisent toutefois devant la justice la conception d'un être globalement altéré par la maladie mentale. Pour plus de détails sur ce point, voir Renneville, 2003, Gauchet/ Swain, 1980, et Castel, 1976.

psychiatre mieux armé pour traiter une pathologie identifiée que pour prédire un comportement ou accompagner des déviations pour lesquelles il n'existe ni preuve d'une maladie évolutive, ni thérapeutique à l'efficacité démontrée » (Loo, Olié, 2008, p. 381).

En bref, ces experts semblent tenir à un des piliers du droit pénal classique : appliquer le droit de punir uniquement à des individus qui avaient une conscience claire au moment du crime, et ne pas sanctionner quelqu'un qui a agi sous l'emprise d'une force qui le dépasse et lui cause souffrance et exclusion sociale.

2. Le répertoire de l'intégration

Le répertoire de l'intégration émerge quant à lui après la seconde guerre mondiale sous l'impulsion des psychiatres « désaliénistes » (Bonnafé, 1946, 561) représentant la psychothérapie institutionnelle et la réforme du secteur psychiatrique de 1960²⁴. Ils prônent un humanisme bien différent des premiers aliénistes qui trouve ses fondements dans une critique de l'hôpital psychiatrique et de la psychiatrie en général.

Pour cette génération de psychiatres, l'asile est un lieu d'aliénation du sujet, la psychiatrie est un outil de contrôle social dans une société excluante (Le Guillan, Bonnafé, 1952). Le savoir psychiatrique et les thérapeutiques utilisées jusqu'alors ne prennent pas en compte le malade. Ils ne l'humanisent pas ; à l'inverse ils le stigmatisent. Il faut dès lors prendre le contrepied d'une psychiatrie adossée à l'hôpital : l'objectif est ainsi donc mettre en place un traitement psychothérapeutique en dehors des anciens asiles qui respectera mieux le malade et ne l'enfermera pas dans des « étiquettes diagnostiques ».

Or, l'article 64 signe le placement de l'individu en hôpital psychiatrique. Ainsi, l'article 64 doit être aboli (Rappard, 1977, 1988) pour que le psychiatre suive le malade mental criminel au cours de son parcours de citoyen, fût-il placé en prison. C'est la double prise en charge judiciaire et psychiatrique qui est prônée par ce répertoire (Royer et al., 1974).

Ces psychiatres considèrent également que le malade mental ne doit plus être considéré comme « d'une autre nature ». Au lendemain de la seconde guerre

²⁴ L'ouverture de la psychiatrie française commence à la fin de la seconde guerre mondiale avec le mouvement de « psychothérapie institutionnelle ». Celui-ci propose un travail de rénovation de l'hôpital psychiatrique comme des procédés thérapeutiques utilisés jusqu'alors, visant la « rééducation sociale » du malade. Il s'appuie sur l'ouverture et l'humanisation des structures, utilisant la psychothérapie comme technique de soin. L'ouverture progressive de l'institution psychiatrique française se manifeste par la loi sur la sectorisation psychiatrique de 1960 mettant en place un dispositif de soins ambulatoires ouvert sur la cité alternatif à l'hospitalisation en milieu fermé. Elle crée des secteurs géographiques de 67000 habitants avec tout un dispositif de soin allant de l'hospitalisation en milieu fermé aux centres médico-psychologiques (centres de consultation en milieu ouvert) en passant par les appartements thérapeutiques (appartements où sont logés et pris en charge des malades mentaux en voie de réinsertion et de stabilisation).

mondiale, les réformateurs de la discipline militent pour une reconnaissance sociale des capacités préservées dont dispose le malade mental. L'objectif est ainsi de lutter contre sa stigmatisation. Certains défendent alors l'application de ce principe à un niveau pénal également : le malade mental criminel doit être considéré tel un individu comme les autres, qui reste responsable, et donc passible d'une peine (Ueberschlag, 1956, Rappard, 1977).

Ce type de représentation est toujours présent à l'heure actuelle. En témoigne la pensée de Jean-Luc Roelandt par exemple, fervent défenseur du secteur psychiatrique, se présentant comme l'héritier de la pensée d'un Franco Basaglia :

« Toute personne vivant dans notre démocratie ne peut être considérée comme une étiquette. On n'est pas « fou », ni « malade mental » pas plus que « dépressif ». On est avant tout un citoyen avec des droits et des devoirs. Quel que soit l'état de santé, la situation sociale, familiale, ou la nationalité, les droits humains s'appliquent à tous les individus et les troubles psychiques ne les aliènent pas » (Roelandt, 2009, p. 525).

Ce répertoire dote également la peine de vertus thérapeutiques que nient les représentants du répertoire opposé. Il considère en effet que le prononcé de la peine est important pour structurer l'individu. Cet argument est utilisé dans une perspective psychanalytique lacanienne dans les années 1970, dans une perspective psychodynamique plus générale dans les années 2000. L'argument psychanalytique est le suivant : dans la pensée lacanienne, le psychotique abolit le symbolique. Or, le vecteur du symbolique est la loi. Le fait de se référer à la loi dans le cadre d'un procès constituerait le premier moyen pour rétablir le symbolique que chez le psychotique (Covello, 1978). Dans une perspective psychodynamique plus générale, le prononcé de la peine est conçu comme un préalable à un travail psychothérapeutique sur le crime (Vignat, 1992).

Enfin, ce répertoire promeut une nouvelle conception du droit pénal ayant comme objectif de protéger la société du crime et de réparer la victime en responsabilisant tous les criminels. Ces deux intérêts sont donc pris en compte par ce répertoire, là où l'autre considère que la prise en compte de la victime n'est pas de son ressort mais de celui de la justice. Les premiers représentants de la psychothérapie institutionnelle proposaient en effet une loi de défense sociale pour les criminels ayant des troubles psychiatriques selon le modèle de la loi belge de 1930²⁵ (Abely, 1955), préconisant la création d'établissements de « défense sociale » où une prise en charge interdisciplinaire (judiciaire, psychiatrique, sociale) serait mise en place pour limiter les risques de récidive. En ce sens, le répertoire de l'intégration propose de mêler l'intérêt du malade mental criminel à ceux de sa victime et à l'intérêt de la société au sein de la solution de la responsabilisation.

« Cette irresponsabilité pénale entraînait l'irresponsabilité civile et les victimes n'étaient pas indemnisables. Cette situation dura jusqu'à 1968, quand la loi pénalisa le malade

²⁵ Pour plus de détails sur cette loi voir van de Kerchove (2010).

reconnu coupable des faits, et cela malgré le non-lieu. La loi du 25 février 2008 (dite loi Dati), en réformant le code de procédure pénale supprime le non-lieu psychiatrique qu'elle remplace par une déclaration d'irresponsabilité pénale qui ne fait pas échapper le sujet à la **justice**. C'est la **justice**, qui, après l'instruction et un mini-procès, décidera de la mesure, en fonction des données telles que la dangerosité et les risques de récidive. Ainsi se profilent dans le droit français la « défense sociale nouvelle » et la judiciarisation des mesures relatives aux personnes criminelles présentant des troubles psychiatriques. La France s'aligne donc sur la plupart des pays européens et anglo-américains. Il en résultera une modification des pratiques avec l'émergence de nouvelles professionnalités en politique psychiatrique et en politique criminelle. La tendance antisociale sera traitée par les équipes psychiatriques et médico-socio-judiciaires. La prévention de la récidive et les mesures de sûreté (faute de prédiction scientifique) seront dictées par l'autorité judiciaire, dans le cadre de sentences relativement indéterminées » (Rappard, 2009, p.759).

Encadré 3 : le mouvement de défense sociale

La défense sociale est une conception juridique conceptualisée par l'école criminologique italienne représentée par Cesare Lombroso²⁶, Enrico Ferri²⁷ ou Raffaele Garofalo²⁸. Elle pose comme objectif la défense de la société, et s'oppose au droit pénal classique en proposant un système de peines non plus basé sur la responsabilité morale de l'individu, mais sur le potentiel de dangerosité qu'il représente. Dans ce contexte, tous les individus sans exception feraient l'objet de « sanctions-traitement » destinées à éradiquer les risques de récidive. Les grands principes de cette théorie sont formalisés dans l'ouvrage d'Adolphe Prins, paru en 1910 et intitulé *La défense sociale et les transformations du droit pénal*. Mais c'est surtout après la seconde guerre mondiale que le mouvement de défense sociale trouve ses partisans les plus nombreux. En 1945, le premier congrès international de défense sociale a lieu à San Remo sous l'impulsion de Filippo Gramatica. En France, l'école criminologique d'Alexandre Lacassagne (ou école lyonnaise) donnera un écho particulier à ces théories au début du XXe siècle. En 1954, l'ouvrage de Marc Ancel *La défense sociale nouvelle* donne un souffle nouveau à cette doctrine en la teintant d'humanisme : la défense sociale n'est pas seulement utile pour protéger la société, elle a également pour but d'humaniser le criminel. La « seconde » école criminologique lyonnaise, dont le grand chef de file est le psychiatre Marcel Colin se présentera comme l'héritier de ces conceptions qu'il mêle aux théories de la psychothérapie institutionnelle.

A partir des années 1970, ces théories sont toutefois en perte de vitesse en France. Le dernier congrès de criminologie a lieu en France en 1972. Une des hypothèses à prendre en compte pour expliquer cet état de fait est l'influence de la pensée foucauldienne (ce dernier pour qui, dans *Les anormaux*, la criminologie est la « science reine » de la normalisation sociale) en France et notamment chez la nouvelle génération de psychiatres partisans de l'ouverture de l'institution.

3. Répertoires et pratiques

Ces répertoires, bien qu'antagonistes et construits à des moments historiques différents, sont-ils en mesure d'expliquer la diversité de la pratique de l'expertise, telle qu'on l'a décrite à l'heure actuelle ?

²⁶ Cesare Lombroso, *L'homme criminel*, Paris, Alcan, 1887.

²⁷ Enrico Ferri, *La sociologie criminelle*, Paris, Dalloz, 1893.

²⁸ Raffaele Garofalo, *La criminologie*, 2e éd., Paris, Alcan, 1890.

Le tableau 6 reprend les pratiques des 29 experts interrogés dans la thèse de Caroline Protais, analysant le type de répertoire qu'ils mobilisent. Nous avons procédé par démarche inductive : les psychiatres ont justifié librement leur pratique. Nous avons ensuite essayé de voir s'ils mobilisaient les répertoires observés dans les revues de psychiatrie, ou si nous pouvions en dégager d'autres.

Tableau 4 - Pratiques des experts psychiatres interrogés et mobilisation des répertoires

Source : Protais, 2011.

Voir page suivante

Tendance à estimer responsables des individus en état de décompensation psychotique	Expert	Répertoire mobilisé
Toujours responsable	Expert 1	Intégration
Idem	Expert 2	Intégration
Idem	Expert 3	Intégration
Idem	Expert 4	Intégration
Idem	Expert 5	Intégration
Toujours responsable sauf si perte de conscience des interdits	Expert 6	Intégration
Idem	Expert 7	aucune
Toujours responsable sauf si hallucinations en lien avec l'infraction	Expert 8	Défense sociale
Idem	Expert 9	les deux
Idem	Expert 10	les deux
Idem	Expert 11	les deux
Idem	Expert 12	les deux
Irresponsable en état de décompensation sauf si tentative de manipulation de son interlocuteur	Expert 13	protection
Idem	Expert 14	protection
Idem	Expert 15	rejet répertoire de l'intégration
Idem	Expert 16	rejet répertoire de l'intégration
Idem	Expert 17	les deux
Irresponsable en état de décompensation sauf dans le cas de la paranoïa	Expert 18	protection
Irresponsable si l'infraction est en lien avec l'état de décompensation psychotique	Expert 19	les deux
Idem	Expert 20	aucune
Idem	Expert 21	protection
Idem	Expert 22	protection
Idem	Expert 23	protection
Idem	Expert 24	protection
Idem	Expert 25	protection
Irresponsable y compris dans les cas d'héboïdophrénie	Expert 26	protection
Idem	Expert 27	aucune
Idem	Expert 28	protection
Irresponsable y compris si psychose stabilisée	Expert 29	protection
Tendance à estimer irresponsable des individus atteints d'une psychose au moment des faits	Expert	Répertoire mobilisé

D'une manière générale, ce tableau montre que le lien entre les pratiques d'expertise et les répertoires dégagés dans les revues de psychiatrie est effectif, puisque le répertoire de l'intégration est prédominant dans la tendance responsabilisante et que celui de la protection l'est dans la tendance déresponsabilisante. La mobilisation des répertoires permet également d'éclairer des pratiques extrêmes : les experts placés à une extrémité des deux pôles mobilisent quasi systématiquement les répertoires théoriquement associés à leur pratique. Quelques cas particuliers existent toutefois, comme celui d'experts qui ne mobilisent aucun des deux répertoires²⁹, certains experts qui rejettent l'un des deux répertoires sans mobiliser pour autant les arguments de celui opposé, ou les experts qui mélangent les deux répertoires, témoignant de pratiques « médianes ». La diversité des pratiques d'expertise dans les années 2000 semble donc bien pouvoir être justifiée par la binarité de deux systèmes de représentations témoignant d'une dichotomie perdurant entre des experts plutôt favorables à l'irresponsabilité et d'autres qui ne le seraient pas. Ces constats permettent de montrer qu'au-delà de la diversité des pratiques à l'heure actuelle, il existe bien des oppositions paradigmatiques structurantes, par rapport auxquelles chaque expert construit une pratique et des représentations individualisées.

L'analyse de la presse depuis 2005 (voir *supra*) de même que l'exploitation des expertises témoignent également de la perdurance et de la portée heuristique de ces deux répertoires. Celui de la protection apparaît par exemple en filigrane de certaines expertises concluant à l'irresponsabilité dans les années 2010. Dans certaines, le principe du soin, opposé aux effets délétères de la prison est clairement mis en avant. Dans le cas de madame Solo, accusée de vol en 2010 par exemple, l'expert explique : « Dans l'hypothèse toutefois où la prévenue serait déclarée pénalement responsable, une incarcération ne pourrait qu'aggraver ses symptômes, du fait de son influençabilité et de sa fragilité affective. » Dans le cas de M. Bar, accusé d'homicide volontaire par arme blanche, le psychiatre valorise le point de vue suivant :

« Il est à l'évidence dangereux mais sa violence n'est que très partiellement une violence psychiatrique. Elle est bien plus biographique, marquée par la carence d'autorité et le soutien, semble-t-il indéfectible, de sa mère et de sa sœur, que par la dissociation qui caractérise la schizophrénie paranoïde. Mais il reste fragile, peu capable de comprendre la subtilité des relations interpersonnelles. Il est certainement vrai que le milieu carcéral constitue pour son équilibre mental plus une menace qu'un bienfait. En conséquence, l'hospitalisation d'office est le choix le plus approprié pour sa prise en charge. »

Sollicitude professionnelle à l'égard d'un individu « en souffrance », valorisation du placement en hôpital psychiatrique par rapport au soin en milieu

²⁹ Leur pratique est justifiée par des arguments beaucoup moins généralisés que ceux utilisés par les autres professionnels, ce pourquoi nous n'avons pas considéré qu'il s'agissait d'un « répertoire ». Cette notion est sensée rendre compte d'un système argumentatif valorisé par certains groupes sociaux.

carcéral, tous les ingrédients du répertoire de la protection sont réunis dans ce rapport d'expertise de 2009. De même, quelqu'un comme Jean Luc Roelandt, déjà cité, témoigne bien de la perdurance du répertoire de l'intégration.

4. La diffusion de ces répertoires à travers le temps

La diffusion de ces répertoires depuis les années 1950 est-elle en mesure d'expliquer l'évolution de la pratique de l'expertise que nous avons décrite ? L'étude du chemin parcouru par ces systèmes de représentations au fil du temps permet *in fine* de mener une réflexion plus générale sur les différents événements/tendances d'ensemble ayant pu influencer la pratique de l'expertise sur 70 ans. Cette étude est basée sur l'exploitation de 509 articles tirés des principales revues de psychiatrie (voir encadré 1), dont les résultats seront nécessairement résumés ici³⁰.

Les années 1950-1960 : la naissance du répertoire de l'intégration au sein d'un univers majoritairement en faveur du répertoire de la protection

Dans les années 1950, la pratique des experts est encore majoritairement déresponsabilisante et le répertoire de la protection est encore largement partagé. Un bon nombre d'experts publient sur le fonctionnement particulier des personnes présentant des psychoses, notamment lorsqu'ils commettent des infractions (Alliez et Savy, 1956). D'autres s'inquiètent des conceptions de leurs collègues défendant une approche plus responsabilisante.

« Je m'étonne que notre collègue s'autorise à considérer que la plupart des criminels ou délinquants susceptibles d'être envoyés dans les hôpitaux psychiatriques et spécialement dans les services de sûreté, ne sont pas des malades mentaux. (...) Bien qu'il s'agisse d'une catégorie spéciale fort peu privilégiée de malades, force est bien de les comprendre et de les soigner » (Giscard, 1954, p. 253).

Pourtant, cette période est caractérisée par l'émergence du répertoire de l'intégration, la citation précédente en témoigne. En France, durant la seconde guerre mondiale, 40 000 malades de la psychiatrie (Lafont, 1987, von Buelzingsloewen, 2002) sont morts de faim dans les asiles à cause des lois de restriction alimentaire. En Allemagne, plus de 50% de la population des malades dits « chroniques » a été euthanasiée avec la collaboration de certains psychiatres et parfois même à l'intérieur des asiles. Les psychiatres ayant vécu cet événement comme F. Tosquelles, L. Bonnafé, L. Le Guillant ou encore G. Daumézon paraissent, au fil des revues de psychiatrie, éprouver avec effroi les effets du regard dépréciatif porté sur la maladie mentale en assistant, plus ou

³⁰ Pour une analyse plus approfondie de ce corpus d'articles, voir Protais, 2016, à paraître.

moins impuissants, à cette hécatombe³¹. En réponse, au cours des « journées de 1945 »³², ils posent les premiers jalons d'un mouvement qui propose un travail de rénovation de l'hôpital psychiatrique et des techniques thérapeutiques qui y sont pratiquées. Humaniser l'institution c'est non seulement travailler sur le fonctionnement interne de l'hôpital, mais également l'ouvrir pour promouvoir un vrai travail de réadaptation sociale. Il s'agit notamment d'entrer dans une approche psychothérapeutique où les capacités résiduelles du malade seront sollicitées, et en particulier sa responsabilité. Mais l'objectif est également politique : il consiste à promouvoir auprès de la société l'image d'un malade qui n'est plus un « autre » aliéné dans sa folie, mais un individu « comme les autres » qui dispose de facultés préservées.

Trois présupposés à l'origine du répertoire de l'intégration sont ainsi posés : il faut initier le travail psychothérapeutique en mobilisant la responsabilité du malade ; il faut promouvoir auprès du corps social l'image d'un individu « comme les autres » et lutter contre son exclusion sociale au sein de l'institution psychiatrique.

Dans ce contexte, quelques experts, toutefois isolés, commencent à promouvoir ces arguments à un niveau pénal.

« Pour que nos malades soient enfin traités dans la dignité et sans hypocrisie, pour que dans la mesure du possible on sauvegarde leur responsabilité, afin de leur rendre leur personnalité. Il n'y a pas pire déchéance que l'irresponsabilité ; conclure à l'irresponsabilité, c'est porter un jugement dantesque [...]. La justice des hommes ne te connaît plus, ta souffrance n'a plus ni nom, ni sens. Quelle injustice et quelle horreur ! » (Ueberschlag, 1956, p. 264).

De plus, l'ouverture et l'humanisation des services posent la question des incivilités et des troubles du comportement de certains patients (en particulier ceux qui ont commis des infractions). Parmi ces psychiatres, certains vont ainsi promouvoir un « droit de défense sociale » pour délester la psychiatrie des malades les plus « difficiles » à prendre en charge.

« Mais ne faut-il pas avant tout faire le procès du mélange des malades ordinaires avec les délinquants mentalement anormaux qui relèvent indiscutablement d'une forme d'assistance particulière, et doivent être séparés de nos malades. On ne dira jamais assez la gêne que ces sujets apportent dans nos services et le discrédit qu'ils jettent sur nos maisons » (Daumézon, 1946, p. 35).

³¹ F. Tosquelles et L. Bonnafé ont notamment mis en place un ensemble d'actions dans l'hôpital de Saint Alban pour lutter contre ce phénomène comme mettre les malades mentaux au marché noir ou à l'agriculture domestique.

³² Grand colloque des psychiatres français organisé à la Libération pour initier le mouvement de rénovation de la psychiatrie.

À partir du milieu des années 1960, le débat sur la responsabilité des malades de la psychiatrie s'inscrit dans le contexte très spécifique d'une critique radicale de la psychiatrie venue des sciences humaines. Des penseurs comme M. Foucault ou E. Goffman, mais aussi quelques psychiatres « anti psychiatres » comme R. Laing ou A. Esterson³³ détiennent une forte influence sur la jeune génération de psychiatres contestataires issus du mouvement de Mai 1968, qui devient un événement clé contribuant à réorienter le débat sur la responsabilité des malades de la psychiatrie. Cette critique – qui reprend somme toute les idées des représentants de la psychothérapie institutionnelle sans les citer sur un ton plus radical – s'articule à une contestation politique plus globale : le libéralisme ne tiendrait pas ses promesses d'émancipation mais fabriquerait de nouveaux exclus. Le malade mental apparaît comme l'un d'entre eux tout comme sa victime dont la cause émerge à cette même période. Richard Rechtman et Stéphane Latté (2006) font en effet remonter l'émergence de cette nouvelle figure aux années 1960 sous l'impulsion des mouvements féministes ou encore des vétérans de la guerre du Vietnam.

La conséquence de ce contexte particulier est la radicalisation des arguments éthiques et thérapeutiques posés dès 1950 par les représentants de la psychothérapie institutionnelle et la généralisation des représentations propres au répertoire de l'intégration dans la profession psychiatrique. Dans les années 1970, il ne s'agit plus seulement de « désenclaver » la maladie mentale, mais d'agir à l'égard du fou comme s'il ne l'était pas, pour laisser s'exprimer la vérité dont il est porteur. Au-delà d'une politique d'ouverture de l'hôpital psychiatrique, c'est désormais une psychiatrie radicalement communautaire et contractuelle qui est promue. Les approches phénoménologiques et lacaniennes apparaissent dans ce contexte comme les seules ressources contre « l'enfermement » du malade dans le savoir psychiatrique.

« L'analyse, si tant qu'elle est, dans les limites de certaines conventions techniques, essentiellement dialogue et progrès vers un sens. Les significations qu'elle révèle dans le sujet coupable, ne l'excluent point de la communauté humaine. Elle rend possible une cure où le sujet n'est point à lui-même aliéné, et la responsabilité qu'elle restaure en lui répond à l'espoir, qui palpite en tout être, de s'intégrer dans un sens vécu. (...) » (Lacan, 1956, p.125).

La solution du non-lieu est alors perçue quasi-unanimement comme l'exclusion par excellence, non seulement car elle fige l'individu dans une

³³ Ces derniers proposent une abolition totale de l'hôpital psychiatrique fermé pour un type de psychiatrie communautaire, et prônent au sein d'une approche phénoménologique la libre expression du délire comme moyen psychothérapeutique. Franco Basaglia en Italie était également très proche de ce type de conception mais ne se définissait pas comme « antipsychiatre ».

étiquette de « malade mental », mais aussi parce qu'elle l'exclut du reste de la société dans une institution psychiatrique. La majorité des professionnels de l'époque (y compris les non-experts) vont défendre le répertoire de l'intégration. Ils tombent d'accord sur l'idée de ne plus conclure à l'article 64 pour ne plus assigner la personne à sa maladie mentale. Ils préconisent par ailleurs de se saisir du procès pour permettre au fou d'extérioriser les raisons qui l'ont conduit au crime et l'inscrire dans la psychothérapie. Ce lieu est ainsi conçu comme un espace où la société toute entière doit écouter et reconnaître la parole du malade.

« Comme n'importe qui, il avait droit à un jugement honnête, où le complot tramé contre lui pourrait enfin se trouver dénoncé à la face du monde. D'ailleurs ce procès était indispensable à l'accomplissement de son destin. N'avait-il pas entendu sur son passage, dans les dernières semaines avant son acte incendiaire, des murmures où l'on se demandait s'il n'était pas le Christ ? Depuis son incarcération il se sentait apaisé, enfin à l'abri de ses persécuteurs, il nous faisait confiance pour que la justice éclate. Comme le Président SCHREBER il avait écrit la geste de sa vie, et ne doutait pas que cette lecture nous éclairerait. (...) Sans aucun doute, cet homme entrainé dans le champ d'application de l'article 64, comme lors de son premier délit. Mais tout aussi clairement, il était évident, que son premier non-lieu avait contribué à renforcer l'orientation pathologique de son existence » (Jacquot, 1978, p. 66).

Le répertoire de l'intégration se teinte également de lacanisme : au-delà du procès c'est bien le rappel de la loi qui est perçu comme thérapeutique à cette période.

« Dans la mesure où la Société est matrice de la Loi, elle doit au patient de fournir cette occasion de rencontre, dans la mesure où la société se reconnaît le devoir de traiter le patient, elle lui doit aussi cette rencontre utile à la mécanique de sa guérison » (Daumézon, 1976, p. 249).

De plus, ces années marquent la rencontre entre des conceptions éthiques et thérapeutiques d'un côté et l'argument victimaire de l'autre. La solution de la responsabilisation apparaît comme la meilleure solution pour le malade mais aussi pour sa victime. Certains experts psychiatres très impliqués politiquement investiront également la cause victimaire et notamment le féminisme. En 1968, le Mouvement de libération des femmes entretient des rapports importants avec les milieux contestataires de gauche et des féministes comme J. Hyvard, E. Santos, H. Cixous, M. Gagnon qui s'inscrivent également dans les critiques radicales portées à la psychiatrie. C'est dans ces liens que l'investissement pour une psychiatrie ayant tiré des leçons des théories critiques rencontrent une défense de la cause des victimes.

Fin 1970 début 1980 : responsabiliser à tout prix

Au fil des revues de psychiatrie étudiées à cette période, les psychiatres paraissent ressentir de plus en plus violemment une critique sociale qui s'exprime sous un mode contradictoire. D'un côté, la critique des effets de

pouvoir détenus dans la psychiatrie atteint un point de paroxysme avec deux évènements clés : la réactivation du souvenir du régime nazi³⁴ et l'exposition des internements arbitraires en ex URSS³⁵. D'un autre côté, le psychiatre entretient un rapport de plus en plus conflictuel avec la sphère sociale en général, qui semble lui reprocher également de ne pas apporter de réponse satisfaisante à la dangerosité de certains malades présentant des troubles psychiatriques. Dans l'affaire Prosenjit Poddar aux Etats-Unis par exemple, le jeune homme paranoïaque avait confié ses fantasmes criminels à l'égard de sa petite amie à son psychiatre avant de la tuer. Le psychiatre n'en a pas rendu compte à la justice et en a été inquiété par la suite.

La conséquence de cette critique oscillant entre l'exposition des effets délétères de la psychiatrie et une demande de gestion du comportement « anormal » est une posture professionnelle défensive défavorable à l'irresponsabilité psychiatrique qui donnera lieu à une adhésion généralisée aux idées défendues dans le répertoire de l'intégration. En 1976, les psychiatres endossent une position majoritaire claire : ne plus déresponsabiliser pour limiter les usages abusifs de cette solution comme en Russie, mais également pour ne plus être impliqué dans la dangerosité de certains malades de la psychiatrie qui doivent ainsi être renvoyés à l'institution judiciaire.

« La caractérisation d'irresponsabilité, élément essentiel hélas dans tous pays, du rejet du fou hors de la loi commune est utilisé pour escamoter les délits « d'expression d'opinion », qui n'existent pas et pour condamner *sine die*, les coupables devenus irresponsables. Que ce crime politique se couvre de la psychiatrie est une de ses tendances les plus nocives, inspirées par les préjugés sociaux contre la folie » (Ferdrière, 1976, p. 546).

1985-2007 : dangerosité et victimes

Ces vingt-cinq années sont caractérisées par des difficultés institutionnelles inédites qui posent à l'expert avec une acuité particulière le problème de la dangerosité des criminels présentant des troubles psychiatriques, notamment. La mise en place de la politique de sectorisation psychiatrique s'effectue à partir des années 1980 dans un contexte de crise économique et sociale. Celle-ci engage l'ouverture des hôpitaux psychiatriques sans pour autant que les budgets alloués à la psychiatrie ne soient réinvestis dans des solutions sectorielles ouvertes sur la cité. Le nombre de lits en secteur fermé diminue constamment

³⁴ en 1978, *L'express* publie une interview de l'ancien commissaire aux questions juives de Vichy ; le procès Klaus Barbie se tient de 1983 à 1987 ; en 1979 paraît le feuilleton *Holocauste* qui compare la vie d'une famille juive et d'une famille nazie durant la guerre en Allemagne. De nombreux articles paraissent alors dans les revues de psychiatrie pour analyser le rôle des psychiatres dans l'euthanasie des malades mentaux durant la guerre.

³⁵ Nous faisons référence ici à l'affaire Léonid Plioutch dissident du régime communiste interné suite à un avis d'irresponsabilité mentale. Une majorité de psychiatres français se mobilisent en 1976 pour sa libération.

jusque dans les années 2000³⁶. Les psychiatres soulignent alors au fil des revues professionnelles la précarisation de certains schizophrènes chroniques susceptibles de manifester leur mal-être psychique dans des passages à l'acte violents et questionnent les moyens pour les prendre en charge.

L'exposition médiatique de divers crimes commis par des personnes présentant des troubles psychiatriques (voir chapitre 5) conduit certaines associations de victimes à prendre des positions radicales. L'affaire Romain Dupuy par exemple, schizophrène qui a tué deux infirmières à Pau en 2004 a suscité de nombreuses manifestations soutenues par des associations de victimes comme la FNAPSY et UNAFAM (auxquelles les revues de psychiatrie accordent à partir de la décennie 1990 des tribunes régulières) pour s'opposer à la solution du non-lieu psychiatrique préconisée pourtant par la majorité des rapports d'expertises dans ce dossier. Dès 1990, M-P. et T. Lavergne font par exemple état d'une « pétition adressée au garde des sceaux par plusieurs centaines de personnes s'élevant contre une éventuelle sortie d'office » (p. 670) d'un patient ayant commis un crime. Dans un tel contexte, la posture déresponsabilisante devient très coûteuse, et certains professionnels se positionnent du côté des victimes en général, là où d'autres réinvestissent une approche de « la dangerosité criminologique ». Dans les années 2000, la solution de la responsabilisation pourrait donc bien apparaître, pour une majorité d'experts, comme une solution de recours pour des psychiatres très sensibilisés à la question de la dangerosité du malade mental pour lesquels le problème institutionnel que connaît la psychiatrie à l'heure actuelle paraît insoluble.

Pourtant le répertoire de l'intégration, dans sa version humaniste et psychothérapeutique est encore bien vivace, en témoigne les entretiens réalisés avec les experts en 2009 (voir *supra*). L'idée selon laquelle la sanction détient une fonction symbolisante semble toutefois s'inscrire dans un contexte épistémologique très spécifique des années 1970-80. La mode de la psychanalyse faiblissant en même temps que le nombre d'adeptes du lacanisme, l'analyse de cette période peut laisser penser que cet argument disparaîtrait avec la génération d'experts ayant été formés à la psychiatrie dans ces années-là.

Vers un répertoire de la défense sociale ?

Un certain nombre d'éléments plaident en faveur du renforcement de la tendance observée à partir du milieu des années 1980 dans une période très récente. Ce constat permet de questionner une mutation du répertoire de l'intégration vers un répertoire de la défense sociale. Un expert interrogé en 2009 (l'expert n°8, dans le tableau 4) avait déjà franchi le pas assumant

³⁶ En 1980, le ministère Barrot supprime 40 000 lits, et en 1983, le plan relatif à la sectorisation engendre la fermeture de 12 000 lits supplémentaires. Entre 1991 et 1997 on comptabilise à nouveau une baisse de 27 % de lits pour les adultes et de 42 % de lits pour les enfants.

pleinement un type positionnement allant dans le sens de la prévention de la dangerosité et de la récidive.

L'étude des expertises les plus récentes concluant à la responsabilisation des personnes présentant des troubles psychotiques montre que la valorisation de l'aspect thérapeutique de la sanction constitue aujourd'hui un argument en voix de régression (voir tableau 3). Ainsi les experts valorisent beaucoup moins que dans les années 2000 le fait que la personne revendique sa responsabilité ou qu'elle pourrait en « bénéficier ». Ceci s'accompagne en contrepartie d'une mise en exergue accrue de la dangerosité de certains malades et de leurs aspects manipulateurs.

« Le sujet est accessible à une sanction pénale dont il est capable de comprendre le sens. En cas de condamnation un suivi psychologique sera nécessaire pour aider le sujet à tirer profit des expériences passées et de la sanction pour remettre en cause son comportement et pour éviter que la sanction éventuelle n'aggrave le vécu de persécution. Si les faits sont avérés, le sujet risque fort de prendre l'absence éventuelle de sanction pour une impunité liée à ses antécédents psychiatriques, ce qui accentuerait sa toute puissance et sa dangerosité. » (expertise de M. Dit, accusé d'homicide volontaire en 2009).

La suspicion morale dirigée vers certains malades qui arrêtent régulièrement leur traitement, le remplacent par des toxiques, qui mettent en échec les possibilités thérapeutiques et présentent une dangerosité dépassant le champ de compétence de la psychiatrie transpire alors de certaines expertises. Ces patients apparaissent dès lors comme les « mauvais malades » que la psychiatrie renvoie à la justice.

Nous l'avions déjà constaté dans le cas de M. Ben. Celui de M. Darsin constitue un autre exemple de ce type. Ce dernier, qui a été reconnu comme atteint d'une schizophrénie paranoïde de longue date, apparaît comme peu « compliant » aux soins. Lorsqu'en 2010 il est accusé d'enlèvement, séquestration, et tentative d'assassinat, l'expert conclut à l'altération du discernement sans argument clinique particulier, en valorisant uniquement l'épuisement des techniques psychiatriques et son « mauvais pronostic » :

« M. Darsin a bénéficié d'une grande partie de la pharmacopée psychotrope avec un dénominateur commun à savoir la faible observance thérapeutique. (...) M. Darsin est atteint d'un trouble psychotique de type schizophrénie paranoïde associé à une problématique polyaddictive comorbide. L'infraction est en lien avec cette anomalie mentale. Celle-ci altère clairement son rapport à la réalité affectant particulièrement sa sphère émotionnelle et son jugement. (...) Le pronostic est sombre : l'observance thérapeutique n'est pas de mise, des symptômes résiduels persistent, on est face à une problématique addictive comorbide, il témoigne d'une anosognosie partielle avec des antécédents de passage à l'acte. (...) On peut considérer que son discernement était altéré au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal » (expertise de M. Darsin, accusé d'enlèvement, séquestration, tentative d'assassinat en 2010).

Alors que le diagnostic d'un trouble psychotique de type schizophrénie paranoïde au moment des faits pourrait faire pencher la balance de certains

experts du côté de l'irresponsabilité, cet expert conclut en une simple *altération* sans même justifier son point de vue. Il faut relever par ailleurs que l'expert commis exerçait dans le service où le mis-en-examen a été placé durant l'instruction. L'hypothèse selon laquelle l'expertise était orientée par un désir de faire sortir de son service un patient difficile à prendre en charge doit être prise en compte.

Si ces experts ne mentionnent pas ouvertement la défense sociale dans leur expertise, l'observation de la presse spécialisée entre 2005 et 2015 témoigne d'une préoccupation toujours plus nette pour la dangerosité. Sur les 22 articles analysés sur la période traitant des thématiques du droit et de la justice en lien avec la psychiatrie, la dangerosité est celle qui ressort le plus, puisqu'elle apparaît dans 11 articles. Seul un article défend le répertoire de l'intégration sous une forme plus humaniste, tel qu'on a pu le voir dans les années 1970. Il s'agit d'ailleurs d'un psychiatre ayant été formé à la discipline à cette période, en témoigne notamment son imprégnation par les idées de Franco Basaglia. A l'inverse, d'autres psychiatres ainsi que des experts de la « nouvelle génération » proposent des critères de prévention de la dangerosité et de la récidive (Abondo, Bouvet, Palaric, Spriet, Le Gueut, 2014 ; Delacruz, Gasser, 2012 ; Baratta, 2011 ; Zouari, Feki, Ben Thabet, Charfi, Zouari, Maalej, 2012), là où d'autres valorisent l'obligation de soins. Des expériences étrangères telles que l'expérience suisse de prévention de la récidive (Delacrausaz; Gasser, 2012), ou celles des unités médico-légales en Belgique (Cornu, Mercenier, Giovagnoli, 2011) sont également présentées et évaluées. Le résumé de l'article suivant témoigne bien de cette ambition de vouloir nourrir la réflexion française sur la dangerosité grâce à des expériences étrangères.

« Nous décrivons dans cet article la pratique de l'expertise psychiatrique pénale telle qu'elle est effectuée au centre d'expertises de l'Institut de psychiatrie légale du département de psychiatrie du CHUV à Lausanne. Y est notamment abordée la question de la place réservée à l'utilisation d'instruments d'évaluation du risque de récidive. Qu'ils soient actuariels ou à type de raisonnement clinique structuré, ces instruments nous paraissent pouvoir trouver à s'inscrire dans une démarche méthodologique rigoureuse, dans la mesure où celle-ci se déploie dans une perspective qui reste fondée sur la clinique » (Delacruz, Gasser, 2012 , p. 439).

Certains autres se questionnent sur le type d'institution permettant de répondre à la prévention de la dangerosité des patients sortant d'hospitalisation (Couhet, Cochez, Meriglier, Verdoux, 2008) ou de prison (De Beaurepaire, Pham, 2010) :

« Mais quelle est exactement la place du psychiatre ? Dispose-t-il des moyens destinés à « prédire » la récidive ? Et des moyens de la « prévenir » ? Après une analyse de la problématique, et une description des méthodes actuelles d'analyse du risque de récidive chez les auteurs d'infractions, nous présentons les données de l'activité d'une consultation médico-légale destinée à la prise en charge des personnes sous main de justice, sortants de prison et probationnaires avec une mesure de soins pénalement ordonnés. Cette consultation s'intègre dans un dispositif médical, social et judiciaire

orienté vers l'insertion des personnes suivies, qui constitue actuellement le meilleur facteur de lutte contre la récidive. L'évaluation clinique et standardisée du potentiel de récidive permet d'ajuster la prise en charge et le partenariat médico-judiciaire de réaliser une « structure intermédiaire » utile à la démarche d'insertion » (De Beaurepaire, Pham, p.126).

L'ensemble de la profession ne s'est pourtant pas tout à fait converti à la prévention de la dangerosité et des comportements violents. Un front d'opposition à cette tendance, avec quelques chefs de file, comme Catherine Paulet, Gérard Laurencin ou Jean-Louis Senon mettent en garde contre l'« orientation sécuritaire » de la psychiatrie, se demandant si : « l'ensemble de la psychiatrie, saura résister à l'injonction qui lui est faite de neutraliser plutôt que de soigner ? » (David, Paulet, Laurencin, 2012, p. 605). Toutefois, force est de constater que la thématique occupe le débat, suivant, voire radicalisant le mouvement que l'on a pu voir s'opérer dans les revues de psychiatrie à partir du milieu des années 1990.

Si les experts ne revendiquent pas encore tout à fait ouvertement la défense sociale, la montée en puissance de la problématique de la dangerosité avec certains qui s'inscrivent dans une clinique de la dangerosité et de la récidive laisse donc penser que ce type de répertoire est bien en train de prendre le pas sur celui de l'intégration, à mesure que la génération d'experts formés dans les années 1970 part à la retraite.³⁷ Le phénomène avait été remarqué dès la fin des années 1990, il semble s'affirmer toujours plus depuis lors.

Conclusion

Ce chapitre a permis de mettre en évidence une restriction du champ d'application de l'article 122-1 al. 1 (anciennement article 64) depuis les années 1950, toujours à l'œuvre de nos jours. Si au milieu du XXe, une diversité importante de troubles mentaux pouvait faire l'objet d'une irresponsabilité « psychiatrique », ce champ est désormais restreint aux déficiences mentales profondes, mais surtout aux psychoses décompensées caractérisées par une floraison importante de symptômes évoquant cette maladie de manière criante et incontestable.

Un certain nombre de personnes présentant des troubles qualifiés de « graves » par le savoir psychiatrique sont par ailleurs « responsabilisées » à un niveau pénal. *A minima*, ce type de pratiques concerne des personnalités cumulant des « traits psychotiques » et des « troubles du comportement », voire des « tendances toxicomaniaques » ; *a maxima* des personnes présentant des pathologies psychotiques clairement décompensées.

³⁷ En 2009, la moyenne d'âge des experts psychiatres français était de 57 ans.

Ces pratiques témoignent d'une évolution des conceptions de la maladie mentale et de l'éthique professionnelle des psychiatres experts près des tribunaux. D'une approche englobante et fixiste de la maladie mentale, majoritaire dans le milieu de la psychiatrie dans les années 1950, la profession est passée à une conception « éclatée ». La pathologie est perçue comme n'altérant pas l'ensemble des pans de la personnalité du malade de la même manière. Se faisant, la majorité des experts de la période actuelle remettent radicalement en cause l'association entre la psychose et l'aliénation mentale ayant cours dans la première partie du XXe. L'idée que la responsabilité serait humanisante et la loi thérapeutique pour le malade compte également parmi les représentations ayant émergé dans la seconde partie du XXe et qui participent à ce mouvement de responsabilisation des malades souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis des infractions.

Plusieurs événements historiques et tendances sociales de long court permettent d'expliquer l'aura grandissante du répertoire de l'intégration durant près de 70 ans. L'événement de la seconde guerre et la manière dont il a été vécue par un certain nombre de professionnels, la réception des pensées critiques de la psychiatrie dans le milieu professionnel des années 1960-70, le renforcement de la critique suite à l'exposition sociale des internements arbitraires en Russie, la fermeture des lits d'hospitalisation... autant d'éléments dont nous pouvons confirmer l'influence. La montée en puissance de la victime ainsi que la question de la dangerosité participent également à cette tendance, et contribuent potentiellement à faire naître dans une période très récente un système de représentations dans lequel les arguments sécuritaires deviendraient prédominants, pour constituer ce que nous avons appelé un « répertoire de la défense sociale ».

Chapitre 2 : Repenser le sort des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux : regards de psychiatres sur l'irresponsabilité pénale

Par Camille Lancelevée, Caroline Protais et Caroline Guibet Lafaye

Les médecins non experts nourrissent également des représentations relatives à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Ces professionnels exercent dans différentes structures sanitaires (services ouverts, fermés ou ambulatoires d'établissements publics en santé mentale, services psychiatriques en milieu pénitentiaire, ou dans une moindre mesure, cabinet privé). La réalisation de 31 entretiens semi-directifs a permis d'explorer ces représentations. Outre la question de l'irresponsabilité, ils ont abordé le parcours professionnel, les orientations théoriques et la façon dont ces professionnels se représentent la maladie mentale et la folie (voir encadré méthodologique).

Moins directement impliqués dans la dimension légale du principe d'irresponsabilité que leurs confrères experts, ces psychiatres observent la question de l'irresponsabilité sous l'angle de leur pratique clinique et de la prise en charge des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux en prison ou à l'hôpital. En effet, la mise en œuvre du principe d'irresponsabilité a des conséquences directes sur le travail quotidien des professionnels rencontrés : ceux qui exercent en milieu pénitentiaire ont de fortes chances de retrouver, dans leurs services, les personnes incarcérées en dépit de troubles mentaux parfois importants. À l'inverse, ceux qui pratiquent en milieu hospitalier doivent accueillir les personnes irresponsabilisées qui posent parfois des difficultés pratiques et éthiques aux services. Différence notable par rapport à leurs collègues experts, la question de l'irresponsabilité est donc principalement saisie à partir des effets indésirables que produit l'agencement institutionnel dichotomique qui caractérise le système pénal français (Collectif Contrast, 2015). Les professionnels interrogés tirent de ces « dysfonctionnements » des enseignements parfois antinomiques : il faut, pour certains, développer les soins psychiatriques en prison, tandis que d'autres estiment nécessaire de limiter au maximum l'incarcération de personnes atteintes de troubles psychiatriques ; il s'agit pour certains d'assumer un enfermement de protection pour certains malades, tandis que d'autres souhaitent que la psychiatrie soit enfin délestée de toute mission qui s'apparenterait à du contrôle social.

Certains points communs avec l'univers de l'expertise existent toutefois. Nous montrerons ainsi que ces positionnements autour de la prise en charge des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux résultent également de la façon dont ils perçoivent et considèrent leurs patients, *i.e.* soit comme des personnes vulnérables que la psychiatrie a pour mission de protéger, soit comme des citoyens à part entière qu'il s'agit de réintégrer au corps social. Ces constatations nous permettront de montrer *in fine* que la question de l'irresponsabilité est révélatrice d'un clivage central dans la psychiatrie contemporaine autour de la nature de sa mission et de la définition de son objet.

Avant d'exposer ce clivage, nous analyserons, dans une première partie, la façon dont ces psychiatres non-experts parlent de la pratique de l'expertise. Nous verrons que s'ils justifient leur choix de ne pas réaliser d'expertise par différentes contraintes professionnelles, ils ne sont cependant pas unanimes sur la nécessité d'une spécialisation des experts psychiatres. Invités ensuite à se mettre dans la peau de l'expert par les enquêtrices, c'est-à-dire à décrire les situations qui relèvent pour eux de l'irresponsabilité pénale, les psychiatres interrogés font une interprétation contrastée du principe d'irresponsabilité. Un même spectre de positions que dans le milieu de l'expertise, allant d'une lecture très limitative de ce principe à une lecture englobant plus de situations cliniques, pourra être mis en évidence.

Dans les deuxième et troisième parties, nous verrons que ces lectures divergentes de la maladie, résultant d'un désaccord tant scientifique qu'ontologique³⁸, s'articulent à l'appréciation que les psychiatres font des dysfonctionnements institutionnels pour produire des positions clivées quant au sort à réserver aux auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. La ligne d'opposition que nous mettrons en évidence n'est cependant pas si imperméable. Les positions des psychiatres rencontrés sont souvent nuancées. De part et d'autres, les dilemmes moraux sont nombreux sur la « bonne » façon de prendre en charge les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.

³⁸ Les psychiatres sont en désaccord sur les origines, causes et facteurs de la maladie mentale (étiologie), mais également sur la façon dont celle-ci modifie l'être des individus (ontologie). Certains refusent d'ailleurs de parler de « malade mental », soit parce que le terme essentialise des « troubles psychiatriques » qui n'affectent pas, selon eux, l'entièreté de l'esprit de l'individu, soit parce que le terme réduit la « folie » à une entité psycho-pathologique déterminée, laissant entendre que le psychiatre serait seul spécialiste de la « folie ».

Encadré méthodologique

Le corpus mobilisé dans ce chapitre est constitué de 24 entretiens semi-directifs réalisés par Caroline Protais entre 2014 et 2015 et de 7 entretiens réalisés en 2012-2013 par Caroline Guibet Lafaye dans le cadre d'une enquête précédente sur les soins sans consentement, et complétés en 2015 à l'occasion de cette nouvelle enquête (voir annexe méthodologique).

L'absence de données de cadrage sur le groupe professionnel des psychiatres rend impossible l'évaluation de la représentativité du corpus constitué. Quelques éléments de contextualisation peuvent toutefois être apportés : la quasi-totalité des psychiatres rencontrés est salariée du service public hospitalier et exerce soit dans des services ouverts ou fermés de psychiatrie, soit dans des unités ambulatoires du secteur psychiatrique général ou pénitentiaire³⁹. Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire sont surreprésentés dans notre échantillon (7 sur 31⁴⁰), tandis que les psychiatres libéraux sont largement sous-représentés (3 sur 31⁴¹). Sur le plan théorique, une grande proportion des psychiatres interrogés se décrivent comme formés à la « psychanalyse » (12 sur 31) parmi lesquels 8 se présentent comme des héritiers de la « psychothérapie institutionnelle ». Les autres psychiatres ont soit : une approche « éclectique » (c'est-à-dire une approche pragmatique qui combine plusieurs apports théoriques sans prédilection particulière (9)), une approche fondée sur les « thérapies systémiques brèves »⁴² (3), une approche de psychiatrie sociale ou réhabilitatrice⁴³ (3), une approche neuropsychiatrique (2), ou bien encore une approche phénoménologique (2). Ces orientations théoriques ne donnent cependant aucune indication quant à la représentativité des psychiatres interrogés, puisqu'il n'existe à notre connaissance pas de statistique portant sur l'orientation théorique des 15048 psychiatres recensés en France au 1^{er} janvier 2015. A défaut de pouvoir statuer sur la représentativité de l'échantillon, nous nous concentrerons dans cette analyse, non pas sur le poids statistique des réponses, mais bien plutôt sur des positionnements caractéristiques. Nous analyserons plus précisément les positions les plus tranchées, révélatrices des lignes de clivage qui se dessinent au sein de ce groupe professionnel.

I. Regards de psychiatres non-experts sur l'irresponsabilité pénale

Les psychiatres rencontrés ont fait le choix de ne pas demander leur inscription sur la liste des experts. Ils invoquent pour cela des contraintes

³⁹ Ils représentent 56,4% des 15048 psychiatres recensés par la DREES au 1^{er} janvier 2015 à partir des données du Répertoire partagé des Professionnels de Santé (RPPS) : voir <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>

⁴⁰ Ils travaillent au sein des services médico-psychiatriques régionaux (SMPR) ou de dispositifs de soins psychiatriques (DSP) inclus dans les unités de soin somatiques, ou encore au sein des nouvelles unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Si le nombre exact de psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire n'est, à notre connaissance, pas disponible, on peut rapidement estimer ce chiffre à partir du nombre de structures (26 SMPR, 9 UHSA et environ 180 DSP) à moins de 400 personnes, soit moins de 3% des psychiatres.

⁴¹ Les statistiques de la DREES indiquent une proportion de 40% de psychiatres libéraux exclusifs et 41% de psychiatres qui ont un exercice mixte (salarié de la fonction publique et activité libérale).

⁴² Une méthode thérapeutique fondée sur la résolution conjointe, avec le patient, des problèmes comportementaux les plus aigus.

⁴³ Cette méthode thérapeutique insiste sur l'importance de l'environnement du patient, et met l'accent sur la capacité des individus à développer des comportements leur permettant de retrouver une indépendance dans la maîtrise de leur environnement.

professionnelles, et, pour certains, des réserves quant aux missions expertales. S'ils sont peu nombreux à critiquer le pouvoir confié aux experts psychiatres en matière d'irresponsabilité pénale, ils sont cependant partagés sur le fait de savoir si l'art de l'expertise requiert une forme de spécialisation professionnelle. Les psychiatres rencontrés se divisent par ailleurs à l'heure de définir à qui doit s'appliquer le principe d'irresponsabilité. Les arguments antinomiques invoqués par les uns et les autres soulignent la grande plurivocité du savoir psychiatrique.

1. Déterminer l'irresponsabilité pénale : un travail d'expert ?

Parmi les trente psychiatres interrogés, seuls trois réalisent régulièrement des expertises psychiatriques pénales. Les autres sont parfois sollicités pour des examens médicaux au moment de la garde à vue (article 63 du CPP), ou pour la réalisation de certificats médicaux circonstanciés dans le cadre de mesures de protection juridique (tutelle, curatelle), mais ont fait le choix de ne pas pratiquer d'expertises au pénal.

Des arbitrages professionnels

Les raisons de ce choix sont multiples : la plupart des psychiatres invoquent un défaut de temps mais également un manque de goût pour l'expertise, et entendent privilégier le travail clinique à cette activité expertale :

« Alors c'est pas ça qui me passionne ! Ce qui me passionne c'est le soin, c'est l'organisation des équipes, c'est de monter des programmes de soin... Voir les patients qui évoluent, ça m'amuse beaucoup ! L'expertise, c'est de la description d'un tableau quoi, c'est moins mon... »

Entretien André Grignon, 40-55 ans, milieu hospitalier

« Moi honnêtement, j'ai pas fait médecine pour... ma conception de la psychiatrie... parce que j'ai fait médecine pour être psychiatre... Bon mais moi il y a un facteur personnel, je sais que ça prend beaucoup de temps, je sais qu'il faut aller à la prison, être tributaire de leur système administratif, euh... moi je n'aime pas ce type de relation avec le malade. L'expert, ça peut être dans certains cas très très déterminant quoi. »

- C. Protais : *C'est vrai que c'est un avis qui est donné à un moment donné...*

- Oui, comme la vérité avec un grand V. Bon. »

Entretien Nicole Matthieu⁴⁴, 40-55 ans, milieu hospitalier

L'expertise place le psychiatre dans une position d'évaluateur et non plus de soignant, un rôle que certain/es n'ont pas envie d'endosser. Ces deux rôles sont antinomiques pour les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire qui justifient leur choix de ne pas faire d'expertise par l'idée que cette pratique serait incompatible avec le travail clinique réalisé en prison. Si un psychiatre exerçant

⁴⁴ Les noms sont fictifs. Nous avons choisi d'anonymiser les noms des enquêtés en créant des pseudonymes afin de faciliter la lecture du texte et de permettre aux lecteurs de rapprocher les différentes citations d'un même psychiatre.

en prison envisage de réaliser des expertises dans une ville voisine de celle où elle travaille, les autres considèrent qu'ils doivent « rester dans le soin » pour clarifier leur identité, aux yeux de leurs patients, dans un univers pénitentiaire marqué par la méfiance :

« Donc pour moi, la question d'être soignant en prison et d'avoir une casquette d'expert au pénal, tout le monde est pas d'accord, mais moi, ça me semble confus, dans le sens et dans l'organisation. Donc du coup, dans l'équipe dans laquelle je travaille, personne (...) ne fait d'expertise pénale. Mais c'est un point de vue d'engagement personnel sur cette question-là.

- C. Protais : *Parce que... La confusion elle est où ?*

- C'est compliqué pour les patients. Ou alors oui, alors j'ai des collègues qui disent: oui, on fait des expertises mais dans une autre prison, mais alors ça demande énormément de temps. Et moi je me suis toujours dit, si je quitte la prison, pourquoi pas faire des expertises au pénal, mais je vois pas comment on peut être dans une position soignante et dans une position expertale dans un même lieu. Pour un même lieu. Parce qu'en plus les patients, ils tournent, ils vont, ils viennent, déjà c'est compliqué que les patients repèrent qu'on est un lieu de soin, qu'on dépend de l'hôpital, qu'on n'est pas en confusion avec la justice, avec l'administration pénitentiaire, si en plus ils viennent dans le même service pour être expertisés,... ça me semble confus ! Enfin voilà. »

Entretien Geneviève Moretti, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Il s'agit donc pour cette psychiatre de ne pas mélanger les rôles et de rester dans le soin. Pour d'autres psychiatres, le fait de ne pas faire d'expertise résulte d'un choix contraint. Ainsi, un psychiatre qui travaille pour partie en cabinet rappelle la contrainte financière que peut représenter l'expertise pour les psychiatres libéraux :

« Parce que moi je me suis défaussé, je ne me suis jamais engagé comme expert... je me suis défaussé parce que mon intérêt est ailleurs... et puis que c'est compliqué, tous ces cas embarrassants, complexes... Et puis c'est mal payé, y'a que les médecins hospitaliers qui peuvent faire ça ! »

Entretien Pierre André, 40-55 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

Cette moindre appétence pour l'expertise résulte donc pour beaucoup d'arbitrages professionnels et non d'un rejet du dispositif expertal.

Un choix politique

Certains psychiatres expliquent cependant leur choix par un refus de participer à des procédures judiciaires qui accordent, selon eux, trop de pouvoir à l'avis de l'expert psychiatre.

« Je peux pas donner une expertise de l'acte de quelqu'un, ça voudrait dire que je sais le sens de l'acte de quelqu'un (...) C'est pas en une demie heure ou même en 2 ou 3 jours... Il me faudrait 10 ou 15 ans pour avoir une idée de l'acte... Y'a des patients qui me racontent pourquoi ils ont fait tel truc, 15 ans plus tard ! Croire qu'il y'a une expertise psychiatrique, c'est une imposture, qui est certainement utile en même temps, parce que ça tamponne la toute puissance de l'appareil juridique, mais en même temps qui la cautionne ! Alors c'est vrai que des gens comme Zagury, le font bien, ils essaient de faire au mieux pour tamponner la cruauté des choses, mais il faut s'en ressentir... (...) donc j'ai

préféré garder tout mon temps pour faire de la thérapie et de la formation... Mais la logique expertale me paraît très douteuse, c'est comme si le savoir psychiatrique savait le fin mot de l'affaire sur un acte. »

Entretien Christophe Peirère, 55-70 ans, milieu hospitalier

Pour Christophe Peirère, l'expertise psychiatrique pose problème parce qu'elle prête au savoir psychiatrique une vérité sur les justiciables qu'il ne détient pas. Cette « imposture » permet, selon lui, de cautionner le fonctionnement de la justice. L'argument est ici proche des travaux de Michel Foucault autour de l'expertise psychiatrique qui montre combien la montée en puissance de la figure de l'expert psychiatre est liée aux transformations de l'art de punir au début du XIX^{ème} siècle : en formalisant un savoir autour du crime, les experts psychiatres apportent les éléments de personnalisation nécessaires à une justice désormais soucieuse de faire de la punition légale une « technique de transformation individuelle » (Foucault, 1994 (1978), p. 454). Un autre psychiatre se dit dubitatif face aux attentes excessives de la société envers le savoir psychiatrique :

« C'est à la société, c'est elle qui doit définir les règles selon lesquelles on traite les gens ! On vote des lois ! Mais vous entendez bien, le psychiatre on lui demande... comme s'il était capable de prédire l'avenir... Il peut pas ! »

Entretien André Grignon, 40-55 ans, milieu hospitalier

À ces deux exceptions près, les psychiatres rencontrés sont plutôt rares à remettre en cause l'influence cruciale des experts psychiatres sur cette question pénale. Certains, comme Alexis Milano, assument mal le pouvoir confié aux experts, sans nécessairement articuler ce malaise à une critique politique plus générale :

« Je me vois pas dire à quelqu'un : je suis désolé, on a discuté, vous êtes normal, vous allez en taule. Et puis je suis psychiatre... le diagnostic il doit aider dans le soin, c'est le début du soin... »

Entretien Alexis Milano, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Les autres psychiatres interrogés considèrent qu'il est bien du ressort de la psychiatrie de se positionner sur le principe d'irresponsabilité pénale et ne font pas état de réticences vis-à-vis du rôle joué par les experts psychiatres. Ils ne s'accordent cependant pas sur la question de savoir si la pratique de l'expertise doit ou non faire l'objet d'une spécialisation professionnelle.

Pour ou contre la spécialisation des experts ?

Beaucoup de psychiatres soulignent, parfois en manifestant leur admiration pour tel ou tel expert, les compétences spécifiques qu'il faut selon eux développer pour devenir expert et jugent qu'il s'agit d'un art qui nécessite une formation spécifique, voire une forme de professionnalisation :

« Je m'inscris en faux contre cette idée que quand on est psychiatre, on est expert ! C'est une dévaluation de l'expertise ! Des expertises, on en voit des très différentes les unes

des autres. Certains sont pas aussi versés dans cette technique que d'autres ! C'est un vrai problème français qui n'est pas nouveau !

- C. Protais : *Oui, il y a un rejet de la professionnalisation des experts ?*

- Oui, mais ça c'est pas une mauvaise idée, ceci dit, quand vous regardez à l'étranger, l'Allemagne, la Suisse, le Canada, l'expertise est faite par des équipes, dans des services de *Forensic* ! »

Entretien Dominique Vesper, 40-55 ans, milieu hospitalier et expert

Lui-même expert et diplômé de droit, Dominique Vesper participe, par la création d'un diplôme universitaire, à la formation des psychiatres aspirant au rôle d'expert. Il milite d'ailleurs, comme nous le verrons plus bas, pour la constitution d'un segment professionnel psycho-légal similaire à la *Forensic* des pays anglo-saxons. Mais ce n'est pas tant parce qu'elle requiert un bagage psychiatrique spécifique que parce qu'elle nécessite une bonne connaissance des procédures et du jeu d'acteurs judiciaires que l'expertise psychiatrique est affaire de spécialistes :

« C'est-à-dire que moi je... c'est pas que je me sens pas... Mais c'est mieux d'y avoir réfléchi, d'avoir connaissance des pathologies plus en lien avec ce genre d'actes condamnables, et puis savoir aussi comment le tribunal fonctionne... Une expertise c'est pas simplement un texte... c'est un texte en réponse à une question demandée par un juge, il faut un discours simple, qu'on pourra tenir au tribunal dans un cadre particulier... Il faut être capable d'être clair... Faut penser à tout ça, c'est pas simplement une analyse technique... Et moi je pense que c'est essentiel de savoir qu'il y a aussi un objectif de convaincre la personne qui commande l'expertise. C'est pas qu'un discours scientifique... On défend aussi une conception de la psychiatrie, du malade mental, on va défendre l'irresponsabilité... Ou la responsabilité... Donc y'a une position en arrière fond qui demande réflexion... Qu'on peut défendre au-delà de la pathologie du patient... »

Entretien Cédric Droit, 40-55 ans, milieu hospitalier

Cédric Droit, qui a travaillé sur l'évolution des classifications nosographiques, rappelle dans cet extrait que l'expertise ne peut prétendre énoncer une vérité scientifique : elle excède toujours le domaine du savoir psychiatrique pour inclure une dimension plus politique, qui prend en compte le jeu d'acteurs et d'institutions. C'est justement parce qu'elle implique une part d'engagement politique que l'expertise devrait, selon d'autres psychiatres, être pratiquée par tous :

« Par exemple, en Argentine je crois, ils font des expertises tournantes, ben c'est bien. Moi je suis contre les sur spécialisations en psychiatrie, je suis contre les addictologues, je suis contre les gérontopsychiatres... Parce qu'on devrait faire tout ça. Ce morcellement, ça suit le capitalisme, ça crée des patates chaudes...

- C. Protais : *Ca vous déconcerne ?*

- Exactement, ça nous déresponsabilise. Et l'expertise c'est un peu ça, pouvoir soutenir une parole clinique auprès des patients, et une parole psy générale, citoyenne, auprès des patients, des familles, etc. C'est ça notre boulot quoi. »

Entretien Nicolas Labhadi, 25-40 ans, milieu hospitalier

L'expertise fait partie des missions de la psychiatrie. D'ailleurs, Nicolas Labhadi rappelle, comme Cédric Droit, que l'expertise a été historiquement consubstantielle à la professionnalisation des aliénistes en ce qu'elle a obligé les médecins à formaliser le savoir psychiatrique sous la forme de classifications et favorisé une reconnaissance institutionnelle de la discipline au cours du XIX^{ème} siècle. Or la constitution d'un corps spécialisé d'experts psychiatres distinct de la profession psychiatrique est propice, selon certains, à la formation d'idéologies découplées de la pratique clinique, voire à une certaine collusion entre experts et magistrats, néfaste à l'exercice de la justice.

« (Moi je ne fais pas d'expertise) pour deux raisons principales: je n'appartiens pas au réseau, c'est un réseau les expertises, un réseau un peu curieux d'ailleurs, dans lequel les juges, les avocats et les experts sont un peu copains quand même. Les experts judiciaires ils se connaissent tous ! Donc il faut être adoubé par le système... Et puis pour moi tant que c'est pas universitaire, je me mets pas dans ce truc là quoi... »

Entretien Pascal Constant, 40-55 ans, milieu hospitalier

Pascal Constant suspecte ici le « réseau » des experts d'un manque d'impartialité, lié à l'existence d'un microcosme professionnel. Il juge qu'il serait nécessaire que les expertises psychiatriques retrouvent une assise scientifique claire, en s'appuyant explicitement et exclusivement sur les outils de classification reconnus au plan international, tels que le DSM IV ou la CIM 10⁴⁵. Ce faisant, il aspire à unifier le regard que portent les psychiatres sur les troubles mentaux. Pourtant la grande plurivocité du savoir psychiatrique est soulignée sans équivoque, lorsque les psychiatres interrogés se prononcent sur le champ d'application du principe d'irresponsabilité.

2. Un spectre de positions similaire à celui des experts

L'évaluation de l'irresponsabilité fait, depuis le début du XIX^{ème} siècle, l'objet de controverses importantes entre psychiatres pour déterminer quels justiciables doivent relever de ce principe. Ces controverses tiennent à la labilité des termes de la loi : comment déterminer « l'abolition du discernement ou du contrôle des actes » mais également à la pluralité des interprétations de la maladie mentale (voir chapitre 1). Or on remarque chez les psychiatres qui expriment une opinion sur le champ d'application du principe d'irresponsabilité, les mêmes points de désaccords que chez les experts psychiatres.

⁴⁵ Le manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM) est publié par la société américaine de psychiatrie (APA) depuis le début des années 1950. La quatrième version (DSM IV, 1994) fait autorité dans les publications scientifiques, qui s'appuient parfois aussi sur la classification internationale des maladies (CIM 10), produite en 1992 par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Représentatifs d'une évolution du savoir psychiatrique dans le sens d'une lecture symptomatique – et non plus causaliste – des maladies psychiatriques, ces outils de classification sont cependant controversés au sein de la profession psychiatrique (voir infra).

Notons cependant que parmi les psychiatres interrogés, beaucoup refusent de prendre position de manière générale, estimant que la question de l'irresponsabilité relève d'une casuistique qui justifie le recours à l'expertise psychiatrique. Ces psychiatres reprennent généralement les termes de l'article 122.1 alinéa 1 du code pénal. Pour ces psychiatres, repérer l'irresponsabilité est une « pratique prudentielle »⁴⁶ (Champy, 2011), qui suppose pour le psychiatre de récupérer toutes les informations nécessaires pour pouvoir établir si le trouble était présent au moment des faits. D'autres psychiatres restent vagues dans leur réponse, rappelant à l'enquêtrice qu'ils n'ont pas choisi d'être expert et n'ont donc pas d'avis, *a priori*, sur les limites de ce principe. Un psychiatre (Andreas Drongiti) explique ainsi que le prononcé de l'irresponsabilité dépend « du degré de désorganisation mentale » de la personne, mais ne se prononce pas sur le degré au-delà duquel une personne devrait être estimée irresponsable. Ce faisant, ces psychiatres indiquent en creux qu'ils se dessaisissent de cette question, et s'en remettent à l'autorité de leurs collègues experts.

À l'exception des quelques psychiatres qui d'emblée se disent « hostiles » au principe d'irresponsabilité, les autres acceptent de jouer le jeu de l'expert et d'en délimiter le champ d'application. Les positions témoignent d'une interprétation variable de ce principe. On retrouve dans ces entretiens un socle commun autour de la « psychose décompensée », identique à celui identifié chez les experts psychiatres : le cas archétypal du « schizophrène paranoïde, qui perçoit des injonctions hallucinatoires et délirantes » fait ainsi l'unanimité. Des désaccords se dessinent ensuite autour du spectre de troubles pouvant, en théorie, justifier le prononcé d'une décision d'irresponsabilité.

Certains, comme François Julhès, aimeraient que tous les schizophrènes, même interpellés pour des faits de faible gravité qui ne sont peut-être pas directement en lien avec la pathologie, soient irresponsabilisés. D'autres soulignent au contraire que ces patients ne forment pas un tout homogène et peuvent garder une capacité de discernement au moment de commettre une infraction :

« En revanche, si ce même patient (schizophrène) commet un vol crapuleux sans rapport avec son délire, il reste au moins en partie responsable (même si une atténuation de responsabilité peut être discutée, selon la part que joue son trouble mental dans l'acte). »
Entretien Jean-Paul Espelet, 55-70 ans, milieu hospitalier

Comme chez les experts, les psychiatres ne sont pas unanimes quant à la question d'évaluer les effets de la schizophrénie sur le contrôle des actes : certains jugent que la maladie peut amputer durablement ce contrôle, tandis que

⁴⁶ Florent Champy emprunte l'adjectif « prudentiel » à la philosophie aristotélicienne, qui définit la prudence comme un mode spécifique de connaissance et d'action qui ne peut s'appuyer sur la science et donc sur un raisonnement universel pour résoudre des situations contingentes. Les experts psychiatres sont ainsi une « profession à pratique prudentielle » dans le sens où ils n'appliquent pas de façon systématique des savoirs formalisés mais jugent les situations au cas par cas.

d'autres estiment que ce contrôle n'est suspendu que ponctuellement, au moment des décompensations psychiques.

À propos de la paranoïa⁴⁷, qui est source de nombre de controverses d'experts, les avis divergent également. Certains incluent *a priori* la paranoïa dans le champ d'application de l'irresponsabilité au prétexte qu'elle « envahit le champ de la conscience » et place les personnes « sous l'emprise du délire » (Pierre Hervé). Mais ceux qui estiment que la paranoïa devrait entraîner une décision d'irresponsabilité admettent cependant immédiatement le caractère particulièrement complexe de cette pathologie :

« Je pense que la question de la paranoïa, c'est un peu la pierre d'achoppement si vous voulez... Pour moi, tel que je vois les choses, les psychiatres ne savent pas soigner la paranoïa, les médicaments qu'on a à notre disposition, ils marchent bien chez les schizophrènes qui présentent une hallucination, un délire polymorphe floride... Chez les paranoïaques, ça marche pas, on sait pas bien les traiter... C'est pour ça qu'on les voit pas à l'hôpital psychiatrique, c'est pour ça qu'on les retrouve en prison, responsabilisés... C'est un effet de la psychiatrie... Enfin moi je vois un peu les choses comme ça... Mais c'est vrai, qu'on en a un certain nombre à l'UHSA et c'est vrai que c'est des personnes, enfin beaucoup, je tendrais à les irresponsabiliser si j'étais expert... Mais c'est vrai que avec l'arrière-pensée que ce serait très compliqué pour les collègues qui suivraient derrière... »

Entretien François Julhès, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

D'autres estiment que cette pathologie qui se développe généralement chez des sujets plus âgés est marquée par une moindre désorganisation mentale. Les personnes paranoïaques seraient ainsi au moins partiellement responsables de leurs actes, dans la mesure où elles garderaient une capacité de discernement. Beaucoup considèrent donc qu'un sujet paranoïaque ne saurait être reconnu irresponsable, mais peut, en revanche, se voir reconnaître une *altération* du discernement.

La question des « états-limites » ou « troubles borderline »⁴⁸ produit également des discours contradictoires. Certains jugent que les sujets atteints de

⁴⁷ Le terme renvoie ici à la « psychose paranoïaque », classée dans le DSM-IV parmi les « troubles délirants », et doit être différencié de la « personnalité paranoïaque » du fait de la présence d'un délire que les psychiatres qualifient d'interprétatif (c'est-à-dire organisé autour d'un thème particulier : jalousie, complot, etc. mais sans hallucinations). Si la paranoïa est au cœur de controverses d'expert, c'est parce que se pose la question de savoir si une personne atteinte de « psychose paranoïaque » conserve, ou non, malgré un discernement altéré voire aboli par le délire, le contrôle de ses actes (et donc la capacité à ne pas contrevenir à la loi).

⁴⁸ Les termes renvoient à des classifications psychiatriques différentes et controversées au sein de la profession. Parler d'« état-limite » suppose ainsi que le psychiatre accepte la division entre « névroses » et « psychoses » (l'état-limite étant alors une pathologie de l'entre d'eux). Les « troubles borderline » décrivent un état psychique similaire, mais renvoient plutôt à une lecture symptomatique de la maladie mentale, appuyée sur les classifications internationales les plus récentes (CIM 10 ou DSM V). Le DSM-IV définit le « trouble borderline » comme « un schéma envahissant d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, également marqué par l'impulsivité commençant chez le jeune adulte et présent dans un grand nombre de contextes ». Parmi les symptômes de ce trouble (impulsivité, instabilité affective, difficulté à maîtriser ses affects), on trouve la survenue, pendant les périodes de stress, de « symptômes

ces troubles n'entrent pas dans le champ de l'irresponsabilité pénale, car les troubles relèvent non de la maladie, mais d'une personnalité pathologique. Il n'y a donc pas lieu de parler d'abolition du discernement. Quelques psychiatres ont un avis plus nuancé, estimant que les troubles borderline peuvent envahir le champ de la conscience et se traduire par des actes impulsifs sur lesquels les individus n'ont plus le contrôle :

« Alors en premier lieu pour moi, c'est les patients schizophrènes dans un délire paranoïde, épisode totalement délirant... Euh... après vous avez lors de grandes désorganisations... chez les patients borderline dans certaines situations, pareil, de dissociation très forte. Mais c'est des patients qui peuvent se souvenir beaucoup plus de ce qui s'est passé et critiquer beaucoup plus leur acte. Mais je pense qu'on pourrait les irresponsabiliser... Après j'aimerais pas être l'expert... Après tout peut arriver, sur un raptus anxieux par exemple... il peut tout arriver, mais là c'est rarissime. »
Entretien Zoé Talbot, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

La plupart des psychiatres excluent d'emblée la « prise volontaire de toxiques » du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental :

« L'irresponsabilité, c'est pour ceux pour lesquels la conscience est totalement altérée par le trouble. Mais attention, les prises volontaires de toxiques, y compris l'alcool, ne doivent pas exonérer de la responsabilité même s'ils "font péter un câble". »
Entretien Paul Freissat, 40-55 ans, milieu hospitalier

Mais de façon assez hétérodoxe, une psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire juge que l'irresponsabilité devrait pouvoir également concerner « certains cas d'addiction » (dont elle ne donne pas le détail). Elle considère, en outre, en accord avec certains de ses collègues, qu'une rupture de traitement⁴⁹ ne peut être invoquée pour justifier la responsabilisation d'un justiciable :

« Parce que la question de... quand vous avez une maladie chronique, même le plus grand diabétique, il s'est essayé à pas prendre son traitement, donc la question du traitement, ça fait partie de la prise en charge des patients, je trouve que c'est un discours de responsabilisation des usagers qui est utilisé je trouve de façon pas tellement adéquate, en tous cas, vraiment je le vis comme ça... Non, autant y'a des choses sur lesquelles je suis... mais la question paranoïaque, la question des addictions, je suis pour le cas par cas, et puis la question du traitement, bientôt on va vous dire: 'oui, mais ils étaient informés, ils avaient signé le papier', mais ils savent pas ce que c'est que la psychose ces collègues ! Ou alors ils voient plus de patients schizophrènes ! »
Entretien Geneviève Moretti, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Geneviève Moretti est ici en désaccord avec d'autres psychiatres, qui estiment au contraire que la gestion du traitement ne fait pas partie de la maladie, mais relèvent d'un choix que même les patients les plus malades peuvent faire en connaissance de cause. Les personnes qui décident de ne pas

dissociatifs sévères ». C'est à ce titre que certains experts considèrent que « l'état-limite » peut abolir le discernement et le contrôle des actes.

⁴⁹ La question soulève également des controverses d'experts dans la mesure où certains experts estiment que certains patients font le choix de rompre le traitement en étant conscients des conséquences d'un tel geste sur leurs troubles mentaux.

prendre leur traitement ont donc été capables de discernement et doivent être jugés (partiellement) responsables.

Si les psychiatres non experts développent, dans le cadre de ces entretiens des raisonnements moins détaillés et moins structurés que leurs collègues experts, on retrouve cependant dans ces extraits d'entretien les mêmes points de controverses que ceux que Caroline Protais a identifiés (Protais, 2016) chez les experts psychiatres et que synthétise le chapitre 1 de ce rapport. Ces positions contrastées peuvent, à première vue, donner l'impression qu'on peut dire, sur tous les troubles psychiatriques, le même et son contraire. Elles témoignent du caractère controversé du savoir psychiatrique, qui n'est pas un savoir unitaire malgré l'ambition des outils de classification internationale visant à harmoniser le regard porté sur les troubles mentaux. Nous verrons dans les parties 2 et 3 que ces positions s'articulent autour de deux lectures contradictoires de la maladie mentale et du rôle de la psychiatrie face à elle. Néanmoins les psychiatres non experts interrogés s'arrêtent longuement sur la difficulté à mettre en œuvre le principe d'irresponsabilité dans le dispositif institutionnel actuel.

3. Un dispositif institutionnel sous pression

Nous verrons dans les parties 2 et 3 que le point de vue des psychiatres sur le système institutionnel et sur sa nécessaire réforme résulte en grande partie de leur regard sur leurs patients et sur les missions de la psychiatrie. Cependant un relatif consensus sur les conséquences institutionnelles de l'irresponsabilité émerge. Tous les professionnels interrogés s'accordent sur l'idée qu'une certaine pression sécuritaire pèse sur l'hôpital et complique l'accueil des auteurs d'infractions irresponsabilisés. Tous estiment par ailleurs que le champ de l'irresponsabilité s'est progressivement réduit, entraînant une augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison.

Les hôpitaux psychiatriques soumis à une pression sécuritaire

Un consensus se dessine, dans les entretiens réalisés, sur l'ambiance sécuritaire qui pèse sur la clinique psychiatrique. Une grande partie des enquêtés évoque une pression sociale qui se manifeste par une attention médiatique pour les patients qui ont commis les crimes les plus graves (voir chapitre 5) :

« J'espère que mes collègues soignent ces gens-là comme les autres. Je pense que oui. La plupart des services... Ce qui me gêne en revanche, c'est la lecture publique qu'il y a de ça. Imaginons, un individu commet un meurtre sous l'emprise d'une bouffée délirante. Il se guérit... Comment faire passer l'idée qu'il peut sortir ? Alors que l'opinion publique veut vengeance, veut qu'on le retienne... je pense qu'on va vers une durée minimum de prise en charge hospitalière, on est dans la logique : pas question qu'une personne

irresponsabilisée reste moins de 6 mois dans un hôpital... Du coup, c'est plus le soin, la clinique qui va définir la sortie... »

Entretien Alexis Milano, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Cette pression sociale se manifeste par une réticence des préfets à lever les arrêtés d'hospitalisation :

« Ah bah oui ! C'est comme le tueur de l'Oise, vous savez, le type qui était gendarme, et qui assassinait des jeunes filles dans l'Oise, y'a 25-30 ans... et il a été irresponsabilisé, il a passé presque tout son temps à Sarreguemines... et il a été transféré à un hôpital psychiatrique, mais il pouvait pas aller dans l'Oise, parce que c'était trop prégnant... et il a été placé dans un autre hôpital dans le Nord Pas de Calais... Et la collègue qui s'en occupe, on lui a dit, 'vous savez, il sortira jamais!' »

Entretien Hervé Galdery, 55-70 ans, milieu hospitalier

« Ça prend plus de temps parce qu'il faut prendre des tas de précaution, faut faire des certificats, faut convaincre, s'exposer à des refus du préfet... Donc ça prend du temps, quelqu'un qui a commis un crime, il sort pas avant deux trois ans... Mais pour autant, c'est pas quand ils sont dans le service, stabilisé, parce que justement c'est de la pathologie et pas de la psychopathie ou que sais-je, ils sont plus faciles à traiter que certains, parce que... bah voilà, la pathologie, on sait comment faire ! »

Patrick Guerlain, 55-70 ans, milieu hospitalier

Cette pression sociale semble plus forte dans les petites villes, dans lesquelles l'interconnaissance est plus grande :

« - Mais la pression, elle vient de qui ?

De la part de la famille, qui nous dit gardez-le le plus longtemps possible. On l'a des pouvoirs publics, des maires qui disent : 'nous le renvoyez pas !'. Des préfets qui vont dire : 'non mais je lève pas le SDRE !' De la société, les voisins font des pétitions... dans certains immeubles à (ville de taille moyenne), j'en ai une à l'hôpital, les voisins ont fait une pétition pour pas qu'elle revienne chez elle ! »

Entretien Nicole Matthieu, 40-55 ans, milieu hospitalier

Plusieurs psychiatres mentionnent les risques judiciaires désormais encourus si un patient commet un acte grave. Il est souvent fait référence à l'affaire Canarelli, psychiatre de Marseille condamnée en première instance (mais relaxée en appel), après le meurtre commis par l'un de ses patients en fugue. Cette affaire est évoquée dans plusieurs entretiens et témoigne d'une certaine anxiété face aux poursuites judiciaires désormais possibles.

Une pression sociale qui modifie la clinique

Ces équipes ne sont d'ailleurs pas imperméables aux représentations sociales qui tendent à associer troubles mentaux graves et dangerosité ni à la demande de sécurité qui leur est imposée (voir chapitre 5). Elle se traduirait par de la méfiance et par le recours croissant à des moyens de contention médicale (physique ou chimique) :

« On dit les neuroleptiques, grâce à eux, on a fait des tas de progrès, mais les gens qui sont dans les hostos donnent des traitements massifs de neuroleptiques et en plus ils isolent et ils attachent... Alors y'a quelque-chose qui déconne complètement ! Alors que

nous on donnait des neuroleptiques à dose homéopathique et on n'attachait pas les patients ! Y'a quand même quelque-chose qui déconne complètement ! »
Entretien Alain Ditard, 55-70 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

« Ce qui est dramatique, c'est plutôt qu'en psychiatrie, on a réintroduit des normes de la prison, avec les chambres d'iso, les contentions, voilà. Tous ces derniers temps... la tendance des infirmiers à l'hôpital est l'enfermement ! On avait une chambre d'iso y'a 40 ans, qui était rarement utilisée, avec des services qui en avaient pas du tout, et aujourd'hui, on en a une et trois autres, et c'est tout le temps plein ! Et le patient lui-même a introjecté le système ! D'être enfermé, donc il produit le comportement d'agitation pour être enfermé ! Donc tout fonctionne dans cette logique-là de punition de la folie ! »

Entretien Christophe Peirère, 55-70 ans, milieu hospitalier

Les psychiatres sont unanimes quant à la nécessité d'ouvrir un débat⁵⁰ sur l'enfermement en psychiatrie – ils ne sont cependant pas d'accord sur la place que doit occuper l'enfermement en psychiatrie, comme nous le verrons dans les parties suivantes de ce chapitre :

« Mais oui, même actuellement par rapport à la situation de la psychiatrie, on demande qu'il y ait un débat immense qui s'ouvre avec tout ce retour des pratiques asilaires, de l'enfermement, de l'isolement, il faut mettre ça sur la table, c'est pas possible que ça continue comme ça quoi... Et donc effectivement, qu'il y ait un débat, on va pas dire, c'est très mal, c'est honteux ! Alors qu'on sait que dans certains endroits, les gens ils font comme ils peuvent ! Donc c'est pas juste proposer une position d'indignation, même si on peut être révolté par rapport à... ce que nous à notre époque on n'a jamais fait, on s'aperçoit que ça revient en retour comme ça se passe, c'est terrible quoi ! »

Entretien Alain Ditard, 55-70 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

Certains psychiatres reconnaissent que cette demande de sécurité a modifié leurs propres pratiques cliniques :

« Et donc des fois y'a des patients où vous sentez que tout est fermé, mais c'est tout fermé pourquoi ? Comment ? C'est des situations bloquées, des patients qui ont la réputation d'agresser les autres, de menacer les autres, tout le monde s'en méfie et même vous, vous êtes... vous arrivez, vous êtes victime de cette rumeur, qui s'enracine dans quelque-chose de vrai mais... »

Entretien Pierre Hervé, 55-70 ans, milieu hospitalier

Les précautions qui entourent l'accueil des personnes irresponsabilisées s'inscriraient dans un retour de la contrainte (Moreau, 2015), qui se traduirait par ailleurs sur le plan matériel par la sécurisation des hôpitaux psychiatriques, l'ouverture de chambres d'isolement ou la création de nouvelles Unités pour Malades Difficiles⁵¹. En somme, les transformations de long cours de l'institution

⁵⁰ Ce débat a d'ailleurs lieu, notamment au sein du collectif contre la Nuit Sécuritaire, qui s'est formé à la suite du discours prononcé par Nicolas Sarkozy sur la sécurisation de la psychiatrie en décembre 2008 (voir note suivante)

⁵¹ Ces mesures, annoncées par le président Nicolas Sarkozy lors du « discours d'Anthony » (3 décembre 2008), sont présentées comme une réponse à un fait divers tragique (le meurtre d'un étudiant par un patient hospitalisé sans son consentement à Grenoble en novembre 2008). Ce discours témoigne de

psychiatrique compliqueraient l'accueil des patients irresponsabilisés, qui seraient par ailleurs, au nom de leur dangerosité potentielle, pris dans la logique sécuritaire qui se déploierait autour et au sein de la clinique.

L'augmentation des troubles mentaux en prison : effet indésirable de la « responsabilisation »

Un second point d'accord se dessine autour de l'idée que le nombre de personnes malades a augmenté au cours des dernières décennies en milieu carcéral⁵². Certains psychiatres y font simplement allusion⁵³, d'autres, et tout particulièrement ceux qui travaillent en milieu pénitentiaire, développent différents arguments pour expliquer ce phénomène. Ils soulignent ainsi le rôle joué par la réforme de l'article 64 du code pénal en 1992, qui, en introduisant une nuance entre la responsabilité et l'irresponsabilité avec « l'altération du discernement » a conduit à l'incarcération de nombreuses personnes qui auraient échappé à la prison avant la réforme :

« Sur la question de la responsabilité partielle... elle a été beaucoup portée par les psychiatres et en particulier dans un sens de retour à la citoyenneté, le fait de dire que c'est un citoyen comme un autre donc qu'il devait avoir le contrôle de ses actes... C'est un beau principe mais qui... qui en pratique... a des effets inverses à l'idéal porté par ce principe là... parce que les responsabilités atténuées... font qu'une grande partie des psychotiques sont en prison et condamnés sans comprendre vraiment le sens de leur peine. Ce qui est pas forcément... Je pense qu'il y a quelque chose là autour de... qui serait presque un déni de pathologie de la part des psychiatres. »

Entretien Marion Lucey, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Cette modification législative s'inscrirait cependant dans un contexte plus large, celui de la « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie, que nous avons par ailleurs confirmée dans ce rapport (voir chapitre 1):

« Moi je considère que la désinstitutionnalisation de la psychiatrie ne s'est pas faite comme elle aurait dû... En tous cas pas en totalité et que malheureusement y'a beaucoup de patients qui se sont retrouvés en prison quoi ! Et qui font des allers-retours entre la rue et la prison quoi.

l'importance des faits divers dans la mise en place des dispositifs de précaution actuels (Doron, 2009). Il a par ailleurs marqué le début d'une mobilisation importante de psychiatres hostiles à cette invitation à mettre la clinique au service de la sécurisation de la société (voir le comité des 39 contre la nuit sécuritaire - <http://www.collectifpsychiatrie.fr/>).

⁵² Il est cependant difficile de démontrer empiriquement cette augmentation, faute de données épidémiologiques comparables sur la longue durée. L'enquête épidémiologique menée par Bruno Falissard et publiée en 2004 établit à environ 30% la proportion de personnes détenues présentant des troubles mentaux graves – c'est-à-dire nécessitant, du point de vue des enquêteurs, une prise en charge psychiatrique (Falissard *et al.*, 2004).

⁵³ Notons qu'une seule psychiatre (Claudine Nourarier) rejette l'idée que les prisons seraient confrontées à une augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux. Elle estime que les prisons ont toujours accueilli des personnes malades, et considère qu'il n'y a pas vraiment eu de « responsabilisation » des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux. Son opinion est cependant minoritaire.

- *Et désinstitutionnalisation parce que vous mettez sur le compte... les psychiatres responsabiliseraient plus à cause du service dans lequel ils travaillent ?*

- Moi j'ai tendance à penser qu'il y a une certaine part de psychiatres experts qui... à mon avis... c'est mon humble avis... qui est peut-être un peu provocateur, un peu choquant, mais qu'il y a certains patients qu'on n'a pas envie de voir en psychiatrie générale, c'est sûr qu'il y a des patients difficiles à prendre en charge, y'a des patients qui ne trouvent plus leur place dans l'hôpital psychiatrique qui n'est plus un asile... et moi j'ai l'impression que ces patients, bah ils sont chez nous, quoi, à l'UHSA, parce qu'ils ne trouvent plus leur place à l'hôpital psychiatrique, qui n'en veut plus, qui n'a plus les moyens de les prendre en charge... »

Entretien François Julhès, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

Témoins d'une augmentation apparente, bien que difficilement démontrable empiriquement, du nombre de personnes détenues présentant des troubles mentaux, les psychiatres exerçant en milieu carcéral ainsi qu'une grande majorité de leurs collègues, souscrivent à l'hypothèse d'un transfert de populations entre l'hôpital et la prison, sur le mode des vases communicants. Cette hypothèse est désignée dans la littérature scientifique comme la « loi de Penrose », du nom d'un psychiatre et mathématicien anglais qui a établi dans les années 1930 l'existence d'un rapport inverse entre les populations carcérales et hospitalières. Elle a été testée pour la France par Sacha Raoult, qui met en évidence cette corrélation sur la longue durée (il remonte à 1851) à partir de l'étude des données démographiques des deux institutions (Raoult, 2014). Outre les causes avancées par les psychiatres interrogés dans le cadre de cette enquête et confirmées dans le chapitre 1 de ce rapport, la littérature avance également des raisons liées au fonctionnement de la justice – notamment l'accélération de la justice notamment par le biais des comparutions immédiates, sévérité pénale et tendance à considérer les troubles mentaux comme un facteur de dangerosité (Brahmy, 2005 ; Chantraine, Bérard, 2008 ; Lancelevée, 2016).

Si les psychiatres s'accordent à dire que ni l'hôpital ni la prison ne sont aujourd'hui parfaitement adaptés pour accueillir des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, nous verrons dans les deux parties suivantes que ce diagnostic commun amène les psychiatres à des conclusions diamétralement opposées sur la nécessaire réforme de l'accueil des patients responsabilisés ou irresponsabilisés. Nous verrons que le regard porté sur les réformes du dispositif institutionnel se nourrit d'une réflexion sur le rôle de la psychiatrie. Doit-elle protéger des malades, perçus dès lors comme vulnérables du fait même des troubles dont ils souffrent ou doit-elle plutôt viser une réhabilitation sociale de patients considérés d'abord et avant tout comme des citoyens à part entière, bien qu'affectés par des troubles psychiatriques qui ne justifient cependant pas leur mise sous tutelle de la psychiatrie ?

II. Une position favorable au principe d'irresponsabilité pénale pour protéger les patients vulnérables à l'hôpital

L'institution asilaire a subi d'importantes critiques à partir des années 1970. Ce sont autant les conditions de l'enfermement que les effets pervers de celui-ci qui nourrissent la critique militante, intellectuelle et professionnelle (Henckes, 2007) : la discipline asilaire, dont Erving Goffman décrit finement la mécanique dans un ouvrage qui servira en France de programme de lutte contre les « institutions totales » (Goffman, 1968), est perçue comme dégradante, mais l'asile est également suspecté de chroniciser les « fous » en les plaçant sous une tutelle psychiatrique arbitraire. Si cette critique a contribué, dans les décennies suivantes, à une profonde transformation du dispositif psychiatrique, marquée par une relative ouverture⁵⁴, une partie des psychiatres interrogés estime qu'en cherchant à supprimer l'asile, on a aussi partiellement privé la psychiatrie de sa capacité à « faire asile », c'est-à-dire à constituer un lieu d'accueil pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves associés à une certaine marginalité sociale. Ces psychiatres voient en l'irresponsabilité un principe fondateur de cette mission protectrice de la psychiatrie. Il faut, selon eux, corriger la tendance contemporaine à responsabiliser les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, et redonner à l'hôpital une capacité d'accueil pour ces patients vulnérables.

1. L'irresponsabilité, un principe protecteur

Un principe moral

Si le principe d'irresponsabilité constitue pour ces psychiatres un principe inaliénable, c'est tout d'abord parce qu'il est vu comme consubstantiel à une société éclairée. En l'absence d'un tel principe, la société risquerait de sombrer dans la « barbarie » :

« C'est le minimum de la civilisation et le refus de la barbarie quoi, quand quelqu'un est sous l'emprise du délire ou d'une force qu'il l'empêche d'exercer sa conscience, c'est très important que la société puisse le reconnaître. Ça veut pas dire que... Effectivement, on peut travailler à la responsabilisation de son acte, ensuite de manière thérapeutique, par contre le punir, l'envoyer en prison psychiatrique, ça me paraît monstrueux. »

Entretien Christophe Peirère, 55-70 ans, milieu hospitalier

Ce principe constitue un fondement moral de nos sociétés :

⁵⁴ Le terme est en réalité plutôt employé pour décrire la situation américaine. En France, la diminution de moitié du nombre de lits d'hôpitaux et l'ouverture de nombreuses structures ambulatoires ne modifient cependant pas complètement la structure du dispositif psychiatrique qui reste centré sur l'institution hospitalière (Eyraud, Velpy, 2014).

« Comment dire, une société repose en partie sur l'existence de ce principe-là. Parce qu'elle repose sur le principe de responsabilité, pour qu'on vive en société, il faut un certain nombre de règles que chacun accepte, et quand elles sont pas respectées, la personne doit pouvoir être sanctionnée. Sinon c'est l'anarchie. Ça n'est possible que si les gens sont libres de respecter ou de ne pas respecter les règles. Donc quand on a des gens qui ne sont pas libres de les respecter, eh bah, il faut pas que la réponse sociale soit une sanction, ça n'aurait pas de sens. C'est le principe de l'irresponsabilité. »

Entretien Pierre Hervé, 55-70 ans, milieu hospitalier

Il s'agit en outre d'un principe fondateur de la psychiatrie, qui a permis, comme le rappelle un autre psychiatre (Nicolas Labhadi) d'éviter que nombre de fous ne soient condamnés à mort. Hérité de l'histoire de la psychiatrie, ce principe semble, pour ces psychiatres, en symboliser la mission principale, une mission de protection des patients. Toutefois les psychiatres qui s'attachent à défendre le principe d'irresponsabilité jugent par ailleurs excessifs les arguments avancés par les tenants d'une « responsabilisation » des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux.

Une responsabilisation utopique

Le principe d'irresponsabilité pénale a régulièrement fait l'objet de critiques de la part de l'univers psychiatrique. Au cours des années 1980, c'est au nom de l'aliénation qu'il fait subir aux patients que ce principe est remis en cause. Or les arguments alors avancés par ceux qui revendiquaient la suppression de l'article 64 sont regardés avec méfiance par les psychiatres qui se disent attachés au principe d'irresponsabilité.

Ainsi, plusieurs psychiatres contestent l'idée que les personnes irresponsabilisées, en échappant à la sanction pénale, se verraient exclues du corps social :

« Mais la loi dit aussi qu'il y a des gens qui ne sont pas confrontables, c'est-à-dire la personne n'est pas en état d'être condamnée. Quand le juge prononce un article 122.1, ce n'est pas qu'il s'exonère de la loi, il dit la loi. Donc ils sont confrontés à la loi. La loi dit : comme tu es malade, tu es exonéré non pas de ta confrontation à la loi mais du fait que tu puisses répondre de ton acte. »

Entretien Jean-Pierre Brady, 55-70 ans, milieu hospitalier et expert

L'argument est jugé idéologique par certains psychiatres qui déconstruisent le lien entre responsabilité pénale et responsabilité sociale :

« C'est une position idéologique, de penser que pour qu'ils soient dans la société ils faut qu'ils soient responsables ! Mais nos enfants, ils sont dans la société, nos patients sont dans la société, et au moment où ils ont du mal à savoir ce qu'ils font, on leur offre un certain nombre de possibilités pour leur permettre de se soigner, moyennant quoi, ils vont réintégrer plus efficacement la société... Donc pour moi, y'a pas de contradiction ! Et l'inverse n'est pas viable, ils n'ont pas de réponse ces gens-là ! Ça veut dire quoi, responsabiliser ! »

Entretien Dominique Vesper, 40-55 ans, milieu hospitalier et expert

D'autres estiment que l'irresponsabilité pénale est parfois un meilleur moyen pour atteindre un objectif de responsabilisation :

« Je suis pas du tout d'accord (avec l'idée qu'il faut responsabiliser les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux), je pense même que c'est contre-productif, un patient schizophrène qui fait un acte hétéro-agressif dans un épisode délirant, si on le met en prison, je trouve ça complètement illogique, justement en lui disant, vous l'avez fait contre votre gré, et il faut prendre un traitement pour éviter que ça ré-arrive, je trouve ça plus productif. »

Entretien Zoé Talbot, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

À l'idée que le rappel à la loi ou à la sanction aurait des vertus thérapeutiques, ceux qui avancent plutôt des arguments en faveur de l'irresponsabilité pénale rétorquent que certaines personnes ne sont parfois pas en état de suivre les procédures judiciaires ni de comprendre les sanctions qui leur sont imposées :

« Ah... Ca me fait penser à une caricature de Plantu dans *le Monde*, il avait dessiné un tribunal avec un juge, un malade mental, avec un entonnoir sur la tête, entouré de deux infirmiers, et le juge disait : 'avez-vous quelque chose de fou à nous rajouter ?' (*Rires*). Bon euh... »

Entretien Marion Lucey, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Un psychiatre, militant pourtant pour le retrait de l'article 64 dans les années 1980, explique qu'il a changé d'avis depuis cette époque, et qu'il regarde désormais avec un certain dédain les arguments auxquels il adhérait alors :

« C. Protais : Et qu'est-ce que vous pensez de l'argument qui consiste à dire que la peine est thérapeutique en soi ?

- (Il rit) Ah c'est une connerie ! Ca marche déjà pas pour les gens qui sont normaux, on sait maintenant que la prison c'est l'école du crime... (...) ça marche déjà pas.. Que la société ait besoin de se protéger j'entends, mais ça marche pas pour la délinquance, pourquoi ça marcherait pour la psychose ? Ce serait fantastique ! Qu'on ait trouvé le moyen de soigner les gens simplement en les enfermant ! »

Entretien Christophe Peirère, 55-70 ans, milieu hospitalier

En illustrant son propos par l'exemple de la psychose, ce psychiatre caricature peut-être volontairement l'argument d'une dimension thérapeutique de la peine, qui est plus généralement mobilisé par les partisans de la responsabilisation pour des patients qu'ils décrivent comme « borderline », « état-limite » ou pour des patients présentant une « paranoïa »⁵⁵.

Un dernier argument en faveur de la responsabilisation est souvent regardé avec suspicion par ceux qui plaident pour une irresponsabilité maximale : l'argument selon lequel l'irresponsabilité ne permettrait pas à la personne de « liquider sa culpabilité », argument avancé notamment par Louis Althusser⁵⁶ à partir de sa propre expérience, et qui était, dans les années 1980, largement

⁵⁵ Voir annexe des termes psychiatriques.

⁵⁶ Dans un ouvrage autobiographique paru à la fin des années 1980, *L'avenir dure longtemps*, écrit après que l'auteur a été jugé irresponsable du meurtre de sa femme.

repris par les militants d'une réforme de l'article 64 du code pénal (Protais, 2016).

« Moi j'ai vu plusieurs fois dans mon existence de psychiatre des patients revenir sur des actes affreux qu'ils avaient pu commettre, quand ils ont pu retrouver un peu de sens commun et ils étaient capables d'essayer de vivre... Le fait d'avoir été en prison ou pas, ça n'a rien à voir ! La sanction qu'ils s'infligent par leur sentiment de culpabilité est plus sévère et plus féroce que celle qu'on applique dans le champ pénal ! »
Entretien Hervé Galdery, 55-70 ans, milieu hospitalier

Les arguments en faveur de la responsabilisation sont donc perçus comme simplistes et utopiques, sans lien avec la réalité vécue par les personnes présentant des pathologies mentales.

« C. Protais : Donc vous êtes plutôt favorable au principe d'irresponsabilité ?
- Ah oui ! C'est un des grands avantages du droit romain, qu'on gardé notre société elle est basée là-dessus depuis 2000 ans, ou plus quoi, mais d'envisager que les malades mentaux sont responsables totalement, tout le temps en permanence de leurs actes... C'est une... dérive sociétale qui est inquiétante...
- Sécuritaire ?
- Oui et puis qui ne prend pas la réalité du monde telle qu'elle est... (...) les malades mentaux doivent être responsables, ils le sont pas mais ils doivent l'être et donc on considère qu'ils le sont, et donc on les enferme... C'est une sorte d'aveuglement et un peu de pensée magique, si je dis qu'il est responsable, il va quelque part prendre conscience de ses actes, et il va payer... »
Entretien Christian Schmidt, 55-70 ans, milieu hospitalier

Une autre psychiatre s'indigne de voir condamnées des personnes présentant de lourdes pathologies psychiatriques au motif qu'elles auraient commis un délit ou un crime après avoir arrêté leur traitement :

« C. Protais : Ce que vous voulez dire avec déni de pathologie c'est que ça fait partie de la maladie d'arrêter le traitement ?
- Et plus que ça, je pense que ça fait partie de l'expérience humaine. C'est un passage obligé du traitement d'expérimenter la nécessité ou pas d'un médicament... Et qu'on peut pas... Et pour le coup, c'est pas forcément une histoire que consciente, ou que de volonté...
- C'est intéressant, ce que vous dites sur l'orientation actuelle de la psychiatrie, c'est qu'en gros on oublie de prendre la maladie comme...
- ... comme un bouleversement du rapport au monde. Comme... Oui, après certains de mes collègues... C'est aussi l'aplatissement de la psychose à une maladie neurologique, on se dit que... voilà, la schizophrénie c'est juste quelqu'un qui a des hallucinations, si on les enlève, il devrait être normal... Enfin ! »
Entretien Marion Lucey, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Dans ces critiques transparaît une lecture concurrente de la maladie mentale : les patients sont perçus comme vulnérables et nécessitant, de ce fait, une protection et une attention que seule la psychiatrie est en mesure d'apporter.

Si le principe d'irresponsabilité est crucial pour ces psychiatres, c'est parce qu'il permet de protéger des patients que les psychiatres envisagent comme présentant des vulnérabilités qu'il s'agit de soigner. Le soin est alors envisagé comme un outil de protection de ces individus fragiles, tel que l'envisage le répertoire de l'intégration (voir chapitre 1). Il s'agit moins d'aider les patient à (re)trouver l'usage de leur raison que de répondre à leurs besoins de soin :

« Je suis pas sûr qu'on soit citoyen du fait qu'on soit condamné par la justice, je vois pas les choses comme ça. Je pense que c'est traiter les gens de manière plus humaine que de leur donner ce dont ils ont besoin, c'est-à-dire des soins... »

Entretien François Julhès, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

« Oui, moi je me verrai plutôt du côté éthique... la place d'un malade mental qui doit être hospitalisé est à l'hôpital dans les mains des soignants, enfin pas forcément hôpital, parce qu'on peut soigner aussi en dehors de l'hôpital. Voilà, mais on ne punit pas un homme parce qu'il est malade ! On le soigne ! Si vous voulez, c'est ça le principe ! Dans l'intérêt supérieur du malade et de la société démocratique aussi, et du rapport à la folie ! Mais alors juger des fous, mettre en prison des fous qui devraient être à l'hôpital, ça, ça me paraît être vraiment une aberration de civilisation, de société, de démocratie moderne... »

Entretien Pierre André, 40-55 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

S'ils doivent être protégés, c'est, pour certains psychiatres, parce que ces patients vivent – ou connaissent ponctuellement – des états d'aliénation qui les séparent de notre monde :

« Oui, je pense qu'il y a des situations où... les gens font des trucs euh... et on peut pas leur imputer une responsabilité sur ce qu'ils font... parce qu'il y a un vrai impact potentiel de la maladie mentale sur le comportement, sur les relations, sur les actes, donc... »

Patrick Guerlain, 55-70 ans, milieu hospitalier

Cette séparation est parfois pensée comme une rupture définitive, qui ferait des patients des êtres marqués par une altérité radicale. Un psychiatre d'orientation lacanienne (Pierre André) considère ainsi que la psychose structure autrement l'individu qui présente dès lors un « trou dans le symbolique » qui ne peut être comblé, mais seulement contourné. Un autre, d'orientation psychanalytique « freudienne » parle de degré de « désorganisation psychique ». Une troisième de « relation au réel qui explose » :

« Bah alors plus vous allez vers une désorganisation, plus les fondamentaux de l'être humain se diluent... donc les schizophrènes le savent moins bien que les paranoïaques, ils sont pas complètement ignorants ! Le confus, le dément, le vieillard dément qui étrangle sa femme... Donc c'est un continuum évidemment. »

Entretien Andreas Drongiti, 55-70 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

« Pour moi dans la folie, il y a une relation au réel qui explose. C'est quand même quand un être n'est plus dans ses habits de sujet et va perdre un ancrage dans le réel et ses articulations on va dire avec ce réel-là, qui le rend dans un état de conscience de sa vie, une possibilité de se présenter comme sujet. Avec dans la folie... Pour moi, il y a (hésite)

quelque chose de la construction qui a flanché dans l'ordre symbolique. C'est des êtres qui ont été traversés par des héritages générationnels... Où il s'est trouvé assigné à une place dont il est porteur un peu malgré lui, ça a été son recours pour trouver place dans le monde... »

Entretien Marianne Vachet, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Ces psychiatres entendent donc aider les patients, par le travail relationnel, à trouver un ancrage dans le monde. Notons d'ailleurs que ces psychiatres jugent souvent le terme de « folie » moins péjoratif que celui de « maladie mentale » qui signale l'emprise de la médecine sur le psychisme. Ce n'est donc pas tant pour soigner des « malades » que pour accompagner des personnes en souffrance en raison d'une folie qui perturbe leur rapport à eux-mêmes et au monde que les psychiatres doivent intervenir. On peut ici souligner le désaccord qui se dessine entre ceux qui considèrent la « folie » comme productrice d'une irrémédiable altérité (le « fou » est un autre) et ceux qui considèrent qu'elle fait au contraire partie de l'expérience humaine :

« Pour moi c'est une disposition inhérente à l'existence humaine. Du coup, la folie est constitutive à notre existence. Et là je suis très Tosquellessien, quelqu'un qui est fou, c'est quelqu'un qui rate sa folie. C'est en gros, la folie c'est celle qui nous fait rentrer dans le monde quoi. (...) La folie, c'est vraiment l'existence, *Da sein*. Qu'est-ce qu'il faut pour qu'un humain soit dans le monde. Faut quand même avoir un certain grain de folie pour pouvoir tomber amoureux, vivre avec les autres... Mais c'est une folie travaillée ça. Et la folie des fous, celle qui produit des manifestations psychotiques, on peut dire que c'est... une souffrance très précoce, très fondamentale. »

Entretien Nicolas Labhadi, 25-40 ans, milieu hospitalier

C'est donc au nom de cette commune humanité que « ceux qui ont réussi leur folie » se doivent de venir en aide, par le soin, à ceux qui l'ont manquée. Ces psychiatres reconnaissent parfois le caractère paternaliste de leur posture professionnelle :

« Parce que moi ça me pose pas problème l'irresponsabilité, je suis peut-être un peu paternaliste avec les patients, c'est pas bien mais... »

Entretien Geneviève Moretti, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Ces psychiatres insistent moins sur l'autonomie et la responsabilité individuelle que sur les liens sociaux et les ancrages relationnels qui permettent à ces patients de stabiliser leur rapport au monde. Dans ces discours, le travail du psychiatre consiste donc surtout à comprendre la folie, à créer un lien avec le patient et à le protéger d'une société dans laquelle il a du mal à trouver ses marques.

Ces psychiatres défendent l'idée que la prison ne peut remplir complètement cette mission et constitue dès lors un lieu largement inadapté pour la plupart des auteurs d'infraction présentant des troubles psychiatriques graves, que l'hôpital doit prendre en charge, en repensant néanmoins les conditions de son accueil.

2. Corriger les excès de la responsabilisation : faire sortir les malades de prison

Les psychiatres les plus enclins à dénoncer les excès de la « responsabilisation » des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux sont ceux-là même qui travaillent en milieu carcéral (Lancelevée, 2016). Ils considèrent que malgré la présence d'équipes psychiatriques en prison, l'univers pénitentiaire reste pathogène et inadapté pour ces personnes et ont largement le sentiment que les soins psychiatriques en ces lieux servent de caution à un tournant sécuritaire.

Une prison pathogène

Selon ces psychiatres, la prison ne peut constituer un lieu de soin adéquat pour de nombreuses personnes présentant des troubles mentaux, en partie parce que les moyens psychiatriques y sont insuffisants⁵⁷, mais également parce que le fonctionnement carcéral a tendance à aggraver les pathologies psychiatriques.

« Euh... je pense que par ailleurs y'a trop de psychotiques en prison. Y'a trop de pathologies mentales en prison, y'a vraiment des personnes qui sont pas adaptées pour ce milieu-là... En fait, si vous voulez, je pense quand même, je vais parler morale et philosophie deux secondes, je pense que la prison doit entre guillemets remettre du cadre à des gens qui en manquent. Donc des gens qui manquent de cadres internes, et le problème c'est que la prison c'est le lieu où le cadre est le moins fixe du monde, où les règles, toutes les règles sont relatives, où personne ne respecte les règles, des matons aux prisonniers, à nous par rapport à nos traitements... C'est vraiment un lieu de non droit quoi... »

Entretien François Voisin, 25-40 ans, interne en psychiatrie (stage en SMPR)

Cependant ces psychiatres estiment généralement que la prison est un univers pathogène qui peut alimenter et aggraver certains troubles graves comme la paranoïa :

« Le paranoïaque va trouver dans la prison, qui est un milieu complètement paranoïasant, du matériel, il va se nourrir... tous les jours, de la prison ! Donc il va refuser tous les soins qui lui sont proposés, parce qu'il n'est pas fou, pour lui, on l'a responsabilisé, donc il est pas fou. Donc il va être condamné en général à une lourde peine, parce qu'on aura dit qu'il était paranoïaque... Et puis maintenant avec les expertises de pré-libération, sur la dangerosité, la récidive, on commence à voir des paranoïaques qui sont incarcérés depuis 20 ans, qui sont toujours aussi délirants, qui n'ont eu aucun soin... Et on leur dit, au moment de sortir : 'on va l'envoyer à l'hôpital psychiatrique !'. Donc ça pour moi c'est fou ! »

⁵⁷ Les quelques deux cents établissements pénitentiaires français disposent de 26 services médico-psychologiques régionaux (avec des services ambulatoires et d'hospitalisation de jour - 380 lits) et désormais de 9 unités hospitalières spécialement aménagées (405 lits). Dans les établissements qui ne possèdent pas de service psychiatrique ad hoc, des psychiatres et psychologues interviennent au sein des unités somatiques sous la forme de « DSP » (dispositif de soin psychiatrique). Les difficultés de recrutement sont cependant importantes pour les vacances de psychiatrie (voir notamment Le Bianic, Malochet, 2009 ; Sénat, 2006).

Entretien Geneviève Moretti, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Toutefois, le cas de la paranoïa, présenté comme une « pierre d'achoppement » du principe de l'irresponsabilité, amène certains de ces psychiatres à nuancer leur propos. Ainsi si Alexis Milano considère qu'ils sont irresponsables, il n'est cependant pas certain que l'hospitalisation puisse être une solution adéquate :

« Je connais pas mal de paranoïaques, c'est difficile de voir où ça glisse, où on passe du discours logique au discours paralogique. La seule conclusion possible, c'est de dire qu'ils sont fous ! Ils parlent la même langue que nous, mais ils ne sont pas dans la même raison. Donc ils doivent être irresponsabilisés. Après ce qu'on en fait, c'est autre chose. Ce sont des gens qui sont assez dangereux, qui vont mal vivre à l'hôpital, parce qu'ils sont comme vous et moi, ils ont simplement des convictions, mais ils vivent les choses avec un sentiment d'injustice marqué, ils ont pas l'émoussement du psychotique... »

Entretien Alexis Milano, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Si les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire jugent que pour certaines personnes, la prison a pu constituer un point d'arrêt, les aidant à engager une démarche de soin, ils regardent avec scepticisme l'incarcération des personnes présentant des pathologies psychotiques : la prison n'est, pour eux, pas un lieu adapté, quand bien même ces affections mentales n'auraient pas entravé le discernement de l'individu au moment du passage à l'acte :

« Alors moi je considère que quel que soit le lien avec le délit ou le crime, si y'a un état clinique qui relève manifestement d'une décompensation, ça doit pouvoir relever de l'irresponsabilité même pour des petits délits, et c'est d'ailleurs le gros problème... à l'heure actuelle, c'est que l'irresponsabilisation, on se pose la question que quand y'a des crimes quoi, et c'est pour ça que finalement la prison est pleine de psychotiques, parce qu'ils se retrouvent incarcérés pour des petits délits, qu'ils commettent généralement en récidive, ils se retrouvent avec des peines de plus en plus longues, qu'ils aggravent⁵⁸ en détention du fait de leur comportement, donc c'est vrai que c'est un peu le chien qui se mord la queue quoi... »

Entretien François Julhès, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

Une jeune psychiatre, exerçant en UHSA, considère que ces unités peuvent avoir pour effet pervers de cautionner l'incarcération de personnes très malades, entraînant une certaine ambiguïté sur le sens de la peine à laquelle elles sont condamnées :

« Alors on peut bien soigner, le seul problème, c'est que moi j'ai des patients, je me dis mais le renvoyer en détention, il est pas apte... mais en même temps s'il était à l'hôpital je le ferais sortir, je le mettrais dans une structure adaptée. Ils ont pas leur place à l'hôpital parce qu'ils sont trop stabilisés pour ça, mais les retourner en détention, ça va les faire décompenser tout de suite. Donc on arrive dans quelque-chose qui est un peu pervers, où ça veut dire qu'ils sont condamnés à de l'hôpital, et là je trouve pas ça normal. »

⁵⁸ L'administration pénitentiaire n'a pas de pouvoir décisionnel sur la longueur de la peine, le psychiatre parle ici des éventuels délits (ou crimes) commis en détention et jugés par les instances juridictionnelles, qui peuvent venir ajouter du temps à la peine initiale. Quelques événements dramatiques ont ainsi défrayé la chronique (un fait d'anthropophagie dans la maison d'arrêt de Rouen en 2007 par exemple).

Entretien Zoé Talbot, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

Plusieurs psychiatres exerçant en prison considèrent par ailleurs que le développement des soins psychiatriques en milieu carcéral a eu pour effet de cautionner l'incarcération de personnes présentant de graves troubles mentaux, en levant les dernières réticences de certains magistrats et experts, confiants dans la qualité des soins que les personnes pourront trouver en prison (voir chapitre 4 de ce rapport). Ce sentiment de servir de « caution » à l'incarcération de personnes, qui auraient tout à fait leur place à l'hôpital, explique le malaise des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire et transparaît dans des entretiens que nous avons analysé par ailleurs (Contrast, 2015). Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire ont ainsi parfois l'impression d'être invités à « mettre de l'huile dans la machine pénale », selon l'expression de Jules Arcadias, qui travaille aussi en milieu pénitentiaire. De plus, comme l'explique Marion Lucey, ce transfert de population permettrait à la psychiatrie générale de se « défausser » de la question de l'enfermement :

« J'entends bien l'argument du côté de... (l'hôpital ne doit pas être une prison)... Mais si l'enfermement est la prison, je sais pas dans quelle mesure c'est pas une manière pour les psychiatres de se défausser de cette question-là ! »

Entretien Marion Lucey, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Ce regard critique sur l'institution pénitentiaire et sur les limites des soins psychiatriques en prison amène ces psychiatres (ainsi que certains de leurs collègues, moins familiers du milieu pénitentiaire) à développer des arguments en faveur d'une limitation de l'incarcération des personnes les plus malades.

Faire sortir de prison les personnes les plus malades

Dans cet objectif, plusieurs psychiatres proposent de réformer l'article 122.1 pour ajouter à la notion « d'abolition du discernement » une question relative à l'« accessibilité à la sanction », voire d'« accessibilité aux procédures judiciaires ». Il faut, comme l'expliquent plusieurs psychiatres, que la « peine ait du sens pour le patient » :

« Je suis favorable d'une part à l'irresponsabilité pour trouble mental, et d'autre part à une question, je ne sais pas si vous avez étudié ça dans les expertises, de savoir si les gens sont accessibles à la sanction pénale. Je pense qu'il faut dissocier la question de la responsabilité et de l'accessibilité. Alors que je pense qu'on peut devenir inaccessible, et une personne inaccessible à la sanction pénale devrait sortir de prison. »

Entretien Alexis Milano, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Dans la même logique, un psychiatre suggère que soit évaluée, en plus de l'état « au moment des faits », l'évolution de cet état depuis que les faits ont été commis, pour vérifier si la personne est accessible à la sanction. D'autres psychiatres concentrent leur attention sur les effets pervers de « l'altération du discernement » (alinéa 2 de l'article 122.1) qui a conduit selon eux à

l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison. Un psychiatre propose ainsi de revenir à une logique duale :

« Donc pour moi, faut être dans une logique, soit on est complètement irresponsable, soit on est responsable.

- Pourquoi ?

- Parce que... dans l'usage qui est fait de l'irresponsabilité partielle, l'altération, ça conduit à l'inverse de ce que ça veut promouvoir, et vu comment la société est centrée sur des processus sécuritaires, etc. Bien entendu que ce qui est intermédiaire va toujours aller dans le sens de la relégation et de la ségrégation quoi. Et surtout, ça légitime aussi le fait qu'on s'occupe pas des gens quoi. L'argument que je trouve étonnant c'est de dire si on déclare l'altération, on va pas avoir à le prendre chez nous, quoi, alors je sais pas si les experts ont tous des occupations hospitalières, mais bon... Donc pour moi, il faut que ce soit... oui ou non. Mais après, la personne doit pas faire sa peine de psychiatrie, si elle se soigne, et que ça va bien mieux, elle ressort. On assume la logique psychiatrique au bout. »

Entretien Nicolas Labhadi, 25-40 ans, milieu hospitalier

Pour les mêmes raisons, un psychiatre propose de revenir à la circulaire Chaumié de 1905, qu'il résume ainsi : « demi fou, demie peine ». Pour lui, l'expert-psychiatre ne devrait se prononcer que sur des troubles que la psychiatrie a la possibilité de prendre en charge en l'état actuel des connaissances cliniques, et l'altération du discernement devrait systématiquement être appréhendée comme une circonstance atténuante par les magistrats. Cette disposition a été introduite en août 2014 dans la loi dite « Taubira », même si la formulation de ce principe soumet sa mise en œuvre à l'interprétation de la juridiction de jugement⁵⁹.

Plusieurs psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire considèrent par ailleurs qu'il faudrait multiplier les passerelles entre milieu pénitentiaire et hospitalier. Ainsi, un psychiatre qui regrette l'ouverture des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) auxquelles il reproche de créer un traitement spécial pour des patients « comme les autres », plaide en faveur d'un dépoussiérage de l'article D398, qui encadre les hospitalisations hors de prison des personnes dont l'état est jugé incompatible avec l'incarcération⁶⁰ : il suggère d'hospitaliser librement les détenus qui ne présentent pas par ailleurs de dangerosité criminologique particulière, et de prévoir une garde statique pour

⁵⁹ Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales : « Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. *La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine.* »

⁶⁰ article D398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. ». Dans la pratique cependant, les hospitalisations d'office, qui ont augmenté de façon exponentielle au cours des années 1990, sont souvent réalisées dans des conditions jugées contraires aux soins par différents rapports publics du fait de l'utilisation excessive de la chambre d'isolement. Ces dysfonctionnements ont d'ailleurs été un argument important en faveur de la création d'unités hospitalières en milieu pénitentiaire (voir Collectif Contrast, 2015).

les « quelques-uns qui risquent d'en profiter pour s'évader »⁶¹. Une autre psychiatre, également inquiète de l'ouverture des UHSA lesquelles entérinent selon elle l'idée que la prison pourrait être un lieu de soin⁶², espère que la reformulation de l'article du code de procédure pénale concernant la « suspension de peine pour raison médicale »⁶³ permettra de faire sortir de prison les patients qui n'y ont pas leur place :

« Moi je vais voir ce que ça va donner ces suspensions de peines pour raisons psychiatriques. Parce que je pense à des tas de patients qui ont fait la navette entre l'hôpital, dans des chambres d'isolement, l'hôpital, la prison, pour finalement se voir refuser tous les aménagements de peine demandés alors que l'aménagement de peine, c'était pour être hospitalisés au long court ! Des refus ? Pour que finalement les gens sortent en fin de peine ! Moi je trouve ça... Moi ça m'attriste hein ? Voilà, c'est ça le contexte... »

Entretien Geneviève Moretti, psychiatre 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Pour cette psychiatre, une meilleure articulation entre l'univers pénitentiaire et l'univers hospitalier en milieu ouvert permettrait de corriger les effets indésirables de la responsabilisation des patients malades.

« L'évitement de l'incarcération »⁶⁴ des personnes présentant de graves troubles mentaux est donc justifié par la volonté de protéger ces personnes d'un univers jugé inadapté à leur prise en charge et que la psychiatrie a pour mission de protéger. C'est également pour mieux protéger ces patients qu'un second ensemble de psychiatres entend revoir les conditions d'accueil que leur réserve l'hôpital psychiatrique.

3. Lutter contre la pression sécuritaire : repenser l'accueil à l'hôpital des patients déclarés irresponsables

Comme nous l'avons vu, les enquêtés font unanimement le constat d'une demande sociale croissante de sécurité, qui pèse sur la pratique psychiatrique en milieu hospitalier. Si certains considèrent que la psychiatrie doit s'abstenir de participer à des missions qui relèveraient du contrôle social (voir *infra*), certains

⁶¹ Il propose en somme de copier pour la psychiatrie le fonctionnement des hospitalisations concernant les autres disciplines médicales.

⁶² Elle participe néanmoins à la création de l'une de ces unités. Pour une analyse de l'inconfort moral des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire face aux UHSA, voir (Collectif Contrast, 2015).

⁶³ L'article 720-1-1 a été reformulé à l'occasion de la loi du 15 août 2014. Il est désormais étendu aux « condamnés dont il est établi (...) que leur état de santé physique *ou mental* est durablement incompatible avec le maintien en détention ». Il semble cependant qu'aucune suspension de peine pour raison psychiatrique n'ait été prononcée depuis ce changement législatif.

⁶⁴ Le concept « d'évitement à l'incarcération » est utilisé par Médecins du Monde, qui tente de mettre en œuvre à Marseille un programme d'intervention psychiatrique en amont des comparutions immédiates, fortes pourvoyeuses de détenus présentant de graves troubles psychiatriques. Voir l'intervention de Thomas Bosetti lors du séminaire IRIS-OIP : « Malades mentaux, comment éviter la prison ? », le 8 février 2016. Disponible sur demande à l'adresse : <https://prison.hypotheses.org/>

psychiatres entendent résister à cette demande excessive en repensant les modalités de prise en charge en milieu hospitalier :

« C. Protais : Donc vous pointez du doigt le fait que les psychiatres n'ont plus de réflexion sur la prise en charge en milieu fermé sur la longue durée quoi ?

- Oui, un savoir-faire et puis une théorie aussi qui s'est complètement perdue ouais... Du fait de cette gestion à court terme des pathologies psychiatriques où on gère l'urgence et on fait vite sortir des patients et après on essaie de trouver un vague équilibre à l'extérieur, qui souvent est précaire et qui fait qu'il y a des décompensations qui ré-interviennent rapidement... »

Entretien François Julhès, 25-40 ans, milieu pénitentiaire

En s'ouvrant, la psychiatre semble avoir abandonné la frange la plus précaire de son public :

« Moi je suis catastrophé, enfin par rapport à la psychiatrie ! Psychothérapie institutionnelle, tout ça, ça s'est effondré... On se retrouve à faire des traitements rapides, mettre les gens dehors, on s'en fout... Non, c'est pas vrai, les gens se battent encore pour les malades, mais dans certaines limites... Avant on aurait peut-être gardé les gens un an, deux ans à l'hôpital pour les stabiliser, les calmer, faire un projet de sortie... Maintenant, on peut plus, c'est fini, totalement... »

Entretien André Grignon, 40-55 ans, milieu hospitalier

Bien conscients que les patients irresponsabilisés sont directement concernés par cette demande de sécurité – tout particulièrement au moment de la levée de l'hospitalisation d'office, plusieurs psychiatres expliquent comment ils tentent de convaincre les préfetures d'accorder leur confiance au dispositif psychiatrique et au jugement des médecins :

« On a un type qui a tué trois personnes dans le RER, y'a plusieurs années de ça... il est resté cinq ans à l'hôpital, il était complètement malade. (...). Bon, là il est sorti, ça a pris du temps, mais il a un chez lui, il a repris le boulot, il suit ses traitements, il est bien en contact... Ca va, mais ça a pris vachement de temps, parce que le préfet, il lâche pas facilement... Donc faut faire beaucoup de permissions, pour dire que ça va bien... »

Entretien Nicolas Labhadi, 25-40 ans, milieu hospitalier

Ces psychiatres considèrent dès lors que la prise en charge de patients irresponsabilisés sur le long terme fait bien partie des missions légitimes de la psychiatrie et ne remettent pas en cause l'existence de services fermés ni d'Unités pour Malades Difficiles pour accueillir les patients qui auraient besoin d'une prise en charge plus étroite. Cependant, à ce travail en aval, doit s'ajouter, selon plusieurs enquêtés, un travail en amont. Exerçant dans une structure ouverte et ambulatoire, Christophe Peirère estime que le recours accru à la contrainte est une conséquence de la diminution des moyens accordés au travail de prévention, qui relève lui aussi de la psychiatrie. Il s'agirait pour lui de renforcer au contraire cette dimension préventive du travail psychiatrique :

« Il vaudrait mieux qu'il y ait un accueil en amont ! Aujourd'hui, on apprend aux jeunes psychiatres à diagnostiquer des signes extérieurs de psychose, et on n'apprend pas à écouter, or on peut écouter quelqu'un et repérer la paranoïa avant qu'il y ait un crime, ça

vaudrait mieux ! Ca veut pas dire qu'on peut prévenir le crime, mais quand même, quand quelqu'un est écouté, quand même on a moins de passage à l'acte. On en a très peu... »

Entretien Christophe Peirère, 55-70 ans, milieu hospitalier

D'autres psychiatres, comme celui-ci, estiment que l'accueil des personnes irresponsabilisées ne pose pas de problème particulier aux équipes soignantes à condition que cet accueil ait été préparé :

« Ben moi je dirais qu'en général ça se passe bien. On en a un là... Moi je considère, je suis peut-être idéaliste, mais je considère que tout malade, même le plus fou, le plus délirant, a dans un coin de sa tête, un petit morceau sain, il sait qu'on ne lui veut pas de mal. Je pense que les gens... après il faut que le personnel soit gentil, soit soignant. Les malades savent très bien qu'on n'est pas la justice, qu'on n'est pas là pour leur faire du mal, même les plus délirants, même les plus fous... »

Entretien Nicole Matthieu, psychiatre 40-55 ans, milieu hospitalier

Ce travail demande un effort particulier de l'équipe soignante, tout particulièrement quand les patients accueillis ont commis des faits particulièrement graves. Plusieurs psychiatres, s'inspirant souvent de la psychothérapie institutionnelle, engagent ainsi un travail pédagogique auprès des équipes soignantes. À propos de l'accueil des personnes irresponsabilisées, un psychiatre juge ce travail crucial pour éviter le recours à la contrainte :

« Faut juste travailler les choses en amont avec l'équipe, il faut que l'équipe soit suffisamment solide. C'est comme quand on accueille un type en D398, il faut travailler avec l'équipe. Si l'équipe est futée, on peut dire : non on le met pas à l'iso (*isolement*) directement, on peut peut-être faire autrement. Du coup quand on s'est formé à ça, quand je dis l'équipe, c'est aussi nous hein. Parce qu'on est dans le fantasme, donc faut traiter nos propres projections d'abord... »

Entretien Nicolas Labhadi, 25-40 ans, milieu hospitalier

Il s'agit également de mieux former les équipes soignantes pour atténuer la méfiance croissante à l'égard des patients, qui résulte pour certains de la déspécification du métier d'infirmier psychiatrique⁶⁵ :

« Autrefois, les infirmières étaient formées en psychiatrie ! Nous on a des jeunes infirmiers qui ont dans leur cursus pratiquement aucune formation en psychiatrie, ce sont des gens très biens, des filles jeunes, adorables, pleines de bonne volonté, souvent très pertinentes, bon... Moi je considère qu'on n'arrive pas en psychiatrie par hasard de toutes façons, mais qui n'ont aucune formation... Par exemple l'autre jour, il y avait un psychotique qui gardait son anorak, alors vous savez les psychotiques, pour eux c'est une sorte de cocon, alors voilà l'infirmière qui lui dit d'enlever son manteau pour aller manger, l'autre il la regarde, il allait la frapper, donc je suis intervenue (...). Ils sont pas formés ! »

Entretien Nicole Matthieu, psychiatre 40-55 ans, milieu hospitalier

Mais cet effort fait partie des missions de la psychiatrie :

« Après pour des personnes mettons, présentant des troubles schizophréniques et qui ont commis un acte criminel et qui sont pris en charge au long cours, je me suis jamais

⁶⁵ Ce manque de formation résulte selon lui de la suppression de la formation spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique, remplacée en 1992 par un diplôme polyvalent.

dit 'il vaudrait mieux qu'il soit en prison'. Non ! Il faut qu'ils soient soignés. Ils requièrent des soins. »

Patrick Guerlain, 55-70 ans, milieu hospitalier

« Donc si un psychiatre vous dit, l'hôpital psychiatrique est plus aliénant, on a envie de lui dire: 'bah faites de sorte que votre service ne le soit pas !' »

Entretien Andreas Drongiti, 55-70 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

Il s'agit donc, pour ces psychiatres, d'engager une réflexion collective, au niveau local du service hospitalier et plus largement de la société entière, sur les représentations de la maladie mentale, de la dangerosité et les réponses à la violence des personnes présentant des troubles mentaux. Adoptant une approche contextuelle de cette violence, ils tiennent un discours proche de celui développé dans le rapport de la commission « Violence et santé mentale », dirigée par Anne Lovell, qui préconisait d'étudier ensemble les comportements violents liés aux troubles mentaux et les violences que peuvent subir les patients, notamment à l'hôpital (Lovell, 2005, voir aussi Velpry, 2011). Selon ces enquêtés, c'est donc moins par la contrainte et la contention que par le travail relationnel et thérapeutique que la sécurité peut être gagnée. Si aucun de ces psychiatres ne remet en question l'existence des Unités pour Malades Difficiles (UMD) qui proposent pourtant une prise en charge très contraignante pour les patients, certains suggèrent d'en revoir le fonctionnement :

« C. Protais : On entend parfois que les UMD, c'est pire que la prison ?

- Bah peut-être qu'il faut améliorer les UMD !

- Pour vous, ce n'est pas un argument pour responsabiliser ?

- Non ! Est-ce que le service de gériatrie est mieux que le service de psychiatrie, c'est pas pour ça que je vais envoyer mes malades en gériatrie ! Mais je vais demander qu'on refasse la peinture du service de psychiatrie ! Là, on devrait demander que les conditions de vie des patients soient meilleures en UMD ! Je crois qu'on prend le problème à l'envers, là. Et puis oui, bien-sûr les patients ils ont pas envie d'aller en UMD, mais personne n'a envie d'aller en UMD ou en psychiatrie, hein, y'a que les psychiatres hein ! »

Entretien Christian Schmidt, 55-70 ans, milieu hospitalier

Si ces unités ne sont pas critiquées, c'est sans doute parce qu'elles sont perçues comme faisant partie du système de prise en charge psychiatrique. C'est ainsi également que les psychiatres exerçant en UMD justifient leur intervention (Velpry, 2016), car les patients qui y séjournent ont vocation à revenir vers les services psychiatriques classiques :

« Peut-être que pour certains patients, ils peuvent être euh... avoir des moments dangereux, et placés dans certaines unités, mais pendant un temps déterminé ! Pas de façon permanente ! Et bon, est-ce qu'il y avait besoin de créer des UHSA, alors que avec Henri Colin, Sarreguemines, Cadillac, etc... Est-ce que ça suffisait pas ? Enfin voilà... »

Entretien Alain Ditard, 55-70 ans, milieu hospitalier et cabinet privé⁶⁶

⁶⁶ Le discours de ce psychiatre est intéressant : militant dans les années 1980 pour la suppression de l'article 64 et la responsabilisation des malades mentaux, ce psychiatre semble avoir depuis changé diamétralement d'avis à propos de la question de l'irresponsabilité, comme s'il avait pris conscience des effets pervers de son application concrète. Son discours porte encore les traces d'une certaine ambiguïté : il

Ces psychiatres ne se disent pas tous hostiles à la contrainte, mais considèrent que celle-ci doit être utilisée dans un objectif thérapeutique, pour le bien du patient (y compris sans son consentement) et non en réponse à une demande sociale de sécurité.

Refaire asile ?

Le discours de ces psychiatres articule donc une lecture de la maladie mentale au prisme des fragilités qu'elle entraîne, et de l'hôpital comme lieu où ces fragilités sont susceptibles d'être le mieux prises en considération. Cette lecture est très proche du répertoire de la protection mobilisé par les experts psychiatres, favorables à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (voir chapitre 1). Ces psychiatres sont ainsi amenés à considérer que le principe d'irresponsabilité, dont ils défendent une interprétation large, est un argument de plus pour repenser l'accueil des patients au long cours. L'hôpital doit donc, à leurs yeux, redevenir un lieu d'accueil au long cours. Le soin ne doit pas se résumer à une intervention médicale, mais à un travail thérapeutique qui permet au patient de retrouver une place dans la société. Il s'agit de permettre à la psychiatrie de refaire asile, c'est-à-dire de retrouver une capacité à accueillir les patients marginalisés, déviants et éventuellement dangereux, que la société a tendance à vouloir enfermer dans un réflexe de défense sociale. L'hôpital ne doit donc pas redevenir le lieu d'enfermement arbitraire que constituait l'asile dans les représentations collectives. Ce discours entre en contradiction avec celui des psychiatres qui estiment que la psychiatrie n'a plus à assumer des missions relevant du contrôle social des patients, et qui appréhendent le principe d'irresponsabilité comme un obstacle à l'avènement d'une psychiatrie enfin libérée des ambivalences de l'asile.

III. Une position défavorable au principe d'irresponsabilité pour réintégrer les patients citoyens

La réforme de l'article 64 du code pénal au début des années 1990 témoigne, comme nous l'avons montré au chapitre 1, d'une tendance sociale à la responsabilisation des personnes présentant des troubles mentaux, portée par des psychiatres qui, dans la droite ligne des courants de pensée anti-asilaires, avaient défendu le droit de leurs patients à être reconnus comme des citoyens à part entière. Cette réforme a vraisemblablement contribué à légitimer l'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux graves, au nom d'une altération et non plus de l'abolition de leur discernement. Une partie des

tient en effet toujours les arguments du discours « responsabilisateur » comme de bons arguments, mais considère cependant que c'est à l'hôpital, et non à la prison, d'accueillir les auteurs d'infractions malades.

psychiatres rencontrés estime néanmoins que cette réforme va dans la bonne direction : la responsabilisation reste selon eux l'objectif thérapeutique principal de la psychiatrie, la reconnaissance de responsabilité pénale constituant un moyen d'y parvenir. Conscients des dysfonctionnements qu'entraîne l'incarcération de personnes présentant des troubles mentaux, ils estiment pour certains qu'il est nécessaire d'améliorer encore le dispositif de prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire. D'autres jugent nécessaire de penser la création d'institutions spécifiques – mais bien séparées de l'institution psychiatrique – pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.

1. La responsabilité, un idéal pour le soin

Parmi les psychiatres rencontrés, seuls trois se disent ouvertement hostiles au principe d'irresponsabilité. Néanmoins, on retrouve chez une petite dizaine de psychiatres un discours en faveur de la responsabilisation, avec des arguments similaires à ceux qui ont motivé, dans les années 1970 puis 1980, la suppression de l'article 64 du code pénal de 1810 :

« Je suis très défavorable au principe d'irresponsabilité des patients malades mentaux, car les confronter aux conséquences de leurs actes en premier lieu ne les disqualifient pas de leur appartenance au genre humain, les renvoyant à un statut d'infantilisation, avec en deuxième lieu l'effet thérapeutique de les confronter à la loi, aux règles. Enfin, en dernier lieu, se profile la question de la réparation. Arrêter son traitement peut avoir des conséquences, suite à un premier épisode médico-légal par exemple. Bien entendu, dans ce contexte, il serait nécessaire que la loi prévoie une collaboration avec les magistrats, afin d'éviter que chacun résiste à la tentation d'évacuer le problème sur l'autre, politique hélas très néfaste de 'la patate chaude', avec transfert des responsabilités sur les services de psychiatrie. »

Entretien Henri Gargian, 55-70 ans, milieu hospitalier

Un autre psychiatre, actif dans la critique anti-asilaire et acteur du développement d'un secteur psychiatrique revient sur cette lutte, qui avait selon lui pour vertu de rappeler, selon ses termes, que « le malade mental avait droit de cité » :

« C'était pas le reconnaître comme être humain à part entière quoi... Effectivement, y'en a qui s'appuient sur un courant très médical, diront bah non ils sont sous l'emprise d'une maladie, en dehors d'eux-mêmes, mais voilà du coup, c'est les mettre totalement à part quoi ! Donc j'ai pas de solution pour dire ce qu'il faut faire, bien sûr, mais moi, je considère qu'ils sont responsables, ça a la valeur de reconnaître que ce sont mes semblables ! Parce que à partir de ça, du coup, tout un enchaînement quoi, les conséquences, la façon dont on va le considérer quoi... »

Entretien Alain Ditard, 55-70 ans, milieu hospitalier et cabinet privé

Ces deux psychiatres, formés à la psychanalyse dans les années 1970, avancent des arguments politiques : il faut considérer les malades comme des citoyens à part entière et donc refuser tout ce qui pourrait les placer sous la tutelle d'une psychiatrie toute puissante. Leurs arguments s'inscrivent dans un

discours similaire à celui qui a porté la critique de l'asile et la réforme de la psychiatrie dans la seconde moitié du XXe siècle. La responsabilité pénale est considérée, par ces psychiatres, comme un corollaire de la dignité :

« À un moment donné le sujet, la personne cherche un répondant, des repères, des limites, et puis quand on vous renvoie une responsabilité, c'est aussi une dignité qu'on vous renvoie ! »

Patrick Guerlain, 55-70 ans, milieu hospitalier

Certains psychiatres vont plus loin dans cette quête d'égalité, en remettant en question la spécificité de la maladie mentale : une psychiatre cite ainsi les travaux de Philippe Rappard, un psychiatre particulièrement engagé dans la lutte contre l'article 64, qu'il considérait archaïque. En effet, selon lui, la pathologie psychiatrique n'entrave ni le contrôle des actes ni, par conséquent, la capacité pénale :

« Vous avez entendu parler de Rappard hein ? Je trouvais ça très intéressant, même comme jeune psychiatre. Ça se discute... Oui oui, ça peut être ça. C'est pour ça que je pense que c'est bien qu'ils aillent en prison, au moins le temps du jugement, pas qu'ils restent à l'hôpital psychiatrique d'emblée. Même pour des choses moins graves. Et ça c'est pas bon. Je pense que c'est bien, du moment que la personne est un peu stabilisée, d'assumer un peu les choses. »

Entretien Claudine Nourarier, 55-70 ans, milieu hospitalier

À l'exception de la psychose décompensée, cette psychiatre estime ainsi que les personnes présentant des troubles mentaux doivent être jugés comme des auteurs d'infractions comme les autres. La sanction a pour elle un effet éducatif voire thérapeutique : elle permet aux patients d'apprendre à « assumer les choses ». C'est d'ailleurs à partir de ce reste de raison, de ce noyau sain, que la psychiatrie peut intervenir par le soin, qui vise alors justement à aider le patient à retrouver une responsabilité sociale :

« C. Protais : Alors est-ce qu'il y a des gens qui ne sont pas responsables de ce qu'ils font ?

- Moi je pense que... dire les choses comme ça, c'est vraiment être à l'opposé de ce qu'a toujours été la psychiatrie, c'est-à-dire d'aller chercher toujours le fait que le sujet est responsable et que c'est pas parce que la folie est là et que parfois on s'appartient pas... que obligatoirement y'a plus de responsabilité. Je trouve que c'est pas cohérent. On est toujours à la recherche justement de ce qui reste malgré tout cet état, encore de quelque-chose qui peut encore tenir la route ! Sinon, si on abandonne cette idée... autant changer de travail quoi ! »

Entretien Pierre Hervé, 55-70 ans, milieu hospitalier

On retrouve l'idée que la pathologie psychiatrique ne saurait être considérée comme un élément déterminant dans le passage à l'acte, dans le discours de psychiatres défendant une approche symptomatique des troubles mentaux.

« C. Protais : Expliquez-moi du coup ? Pour vous tous les malades... sont responsables ?

- Non, pas les malades, les personnes qui ont des troubles psychiques, c'est à dire nous tous, on est tous responsables oui.

- Mais alors du coup, je vais remonter en amont, vous êtes favorable ou défavorable au principe d'irresponsabilité pour troubles mentaux pénalement ?

- Alors moi je suis... je pense je dois être clair, je suis défavorable. Très clairement. Faut s'entendre, pour moi toute personne qui commet un acte illégal doit passer devant la justice. La loi ces derniers temps a quand même amélioré les choses, parce que même si vous... commettez un crime dans le plus grand des délires, vous allez tout de même passer devant la chambre du conseil, la chambre restreinte,... Donc c'est-à-dire y'aura un débat sur l'imputabilité d'abord... On doit pas clore un dossier sans que l'imputabilité soit faite. Et c'est quand l'imputabilité est certaine qu'il faudrait avoir des expertises, pour décider de la peine... »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Dans cette approche symptomatique⁶⁷, le patient est vu comme une personne atteinte par des troubles qui peuvent entraver son fonctionnement psychique sans pour autant annihiler sa raison. Ce psychiatre corrige ainsi systématiquement l'enquêtrice, lorsqu'elle parle de « maladie mentale » : en refusant de qualifier de « malades » – et *a fortiori* de « fou » – des personnes touchées par des troubles psychiatriques graves, il entend souligner que le trouble est temporaire et qu'il ne définit pas l'individu de façon substantielle. C'est à ce titre que les personnes atteintes de troubles psychiatriques restent, selon lui, accessibles à la sanction pénale. C'est également sur cette base que s'enclenche la dynamique du soin, comme l'explique un autre psychiatre, d'orientation phénoménologique :

« Même s'ils étaient sous influence les écarter totalement de la responsabilité complique le travail thérapeutique derrière... en tant qu'on considère ce travail comme le fait de se réapproprier... le fait d'être un sujet. C'est souvent ça qui est en question pour le patient psychotique il y a la réappropriation d'une position de sujet – elle est quand même là *a minima* et quand ils sont mis en dehors d'un système symbolique (celui de la loi), c'est compliqué. »

Entretien Pierre Hervé, 55-70 ans, milieu hospitalier

Au-delà de leurs différences théoriques importantes, ces psychiatres semblent cependant légitimer, de façon analogue, leur intervention thérapeutique : elle s'appuie sur l'idée d'une citoyenneté partagée et vise à aider le patient à retrouver sa part de raison afin de retrouver son autonomie d'individu libre.

2. Améliorer l'accès aux soins en prison

Dotés des mêmes droits et des mêmes devoirs que tous les autres citoyens, les personnes présentant des troubles mentaux ne devraient donc pas être exemptées de peine. Admettant que les transformations de l'hôpital psychiatrique compliquent l'accueil des personnes irresponsabilisées, ces

⁶⁷ C'est-à-dire qui considère qu'il n'y a pas de « maladie mentale », mais des « troubles », qui se manifestent par des symptômes. Le psychiatre intervient donc, dans cette lecture, exclusivement sur ces symptômes.

psychiatres estiment cependant que la réforme doit non pas concerner l'hôpital psychiatrique, mais bien plutôt les établissements pénitentiaires, qui doivent s'aménager pour accueillir les patients responsabilisés dans de bonnes conditions :

« Oui, mais attendez, pour moi, y'a une confusion dans les rôles ! Franchement, même si la cité veut avant tout... comment dire... délocaliser un problème : on n'arrive pas à résoudre un problème dans un endroit, donc on va le délocaliser ailleurs ! Si y'a un problème pour un patient schizophrène dans la prison, il est à régler sur place si on va au bout du raisonnement... Vous voyez ? On est bien dans cette position permanente avec les personnes dites folles, jamais *in situ* se pose la question de ce qu'on fait ! »

Entretien Pierre Hervé, 55-70 ans, milieu hospitalier

Ils sont toutefois conscients des nombreuses critiques qui ont entouré l'institution carcérale depuis la fin des années 1990. Ces psychiatres estiment donc que le problème à traiter en priorité se situe au niveau de la prison : si la prison a du mal à prendre en charge les patients responsabilisés qui présentent des troubles mentaux, alors c'est à elle de développer les soins psychiatriques nécessaires pour corriger cette situation problématique.

« C. Protais : Donc l'UHSA c'est pas si mal ?

- Ca a été mal fait, mais c'est la bonne solution. Mais le problème c'est la prison. Si on regarde les gens qui ont des troubles psychiques en prison, on va trouver tout le monde hein... La prison n'améliore pas... pour certains ça les améliore, les caïds, y'a pas de problème, mais tous les autres, qui sont un peu victimes, vous allez voir ce que ça va donner !

- Vous dites : nous on a réussi à humaniser l'hôpital, pour que les gens soient très peu enfermés, donc vous, humanisez la prison, de manière à ce que les gens aient les mêmes soins ?

... Que dans la cité... Oui, bien sûr ! »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Moins optimiste sur la capacité de transformation de la prison, une psychiatre suggère que certains patients pourraient débiter leur peine en milieu hospitalier le temps de stabiliser leur état, avant de rejoindre la prison pour purger la peine à laquelle ils ont été condamnés. Ce mécanisme lui paraît particulièrement intéressant pour certains patients :

« Il y a certains patients qui sont un peu état-limite, qui ont des délires de persécution et pour lesquels, échapper complètement au pénal, ça les laisserait dans un désarroi terrible et ils ne pourraient jamais passer à autre chose ; car pour eux, il n'y a pas d'effet de réel et sont toujours victimes de quelqu'un. Tout ce qui est délire de persécution, état limite paranoïaque, ce sont des êtres, c'est difficile de faire l'économie du passage au carcéral. On ne peut pas travailler la question de la culpabilité s'il n'y a pas un effet de réel. A un moment il faut qu'ils soient arrêtés ces gens. Y'a quelque chose qui doit faire un point d'arrêt pour eux. »

Entretien Marianne Vachet, 40-55 ans, milieu pénitentiaire

Si les efforts doivent se porter sur la prison, c'est également parce que l'hôpital n'est plus en mesure d'accueillir ces patients. Une psychiatre parle ainsi du regard idéalisé que ses collègues qui exercent en prison portent sur l'hôpital :

« Je dis qu'on fait pas des merveilles. Parfois déjà les collègues à l'intérieur fantasment sur les effets des traitements hospitaliers... mais nous on peut pas garder.... C'est pas parce que les gens vont être dehors qu'ils vont aller bien et qu'ils vont se soigner... On n'a pas de logement particulier pour les patients... Mais donc moi par rapport à l'irresponsabilisation, je vois pas de vrai scandale. »

Entretien Claudine Nourarier, 55-70 ans, milieu hospitalier

Dans cet extrait d'entretien, les limites de l'hôpital – qui n'a plus les moyens d'accueillir des patients au long cours en situation de précarité – sont avancées comme un argument en faveur d'une réforme des soins en prison.

Le discours de ces psychiatres, favorables au développement des soins en milieu carcéral, entre en résonance avec la politique « d'accès aux soins » conduite en milieu carcéral depuis le milieu des années 1980 qui a doté les établissements pénitentiaires de vingt-six services médico-psychologiques régionaux (SMPR), et progressivement augmenté la taille des équipes intervenant dans ces services ou dans les établissements qui n'en étaient pas équipés. C'est dans la continuité de cette politique qu'ont été développées au cours des années 2000 les UHSA, qui sont présentées dans la communication officielle comme un effort dans le sens d'une meilleure équivalence des soins entre le dedans et le dehors⁶⁸.

Cependant, on remarque qu'à l'exception des psychiatres qui y travaillent – et d'un psychiatre qui a participé à l'élaboration de ces unités (Bernard Drieux), et qui ont d'ailleurs tous un avis mitigé sur cette structure, aucun des psychiatres interrogés ne se dit ouvertement favorable aux UHSA. Ainsi, Claudine Gourarier, qui s'affirme favorable au développement de soins psychiatriques en prison se montre cependant ambivalente face aux UHSA : elle salue cette création institutionnelle qui résout selon elle l'épineuse question des hospitalisations d'office de personnes détenues⁶⁹, mais s'interroge dans le même temps :

« L'UHSA je vois pas comment ça va être géré. Ça fait un peu ségrégation quand même... Parce que dans l'hôpital, ça va être un bâtiment à part, sécurisé, avec des surveillants, vous voyez ce que je veux dire ? Donc ce sera de la prison dans un hôpital, donc ils vont être stigmatisés, alors que quand ils sont un peu partout, la population sait pas qu'on a des détenus... Et euh... »

Entretien Claudine Nourarier, 55-70 ans, milieu hospitalier

L'argument rejoint l'idée que les UHSA pourraient avoir pour conséquence la mise en place d'une « filière ségrégative » (Paulet, 2004). Le discours des psychiatres favorables au développement des soins en prison achoppe ainsi sur

⁶⁸ Voir notamment le Guide Méthodologique publié en 2012 par le ministère de la Santé et de la Justice, p.116-129.

⁶⁹ En réalité, les chiffres avancés par l'administration pénitentiaire laissent penser que si l'ouverture des UHSA a permis de réduire le nombre d'hospitalisation sans consentement en vertu du D398 du code de procédure pénale (c'est-à-dire en milieu hospitalier classique), la diminution n'est pas très importante. On remarque par ailleurs en additionnant à ces hospitalisations sans consentement en milieu hospitalier les hospitalisations sans consentement en UHSA, on remarque au contraire une augmentation de celles-ci (voir intervention de Serge Canape au séminaire IRIS-OIP du 8 février 2015 : <https://prison.hypotheses.org/220>)

ce paradoxe : le déploiement des soins psychiatriques en prison permet d'aider les personnes présentant des troubles mentaux à retrouver une certaine responsabilité, mais comporte cependant le risque de les soumettre à une double stigmatisation de « patients-détenus ».

Quelques psychiatres assument ce paradoxe, nécessaire selon eux au parachèvement de l'entreprise de déstigmatisation de la psychiatrie et de ses patients, débutée dans les années 1970 : il s'agit pour eux de délester une bonne fois pour toute la psychiatrie de la gestion de l'enfermement et donc de la prise en charge des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, qu'ils soient ou non irresponsables.

3. Délester l'hôpital de la prise en charge des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux

C'est au nom de l'avènement d'une psychiatrie démocratique, qui considérerait enfin ses patients comme des citoyens ordinaires, que quelques psychiatres estiment que l'hôpital ne devrait plus être sollicité pour la prise en charge d'auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Ces professionnels se présentent comme des héritiers de la politique de sectorisation et d'ouverture de la psychiatrie mais tendent paradoxalement à approuver la création d'une institution spécifique pour les auteurs d'infractions, présentant des troubles mentaux ainsi qu'une certaine dangerosité. Ils se font l'écho des théories de la « défense sociale ».

L'hôpital comme lieu d'enfermement illégitime

Pour ces psychiatres, il est intolérable que l'hôpital psychiatrique continue d'assumer une mission de sécurisation de l'ordre social. Si l'institution a longtemps fait office de seconde prison, il faut que les choses évoluent définitivement :

« La base de l'asile ça a été de dire, on va mettre dans un lieu de soin les personnes qui ne devraient pas être en prison. Mais quelle erreur ! C'est bien en théorie ça, mais en pratique se sont retrouvés à l'hôpital psychiatrique au XIXème siècle les pauvres et les criminels... et le système qui était là pour soigner avec l'ordre moral, c'était surtout ça à l'époque, il est devenu fermé partout... parce qu'a primé dans les hôpitaux psychiatriques, le fait que les gens ne devaient pas s'évader et recommettre des crimes... parce qu'on les avait sortis de prison, du fait de l'irresponsabilité psychiatrique. Et ça on le paie encore. Vous avez 90% des services en France qui sont fermés ! Alors que ce sont des services de médecine, ça n'existe pas ailleurs, tout ça. Ça on le paie très clairement. Cette histoire d'irresponsabilité... On a transformé les hôpitaux en prison, avec l'irresponsabilité. On a fait un deuxième système carcéral en France. »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Ce psychiatre, se présentant comme un héritier de l'antipsychiatrie, considère que l'ouverture des hôpitaux psychiatriques ne peut souffrir d'exception. Il est fier de n'avoir jamais eu recours à l'hospitalisation en UMD pour ses patients. Les services fermés constituent pour lui une « seconde prison » :

« C. Protais : Parce que pour vous, l'hôpital fermé, c'est comme la prison, c'est assimilable ?

- Ah bah oui. Ecoutez, allez à l'hôpital. Vous avez aucune porte fermée. Vous entrez dans les services, c'est un hôpital, hospitalité. En psychiatrie, paf... vous tombez sur une porte fermée, regardez quelle ambiance. Imaginez vous dans un service fermé ! C'est comme à l'hôpital, parfois on dit 'non vous bougez pas', on doit en arriver à les sédater, etc. mais au moins, les portes sont ouvertes... »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Il estime en effet que l'enfermement doit relever de la prison, non de la psychiatrie. C'est pour cela qu'il se dit par exemple hostile aux Unités pour Malades Difficiles :

« C. Protais : Donc l'UMD c'est pire que la prison ?

- Ah bien sûr, je suis contre, enfin pour la fermeture des UMD, mais je suis tout à fait minoritaire. Parce que l'UMD... Robillard, il a eu une pirouette en disant, c'est du soin intensif. Mon œil, si du soin intensif c'est de mettre un truc plus surveillé qu'en prison, c'est pas du soin intensif... C'est une surveillance intensive... Moi j'étais pour un statut spécial, qu'on mette le même statut qu'en prison, les UHSA. Puisque les gens sont enfermés ! »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Au nom d'une psychiatrie qui respecterait les « droits de l'homme », ce psychiatre défend l'idée que les équipes soignantes ne devraient plus participer à l'exercice de la contrainte ou à la gestion de l'enfermement des patients. Si l'hôpital fermé peut être comparé à une prison, c'est également, selon Pascal Constant, parce que l'expérience des personnes irresponsabilisées n'est pas éloignée de celle que vivent les personnes condamnées à des peines de prison :

« Être interné en psychiatrie c'est une peine plus difficile que de se retrouver ailleurs, croyez moi hein ! »

Entretien Pascal Constant, 40-55 ans, milieu hospitalier

La prison serait même pire, en raison du caractère indéfini de la durée d'hospitalisation des personnes irresponsabilisées. Sans adhérer complètement à cette idée, notons que de nombreux psychiatres relatent les propos de patients qui affirment parfois préférer la prison, où la durée de l'enfermement est fixée *a priori*, à l'hospitalisation sans horizon de sortie.

Déstigmatiser la psychiatrie et ses patients

La perpétuation de services fermés à l'hôpital psychiatrie soulève également un enjeu en termes de représentations. La question de la stigmatisation des patients de psychiatrie (Kohl, 2006 ; Lovell et al. 2011), qui peut avoir entraîné

diverses formes de discrimination sociale (Angermeyer et Schulze, 2004), est au cœur du discours des psychiatres favorables à la création d'institutions spécifiques pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.

Très soucieux de la stigmatisation des patients de psychiatrie (qu'il invite à désigner sous le terme de « personnes présentant des troubles mentaux »), Bernard Drieux considère que celle-ci a trop longtemps contribué à leur mise de côté en participant au maintien de l'ordre public :

« Mais voilà, moi je vois la stigmatisation que ça entraîne pour tout l'hôpital hein, c'est une catastrophe... Moi je me suis toujours perçu comme un soignant, donc l'enfermement pour moi c'est anormal. On doit lutter contre l'enfermement. Je dis pas ça pour les prisons, c'est autre chose, les prisons. Mais l'hôpital, ça doit être l'hôpital. Et les soins en ville doivent être les soins en ville... »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Pascal Constant partage cet avis et se dit favorable à une répartition claire des missions de soin et de contrôle :

« (Avec les patients irresponsabilisés), le psychiatre il est dans une mission où il doit surveiller les gens, et c'est pas sa mission de surveiller les gens ! C'est la mission de la police, voilà. Donc c'est toute l'ambiguïté de l'internement en France... Donc c'est pas seulement la question des malades irresponsabilisés, c'est la question de comment on met en place l'internement et la surveillance en général. (...) Ce que je vous dis, c'est une chose très simple à comprendre, mais je vais vous le dire encore plus simplement : ce n'est pas le rôle du médecin de priver de liberté, c'est le rôle du juge. »

Entretien Pascal Constant, 40-55 ans, milieu hospitalier

Ce psychiatre estime lui aussi que la psychiatrie n'a pas à gérer la question de l'enfermement et des soins sans consentement. On comprend dans le discours de Pascal Constant que la volonté de « déstigmatiser » les patients de la psychiatrie est indissociable d'un combat visant à « déspécifier » la psychiatrie, pour en faire une discipline médicale comme une autre.

Ces psychiatres ne sont d'ailleurs pas les seuls à regretter les effets de stigmatisation que peut entraîner l'hospitalisation en psychiatrie. Un psychiatre, plutôt favorable à une prise en charge hospitalière des personnes irresponsabilisées juge ainsi la prison largement moins dégradante pour l'image de soi des personnes enfermées :

« Oui bien sûr, y'en a qui préfèrent aller en prison. Mais ça veut pas dire que leur place est en prison... J'ai un patient schizophrène, il était en prison, et il a eu l'amnistie du 14 Juillet, et il voulait absolument y rester, parce qu'en prison, c'était pas un malade ! Et il vaut mieux être un ex-taulard qu'un schizophrène déficitaire qui a l'AAH (*allocation adulte handicapé*) ! C'est moins bien vu dans un quartier quand même ! Mais même partout, quand on a été un peu 'baroudeur', un peu un méchant garçon, qu'on a planté deux trois personnes dans des rixes, c'est quand même pas pareil que le grand fou ! Et puis un taulard entraîne plus de compassion qu'un schizophrène ! Globalement dans la population, quand même, on a plus de visiteurs de prison que de visiteur dans les hôpitaux psychiatriques ! »

Entretien Christian Schmidt, 55-70 ans, milieu hospitalier

Toutefois si Christian Schmidt juge que cette stigmatisation éventuelle ne remet pas en cause la nécessité de services fermés, Bernard Drieux et Pascal Constant, eux, sont convaincus qu'il est temps de parachever l'ouverture des hôpitaux psychiatriques et de penser la création d'une institution *ad hoc* pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.

Une institution spéciale pour les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux ?

Contrairement à d'autres pays européens (Belgique, Pays-Bas, Allemagne notamment), la France n'a pas développé d'institutions spécifiquement destinées à la prise en charge des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux (Lancelevée, 2014). Ces institutions (*Centres de défense sociale* belge ou encore *Maßregelvollzug* allemand) ont été mises en place au début des années 1930, alors que les théories de la défense sociale dominaient la réflexion autour de la réforme pénale. Ces psychiatres regrettent que la France ne dispose pas d'une institution de ce type, qui permettrait de délester les hôpitaux psychiatriques de la question de l'irresponsabilité pénale, mais surtout de cesser d'alimenter la confusion entre violence et troubles mentaux :

« Cette histoire d'irresponsabilité... On a transformé les hôpitaux en prison, avec l'irresponsabilité. On a fait un deuxième système carcéral en France.

- *Du coup, c'est un problème pour les autres malades ?*

- Evidemment, comment vous voulez... moi j'ai vu un tas de gens qui refusaient les soins, qui refusaient de se retrouver à l'hôpital psychiatrique parce qu'il y avait des criminels... Alors que bon, si on doit aller à l'hôpital, qu'on ait commis un acte illégal ou pas, on doit être soigné de la même manière. Les psychiatres et infirmiers ne doivent pas être des gardiens de prison. On est là pour les soins... »

Entretien Bernard Drieux, 55-70 ans, milieu hospitalier

Un autre psychiatre suggère ainsi la création de « prisons psychiatriques » (André Grignon) pour les personnes irresponsables, une idée que préconise également Pascal Constant :

« C. Protais : Vous seriez pour ça, pour des institutions pour les personnes irresponsables pénalement ?

- Ah bah alors 100% !

- Comme les UMD ?

- C'est pas que les UMD, les UMD c'est un des dispositifs ! Mais ça ne devrait pas être que les UMD, ce serait les instituts médico-légaux, dans lesquels les UMD auraient leur place, bah oui, faudrait créer des instituts spécifiques... ça favoriserait la recherche, l'enseignement, des prises en charge de qualité avec des gens compétents... »

Entretien Pascal Constant, 40-55 ans, milieu hospitalier

Au nom de la déstigmatisation de la psychiatrie et de ses patients, ces médecins proposent un traitement spécifique pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Sans s'avancer sur l'opportunité de cette institution spécifique, un autre enquêté juge cependant que la France aurait à gagner des exemples étrangers, en développant des postes de criminologues

cliniciens, qui pourraient, selon lui, être plus à même que les psychiatres de prendre en charge correctement les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux :

« Alors ça c'est en train un peu d'évoluer parce qu'on se rend compte avec les exemples étrangers font que... ces personnes là ont une place dans la prise en charge des personnes qui commettent un certain nombre de... d'infractions et que... on n'a personne qui soit réellement bien formés pour le faire et pour prendre leur place quoi, donc on est un certain nombre de psychiatres en France à avoir un peu touché ça du doigt, mais d'une façon qui est très superficielle je crois, et ce serait pas forcément une mauvaise chose qu'il y ait des diplômés de criminologie clinique... »

Entretien Dominique Vesper, 40-55 ans, milieu hospitalier et expert

En plaidant pour la constitution d'un champ professionnel spécifique autour des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, ces psychiatres rejoignent les préconisations de différents rapports sur la dangerosité commandés par les pouvoirs publics au cours des années 2000 (voir chapitre 6), qui proposaient de combler le déficit de formation dont souffrirait la France par la promotion de la « recherche et (de) l'enseignement en criminologie » (rapport Lamanda, 2008). La constitution d'un tel champ professionnel permettrait ainsi selon ces psychiatres de délester la psychiatrie publique de la prise en charge des personnes déclarées irresponsables et la dissocierait d'une mission de contrôle social désormais étrangère à son mandat professionnel.

La tentation de la défense sociale

Dans un discours diamétralement opposé à celui des psychiatres qui suggéraient de repenser l'hôpital psychiatrique pour lui permettre de « refaire asile », ces psychiatres, défendent des idées proches du répertoire de l'intégration (voir chapitre 1). Ils suggèrent au contraire que l'hôpital doit devenir un lieu de soin ouvert et enfin dessaisi des missions relatives à la sécurisation de l'ordre public, intrinsèquement étrangères au soin. La création d'institutions spécifiques pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux – et plus largement pour les patients jugés dangereux – permettrait à leurs yeux de porter à son terme le projet anti-asilaire. La psychiatrie générale pourrait devenir une médecine comme les autres, et ses patients des citoyens comme les autres. Ce projet présente cependant un paradoxe : la normalisation de la psychiatrie et de ses patients se réaliserait au prix d'une stigmatisation redoublée d'une partie d'entre eux, enfermés dans des institutions hybrides à la croisée du soin et de la peine. Le paradoxe est résolu, pour ces psychiatres, par l'idée que, citoyens comme les autres, ces patients criminels doivent également purger une peine. Mais de ce discours transparait une volonté de se débarrasser d'un problème jugé encombrant pour la psychiatrie, au risque d'abandonner certains patients qui trouvaient dans les murs de l'hôpital un cadre sécurisant leur permettant de construire leur vie.

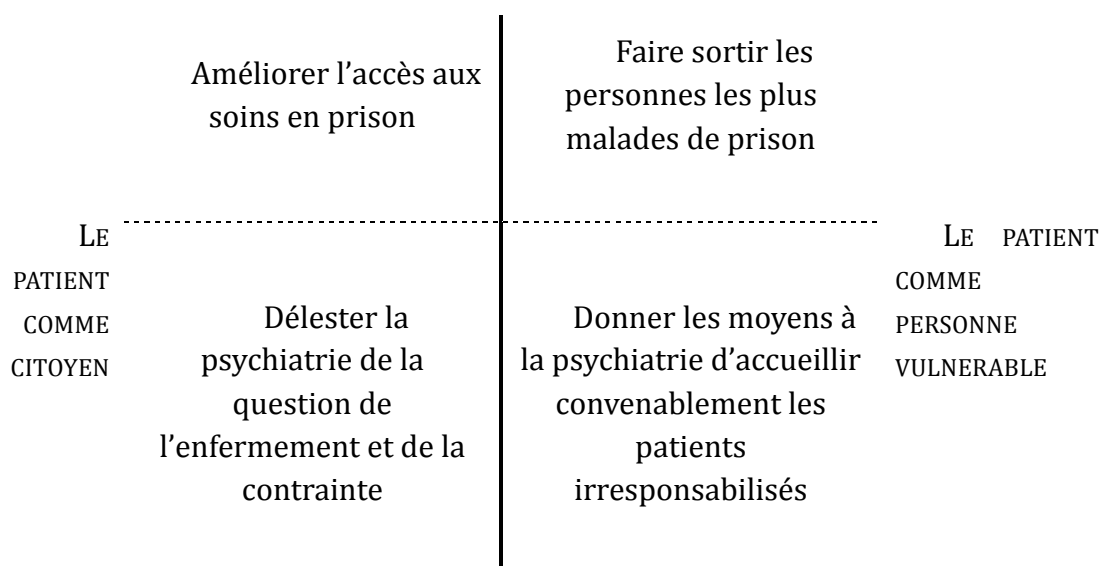
Conclusion

La question de l'irresponsabilité révèle une ligne de fracture profonde au sein de la profession psychiatrique sur ce que doit être la psychiatrie aujourd'hui et rejaillit sur le milieu de l'expertise. Les entretiens réalisés auprès de psychiatres non experts permettent de distinguer deux façons assez différentes d'envisager le principe d'irresponsabilité, qui se rapprochent des deux « répertoires », inhérents aux discours des psychiatres-experts et décrits au chapitre 1 de ce rapport. Archétype de la mission protectrice de la psychiatrie pour certains, le principe d'irresponsabilité est plutôt vu pour d'autres, comme le résidu d'une mission de contrôle social des patients dont la psychiatrie devrait s'émanciper. Ces appréciations divergentes se fondent, comme nous l'avons vu, sur des représentations contrastées de la maladie mentale et de l'objectif principal du soin : s'agit-il avant tout de protéger des personnes fragilisées ou de permettre à des patients-citoyens de retrouver une certaine autonomie ? Ces positionnements rejaillissent sur les manières dont les psychiatres non experts appréhendent le champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Celles-ci sont quasi-identiques à celles repérées chez les experts (voir chapitre 1, graphique I). Davantage de points de vue marginaux émergent toutefois chez les psychiatres, comme ceux qui appliqueraient l'alinéa 1 de l'article 122-1 à des personnes pouvant être diagnostiquées « cas-limite » ou à des personnes présentant des troubles addictifs. C'est peut-être dans une plus grande homogénéité des points de vue des experts (qui reste toutefois relative aux vues de la labilité des interprétations expertales) que la spécialisation de ces derniers se révèle.

De plus, les psychiatres non experts tendent à évaluer le principe d'irresponsabilité à l'aune des conditions concrètes de prise en charge des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. On peut d'ailleurs être étonné que la formulation légale du principe d'irresponsabilité (article 122.1 al. 1 et 2) n'inclut pas la question des modalités de prise en charge des individus concernés par cet article. On pourrait ainsi imaginer, à l'aune de ce qui se fait dans d'autres pays, que le juge demande à l'expert psychiatre de se prononcer non seulement sur l'état psychique de la personne au moment des faits, mais également sur l'accessibilité à la sanction et sur l'accessibilité aux soins.

Si tous les psychiatres rencontrés estiment que le système dichotomique français dysfonctionne, le diagnostic n'est cependant pas consensuel et les pistes de réformes imaginées diffèrent. Elles peuvent être synthétisées sous la forme d'un tableau à quatre entrées, qui articule le regard porté sur les institutions et la façon de concevoir le soin psychiatrique :

LA PRISON EST PATHOGENE



L'HOPITAL EST INADAPTE

Figure 3 - Psychiatres cliniciens face au principe d'irresponsabilité

Ces positions sont toutefois « idéal-typiques », dans la mesure où les discours des psychiatres interrogés se situent souvent à mi-chemin entre ces positions tranchées. Ce discours est, comme nous l'avons montré dans ce chapitre, déterminé par la façon dont les psychiatres se représentent la maladie mentale et conçoivent leur rôle, mais également par l'expérience professionnelle de ces psychiatres et les lieux dans lesquels ils ont été amenés à exercer. Les deux dimensions sont évidemment liées : on ne choisit pas par hasard d'aller travailler en milieu pénitentiaire plutôt qu'au sein des structures les plus ouvertes du dispositif de santé mentale. Une enquête longitudinale⁷⁰ serait d'ailleurs utile pour réfléchir à la façon dont se construisent les carrières et les orientations théoriques des psychiatres.

Dans quelle direction faut-il réformer ces institutions ? La réponse à cette question dessine, au sein de la profession, un clivage fort entre ceux qui aimeraient une réforme de l'hôpital pour lui permettre d'assumer pleinement son rôle protecteur – au risque cependant d'accepter de gérer un enfermement que d'aucun pourrait juger arbitraire – et ceux qui estiment que la psychiatrie devrait se délester de cette question de l'enfermement afin de déstigmatiser les patients ordinaires de la psychiatrie – mais qui pourraient être suspectés de vouloir abandonner les patients les plus dérangeants.

⁷⁰ Cette enquête pourrait suivre une cohorte d'étudiants en psychiatrie et retracer, tous les 5 ans, le parcours réalisé par ces professionnels et l'évolution de leur discours théorique sur les savoirs psychiatriques.

Les psychiatres interrogés semblent cependant d'accord pour considérer que la question de l'irresponsabilité, au-delà de sa dimension technique, est une question politique qui ne concerne pas seulement la profession psychiatrique, mais l'ensemble de la société. Ces entretiens invitent donc à ouvrir la réflexion à des acteurs sociaux extérieurs au champ de la psychiatrie autour du sort des personnes ayant commis des infractions pénales et présentant des troubles mentaux.

Chapitre 3 : Histoires vécues : représentations de personnes ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pour cause de trouble mental

Par Camille Lancelevée et Caroline Protais

L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental suscite de nombreux débats chez les experts psychiatres, les magistrats ou encore parmi les équipes psychiatriques qui accueillent *in fine* les personnes concernées dans leurs services. Les points de controverse portent sur les transformations des institutions carcérale et psychiatrique, dont on questionne la capacité à accueillir des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. La controverse porte également sur les bénéfices à attendre d'une (ir)responsabilisation pour la personne à laquelle s'applique cette mesure (voir chapitre 1).

Dans ces débats, la façon dont les personnes concernées conçoivent l'irresponsabilité pour cause de trouble mental constitue un enjeu important : certains experts défendent l'idée que les malades ne voudraient pas être irresponsabilisés, pour justifier un usage très restreint de ce principe, alors que d'autres mettent en avant le soulagement des patients d'être reconnus comme non coupables d'un acte qui leur a échappé. Quel est toutefois le point de vue des personnes ayant fait l'objet de cette mesure et qui en subissent les conséquences ? Ce chapitre, fondé sur la réalisation de 15 entretiens semi-directifs avec des personnes irresponsabilisées, tentera de répondre à ces questions.

La présente analyse s'inscrit dans la continuité d'un ensemble de travaux portant sur la subjectivité des patients de psychiatrie : depuis les années 1970, l'intérêt sociologique pour l'expérience personnelle de la maladie (« illness » selon le concept développé par Kleinman, 1988) est venu compléter l'étude de sa qualification médicale (« disease »). De nombreux auteurs se sont ainsi penchés sur les récits (*narratives*) de patients de psychiatrie (Estroff, 1985 ; Lovell, 1997 ; Velpry, 2008, etc.). Cette préoccupation pour la dimension subjective et notamment la stigmatisation associée aux troubles psychiatriques est désormais incorporée aux outils standardisés d'évaluation et de diagnostic (Angermeyer et Schulze, 2003 ; Lovell et al., 2011, etc.). L'analyse des récits de patients concernant leur expérience en psychiatrie semble poser un problème méthodologique : en effet, le discours peut être suspecté d'être pris dans la maladie. Livia Velpry considère en conséquence que « l'instabilité du régime

d'interprétation des actes et des paroles des personnes étiquetées malades mentales devient une composante essentielle de l'objet d'étude qui doit être intégrée à part entière dans l'analyse. » (Velpry, 2008). Dans un article sur les sans-domiciles fixe schizophrènes des rues de New-York, Anne Lovell remarque pour sa part que le sens du récit biographique de ces personnes ne peut émerger que de la rencontre entre celui qui raconte et celui qui écoute, qui permet de combler les anomalies du discours afin de rétablir une cohérence chronologique (Lovell, 1997, p. 365).

Cette question du sens et de la cohérence du récit de soi apparaît centrale dans l'analyse du rapport que les personnes interviewées entretiennent avec l'irresponsabilité pénale : ces personnes ont commis des actes souvent graves (de l'agression physique ou sexuelle à l'homicide) pour lesquels elles ont été, à la suite souvent de plusieurs expertises psychiatriques, puis, pour certains, d'une audience devant la chambre de l'instruction voire d'un procès aux Assises, irresponsabilisées. Cette décision d'irresponsabilité, les expertises psychiatriques ainsi que les interactions avec les équipes psychiatriques des hôpitaux dans lesquels elles sont placées, leur fournit, grâce à l'énonciation d'un diagnostic, des éléments de justification qui leur permettent d'expliquer des actes qui ont souvent échappé à leur volonté ou à leur contrôle. Or toutes les personnes n'accueillent pas de la même façon ces éléments apportés par le discours psychiatrique : si certaines utilisent le diagnostic comme un support de « subjectivation » (Foucault, 1994) qu'il s'agit d'intégrer au récit de soi, d'autres y voit une tentative « d'assujettissement »⁷¹ qui les force à abandonner leur propre vérité au profit d'une histoire exogène et considérée comme mensongère. Or nous verrons dans ce chapitre que la façon d'accueillir la décision d'irresponsabilité (et le diagnostic qui la justifie) est déterminante pour la suite de l'hospitalisation, vécue par certains comme une étape nécessaire de leur parcours et par les autres comme un enfermement inique.

Encadré méthodologique

Les quinze entretiens qui constituent le matériau de ce chapitre ont été réalisés par Pierre Girerd (psychiatre) et/ou par Caroline Protais (sociologue) et retranscrits par Camille Lancelevée. Quatre d'entre eux ont fait l'objet d'une analyse clinique détaillée dans la thèse de psychiatrie de Pierre Girerd (2015). Ces entretiens abordent différents aspects de la question de l'irresponsabilité : la façon de concevoir l'article 122-1 alinéa 1 définissant l'irresponsabilité pénale, l'expérience de la maladie, du traitement et de l'hospitalisation psychiatrique. Le nombre restreint d'individus interrogés dans le cadre de cette enquête n'autorise que des conclusions à titre exploratoire qui demanderaient à être validées à partir d'une campagne d'entretiens plus

⁷¹ Les concepts de « subjectivation » et d'« assujettissement » sont employés par Michel Foucault (voir notamment Foucault, 1994, p. 222-243) pour analyser les effets du pouvoir, défini de façon relationnelle comme un « action sur les actions » ou encore une « conduite des conduites », sur les individus. L'assujettissement décrit le mécanisme d'imposition d'un discours sur les individus tandis que la « subjectivation » renvoie à la façon dont l'être humain se transforme en sujet, en intégrant ce qui a été dit sur lui.

ambitieuse. Il demeure toutefois que l'irresponsabilité pénale n'est prononcée annuellement qu'en moyenne dans 0,4% des dossiers (voir chapitre 1) et que l'on ne dispose d'aucune donnée de cadrage sur le nombre et le devenir de ces personnes. Il a donc fallu, pour cette première campagne d'entretiens, retrouver des personnes irresponsabilisées dans différents services de psychiatrie (voir annexe méthodologique) : l'échantillon des personnes entendues est constitué principalement d'hommes (treize hommes pour deux femmes interrogées), qui ont en moyenne trente-sept ans (le plus jeune a vingt-deux ans et le plus âgé soixante-sept ans). Ils ont pour la plupart commis des agressions à l'arme blanche ou un homicide (ou plusieurs) sur des personnes très proches (parents, enfants, compagne, autre(s) personne(s) de la famille). Nous avons fait varier la distance dans le temps par rapport à la décision d'irresponsabilité, tout autant que les structures où sont hospitalisées ces personnes : huit ont été rencontrées en UMD, six en hôpital psychiatrique et un était sorti, après neuf ans d'hospitalisation, au moment de l'entretien. Deux étaient en attente des conclusions de l'expertise, alors que la personne la plus âgée était hospitalisée depuis trente-trois ans en psychiatrie. Ce parti pris a permis de recueillir des points de vue contrastés et de prendre en considération le mode d'hospitalisation ainsi que l'évolution du regard porté par ces personnes sur l'irresponsabilité pénale.

I. Être irresponsabilisé : discours psychiatrique et récit de soi

L'irresponsabilité pénale confronte les personnes concernées à un discours psychiatrique sur leur comportement et sur leur psychisme. Or toutes les personnes n'accueillent pas de la même façon ces éléments exogènes. S'ils apportent à certaines des éléments qui viennent s'inscrire dans leur récit autobiographique pour lui redonner de la cohérence, ils sont reçus par d'autres comme des élucubrations mensongères qui viennent concurrencer le regard qu'ils portent sur leur histoire.

1. Un récit de soi incomplet

Lorsqu'elles reviennent sur les faits pour lesquels elles ont été irresponsabilisées, les personnes rencontrées témoignent d'une perte de contrôle, se manifestant au moment des faits par une certaine confusion mêlée d'angoisse :

« Et là, pétage de plomb complet, j'étais déjà à bout quand je suis parti, j'étais déjà à bloc. Et je suis rentré, j'ai fait 2000 km et j'ai tué ma mère »
Monsieur Brunet, 45 ans, hospitalisé depuis 9 ans⁷²

« Quelles étaient vos idées à ce moment-là ?

- Des idées de mort, voilà, je repensais à mes deux tentatives de suicide que je n'avais pas... Je ne voyais plus l'intérêt de continuer. Après, quel mécanisme a fait que je passe de pulsion de mort sur moi à des pulsions de mort sur d'autres personnes inconnues, même avec le recul, je ne sais pas exactement pourquoi ça s'est passé comme ça. »

⁷² Les noms des personnes rencontrées ont été modifiés et les âges et durées d'hospitalisation légèrement corrigés afin de préserver leur anonymat.

Monsieur Danel, 32 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Pour certains s'ajoute à ce mal-être profond la présence de symptômes délirants :

« (Les voix) disaient : 'si tu le tues pas, t'es pas avec moi ! De mon côté ! Si tu le tues pas, c'est toi qui ira en enfer ! C'est toi qui aura le malheur...', 'Si tu le fais pas, c'est toi qui aura de mauvaises choses dans la vie'.

- Du coup, elles vous ont poussé à le faire quoi ?

Elles m'ont poussé jusqu'au bout, et moi dans ma tête je me suis dit : 'si je le fais... vous allez pas me dire que j'ai fait quelque chose de mal, parce que vous me poussez au bout...' »

Monsieur Kaluta, 23 ans, hospitalisé depuis 1 an

« Je me souviens plus bien, mais... On lisait dans mes pensées. J'avais une mission sur terre. J'interprétais les paroles des gens. Il fallait que je fasse quelque chose, je savais pas quoi. Ca faisait 4-5 mois que je souffrais de pas comprendre, plus parler aux gens, d'avoir l'impression qu'ils m'adressaient des paroles pour me faire comprendre des choses (...) Le fait de pas comprendre était un cri de désespoir. C'était un cri de désespoir. »

Monsieur Lapierre, 28 ans, sorti après une hospitalisation de 9 ans

Les registres sémantiques les plus couramment utilisés pour évoquer leur état au moment des faits sont ceux de la perte de contrôle (« j'ai pas pu me contrôler », « j'étais comme possédé ») ; de l'absence de volonté (« j'ai pas voulu ça ») ; de l'emballement émotionnel (« après ça a dérapé », « j'étais en colère, j'arrivais pas à me calmer »). Certains s'engagent également dans des réflexions sur le rapport qu'ils entretenaient à eux-mêmes durant le crime (« j'étais pas moi », « j'étais pas vraiment moi », « j'étais fou »).

Par ailleurs, ce « trou dans leur récit » est associé à des affects très forts : tous ont commis des actes graves (de l'agression physique à l'homicide), et la plupart présente une grande tristesse à l'évocation des faits.

« Quand j'y pense je pleure ! »

Monsieur Kaluta, 23 ans, hospitalisé depuis 1 an

Madame Roux, qui a donné la mort à ses enfants il y a plusieurs années ne parvient pas à revenir sur les faits, tandis que Monsieur Oliveira, auteur d'un matricide et hospitalisé après deux ans d'incarcération, refuse de parler de cet acte :

« Nan mais j'en ai trop parlé, après ça va me rester... Je l'ai souvent en tête ce que j'ai fait... Mais si j'en parle après, je sais que je vais pas arrêter d'y penser de la journée... »

Monsieur Oliveira, 22 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Ce refus de parler des faits témoigne d'une culpabilité que certains expriment ouvertement :

« J'ai essayé par tous les moyens de me suicider. (...) Je me sentais coupable... Je me sens toujours coupable, d'ailleurs... (...) je l'aimais beaucoup ma mère... vraiment beaucoup... Quand on parlait avec mes sœurs, elles la critiquaient et moi je lui trouvais tout le temps des excuses, j'ai toujours été de son côté, ce qui rend les choses encore plus incompréhensibles »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

En somme, pour toutes ces personnes, les actes commis marquent une certaine rupture dans leur parcours biographique – rupture accentuée par l'incarcération ou l'hospitalisation dont elles ont été l'objet. Or il semble que le diagnostic posé par les experts psychiatres vient, pour certaines, combler un vide dans leur récit et apporter une explication à un acte perçu comme irrationnel. Pour d'autres, il est au contraire une explication imposée, exogène, qui entre en concurrence avec un récit de soi cohérent pour le sujet.

2. Adhésion : le diagnostic comme support de subjectivation

Plusieurs personnes (8) trouvent dans le diagnostic qui leur a été associé un élément d'explication, parfois inédit. Ils l'accueillent avec un certain soulagement comme une information qui leur permet de redonner de la cohérence à leur histoire. Ainsi Monsieur Comte, déclaré irresponsable après le meurtre de sa compagne explique :

« (L'expertise m'a permis de comprendre) la maladie... c'était une névrose hystéro-phobique, je me souviens encore du nom et c'est vrai... C'est vrai je souffrais de névrose hystéro-phobique, c'était vrai...

- C'est ça, mais est-ce que ça vous a fait prendre conscience de ce que... ?

- C'est grâce à ça que j'ai pris conscience que je souffrais de maladie mentale et qu'il fallait me soigner. »

Monsieur Comte, 67 ans, hospitalisé depuis 30 ans

Son insistance sur la « vérité » du diagnostic témoigne de l'importance de celui-ci qui vient donner une explication à un geste qu'il se reproche jusqu'à aujourd'hui, d'avoir commis sur une femme qu'il aimait mais qu'il avait peur de perdre. Monsieur Verdoux est lui aussi en accord avec le diagnostic unanime des experts psychiatres, même si l'identification de la pathologie (« schizophrénie paranoïde ») ne lui permet pas d'en comprendre les origines :

« J'ai juste pris conscience petit à petit que ce que j'avais eu c'était un délire. Et que tout ça, ça avait pas... J'avais pas... J'avais pas de raison de faire ça et je sais toujours pas pourquoi j'ai fait ça et je comprendrais sûrement jamais...

- Et ça le fait d'avoir compris... vous l'avez compris quand ?

- Je l'ai compris au fur et à mesure que j'avançais dans les soins. Je me suis rendu compte que c'était un délire... La soucoupe volante que j'ai vue, je venais de la voir sur internet dans un reportage... pas longtemps avant... C'était le même modèle. Donc voilà d'où j'ai sorti ça... Et je m'en suis rendu compte, ça m'a fait un choc... Je me suis dit mais merde, qu'est-ce que j'ai fait... Pourquoi je suis parti là dedans... »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

Même en l'absence de diagnostic consensuel, comme dans le cas de Monsieur Ferdinand, qui présente des troubles schizophréniques selon un expert, des troubles borderline selon plusieurs autres et aucune pathologie psychiatrique

selon un dernier, la confrontation avec les expertises peut aider à comprendre son acte :

« Ca m'a permis de me remettre en question, d'avoir des éléments de réponse ; même si ça reste compliqué mais... oui ça m'a quand même... après ça ne m'a pas donné toute les réponses mais ça m'a aidé quand même. »

Monsieur Ferdinand, 21 ans, hospitalisé depuis 2 ans

« J'arrive désormais à parler, à mettre des mots sur des choses que j'arrivais pas à penser avant. »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

« Ici c'est positif, ça m'a fait avancer. Ca m'explique mon mode de fonctionnement. (...) ça m'aide à comprendre ce qui s'est passé. »

Madame Roux, 34 ans, hospitalisée depuis 3 ans

La décision d'irresponsabilité revêt une importance réelle à leurs yeux, parce qu'elle atteste, parfois publiquement – lorsqu'il y a une audience devant la chambre de l'instruction – d'un crime qui leur a échappé et qui est bien souvent regretté. S'il est clair que l'irresponsabilité permet d'abaisser le seuil de culpabilité des personnes interrogées, ce phénomène est vécu, la plupart du temps, comme salvateur pour des personnes qui vivent très mal le fait d'avoir commis un crime sur une personne qui leur était (le plus souvent) très chère. La reconnaissance de l'abolition du discernement au moment des faits contribue moins à « déculpabiliser » celui qui les a commis qu'à attester publiquement d'un fonctionnement psychique, qui lui a échappé, au cœur duquel une partie de lui-même s'est perdue.

« Comment avez-vous réagi quand on vous a dit que vous étiez irresponsable ?

- J'étais plutôt content qu'on dise que j'étais pas dans mon état normal, que j'étais pas vraiment moi, que j'ai sombré dans la folie. (...) J'ai pris conscience que ce que j'avais eu était un délire et que j'avais pas eu de raison de faire ça, et que je sais toujours pas pourquoi j'ai fait ça, et que je comprendrais peut-être jamais.

- Ca vous aurait fait quoi de pas être irresponsabilisé ?

- Ca me foutrait les boules car on me reconnaîtrait pas malade. »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

« Si j'avais été reconnue responsable, j'aurais accepté. Mais je n'ai pas voulu ce qui est arrivé.

-C'est important que la justice reconnaisse ça ?

-Oui. »

Madame Roux, 34 ans, hospitalisée depuis 3 ans

« Pour vous ça signifie quoi d'être irresponsabilisé de ses actes ?

- En terme...enfin moi... ce n'était pas l'irresponsabilisation telle qu'elle, en fait mais plutôt que les gens m'aient entendu et comprennent que ce que j'ai fait je ne voulais pas le faire. C'était plus par rapport à ça. Et, en gros, enfin la vérité... en gros je pense que l'irresponsabilité c'est ce qui correspondait le plus.

- Ca veut dire quoi pour vous ça, d'être irresponsabilisé?

- En gros, après c'est que je vais à l'hôpital tout ça... Pour moi, c'était un soulagement. C'était ce que je souhai... on va dire, en gros c'était ce qui correspondait à l'acte, je ne voulais pas le faire..., ça correspondait à mon état d'esprit. Et ça y correspond toujours aujourd'hui. »

Monsieur Ferdinand, 21 ans, hospitalisé depuis 2 ans

La décision d'irresponsabilité constitue ainsi la reconnaissance officielle d'un récit dans lequel ils ne sont pas « responsables » des actes qu'ils ont commis. Monsieur Comte, condamné au cours des années 1980⁷³, regrette ainsi de n'avoir pas eu d'audience publique ou de procès, pour pouvoir expliquer son geste :

« Vous aviez pas peur d'aller en psychiatrie ? Vous auriez pas préféré être jugé responsable par exemple ?

- J'ai tout fait pour être... irresponsable... j'ai tout fait... pourtant, c'est paradoxal, j'aurais voulu être jugé par le peuple.

- D'accord.

- Voilà, moi j'étais exclu de la loi, j'étais pas sous le coup de la loi, j'aurais voulu... un jugement... avec des juges, avec un jury...

- Pourquoi ?

- Pour expliquer mon histoire... »

Monsieur Comte, 67 ans, hospitalisé depuis 30 ans

Si ces personnes acceptent facilement le diagnostic énoncé par les experts, c'est peut-être parce que les symptômes dont elles souffraient ont disparu sous l'effet des antipsychotiques : en effet, pour ces patients, la pathologie se raconte souvent au passé. Ils ont été « malades », voire « fous », mais ne le sont plus :

« Bah non, j'ai plus rien... J'ai l'impression d'être redevenu normal, j'ai plus de pensées bizarres... J'ai vraiment l'impression que j'étais pas moi quoi, j'étais rentré dans un délire de fou... Et je sais pas comment j'ai pu maintenir ce délire de fou jusqu'à l'acte, sans revenir sur terre à un moment... »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

Dès lors, si le diagnostic permet de rationaliser des comportements et les actions qui leur ont échappés, il est cependant d'autant plus difficile de l'intégrer à l'histoire personnelle que les symptômes ne sont plus présents :

« Ca me paraît évident que j'étais irresponsable, mais j'ai du mal à l'accepter. J'ai du mal à faire face à cette image de fou. Mais j'étais irresponsable, ça se discute même pas. »

Monsieur Lapierre, 28 ans, sorti après une hospitalisation de 9 ans

« -Vous avez l'impression d'être malade?

- Je dois l'intégrer. C'est difficile, mais je dois l'intégrer. »

Madame Roux, 34 ans, hospitalisée depuis 3 ans

Les patients hospitalisés depuis plusieurs années parlent d'une lente assimilation du diagnostic, qui redéfinit actuellement leur identité personnelle :

⁷³ Jusqu'à la réforme de l'irresponsabilité pénale en 2008, les personnes dont le discernement était jugé aboli au moment des actes étaient directement hospitalisées sous la forme d'une hospitalisation d'office. Désormais, la chambre de l'instruction peut organiser une audience de quelques heures.

«Le mot schizophrénie, il a fallu un petit moment pour le digérer, c'était un petit peu difficile (...) Il m'a fallu un peu de temps pour le penser vraiment. Aujourd'hui, je pense que c'est bon ».

Monsieur Danel, 32 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Cette étrangeté dans le ressenti de la folie explique que certains l'appréhendent comme extérieure ou étrangère à eux-mêmes car ils n'imaginent pas que leur esprit puisse avoir produit ce type de représentation qu'ils jugent aujourd'hui erroné. Pourtant une fois la prise de conscience de ce processus mental réalisée, un travail d'élaboration psychologique se met en place, au cours duquel les individus semblent aux prises avec cette redéfinition de leur identité personnelle :

« Et ça... Pour vous, la maladie c'est extérieur à vous ou à l'intérieur de vous ?

- Moi je pense plus que c'est extérieur... Pfff...

- C'est-à-dire ? Oui, c'est difficile comme question...

- Bah je sais pas c'est des trucs que j'entendais ! Pour moi, je pouvais pas inventer des choses pareilles quoi... Les voix, tout ça ! Y'en a ils disent ça vient du cerveau, c'est des trucs qu'on a dans la pensée qui se manifestent... mais pour moi c'est pas ça, je pouvais pas inventer des trucs pareils !

- Ca venait de l'extérieur en fait ? Vous aviez l'impression que ça venait de l'extérieur ?

- Ben ouais, mais en même temps, ça voudrait dire que je crois que ça vient pas de la maladie ! Ah je sais pas ! »

Monsieur Oliveira, 22 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Ces patients développent ce que la psychiatrie qualifierait « d'insight », c'est-à-dire la conscience du trouble qui les affecte. Ainsi, Monsieur Lapierre, désormais sorti de l'hôpital psychiatrique après une hospitalisation de plusieurs années, a longuement cherché à se réapproprier le diagnostic de « schizophrène » qui lui avait été donné. Aujourd'hui, il se définit comme « fou » et juge même avec une certaine sagesse que « l'idée d'être fou au quotidien (le) pousse à être plus lucide ». Il a beaucoup lu, notamment les travaux de Gustav Jung, beaucoup réfléchi à son histoire familiale, et tenté de comprendre les délires qui l'habitaient à la fin de son adolescence :

« Et ça c'était l'idée dominante, l'idée qu'on lisait dans vos pensées ?

- Ouais... Oui, c'est une idée qui m'a donné l'impression d'avoir une mission sur terre... Quand on a 16 ans... On connaît rien du monde, surtout moi qui était isolé, je me faisais des tas d'idées... Après je pense que l'idée que j'ai eue est pas sortie de nulle part, je pense que tout le monde a déjà vécu des coïncidences, ces moments où on pense à quelqu'un et il vous appelle... sauf que moi je les ai mal interprétées et avec mon isolement, le cannabis, je suis resté dans cette idée-là après... »

Monsieur Lapierre, 28 ans, sorti après une hospitalisation de 9 ans

On le voit avec Monsieur Lapierre, ce n'est pas seulement le diagnostic, mais également un travail d'appropriation au long cours, aidé notamment par la rencontre avec des psychothérapeutes, qui permet aux individus d'accueillir cet élément exogène que constitue la maladie et de le réintégrer progressivement au récit de soi.

3. Résistance : refuser d'être assujéti au diagnostic

Pour d'autres enquêtés (trois parmi les personnes rencontrées), le diagnostic vient non pas éclairer un comportement irrationnel, mais entre au contraire en contradiction avec un récit de soi déjà cohérent. Il est dès lors vécu comme un assujétissement (Foucault, 1994, voir note supra) insupportable, et l'irresponsabilité qui l'accompagne constitue une décision injuste voire un déni de justice, c'est-à-dire un refus des pouvoirs publics de rendre justice.

Déjà hospitalisé plusieurs années à la suite d'un matricide, lorsqu'il avait vingt ans, Monsieur Brunet est de nouveau irresponsabilisé après avoir tué sa compagne, alors qu'il avait arrêté, quelques temps auparavant, le traitement antipsychotique qu'il supportait mal. Il récuse la réalité de la pathologie (schizophrénie paranoïde) : elle est une interprétation fallacieuse des experts et des psychiatres. Selon lui, ses actes sont consécutifs à un empoisonnement à l'héroïne, dont seraient coupables ses deux anciennes compagnes, et qui l'a conduit à deux « descentes aux enfers ». La première s'est soldée par le meurtre de sa mère (« c'est ma plus grosse erreur. Je n'aurais jamais dû m'en prendre à ma mère. C'est Nicky la responsable »), l'autre par le meurtre de sa seconde compagne, Nathalie, qui aurait provoqué ce drame :

« Vous étiez un pantin ?

- Bah oui, avec l'héroïne, oui, j'étais un pantin, oui. Complètement... Elle voulait me dominer... Ouais non mais je vois bien le truc, moi je voulais pas de ça, quoi, j'étais autonome, j'étais épanoui, je lisais, j'étais passionné par mes lectures... Et j'avais pas besoin de ça, je l'emmerdais pas... Je lisais, je faisais ma vie, je la voyais le soir, le midi, ça se passait très bien mais... Non, elle a tout voulu... elle a tout perdu... Et ben tant pis pour elle ! Et puis moi aussi, je suis dans la merde ! 14 ans que je suis enfermé à cause de ça... (...) C'est malheureux à dire, mais je regrette qu'elle m'ait fait ça. Parce que je serais encore avec elle, j'aurais peut-être des enfants. J'étais prêt à faire ma vie avec elle. Mais voilà, elle voulait tout et elle a tout perdu... »

Monsieur Brunet, 45 ans, hospitalisé depuis 9 ans

Monsieur Brunet refuse donc un diagnostic qui vient perturber le récit logique auquel il croit fermement malgré ses incohérences apparentes. Madame Arborel tente elle aussi d'obtenir justice et de rétablir la vérité : selon elle, elle n'est pas malade, mais bien la victime d'un complot tramé par sa famille et par les forces de l'ordre de son village d'origine. Si elle reconnaît avoir agressé un gendarme, elle estime cependant avoir agi en état de légitime défense :

« Mais pour quelle maladie vous a-t-on hospitalisée ?

- Je ne sais pas, délire de persécution, forme chronique.

- Et vous, vous êtes d'accord avec ça ?

- Non (...) « délire de persécution » notamment je ne suis pas d'accord. Parce que faut parler de... J'habitais à (nom du village) dans la maison familiale et j'avais une entrée par la porte de derrière et devant la porte c'était une petite rue où les gens aiment stationner mais quand ils stationnaient trop près de ma porte, je n'arrivais pas à l'ouvrir. Donc la mairie et la police ont mis un marquage au sol. Mais malgré ça les gens se garaient. C'est

pour ça, je rentrais en conflit avec tout le monde. Car si la porte était fermée, la lumière du jour ne rentrait pas dans mon domicile. Et là on te dit délire de persécution, et là je ne suis pas d'accord. Parce que j'ai une lettre de la mairie comme quoi personne ne respectait le marquage au sol et malgré ça ils ne venaient pas quand je les sollicitais. »
Madame Arborel, 62 ans, hospitalisée depuis 3 ans

Cet extrait illustre la logique dans laquelle Madame Arborel inscrit les faits qui lui sont reprochés. L'entretien tout entier est un réquisitoire contre l'injustice que représente l'irresponsabilité à laquelle elle a été « condamnée ». Cependant, comme Monsieur Brunet, qui parlait d'une « descente aux enfers », elle explique aussi avoir traversé une période très difficile, faite d'errances angoissées et du sentiment permanent d'être menacée – c'est d'ailleurs pour cela qu'elle ne sortait plus sans un couteau sur elle. Néanmoins, les « troubles psychiques » identifiés par les experts ne s'articulent pas avec le récit que ces deux personnes se sont construit.

Ces patients gardent donc une rancœur importante contre les experts qui ne les ont pas compris et dont les avis leur semblent dès lors fallacieux et arbitraires. Cette amertume affleure dans le discours de Monsieur Zetkin, qui lui aussi conteste le diagnostic de « schizophrénie » : il se juge au contraire maître de ses actions, et donne une justification rationnelle à son agression (la réponse à une menace imminente). Il décrit ses interactions avec la justice et les experts comme un rapport de force inéquitable :

« C'est eux (les experts), ils ne m'ont pas laissé parlé. Tous seuls dans leur paperasse, ils se sont permis, ils ont osé me mettre dedans. Ils se sont tous mis contre moi.
- Comment le savez-vous ?
- Ben, je les ai vus, ils parlaient entre eux et puis ils ne me regardaient même pas, ils restaient le nez dans leur paperasse pour parler sur mon compte.
- Mais ils étaient simplement là pour vous signifier la décision d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, vous ne croyez-pas ?
- Pas seulement, c'était aussi pour m'enculer... »
Monsieur Zetkin, 40 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Pour Madame Arborel, c'est une justice au service des puissants qui a été rendue :

« Comment avez-vous vécu l'idée que des gens puissent dire que vous êtes irresponsable ?
- C'est la parole d'un agent de police face à celle d'un citoyen.
- Vous-vous êtes sentie... ?
- Inférieure oui. »
Madame Arborel, 62 ans, hospitalisée depuis 3 ans

Ces enquêtés ont donc le sentiment d'avoir été ignorés au cours des procédures judiciaires par ceux qui détenaient le pouvoir d'arbitrer sur leur sort. Une histoire s'est écrite sans eux. Elle contredit leur récit d'eux-mêmes. On perçoit dans ces entretiens une certaine souffrance de n'avoir pas été compris et une colère inaltérable contre les mensonges de la justice et de la psychiatrie.

Les autres enquêtés (4) entretiennent une certaine ambivalence à l'égard du diagnostic et de la déclaration d'irresponsabilité. Le diagnostic semble partiellement accepté, mais les personnes ne semblent pas prêtes à renoncer à une vérité concurrente. Ainsi, Monsieur Kaluta, irresponsabilisé après avoir tué un membre de sa famille, explique qu'il est « irresponsable » et que le placement à l'hôpital lui a permis de prendre conscience de la singularité de son comportement :

« Je suis ir... irresponsable ! Je suis conscient mais j'arrive pas à me contrôler, j'arrive pas à comprendre, j'essaie de me calmer, mais j'arrive pas, et je suis allé jusqu'au bout... »

(...)

« Avant j'étais dans la violence. C'est comme si j'avais les yeux fermés. Et depuis que je suis ici, j'ai l'impression de me réveiller. (...) Je me sens mieux maintenant. »

Monsieur Kaluta, 23 ans, hospitalisé depuis 1 an

Néanmoins, il n'accepte que partiellement le diagnostic de schizophrénie. En effet, pour lui, les hallucinations acoustiques qu'il perçoit toujours ne sont pas pathologiques :

« Je pense pas que c'est une maladie... C'est une personne, c'est comme si c'était vous, vous êtes au bout du monde là-bas, et je vous entends parler, on s'entend parler, on s'entend super bien... Tu peux parler calmement comme tu peux parler aussi fort, agressif, ou calme, douce... »

Monsieur Kaluta, 23 ans, hospitalisé depuis 1 an

Ces voix qui l'ont « poussé à bout » continuent à l'habiter, mais de façon apaisée. Le récit qu'il fait de son passage à l'acte illustre à la fois son désarroi de n'avoir pas réussi à se « contrôler », mais également le fait qu'il adhère toujours à une explication que la psychiatrie décrirait comme « délirante » :

« Et voilà... Dès que je rentre dans la maison, je vois un sac rouge, un petit sac comme ça... et dès que j'ai vu le sac, mes yeux, tout mon corps, mon esprit a été attiré sur ce sac... Je comprenais pas... Je disais à mon cousin que je savais pas... Donc voilà, je suis rentré, j'ai ouvert le sac, j'ai regardé, j'ai vu des habits, et j'ai refermé... (...) C'était le sac, j'étais attiré vers le sac et... »

Monsieur Kaluta, 23 ans, hospitalisé depuis 1 an

Dans son récit effréné, partiellement compréhensible pour l'interlocuteur, ce « sac rouge » énigmatique constitue le point de départ d'un dérapage incontrôlé – mais guidé par une délibération angoissée avec Dieu dont il entend la voix – vers le meurtre de son cousin. Si Monsieur Kaluta se reconnaît partiellement comme irresponsable, c'est parce que la décision lui permet d'expliquer ce sentiment de ne pas avoir réussi à maîtriser ses actes, néanmoins, il refuse un diagnostic qui l'obligerait à révoquer une partie de son identité et à réécrire son récit de soi.

Monsieur Corbot est lui aussi assez ambivalent quant à son rapport au diagnostic. Il semble l'avoir pour partie accepté (« je suis schizophrène certes,

paranoïde, paranoïaque, certes, mais pas mégalomane... ») mais l'article à un récit qu'il ne parvient pas vraiment à rendre intelligible pour les autres, et dans lequel il explique son geste (un matricide) par un manque d'amour qui serait la preuve qu'il aurait été abandonné par ses vrais parents et enlevé par des parents adoptifs violents. S'il accepte le diagnostic, il a donc le sentiment de rester incompris, comme en témoigne le compte-rendu qu'il fait de l'audience devant la chambre de l'instruction :

« Pendant... bah j'ai répondu aux questions qu'on me posait, j'ai essayé de me défendre, j'ai pas lâché un iota de ce que je pensais sur plein de choses... Notamment sur les délires de filiation, ce qu'ils appellent un délire de filiation moi je sais très bien que c'est la vérité, donc voilà, c'est tout... »

Monsieur Corbot, 35 ans, hospitalisé depuis 3 ans

Le discours de ces personnes témoigne d'une certaine confusion quant à la signification du diagnostic de schizophrénie qui renvoie plus, selon elles, à la capacité de se maîtriser qu'à une perte de contact avec la réalité. Un regard psychiatrique estimerait qu'elles n'ont pas d'« insight » par rapport à l'altération apparente de leur processus sensoriel (« hallucinations » de Monsieur Kaluta) ou du fonctionnement de leur pensée (« délire » de Monsieur Corbot). Elles ont dès lors un point de vue ambivalent sur le discours que porte sur elles la psychiatrie.

Parfois, on perçoit chez la personne interrogée une délibération interne sur le fait d'adhérer ou non à l'idée d'une pathologie. Ainsi, lorsqu'il parle de ses interactions avec les experts, Monsieur Sarfaoui reste très ambigu :

« Oui c'est assez y'avait rien à dire. J'ai expliqué les faits et c'est tout. Je lui ai dit que je faisais partie des services secrets. Lui il a compris, il communiquait aussi avec les services secrets... (...) L'expert il a compris que j'étais fou. J'ai dit la vérité. Que j'avais faim, que je voulais rentrer dans le service. (...) En fait je me suis fait passer pour fou ».

Monsieur Safroui, 31 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

Monsieur Safroui se présente, dans le même geste, comme « fou » et comme un simulateur. Plus loin, il avoue qu'il « ne croi(t) pas trop » à la « schizophrénie paranoïde », mais qu'il pense tout de même souffrir de « TAC et de TOC », qu'il décrit comme « la maladie de la sécurité sociale » et qui se manifeste par une impression de « flottement ». Ces hésitations et ces revirements, ainsi que l'air malicieux qu'il prend pour les exprimer, laissent deviner que se joue dans son esprit un débat encore non tranché, comme s'il prêtait attention au discours psychiatrique sans toutefois renoncer à son propre récit.

Peut-être cette délibération intérieure est-elle liée à une certaine méfiance à l'égard des experts, des psychiatres – et ici des enquêteurs. Le regard rétrospectif que porte Monsieur Oliveira sur ses interactions avec les experts peut nous aider à comprendre comment cette délibération peut trouver une résolution :

« Et y'en a une où en fait au début, c'était le docteur B., il m'avait mis juste altération en fait... (...) À ce moment-là, j'entendais encore des voix, et (...) les voix m'avaient dit de pas

en parler de pourquoi j'avais fait le truc-là... Donc ça fait que je lui ai menti, je lui ai dit ouais, j'ai inventé une histoire, je lui ai raconté, et en fait après j'en ai parlé à mon avocat, mon avocat, il m'a dit, ouais, ce serait bien que vous repassiez l'expertise, et que vous disiez la vérité, il a dit, comme ça si vous êtes déclaré aussi irresponsable, ça passera les deux trucs sur la même irresponsabilité, sur la même hospitalisation... Donc après je leur ai raconté bien comment ça s'était passé, et du coup ils m'ont déclaré irresponsable »

Monsieur Oliveira, 22 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Grâce à la confiance qu'il a accordée à son avocat, Monsieur Oliveira semble avoir accepté de raconter sa vérité aux experts, et a pu ainsi engager un dialogue entre sa vérité et celle des psychiatres, qui l'a amené à changer progressivement de version. Par contraste, ces hommes semblent encore hésiter entre deux versions : ils n'acceptent pas le discours de la psychiatrie mais n'expriment pas non plus à son égard d'aversion irrévocable.

La déclaration d'irresponsabilité a pour effet de valider officiellement un discours psychiatrique, en vertu duquel les infractions ont été commises en raison d'un trouble mental qui a aboli le discernement et le contrôle des actes. Pour certains, ce discours sert rapidement de support de subjectivation : il est réintégré dans le récit autobiographique, recompose l'identité personnelle et amène à une réflexion sur l'étrangeté de la folie. Pour d'autres, il apparaît au contraire comme une volonté d'assujettissement intolérable, repose sur un mensonge et met en danger l'identité personnelle. Entre ces deux lectures, plusieurs personnes semblent hésiter, peut-être temporairement pour celles qui viennent tout juste d'être hospitalisées, plus durablement pour les autres. De cette rencontre plus ou moins conflictuelle avec le discours psychiatrique découlent des expériences très différentes de l'hospitalisation.

II. Être hospitalisé : protection ou enfermement inique ?

Une grande part des débats autour du principe d'irresponsabilité concerne les avantages et les inconvénients de l'hospitalisation en psychiatrie qui suit la décision d'irresponsabilité. Si l'hospitalisation est perçue par certains psychiatres comme une protection bienfaisante, d'autres psychiatres y voient au contraire un enfermement illégitime (voir chapitre 2). L'hospitalisation aurait pour effet d'infantiliser les individus en les plaçant sous la tutelle du soin psychiatrique. Elle priverait par ailleurs ces personnes d'une confrontation avec les normes sociales et les empêcherait d'éprouver un sentiment de culpabilité jugé édifiant. Elle amènerait enfin certains à exagérer de façon stratégique voire manipulatrice leurs troubles pour échapper à la peine de prison et profiter du « confort » de l'hôpital.

Dans les entretiens réalisés, une différence se dessine entre les individus qui souscrivent au discours psychiatrique et s'en remettent dès lors à une relation de soin aidante et, d'autre part, ceux qui contestent la véracité de ce discours et ne

parviennent pas à donner un sens thérapeutique à leur séjour hospitalier. Mais si le séjour en psychiatrie peut être plutôt bien ou plutôt mal vécu, les personnes rencontrées portent toutes un regard ambivalent sur leur hospitalisation : elle reste pour tous une expérience éprouvante.

1. Accepter ou supporter l'hospitalisation

En toute logique, les personnes qui adhèrent à l'idée de souffrir – ou d'avoir souffert – de graves troubles psychiatriques acceptent l'idée d'un séjour à l'hôpital et s'en remettent aux soins proposés par les équipes psychiatriques :

« Vous avez donc été contraint à des soins psychiatriques pour une durée indéterminée et non pas à une peine de prison. Qu'en pensez-vous ?

- Je pense que c'est logique à partir du moment que c'est une maladie. Une maladie il faut la soigner. La prison n'est pas thérapeutique. Et c'est vrai, est-ce qu'un jour je ne serais plus sous SDRE (*soins à la demande d'un représentant de l'Etat i.e. sans consentement*), c'est possible, pas pour le moment me dit le docteur P. Je le souhaite un jour, passer à autre chose. Enfin faudra que je prenne mon traitement à vie mais je ne sais pas. »

Monsieur Danel, 32 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Dans cet extrait, Monsieur Danel témoigne de la confiance qu'il accorde à son psychiatre, le docteur P., auquel il laisse le soin d'arbitrer sur son sort (la levée de l'hospitalisation sous contrainte) au moment qu'il jugera opportun. Pour Madame Roux, il en va d'une protection contre l'hostilité de la société. Coupable d'un infanticide, elle se sent pour l'instant incapable de vivre à l'extérieur, d'affronter « le regard des autres » et de perdre « les bonnes relations » qu'elle entretient avec les médecins et les infirmiers. Submergée par la culpabilité, au point de ne jamais pouvoir évoquer les faits qui l'ont amenée à être hospitalisée, elle juge sa vie « complètement gâchée ». Néanmoins, elle trouve entre les murs de l'Unité pour Malades Difficiles un « cadre bienveillant », où se dessine pour elle une fragile possibilité de « se reconstruire ». Madame Roux semble au fond remettre sa vie entre les mains de l'équipe psychiatrique. Sans cette hospitalisation, elle aurait sans doute envisagé, comme Monsieur Verdoux, de mettre fin à ses jours :

« En prison, vous pensez que vous auriez pu être soigné ?

- Je sais pas... Je sais pas comment ça se passe là-bas ? J'aurais sûrement réussi à remettre les pieds sur terre, ouais. A part si je m'étais suicidé parce que... au début j'ai tout tenté pour me suicider quand même... je me mettais debout et je me faisais tomber, je me frappais la tête contre la barre... Ca m'a pas tué... J'avais ma plaie, y'avait des points de suture, j'ai tout arraché avec les dents, et je saignais comme ça, à côté du lit pour mourir... j'étais dans un état... j'avais vraiment envie de mourir, quoi, j'étais déterminé... Je voulais un rasoir pour me couper les veines... En prison, y'a la possibilité d'avoir un rasoir... »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

Loin d'évacuer la culpabilité, l'hospitalisation semble la rendre plus supportable pour ces personnes qui souffrent terriblement des crimes qu'elles

ont commis. D'ailleurs, certaines voient dans l'enfermement auquel elles sont soumises la possibilité de purger cette culpabilité. Ainsi, Monsieur Comte, hospitalisé après le meurtre de sa compagne, se souvient de son mutisme lors des premières années d'hospitalisation. Être aidé lui semblait alors insupportable, il aurait voulu « qu'on (le) laisse mourir dans un coin » :

« J'étais fou de douleur. (...) J'ai décidé de payer cela par les années d'enfermement, les médicaments, les brimades de certains soignants. »

Monsieur Comte, 67 ans, hospitalisé depuis 30 ans

S'il garde un vif sentiment de culpabilité, il a désormais accepté de se confier aux soignants et semble s'être consciencieusement plongé dans un travail thérapeutique. C'est d'ailleurs ce travail sur soi qui justifie alors l'hospitalisation :

« Euh... bon, j'ai fait de la détention, donc je sais ce que c'est. Moi, personnellement, pour ma réinsertion, je trouve que j'ai plus avancé... ça fait deux ans et demi que je suis en hôpital, je trouve que j'ai plus avancé en deux ans et demi à l'hôpital que trois ans en détention. Je pense que je vais plus avancer à l'hôpital. Je pense que la détention, même s'il y a quand même des soins et tout ça, je pense que ça ne m'aurait pas aidé sur le long terme. Puisque du jour au lendemain je me serais retrouvé dehors enfin voilà, ça n'aurait pas été la meilleure solution pour moi. »

Monsieur Ferdinand, 21 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Comme Monsieur Ferdinand, ces patients « préfèrent » l'hospitalisation à l'incarcération, parce qu'ils peuvent y engager un travail sur eux-mêmes. Cela ne signifie pas qu'elle est nécessairement facile à vivre :

« Bah non, je préfère être jugé irresponsable... Enfin dans tous les cas, c'est la galère. Dans tous les cas, je vais rester longtemps à l'hôpital et... déjà ici, et puis après je vais rester des années dans les unités d'entrée. Et voilà, mais bon... »

Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

Outre la douleur des souvenirs et l'ennui que produit l'hospitalisation (Monsieur Verdoux regrette l'importance des temps de repos, la sieste imposée entre 12h et 14h, l'heure avancée du coucher à 20h), la difficulté tient aux incertitudes concernant la durée de l'hospitalisation. Ainsi, Monsieur Danel se souvient de ses craintes lorsqu'il se trouvait en détention provisoire :

« Et puis, pendant un moment, je me disais la prison j'y suis, je sais comment ça marche. Je n'y suis pas si mal. Pendant un moment j'ai eu peur d'aller à l'hôpital. Je ne connaissais pas, j'avais peur du comportement que pouvaient avoir les autres, j'avais peur qu'on me donne des médicaments en trop. Des choses dont je n'avais pas forcément besoin...oui, je ne sais pas comment dire. A un moment, y a une période où je n'ai pas souhaité être irresponsabilisé. C'est à dire après tout... je craignais l'hôpital, voilà. Mais bon après quand je suis arrivé à l'hôpital, assez rapidement... je suis sorti du secteur fermé après deux mois et demi, encore trois-quatre semaines après, j'ai eu ma première permission. (...)

- Vous n'auriez pas préféré être responsabilisé et purger une peine ?

- Enfin, quand on sort, on peut toujours avoir un suivi socio-judiciaire ou quelque chose comme ça. Mais c'est ce que je me disais à un moment, oui je fais mon temps de prison et après je rentre chez moi et je suis tranquille. Mais bon, c'est p'têtre plus adapté ce qui a été décidé. »

Monsieur Danel, 32 ans, hospitalisé depuis 2 ans

La méfiance de Monsieur Danel s'est rapidement effacée à son arrivée à l'hôpital, tout particulièrement à partir du moment où il a vu se dessiner un chemin vers la liberté. Comme Monsieur Danel, les enquêtés qui adhèrent aux soins nourrissent l'espoir d'une sortie à moyenne échéance. Ceux qui ont stabilisé leur traitement psychotrope et ont le sentiment de ne plus présenter aucun symptôme de la « schizophrénie » diagnostiquée, réfléchissent à la place que va désormais occuper la psychiatrie dans leur vie. Monsieur Verdoux explique qu'il accepte l'idée qu'il va « devoir prendre des médicaments toute sa vie », et comprend « qu'on puisse (le) juger dangereux ». Il se prépare ainsi à vivre toute sa vie à proximité de la psychiatrie, dans un modèle de « coopération intégrée » (Velpry, 2008). À l'inverse, certains espèrent ne pas continuer à dépendre de la psychiatrie une fois sortis et être plutôt dans une forme de « coopération distanciée » (idem), à l'instar de Monsieur Oliveira, qui pense pouvoir désormais se passer d'un traitement qui « l'assomme » :

« Là maintenant, je suis au clair avec ça (la pathologie)... C'est pour ça, j'ai déjà dit à des psychiatres, j'ai déjà dit, maintenant on va arrêter les traitements, je sais que je vais pas refaire de connerie... (...) C'est là que je suis pas d'accord avec eux, c'est qu'ils disent que s'ils arrêtent les traitements, ça va tout de suite reflamber, je vais pas me contrôler...

- Vous allez recroire ?

- C'est là que je suis pas d'accord avec les médecins... (...) Ils se basent sur des trucs d'avant... des autres personnes... mais on peut pas négliger que un patient il peut avoir une pathologie... mais qu'il ait pas les mêmes réactions que tous les autres avant quoi...

- Et puis il peut se rendre compte...

- Enfin, on n'est pas des robots, on n'est pas... on fonctionne pas sur le même mode de pensée et tout ça quoi... »

Monsieur Oliveira, 22 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Critiquant le lourd traitement antipsychotique qu'il doit subir, Monsieur Oliveira entend négocier les termes de son suivi psychiatrique, comme d'ailleurs les termes de son suivi judiciaire : il conteste l'interdiction de permis de conduire de 20 ans qui a été prononcée à son encontre. Néanmoins, il pose aux enquêteurs des questions sur l'aggravation des symptômes en cas de rupture de traitement, qui laisse supposer qu'il tente de peser les risques et avantages de ce dernier. Cet extrait montre que même pour les patients les plus consentants, l'hospitalisation et les soins psychiatriques bouleversent la trajectoire de vie et suscitent des questionnements nombreux sur l'avenir. Monsieur Oliveira semble vouloir se convaincre qu'il va pouvoir retrouver sa vie d'avant, mais ses doutes témoignent du fait qu'il est peut-être en train d'accepter la bifurcation importante de la « trajectoire » (Strauss, 1992) qu'induit l'identification à une pathologie chronique comme la schizophrénie. Ces questionnements ne cessent pas avec la levée de l'hospitalisation : ainsi Monsieur Lapierre, sorti de l'hôpital depuis deux ans après un long séjour, témoigne de difficultés importantes de réinsertion : c'est grâce aux structures de prise en charge ambulatoire (appartement thérapeutique, centre médico-psychologique) qu'il a pu retrouver ses marques

dans la société. La psychiatrie continue dès lors d'être un soutien indispensable pour lui, en particulier dans sa dimension psychothérapeutique⁷⁴.

Si l'hospitalisation est donc acceptée par ces enquêtés, c'est parce qu'elle est vécue comme une étape nécessaire de leur « trajectoire » de patient. Elle leur fournit asile, protection, soutien, accompagnement. Ils y expérimentent leur nouveau statut de patient, y trouvent des explications aux troubles qui les affectent, négocient l'ajustement de leur traitement, engagent une transformation importante de leur rapport à soi, découvrent la chronicité et préparent leur retour dans la société. C'est donc une étape dans laquelle ils sont pleinement engagés, participant activement à « l'arc de travail » qui se constitue autour d'eux « c'est-à-dire l'ensemble du travail (réalisé) pour maîtriser le cours de la maladie et remettre le patient dans une forme suffisamment bonne pour que celui-ci puisse rentrer chez lui. » (Strauss, 1992, p. 176)

Pour les personnes qui refusent le diagnostic proposé par la psychiatrie, cet « arc de travail » n'a pas lieu d'être et constitue un carcan insupportable : l'hospitalisation est purement et simplement une privation de liberté.

2. Refuser ou se résigner à l'hospitalisation

Les enquêtés qui s'attachent à un récit de soi incompatible avec le discours psychiatrique s'indignent pour décrire leur hospitalisation : Madame Arborel se sent condamnée à « perpétuité », Monsieur Zainoun vit « un calvaire » et compare l'hospitalisation à une « torture ». Si l'hospitalisation est invivable, c'est d'abord qu'elle s'enracine dans un mensonge : celui de la maladie, que ces personnes n'admettent pas, comme nous l'avons vu plus haut.

Plusieurs personnes estiment en outre que l'hospitalisation les a privés d'un véritable procès, qui aurait pu valider leur version des faits. Lors de l'entretien avec Monsieur Brunet, plus de dix ans après son second meurtre, il explique qu'il aurait souhaité être responsabilisé pour pouvoir bénéficier d'une instruction judiciaire plus approfondie, au cours de laquelle le complot tramé contre lui aurait pu être révélé au grand jour. Désormais il craint que la preuve de son empoisonnement demeure à jamais introuvable (« ils m'ont pas fait d'analyse toxicologique, alors qu'ils auraient vu dans les cheveux »). Il tente d'ailleurs d'écrire un livre pour raconter son histoire, que son hospitalisation a selon lui permis « d'étouffer ». Madame Arborel pense elle aussi qu'avec un procès, « l'affaire aurait été close », parce que le harcèlement dont elle était victime aurait été dévoilé. Leurs revendications, que la psychiatrie décrirait comme le

⁷⁴ Monsieur Lapierre jette lui aussi un regard perplexe sur le traitement. S'il a le sentiment d'en avoir besoin, il se demande s'il ne s'agit pas d'une solution par défaut : « Je me demande si c'est pas parce qu'ils ont pas de solution concrète pour faire sortir le délire, donc du coup, ils sont là, les soignants, ils donnent les médicaments en disant 'ça va passer, ça va passer'. »

symptôme d'une certaine « quérulence »⁷⁵, visent à rétablir leur vérité, dérobée par la justice et la psychiatrie.

L'hospitalisation est en outre suspectée de participer à la production des symptômes qu'elle prétend soigner. Monsieur Brunet dresse un réquisitoire contre le traitement qu'il est contraint d'absorber :

« C'est vraiment une honte tout ce que j'ai vu, tout ce que j'ai vécu ! Ils respectent pas les gens. Déjà forcer les gens à prendre des toxiques... des médicaments, sans leur consentement, c'est contre les droits de l'homme ça... (...) C'est des poisons ces neuroleptiques, ils nous forcent à prendre des poisons ! C'est incroyable ! (...) On est en France... (...) Mais je vous dis, un hôpital si on pouvait discuter... (...) C'est une souffrance, c'est terrible ces trucs-là, ça vous bousille le corps, c'est terrible ces trucs-là... Moi si j'étais pas forcé, j'en prendrais pas. Mais à l'avenir, même si je sors, quand je vais sortir, je serai obligé de faire la piqûre... C'est lourd comme mesure... c'est lourd ! (...)

- Ce serait quoi des vrais soins ?

- Bah de l'amour, de la compassion, de l'attention, mais faut pas droguer les gens encore. Pas en rajouter une couche ! On donne les médicaments pour les gens qui sont violents pour les calmer, quand c'est vraiment trop important. Mais donner systématiquement des neuroleptiques, c'est mauvais c'est pas bon, c'est pas des soins, ça détruit le corps, ça soigne pas, on peut pas dire que ça soigne, c'est pas vrai. Les vrais soins c'est discuter. C'est avoir une vie saine. Avoir un bon entourage, du soutien, des gens attentifs, voilà, de l'amour... L'amour c'est important... en psychiatrie, vous avez pas beaucoup d'amour... »

Monsieur Brunet, 45 ans, hospitalisé depuis 9 ans

Malgré ce discours très critique, Monsieur Brunet reconnaît que son médecin actuel est bienveillant à son égard. L'idée que les antipsychotiques produisent des troubles, plus qu'ils ne contribuent à les apaiser, est répandue parmi ces enquêtés :

« Et c'est quoi qui vous a fait sombrer dans quelque chose de très fou comme vous dites ?

- Bah j'en sais rien... on vous donne un traitement, un traitement fort... on vous donne un Tercian 100 dans le cerveau... alors pendant 15 jours vous dormez ! On m'en donnait 5 par jour ! Donc y'a pas que ça... j'ai eu des délires...

- Vous pensez que ça a accentué ?

- Limite ça provoque de la folie de prendre des médicaments, de rester dans des milieux comme ça... »

Monsieur Zainoun, 45 ans, hospitalisé depuis 7 ans

Au-delà des traitements, c'est la violence de l'hospitalisation qui est dénoncée :

« Donc moi si je fais une peine, après on me remet encore en psychiatrie alors que ça fait 23 ans que je suis en psychiatrie pour rien... En 1992 j'avais tué personne moi en 92. On m'a hospitalisé, on m'a torturé... Voilà hein ! (...) C'est du racisme ou je sais pas... Parce que moi je suis quelqu'un de bonne famille... Comme je t'ai dit, j'ai connu la psychiatrie en 92, et y'avait aucune raison que je connaisse la psychiatrie. J'ai vu le docteur le weekend, le weekend il avait le droit de me libérer, il me laissait tranquille, je me suis fait

⁷⁵ La quérulence est une tendance pathologique à se plaindre d'injustices et à multiplier les actions pour redresser un dommage dont on est (ou dont on se croit) victime. Elle est mentionnée dans la classification internationale des maladies dans les « autres troubles délirants persistants ».

taper (...). La première fois que j'ai été hospitalisé, pendant deux mois, j'ai pratiquement rien mangé, j'avais plus que les os sur la peau... Donc moi je suis ici... je suis pas bien... je suis pas bien vu... beaucoup d'agressions verbales, je réponds pas, je fais rien du tout... »
Monsieur Zainoun, 45 ans, hospitalisé depuis 7 ans

L'hospitalisation est vécue comme un événement traumatisant – sans qu'il soit parfois possible de faire la part entre la violence ressentie et la maltraitance effectivement subie⁷⁶. Les UMD sont particulièrement dénoncées :

« En UMD, j'y ai été 14 mois. Et là ils ont failli me tuer ces cons. C'est pour ça que la psychiatrie, je peux plus en entendre parler... C'était en 2002. Je me suis énervé, je les ai engueulés, l'équipe, le médecin, ils m'ont sauté dessus, ils m'ont attaché... »
Monsieur Brunet, 45 ans, hospitalisé depuis 9 ans

« Alors j'avais fait deux fois l'UMD à Sarreguemines. Et je me demande si ça a pas été pathogène et criminogène à cause... parce que la violence avec mes parents allait crescendo. Donc je me demande si ça a pas été ces séjours en UMD qui ont été iatrogènes ! »
Monsieur Corbot, 35 ans, hospitalisé depuis 3 ans

Face à cet enfermement insupportable, la prison pourrait paradoxalement apparaître comme un espace où la liberté des personnes serait moins contrôlée : le système de « cantine » permettrait une gestion plus large des effets personnels, les régimes de circulation permettraient une liberté de mouvement plus importante, les durées d'incarcération étant déterminées, l'institution n'incarnerait pas un pouvoir absolu sur les personnes :

- Vous pensiez que vous auriez été mieux en prison ?
- Je préfère la prison moi.
- Pourquoi ?
- Je ne supporte pas l'UMD. C'est pire que la prison.
- Qu'est ce qui est pire ?
- Tout qui est pas bien.... On va en promenade, on fume, on fait ce qu'on veut ; là en UMD, c'est pas pareil. (...) Toute la journée vous êtes surveillé, on peut rien faire entre. Vous êtes là entre quatre murs, on vous enferme dans la chambre toute la journée, on vous pique, on vous attache... »
Monsieur Zetkin, 40 ans, hospitalisé depuis 2 ans

Néanmoins, beaucoup ont un discours moins tranché sur la prison. Une certaine ambivalence apparaît ainsi dans le discours de Monsieur Zainoun, qui explique subir des violences insupportables à l'hôpital, mais redoute encore plus la prison :

« Alors du coup pourquoi vous préférez être à l'hôpital ?
- Parce qu'en prison on peut se battre... et moi j'ai pu de... si je me bats, je me casse la rotule, j'ai été opéré trois fois de la rotule... C'est fragile, j'ai plus de quadriceps, donc voilà... »
Monsieur Zainoun, 45 ans, hospitalisé depuis 7 ans

⁷⁶ Certains patients qui ont plutôt bien vécu leur hospitalisation racontent la perversité de certains infirmiers (ainsi Monsieur Lapierre raconte comme un infirmier « prenait plaisir à réveiller brusquement les patients » et à en forcer un qui détestait l'eau à prendre sa douche).

De même, si Monsieur Corbot critique cette hospitalisation qui l'infantilise, il considère tout de même que sa place est bien ici :

« Par rapport à ce que j'ai fait, je dirais (que ma place) est plutôt ici, parce qu'en prison ça deviendrait pire que ça n'a été... [...] j'aurais été agressé davantage... »
Monsieur Corbot, 35 ans, hospitalisé depuis 3 ans

Même ambivalence pour Monsieur Safraoui, qui ne supporte pas d'être enfermé sans perspective de sortie de l'hôpital (« ça m'angoisse, et je me soigne au Zyprexa »), mais qui redoute de devoir un jour aller en prison (il dit avoir « 8 mois de sursis » sur une autre affaire), dont il a une image sinistre :

« La prison, je me dis, c'est couteau entre les homoplates ».
Monsieur Safraoui, 31 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

Cette ambivalence témoigne d'un certain désarroi : ces personnes ne parviennent finalement pas à donner de sens à l'hospitalisation à laquelle elles sont soumises, mais constatent néanmoins leur vulnérabilité. Si elles refusent d'adhérer aux soins dispensés, elles semblent se résigner à subir l'enfermement psychiatrique, somme toute moins effrayant que la prison.

3. Hospitalisation et liens sociaux

Si l'hospitalisation constitue une rupture dans les parcours des personnes interrogées, c'est parce qu'elle a également pour effet de rompre leur vie sociale et familiale. Mais tous les enquêtés ne semblent pas égaux à cet égard. Les contacts familiaux et parfois amicaux semblent plus fréquents pour celles et ceux qui adhèrent aux soins. Ainsi, Monsieur Verdoux reçoit régulièrement la visite de ses sœurs :

« J'ai des bonnes relations avec elles, elles sont venues me voir assez vite... et elles m'ont vraiment redonné le moral, elles m'ont dit qu'elles étaient là, 'c'est grave ce que t'as fait, mais on est toujours là et on restera là pour toi'.
- Ça, ça vous aide pour vous projeter pour un après ?
- Ouais... j'ai envie de revoir ma nièce et mon neveu aussi... Ca fait longtemps que je les ai pas vus... »
Monsieur Verdoux, 20 ans, hospitalisé depuis moins d'un an

De même, les familles de Monsieur Lapierre et Monsieur Danel ont continué tout au long de leur hospitalisation à leur rendre visite et à les soutenir, même si l'ombre des actes commis continue à planer sur ces relations :

« Des fois je me demande si... là maintenant je revois ma famille, je fais des repas avec eux des fois, et j'ose jamais en parler du sujet, personne n'en parle... Personne n'en parle... Ca m'est déjà arrivé d'en parler avec ma sœur ou... ma mère très rapidement dans un contexte, en étant à deux... mais des fois dans des repas de famille, j'aimerais bien un peu casser le tabou ou... essayer de m'excuser mais... Moi je pense la meilleure façon c'est peut-être de les remercier d'avoir été présents... Et j'ai du mal à en parler avec eux... »
Monsieur Lapierre, 28 ans, sorti après une hospitalisation de 9 ans

Ces trois personnes partagent des caractéristiques communes, qui peut-être expliquent les bonnes relations maintenues avec leur cercle proche : c'est leur première hospitalisation, ils répondent bien au traitement, ne présentent plus de symptôme de la pathologie schizophrénique. Ils proviennent par ailleurs tous les trois de milieux sociaux plutôt aisés⁷⁷, proches de celles des médecins qui les prennent en charge, ce qui a peut-être une influence positive sur la confiance et l'adhésion aux soins.

Pour ces personnes qui adhèrent aux soins, l'hôpital est, on l'a vu, perçu comme un espace de transition vers un avenir possible où ils espèrent « réussir à retravailler », « rencontrer quelqu'un », « construire une famille »... Certains trouvent cependant dans les services psychiatriques une famille de substitution, comme Monsieur Comte, qui a désormais peur de quitter cet espace sécurisant dans lequel il a ses habitudes et d'excellentes relations avec les soignant.e.s :

« Ça vous fait peur de vivre seul ?

- Ça me fait peur de vivre seul dehors ! J'ai tout oublié, une machine à café, je sais plus comment ça fonctionne, il faut que je demande... J'ai tout oublié ! Avant je payais mes achats en bons d'achats. Avec... je donnais un bon d'achat, maintenant non, il faut que je me réhabitue à compter la monnaie...

- On vous accompagne à réapprendre tout ça ?

- Non, seul... sur les conseils de... du personnel, de tout le monde... Il faut que j'apprenne tout doucement...

Monsieur Comte, 67 ans, hospitalisé depuis 30 ans

Il semble que l'hospitalisation soit vécue sur un mode apaisé, lorsque sont aussi apaisés les liens avec la famille – ou que l'hôpital tient lieu de famille de substitution. À l'inverse, les patients les plus en conflit avec l'hôpital sont souvent aussi en rupture avec leur milieu d'origine⁷⁸. Une importante solitude transparaît dans leurs récits. Ainsi Madame Arborel revient régulièrement sur l'inquiétude qu'elle éprouve pour son fils âgé d'environ vingt ans, qui ne lui donne plus de nouvelle. Elle s'accroche à l'espoir d'une sortie, qui lui permettrait de renouer le contact avec ce fils :

« Comment envisagez-vous votre avenir ?

- Acheter un appartement car j'ai de l'argent pour. Et être à côté d'une école d'Art pour faire de la sculpture. Mon fils rêve de partir à l'étranger, il aura des affaires, et ses affaires il faudrait qu'il les mette où ? Avoir un ancrage un enracinement. »

Madame Arborel, 62 ans, hospitalisée depuis 3 ans

Il est peu question de visites pour ces enquêtés, qui témoignent au contraire souvent de relations conflictuelles avec leur famille. Madame Arborel est brouillée avec sa mère et ses sœurs, Monsieur Corbot et Monsieur Blondel n'ont plus de contact avec leur père. D'autres n'en parlent tout simplement pas,

⁷⁷ On peut déduire cette appartenance sociale de plusieurs indices fournis dans les entretiens : leur prénom, les professions des parents, les loisirs et habitudes de vie qui témoignent d'un train de vie plutôt bourgeois.

⁷⁸ Cette hypothèse gagnerait à être vérifiée systématiquement à partir d'un échantillon plus large d'entretiens.

comme Monsieur Kaluta qui semble exclusivement préoccupé par sa volonté de comprendre son acte.

Il semblerait dès lors possible d'interpréter, comme le fait Monsieur Lapierre, certaines expériences mystiques comme une tentative de combler cette solitude et de recréer des liens affectifs :

« Moi ce patient que je connais qui s'en est pris sur sa mère, il... a beaucoup beaucoup culpabilisé lui... il a... je pense parce que lui n'a pas eu la visite de son père après... Il a jamais revu son père, il est décédé à c't'heure-ci... Et lui c'est grâce à la foi qu'il a réussi à trouver la paix, il a senti comme si on l'avait pardonné et du coup, c'est comme ça qu'il vit, il est très croyant, il... »

Monsieur Lapierre, 28 ans, sorti après une hospitalisation de 9 ans

Cette hypothèse, qui mériterait d'être explorée plus avant dans de nouveaux entretiens, pourrait éventuellement expliquer les manifestations supranaturelles dont parle par exemple Monsieur Brunet :

« Alors il s'est passé des phénomènes un peu bizarres... C'est à dire que j'avais l'impression qu'elle était en moi, quand elle est morte, qu'elle a explosé et qu'elle est venue en moi... Et elle était en moi, elle prenait tout l'espace de mon corps et elle revivait en moi, son corps, une partie de son âme était partie, mais elle était en moi. Et c'était très fort... Je me soignais... »

Monsieur Brunet, 45 ans, hospitalisé depuis 9 ans

« Ce qui m'a sauvé, ici, c'est Dieu ! J'ai retrouvé la foi ici ! Et je me rappelle encore l'endroit et quand j'ai retrouvé ça. Je cogitais... j'avais une tête... j'étais à bout de force... et d'un coup, Dieu m'a touché. Bah ça peut paraître incroyable, mais j'ai l'impression que mon cerveau, y'a un fil qui remettait tout en place. Et je me re-souviens de ce moment là, et là j'ai eu la preuve que Dieu était là. J'ai eu la preuve de sa présence et ça fait presque un an de ça, et depuis j'entends dans ma tête, presque en permanence, des vibrations, ça fait 'prrrr' hyper rapides, et c'est des ondes qu'il envoie, et je me recharge, je me soigne en fait. Mon seul médecin, c'est Jésus ! »

Monsieur Brunet, 45 ans, hospitalisé depuis 9 ans

L'expérience de l'hospitalisation et son appréciation dépendent donc fortement des liens qui parviennent ou non à se construire avec les équipes psychiatriques. Si « l'alliance thérapeutique » va de soi pour les patients qui adhèrent à l'idée qu'ils souffrent de troubles psychiques, elle est au contraire problématique pour les autres, qui ne parviennent pas à donner un sens à l'hospitalisation dont ils sont l'objet. Ces personnes témoignent d'une certaine détresse, d'une solitude redoublée par la rupture des liens familiaux.

Conclusion

Cette enquête sociologique donne pour la première fois la parole à des personnes hospitalisées après une déclaration d'irresponsabilité pénale. Elle présente incontestablement la limite de s'appuyer sur un faible nombre d'entretiens, limite qui tient, nous l'avons vu, à la difficulté d'interroger des

individus dont la prise en charge est éclatée en différents lieux (Unités pour Malades Difficiles, unités de soins intensifs en psychiatrie, services de soins « classiques » en milieu psychiatrique fermé, voire services ouverts ou ambulatoires). Il serait donc nécessaire à l'avenir d'élargir voire de systématiser le recueil de ces témoignages, d'autant plus importants qu'ils permettent d'appréhender directement l'opinion de ces personnes sur la mesure dont elles sont l'objet. Il serait par ailleurs intéressant d'inclure dans une telle enquête des personnes responsabilisées malgré la présence de troubles psychiatriques importants⁷⁹. Une plus grande visibilité sociale de ces expériences permettrait, outre une meilleure appréhension des besoins de ces personnes maintenues dans l'ombre, de dégonfler des représentations communes nourries par un traitement médiatique émotionnel des faits divers qui associent parfois trop rapidement « schizophrénie » et « dangerosité ».

Ces entretiens éclairent tout particulièrement la fonction que peut remplir le discours psychiatrique dans la biographie personnelle : certaines personnes, en se réappropriant ce discours, semblent accepter d'engager une construction d'elles-mêmes en interaction avec le monde psychiatrique et plus largement, avec autrui. Au contraire, le refus du diagnostic implique nécessairement, en milieu hospitalier, un isolement. Ces individus semblent se soustraire aux autres, ou du moins rester dans une situation difficilement communicable.

Ces entretiens témoignent cependant du fait que les arguments des experts les plus radicalement favorables à la responsabilité pénale n'ont que peu de sens pour les individus qui adhèrent aux soins : l'hospitalisation ne les empêche pas d'éprouver de la culpabilité – elle les protège en revanche souvent d'un passage à l'acte suicidaire ; l'hospitalisation ne les écarte pas de la société – elle leur permet au contraire de se reconstruire et de réparer les liens sociaux brisés par un acte tragique. Ces arguments ont peut-être plus de sens pour les personnes qui rejettent le discours que porte la psychiatrie sur leur histoire : certaines d'entre elles se sentent infantilisées, privées de parole, voire aliénées par l'enfermement psychiatrique. Néanmoins, très peu considèrent que la prison serait un environnement plus adapté à leur situation. C'est en réalité, au-delà du déni de justice que ressentent ces personnes, la solitude qui résulte de la difficulté à partager avec d'autres leur récit de soi qui paraît rendre si insupportable leur hospitalisation.

⁷⁹ Camille Lancelevée propose quelques portraits de personnes ainsi responsabilisées dans sa thèse (Lancelevée, 2016).

Chapitre 4 : Au cœur des rapports entre juges et experts. Les juges d'instruction et l'article 122-1 alinéa 1

Par Camille Lancelevée et Caroline Protais

Procédure exceptionnelle, l'irresponsabilité pénale concerne au maximum quelques affaires par an pour chaque juge d'instruction⁸⁰. Saisi par le procureur, le juge d'instruction est chargé d'instruire les enquêtes judiciaires au terme desquelles il rend, si les charges sont suffisantes⁸¹, une ordonnance de renvoi devant les juridictions pénales (tribunal correctionnel ou cour d'Assises). En revanche, si l'irresponsabilité de la personne poursuivie est mise en évidence par une expertise psychiatrique, le juge d'instruction peut, au titre de l'article 122.1 alinéa 1 du code pénal, prononcer une déclaration d'irresponsabilité pénale. Dans ce chapitre nous nous intéressons au regard porté par ces magistrats sur l'irresponsabilité pénale, mais également à la façon dont les expertises viennent s'inscrire dans les processus décisionnels de la justice. Le présent chapitre vise à analyser la participation et/ou la résistance des magistrats au mouvement contemporain de « responsabilisation » des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.

Les juges d'instruction ne sont évidemment pas les seuls magistrats concernés par la question de la responsabilité pénale, qui peut se poser en divers endroits de la chaîne pénale (voir encadré 2 de l'introduction). En nous centrant sur le travail du juge d'instruction à partir de 23 entretiens semi-directifs et de près de 50 décisions de jurisprudence impliquant les alinéa 1 (abolition du discernement ou du contrôle des actes) et 2 (altération du discernement ou du contrôle des actes) de l'article 122-1, nous avons choisi d'analyser le raisonnement qui conduit ces magistrats à conclure ou non à une ordonnance d'irresponsabilité. Comment les représentations des juges pèsent-elles dans la

⁸⁰ Il y avait 577 juges d'instruction en 2010 selon l'annuaire de la justice. Le nombre de cas de déclaration d'irresponsabilité a diminué depuis les années 1980 (voir Sénat, 2010, p. 30 pour un tableau précis des statistiques judiciaires) : en 1989, on compte 611 déclarations d'irresponsabilité (représentant 0,8% des mises en examen), contre 196 en 2006 (0,4%) avec un creux à la fin des années 1990 (en 1997, il y avait 190 déclarations d'irresponsabilité, 0,3% des mises en examen). La tendance longue est donc à la baisse, avec une légère augmentation temporaire entre 1998 et 2002. Selon l'annuaire de la justice, 140 personnes ont été déclarées irresponsables en 2010.

⁸¹ Si les charges sont au contraire insuffisantes, le juge d'instruction rend une « ordonnance de non-lieu ». Avant 2008, l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental donnait également lieu à une « ordonnance de non-lieu ». La formulation, correcte sur le plan juridique, mais qui pouvait laisser entendre aux oreilles profanes que l'acte n'avait pas eu lieu, a été modifiée par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale.

décision judiciaire face aux auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux ? Comment caractériser ces représentations ? Sont-elles influencées par celles des experts psychiatres ?

Les relations entre juges et experts ont suscité un regain d'intérêt sociologique ces dernières années, avec des travaux qui s'intéressent à la place des acteurs technico-scientifiques dans la construction du jugement (voir par exemple Chauvaud, Dumoulin *et al.*, 2003 ; Péliasse *et al.*, 2012). Loin de souscrire à un univoque « pouvoir des experts », ces travaux analysent la façon dont ces savoirs experts « remettent en question le monopole du droit dans la construction du juste » (Dumoulin, 2000) et constituent un ensemble de ressources et de contraintes pour les magistrats. La place plus spécifique des experts psychiatres a elle aussi fait l'objet de travaux empiriques (Renard, Sicot, Saetta, 2009 ; Bensa, Fernandez, Lézé, Leroy, 2010), qui constatent que les magistrats utilisent les rapports d'expertise comme un réservoir d'arguments qui leur permettent de construire une « vérité judiciaire » (Saetta, 2011) fondée sur une « construction morale » du justiciable (Fernandez, Lézé, Strauss, 2011). Au-delà du chemin parcouru par l'expertise dans la chaîne pénale et l'usage qui en est fait par le magistrat, ce chapitre ouvre également un questionnement sur la co-construction de représentations entre juges et experts. La situation d'expertise est en elle-même « hybride » (Callon, Rip, 1992) : un technicien de la maladie mentale est amené à se prononcer sur une notion juridique et morale, celle du discernement. De cette situation naît-il un échange de représentations entre les deux arènes ?

L'expertise psychiatrique de responsabilité pénale est dans un premier temps présentée par les juges d'instruction rencontrés comme un objet technique qui nécessite des compétences spécifiques en psychiatrie et qui pose avant tout des problèmes d'organisation pratiques liés à la difficulté d'obtenir de « bonnes » expertises dans des temps raisonnables du fait d'une pénurie d'experts. Néanmoins, les juges d'instruction les plus longuement installés à leur poste connaissent et se préoccupent de l'orientation idéologique éventuelle des experts sollicités. Un détour rapide sur la jurisprudence laisse penser qu'en matière d'irresponsabilité pénale, les juges d'instruction pratiquent également l'« art de la pioche » (Dumoulin, 2007, p.113), c'est-à-dire puisent dans les expertises les informations qui confirment l'opinion qu'ils se sont faite de l'affaire.

Dans ce chapitre, nous montrerons que la neutralité affichée du juge en matière d'irresponsabilité pénale s'effrite, lorsque l'on observe la procédure judiciaire et la façon dont elle est utilisée : nous montrerons que les juges ne procèdent pas de la même manière face à des cas d'irresponsabilité, et notamment en matière criminelle et correctionnelle. Si cette différence de traitement est en partie due à l'organisation de la justice, les magistrats ont toutefois des marges de manœuvre qu'ils utilisent peu, en matière

correctionnelle notamment. Deux manières de faire se dessinent alors qui ont pour conséquence d'augmenter ou de diminuer la probabilité de voir prononcée une irresponsabilité pénale. Ces manières de faire s'ancrent dans deux lectures divergentes du rôle que la justice devrait jouer face à la psychiatrie, considérée par certains comme un univers clairement distinct dans lequel la justice n'a pas à intervenir, et par d'autres comme un domaine à contrôler au nom de la sécurité publique.

Encadré méthodologique

Ce chapitre s'appuie sur un corpus d'entretiens semi-directifs réalisés par Caroline Protais en 2007-2008 (10 entretiens retranscrits par Caroline Protais) et en 2014-2015 (13 entretiens retranscrits par Camille Lancelevée). S'il est difficile d'évaluer la représentativité de l'échantillon constitué, les difficultés rencontrées dans le recrutement des enquêtés nous donnent cependant quelques indications à ce sujet. La majorité des magistrats qui nous ont répondu d'eux-mêmes, après la seconde relance avait un point de vue favorable ou neutre à l'égard de ce principe. À l'inverse, l'ensemble des magistrats ayant un point de vue défavorable à ce principe a été rencontré soit après de nombreuses relances téléphoniques, soit par réseau (un président de la chambre de l'instruction d'une cour d'appel ayant incité les autres juges d'instruction à répondre à l'enquête). À l'évidence, les magistrats favorables à ce principe sont beaucoup plus disposés à participer à cette enquête. Ce dernier élément est particulièrement important pour apprécier la validité de nos conclusions et nous amène à privilégier une analyse des positions les plus divergentes plutôt qu'à nous prononcer sur la représentativité statistique de ces positions au sein de la profession de juge d'instruction.

I. Déterminer l'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux : une question plus technique qu'idéologique ?

Les 23 magistrats rencontrés tiennent des propos assez similaires sur la façon de choisir les experts psychiatres dans le cadre de l'instruction. Les contraintes sont d'abord pratiques : il s'agit de trouver un expert qui pourra répondre aux exigences de la justice de manière satisfaisante. L'orientation idéologique de l'expert est donc présentée comme secondaire face à ces contraintes pratiques. Elle peut cependant avoir, pour certains magistrats expérimentés, une importance particulière au moment de la commission d'un expert.

1. Le bon expert, la bonne expertise : des contraintes pratiques

Garder les bons experts pour les affaires complexes

Au moment de commettre un expert psychiatre, les juges se trouvent face à une double contrainte paradoxale : la loi exige que soit réalisée une expertise

psychiatrique dans un nombre croissant de cas⁸², mais le nombre d'experts psychiatre tend à diminuer⁸³. Plusieurs magistrats soulignent ce paradoxe, qui tient selon eux notamment à la réduction du budget de la justice, aux retards de paiement des experts et au manque d'encadrement professionnel et de reconnaissance institutionnelle du travail d'expertise (Pélisse, Protais, Larchet et Charrier, 2012). Troisième contrainte, les magistrats disposent de peu d'informations précises sur la formation ou la spécialisation éventuelle des experts inscrits sur les listes des cours d'appel. En conséquence, il n'est pas facile de constituer un réseau d'experts sur lesquels le magistrat pourra s'appuyer : Geneviève Bleriot, arrivée depuis un an au tribunal d'une ville de taille moyenne n'a pour l'instant pas trouvé « de bons experts ». Malgré un changement de région, Lucas Petiot continue de solliciter les experts affiliés à la cour d'appel qu'il a quittée quelques mois plus tôt pour les affaires dans lesquelles il estime avoir besoin d'un « bon éclairage psychiatrique ». Selon Odile Ciarabelli, il faut quelques années avant de se recréer un réseau solide d'experts :

« Moi quand je suis arrivée, j'ai désigné les mêmes experts que mon prédécesseur. Moi j'étais pas juge d'instruction avant, en général, on arrive dans un cabinet où on récupère des dossiers, on regarde ce qu'a fait celui d'avant et, dans un certain nombre de cas, on continue à désigner les mêmes experts que son prédécesseur. Et puis après, au fil de la pratique ou de ce qu'on entend des collègues ou des gens qu'on peut rencontrer, on peut désigner une nouvelle personne qu'on apprécie, qu'on n'apprécie pas. Donc ça, c'est vraiment des désignations *intuitu personæ* en fonction de l'appréciation que personnellement on porte sur le travail d'un expert. »

Odile Ciarabelli, 40-50 ans, 8 ans d'expérience⁸⁴ (entretien 2008)

Le marché des experts psychiatres, opaque pour les magistrats, est abordé par tâtonnement par les juges d'instruction qui se constituent progressivement un réseau personnel d'experts qu'ils estiment fiables et compétents⁸⁵.

Dès lors, les juges d'instruction tentent de « garder les bons experts pour les affaires les plus complexes », comme l'explique Olivier Creil qui passe un certain

⁸² Le nombre d'experts inscrits sur les listes des cours d'appel, qui avoisinait les 800 en 2006 est en baisse constante, notamment du fait des départs à la retraite (voir rapport de la Haute Autorité de Santé, 2007).

⁸³ Depuis la loi du 17 juin 1998 qui crée le suivi socio-judiciaire, le nombre d'expertises obligatoires pour la justice n'a cessé d'augmenter avec l'extension progressive du public ciblé par le suivi socio-judiciaire (loi du 12 décembre 2005) : désormais, outre les expertises de responsabilité pénale (qui ne sont pas obligatoires et dépendent de l'appréciation souveraine des juges), les magistrats doivent systématiquement recourir à une expertise psychiatrique dans le cas où un suivi socio-judiciaire peut être prononcé (pour des faits aussi divers que des infractions sexuelles, homicides, actes de tortures et barbarie, enlèvements et séquestrations, destructions dangereuses pour les personnes, etc.). Les experts psychiatres doivent alors se prononcer sur la « dangerosité » des infracteurs et leur accessibilité aux mesures de soin.

⁸⁴ Les noms des magistrats ont été modifiés pour préserver l'anonymat des personnes qui ont accepté de répondre à nos questions. Nous indiquons systématiquement l'âge approximatif ainsi que le nombre d'années d'expérience en tant que juge d'instruction. Nous signalons les entretiens réalisés en 2008, c'est-à-dire avant la réforme de l'irresponsabilité pénale.

⁸⁵ La difficulté à se repérer dans le champ de l'expertise, ajoutée à la diminution du nombre d'experts, explique sans doute que certains juges renoncent parfois, notamment dans les procédures accélérées comme la comparution immédiate, à commettre un expert.

temps à « vendre ses bonnes affaires » aux experts compétents mais débordés qu'il aimerait solliciter. Les juges d'instruction distinguent de façon unanime deux cas de figure : des affaires dans lesquelles l'expertise est *obligatoire*, et les affaires dans lesquelles l'expertise est jugée *nécessaire*, ces deux cas de figure pouvant, éventuellement, se recouper :

« C'est vrai que ça dépend. Pour quelqu'un qui commet des braquages à répétition et qui, finalement, a l'air de commettre ces faits pour des motifs utilitaires et de désocialisation, qu'on comprend facilement, on n'attend pas énormément de l'expertise, simplement on la fait parce que c'est renvoyé devant la Cour d'Assise, donc, dans cas-là, il faut le faire⁸⁶. Maintenant, pour quelqu'un qui met le feu ou qui commet un crime de sang, c'est plus intéressant, on en attend plus, évidemment. »

Julie Manoukian, 40-50 ans, 12 ans d'expérience (entretien 2008)

Le genre d'expert commis sur une affaire va donc varier en fonction du « besoin psychiatrique » évalué par le magistrat : les experts de confiance sont réservés aux affaires qui posent la question de la responsabilité psychiatrique, tandis que des experts jugés moins compétents seront nommés dans les situations où la complexité psychiatrique paraît moindre :

Il y a (des) dossiers dans lesquels effectivement, il y a manifestement un problème. Donc là aussi, on choisit en fonction de la qualité de l'expert. Enfin, moi je (...) vais choisir des bons experts pour des cas difficiles. Et puis ceux qui... Les adeptes du copié-collé, on va les choisir pour des dossiers dans lesquels on sait manifestement que l'expertise n'a pas d'intérêt, pour le dossier judiciaire j'entends. Elle est obligatoire mais, au moins, on va vite.

Mathieu Haber, 40-50 ans, 10 ans d'expérience (entretien 2008)

De la même façon, Béatrice Dupuis distingue les « expertises pour la forme, pour la procédure » des « expertises sérieuses » ; Véronique Grangé distingue les experts « lambda » de ses trois experts « chouchous ». Cette distinction est présente dans tous les entretiens : le recours aux « bons experts » signale une interrogation du magistrat au sujet de la responsabilité pénale de la personne mise en examen. En d'autres termes, la commission d'un « bon expert » suggère déjà que la décision a plus de chance d'aller vers la reconnaissance d'une abolition ou d'une altération du discernement. À l'inverse, les magistrats attendent des experts « lambda » qu'ils ne soulèvent pas la question de la responsabilité pénale :

Albane Courteillac parle d'un dossier de tentative d'homicide qu'elle espérait pouvoir boucler rapidement pour un renvoi devant les assises : « Donc là, je demande à un expert, je sais que ce sera pas fouillé, il faut que ce soit fait rapidement, la personne est détenue donc... on est dans des délais très courts, j'attends plus que ça... Et là ! Irresponsabilité ! Avec un paragraphe tout court sur la démonstration de l'irresponsabilité !

- (Rires partagés)

⁸⁶ L'obligation de procéder à une expertise psychiatrique en matière criminelle n'est pas inscrite dans la loi. Elle relève semble-t-il d'une pratique ayant pris la force de l'habitude.

- Mais sur le coup, ça ne m'a pas fait rire, vraiment ! Donc il a fallu que je me prostitue au téléphone pour avoir un collègue d'experts... Pour qu'ils me rendent leur expertise rapidement parce qu'il est toujours détenu donc j'attends que ça ! Et donc là j'ai vraiment pas compris, l'irresponsabilité ! Et là je suis en attente ! Je viens de le faire ! Nan mais l'expert qui conclut à l'irresponsabilité, dont on sait qu'il rencontre les personnes une demie heure voire une heure... »

Albane Courteillac, 30-40 ans, 6 ans d'expérience

Un bon expert est donc en premier lieu un expert qui rend du mis en examen « un portrait qui correspond à l'idée qu'on en avait » (Lara Bahloul). D'ailleurs, il est plutôt rare que l'expertise psychiatrique dévie complètement de ce que les magistrats avaient anticipé :

« C'est vrai aussi quand même que, lorsqu'on a un rapport d'expertise concluant à l'existence d'une cause, enfin d'irresponsabilité liée à 122-1, c'est quand même rarement une découverte. Ça tombe pas du ciel comme quelque chose à quoi on ne s'entendait pas. C'est quand même soit parce qu'on est en face de quelqu'un qui est en hospitalisation d'office dès le début, bon voilà. Les cas rarissimes où on peut dire, où les experts concluent à l'abolition complète du discernement ne tombent pas du ciel. »

Odile Ciarabelli, 40-50 ans, 8 ans d'expérience (entretien 2008)

Les bons experts sont donc réservés aux affaires qui nécessitent un éclairage particulier. Ce qui distingue ces bons experts des autres, c'est qu'ils assistent les juges dans leur travail d'instruction.

Bonne expertise et impératifs de l'instruction

À la question de savoir ce qu'est un « bon expert », les juges d'instruction apportent des éléments de réponse très similaires : un bon expert va rencontrer longuement le mis en examen, éventuellement plusieurs fois, il va « fouiller » son cas. Si certains juges préfèrent des expertises synthétiques alors que d'autres les préfèrent détaillées, ils s'accordent sur l'idée qu'elles doivent être « cohérentes » et « argumentées ». Valérie Lemaitre, plus critique que ses collègues à l'égard du savoir psychiatrique (« parfois, on est en plein délire »), met l'accent sur les méthodes d'investigation et sur la logique argumentative des expertises. Comme elle, Julie Manoukian estime :

« Un bon rapport d'expertise, moi j'aime bien, ce que ne font pas forcément XX et YY, qu'il y ait la démonstration de la méthode utilisée pour en arriver à une conclusion, qu'on retrouve assez rarement quand même. C'est vrai notamment pour les psychologues, c'est surtout vrai pour les psychologues en fait, parce que certains psychologues disent qu'ils ont fait tel test, tel test et là, c'est intéressant, on voit sur quoi ça se base. On peut se fier à une méthode au moins. D'autres n'intègrent pas ça dans le rapport, alors est-ce que ça veut dire qu'ils ne les font pas ou bien qu'ils ne les reprennent pas dans le rapport ? À vrai dire, on n'en sait trop rien. »

Julie Manoukian, 40-50 ans, 12 ans d'expérience (entretien 2008)

Plusieurs magistrats soulignent l'importance de la « scientificité » de l'expertise. On attend ainsi de celle-ci qu'elle fournisse des arguments d'autorité, qui pourront alimenter la décision du juge. Lorsque l'affaire a des chances de

passer en cours d'assises, face à un jury, les juges attendent également de l'expert qu'il soit bon orateur, capable de se faire comprendre d'un public profane. En somme, un bon expert permettra au magistrat de mener une bonne instruction : il répondra aux questions posées par le juge et tranchera clairement la question de la responsabilité pénale, fournira au magistrat des arguments susceptibles de l'aider à prendre et à motiver sa décision ainsi qu'à expliquer de façon pédagogique aux parties civiles l'état psychique de la personne mise en examen. Il aidera le magistrat, en somme, à boucler son dossier d'instruction :

« On ouvre toutes les portes, on les ouvre et on les referme, le but étant que, lorsqu'on va soumettre le dossier au tribunal, tout a été exploité. Qu'on se retrouve pas aussi devant le tribunal à découvrir quelque chose dans le dossier qui n'a pas été exploité et qu'on ne pourra pas juger les gens ».

Etienne Winter, 30-40 ans, 3 ans d'expérience (entretien 2008)

En raison de la pénurie de « bons experts », les magistrats s'attendent généralement à des délais plus longs, mais estiment tout de même qu'un bon expert rendra son travail dans des délais raisonnables⁸⁷ : ainsi plusieurs magistrats ne recourent plus à certains experts qu'ils apprécient pourtant beaucoup en raison de leurs délais. Le recours à l'expertise psychiatrique doit permettre au juge de bien constituer son dossier et de répondre aux impératifs de l'instruction.

2. La position de l'expert sur l'irresponsabilité pénale : un enjeu marginal ?

Ces exigences n'ont à première vue rien à voir avec une connivence idéologique supposée entre experts psychiatres et magistrats. Les juges rencontrés insistent au contraire sur l'importance de l'indépendance et de la neutralité des experts commis par la justice⁸⁸. Néanmoins, quelques magistrats indiquent connaître les orientations théoriques des experts psychiatres en matière d'irresponsabilité, et avoir parfois tendance à solliciter ces experts en fonction de l'avis qu'ils espèrent voir rendu. Il semble, au vu des entretiens réalisés, que cette tendance s'accroît chez les magistrats les plus expérimentés, comme si la pratique créait des affinités électives entre experts et juges.

⁸⁷ Les juges d'instruction sont tenus par des délais obligatoires lorsque la personne mise en examen se trouve en détention provisoire. Ces délais sont néanmoins très souples : en effet, la détention provisoire est limitée à 6 mois en matière correctionnelle, mais le juge a la possibilité, dans certains cas, d'en prolonger la durée jusqu'à 2 ans. En matière criminelle, la durée est a priori limitée à 1 an avec là aussi la possibilité, dans certains cas, de prolonger la détention provisoire jusqu'à 4 ans et 8 mois (articles 137 et 143-1 à 148-8 du code de procédure pénale).

⁸⁸ On peut penser que l'affaire Outreau, dans laquelle la collusion entre expert et juge avait conduit à une erreur judiciaire très médiatisée (voir Protais, 2008) a renforcé cette valorisation de la neutralité de l'expert. Certains magistrats rencontrés dans le cadre de cette enquête ont d'ailleurs participé au procès en appel, au cours duquel les expertises psychologiques ont été placées au centre des débats, avec une polémique sur le tarif des experts – « comparable à celui des femmes de ménage » selon Jean-Luc Viaux, expert psychologue.

Selon les magistrats rencontrés, la neutralité et l'indépendance de l'expert constituent un principe fondamental des rapports entre juges et experts. Les liens entre juges et experts sont d'ailleurs plutôt distants : leurs contacts épistolaires ou téléphoniques sont ponctuels ; hors des enseignements éventuellement dispensés à l'École nationale de la magistrature ou de colloques ponctuels, ces deux groupes professionnels semblent peu se côtoyer. Les juges ne connaissent les experts que par les prestations qu'ils fournissent : expertises écrites et/ou orales lors des audiences.

Cette neutralité guide par exemple le choix des pièces du dossier transmises par les magistrats aux experts : une partie des magistrats considère ainsi qu'il faut donner le moins de pièces possibles pour « que les experts aient un regard neutre » (Béatrice Dupuis) ou pour « éviter que l'expert soit influencé par l'instruction » (Valérie Lemaitre). Mais les magistrats qui remettent au contraire un maximum de pièces sont eux aussi motivés par la volonté de garantir la neutralité de l'expert : ainsi, Lucie Marignan remet tout le dossier en version électronique pour que l'expert puisse « sélectionner les informations qui lui paraissent pertinentes ». De même, Lucas Petiot estime que l'accès au dossier complet permet aux experts d'avoir une vue d'ensemble, qui ne sera pas biaisée par le regard du juge d'instruction.

Cette volonté de préserver l'indépendance des experts s'exprime par ailleurs dans l'insistance des juges d'instruction à faire de l'irresponsabilité pénale une question strictement technique, qui ne relèverait pas de leur compétence :

« Soit il y a abolition, soit il n'y a pas abolition, après la nature de l'infraction n'entre pas du tout en considération. C'est une question médicale exclusivement, moi je n'ai pas d'opinion à avoir sur la question ! »

Guillaume Kasel, 20-30 ans, 2 ans d'expérience

« Je pense que je n'ai pas d'avis à avoir sur cette question ! Je ne me positionne pas ! »

Geneviève Bleriot, 40-50 ans, 4 ans d'expérience

Néanmoins, les magistrats ont pour la plupart conscience que la question de la responsabilité pénale soulève des débats théoriques et moraux chez les experts psychiatres. Cependant, les magistrats rencontrés – et tout particulièrement ceux qui occupent leur poste depuis peu de temps – disent le plus souvent ignorer ou ne pas vouloir connaître la position spécifique des experts qu'ils commettent. Ils insistent sur l'importance de la qualité technique de l'expertise, considérant qu'ils n'ont par ailleurs pas à influencer le résultat de l'expertise en choisissant tel ou tel expert :

« Oui, donc moi j'attends pas que l'expertise me dise quelque chose de particulier, je veux juste qu'elle me dise s'il y a des troubles de la personnalité identifiés, si on peut diagnostiquer une maladie psychiatrique, si elle a un lien avec l'infraction qui a été commise et si on doit en tirer des conséquences juridiques, voilà. Point ! Après le reste, c'est pas mon travail. Moi je mandate pas l'expert en lui disant : 'je vous préviens lui, il

doit pas être déclaré fou, il faut qu'il prenne ses vingt ans aux Assises !' (...) Un juge qui raisonnerait comme ça, je pense qu'il se tromperait de métier !

- *Y'en a qui raisonnent comme ça ?*

- Ah mais je pense, oui. Après ils vous le diront jamais clairement ! »

Lucas Petiot, 30-40 ans, 4 ans d'expérience

Lucas Petiot, comme d'autres magistrats, admet connaître l'orientation théorique des experts qu'ils sollicitent. Il juge, comme Albane Courteillac, que cela ne doit pas entrer en considération lorsqu'un expert est commis :

« Alors (les experts que j'ai nommé là), je les connais pas... j'ai demandé conseil à mes collègues... je les connais pas, on verra... mais je les ai pas nommés parce qu'ils ont une position pro ou contre...

- *Non, j'ai compris...*

- Non, on le sait, mais c'est difficile de nommer un expert dont tout le monde sait qu'il est soit pro soit contre l'abolition... Parce que forcément ça veut dire qu'on a un parti pris et qu'on essaie de... »

Albane Courteillac, 30-40 ans, 6 ans d'expérience

Si les magistrats rencontrés sont nombreux à adopter un discours légaliste, qui se contente de paraphraser la loi, cinq magistrats interrogés considèrent normal de connaître les orientations théoriques des experts et ne cachent pas que cette connaissance peut avoir un impact sur leur choix. Ces magistrats sont alors prêts à attendre plus longtemps l'expertise d'un psychiatre dont ils partagent les vues.

Une certaine porosité idéologique entre le juge et ses experts ?

La pratique expertale ainsi que la jurisprudence témoignent d'un mouvement de responsabilisation des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux (voir chapitre 1). Parmi les magistrats interrogés, on remarque que certains semblent avoir pris acte de cette tendance. Ainsi, lorsqu'on leur demande de définir les cas qui relèvent selon eux de l'abolition du discernement, certains magistrats adoptent une définition très restrictive, qui correspond à cette tendance à resserrer le champ de l'irresponsabilité :

« S'il y a une véritable abolition, il n'est plus du tout sensible à la loi, il est dans un autre monde... Donc moi j'aurais tendance de mettre le curseur de l'abolition, de manière un peu élevé quoi... »

Patrice Messier, 50-60 ans, plus de 30 ans d'expérience

Patrice Messier estime que l'abolition ne peut être décidée que dans les cas où la personne semblait incapable de faire usage de son discernement au moment de commettre les actes qui lui sont reprochés. De même Valérie Lemaitre reconnaît avoir une vision restrictive de l'irresponsabilité : il faut être « frapadingue », « complètement inconscient ». Elle explique :

« Moi je préfère qu'il y ait un petit brin de doute sur la responsabilité pour qu'il aille devant ses juges et ses victimes... »

Valérie Lemaitre, 50-60 ans, 5 ans d'expérience

D'autres magistrats s'appuient sur le code pénal pour justifier une lecture restrictive de l'irresponsabilité pénale :

« C'est au moment des faits que le passage à l'acte doit être inévitable avec une pathologie qui permette de dire que c'est bien lié à la pathologie. »

Sylvie Kellerman, 50-60 ans, 5 ans d'expérience

Sylvie Kellerman reproche à certains experts de ne pas assez se pencher sur le « moment des faits » et de considérer qu'une personne qui présenterait des troubles psychiatriques graves doit être irresponsabilisée, même si l'acte commis n'est pas en relation directe avec la pathologie. De même, Olivier Creil est scandalisé du travail d'un expert psychiatre qui concluait à l'altération du discernement chez une personne qui avait consommé des stupéfiants :

« L'article 122.1, c'est abolition ou altération en raison de troubles mentaux. La consommation d'alcool ou de toxiques, ça ne rentre pas là dedans ! »

Olivier Creil, 30-40 ans, 2 ans d'expérience

Certains magistrats semblent avoir appris avec l'expérience à raisonner en experts psychiatres : ainsi, Carole Fragonard explique comment elle parvient à la conclusion que l'un de ses mis en examen présente une altération – et non une abolition – du discernement :

« Alors effectivement... il est schizo, il est tout ce qu'on veut... mais pour moi, le fait que après avoir fait les faits qu'il lui sont reproché, il ait piqué le porte-monnaie de la victime avant de se barrer, c'est pas l'attitude de quelqu'un de complètement irresponsable... qu'il soit malade, certes, qu'il soit totalement irresponsable, non... C'est mon avis... »

Carole Fragonard, 40-50 ans, plus de 10 ans d'expérience

Le raisonnement de Carole Fragonard s'appuie sur l'idée d'un reste de discernement au moment de l'acte, qui tendrait à invalider l'hypothèse d'une abolition totale du discernement. Ce raisonnement accrédite plutôt le discours des experts qui tendent à « responsabiliser » les personnes schizophrènes.

Parmi ces juges plutôt favorables à une lecture restrictive du principe d'irresponsabilité, deux reconnaissent explicitement nommer des experts qui iront vers le 122.1 alinéa 2. Solange Archet cite ainsi quelques noms d'experts connus pour leurs positions plutôt hostiles au principe d'irresponsabilité. Il y a en effet pour ces juges des situations dans lesquelles le justiciable doit être reconnu responsable, en raison de la dangerosité particulière qu'il présente (voir *infra*) :

« Moi j'ai quand même vu une femme qui a tué une fois, 122-1, qui a tué une seconde fois, 122-1. Et la dernière fois, elle avait émasculé son mari et elle s'était coupée les oreilles en pointe. Donc trois fois et la troisième fois, ça recommençait.

- Et c'était toujours les mêmes actes ?

- Oui, elle adorait les ciseaux. Au bout de la troisième fois, de nouveau 122-1. On se dit : c'est pas possible. Et au bout de deux ans, ils la mettent sous traitement et elle sort. Mais bon, il y a un souci. Et là, on se dit : la psychiatrie ne prend pas, enfin ne prend pas en compte les cas les plus graves.

- Et comment vous avez fait la troisième fois ?

- La troisième fois, j'ai trouvé des experts qui m'ont dit qu'elle était pas 122-1 et voilà. »
Aude Kersauson, 40-50 ans, 10 ans d'expérience

Parmi les 23 juges rencontrés, seules deux magistrates reconnaissent explicitement éviter le recours à l'article 122-1 al.1. Cependant, on peut penser que d'autres magistrats se sont censurés, estimant *a priori* leur opinion illégitime, mais surtout il est vraisemblable que l'échantillon constitué présente ici un biais en raison du mode de recrutement des magistrats (voir encadré méthodologique *supra*). En effet, à l'inverse, les magistrats les plus favorables au principe d'irresponsabilité disent « naviguer à contre-courant » (Odile Ciarabelli). Ainsi Julie Manoukian explique :

« Je crois que la tendance actuelle, c'est quand même de vouloir responsabiliser les gens à tout prix parce qu'on considère en plus que c'est thérapeutique d'avoir la sanction ou je sais pas quoi. Il y a une idée comme ça qui court. Moi je suis contre ça, je trouve qu'il y a des gens qui n'ont rien à faire en prison, qui doivent être soignés. Et malgré ça, on sent qu'il y a des experts qui – c'est plutôt dans ce sens-là – qui poussent à la responsabilité. »
Julie Manoukian, 40-50 ans, 12 ans d'expérience

Comme elle, Lucie Marignan s'étonne de la présence en revanche importante de personnes qu'elle juge « dingues » dans les cours d'Assises :

« Après moi je suis pas médecin, donc je me rends pas compte forcément de l'état de la personne, là pour le coup, vraiment moi je me fie à l'expert... C'est une question de médecin... En revanche ce qui est vrai, c'est qu'on a peut-être... alors des abolitions on en a très rarement, et vraiment essentiellement sur les schizophrènes paranoïdes. Après on a pas mal d'altérations de responsabilité et là ça recouvre tout un panel de situations vraiment différentes les unes des autres... Après moi pour avoir vu des abolis complètement dingues et dans le box, ça fait quand même pas avancer le... enfin, c'est bon pour personne quoi ! Donc on peut avoir la personne altérée, mais qui est quand même capable d'assister à son procès d'une manière adaptée... J'ai vu aussi des personnes altérées où on avait... on avait un fou, quoi, dans le box ! Et là on se dit, mais quel est l'intérêt de tout ça, qu'est-ce qu'il en comprend ? Est-ce qu'il aurait pas mieux valu, carrément, une abolition... »
Lucie Marignan, 30-40 ans, 3 mois d'expérience

Certains magistrats estiment nécessaire de revenir à une interprétation plus large de l'irresponsabilité pénale, qui dépasse par exemple le « moment des faits » pour prendre plus largement en compte l'état psychique de la personne mise en examen (Odile Ciarabelli). Elle n'hésite pas, comme Véronique Noble, à critiquer les expertises qu'elle juge « responsabilisantes » à tort :

« Parfois on voit des types complètement incohérents, une fois y'en a un qui a avalé un stylo en audience devant nous. Je dis à mes collègues non mais là on peut pas le responsabiliser et là elles brandissent le rapport et me disent : non mais regarde il le juge responsable. Qu'est ce que vous voulez faire ? Elles ont pas de regard sur l'expertise. Alors que c'est fou car on le pouvoir de dire 'il est complètement jeté ce type'. Mais ils ne se le donnent pas. Sinon c'est souvent par incompetence. Il y a un peu une honte de se sentir pas apte, et dans ce cas on a là une grande humilité sur son défaut de compétences. Non mais vous n'imaginez pas. »
Véronique Noble, 40-50 ans, 12 ans d'expérience (entretien 2008)

Ces deux magistrates expliquent donc avoir tendance à commettre des experts favorables au principe d'irresponsabilité :

« On sait qui on nomme, vous savez une entente entre juges et magistrats elle est faite de points de vue idéologiques communs ! Des experts comme X, Y ou Z qui travaillent très bien : ils peuvent encore déresponsabiliser. Après c'est pas à chaque fois mais cela ne les dérange pas. De toutes façons sur 35 experts j'en ai 5 qui arrivent encore à déresponsabiliser. Le reste c'est que du jugement moral ! A, B ou C, jamais de déresponsabilisation ! »

Véronique Noble, 40-50 ans, 12 ans d'expérience (entretien 2008)

Véronique Noble, comme Odile Ciarabelli, estime que sa bonne connaissance des débats d'experts autour de l'irresponsabilité pénale lui permet de sélectionner les experts qui sauront rester « neutres », c'est-à-dire qui pourront, le cas échéant, identifier une « abolition du discernement » et plaider en faveur de l'irresponsabilité pénale. C'est donc pour remettre de la neutralité dans une pratique expertale qui se laisserait trop guider par « le jugement moral » que ces deux magistrates sélectionnent des experts favorables au principe d'irresponsabilité.

Un « art de la pioche » ?

Si les entretiens laissent entrevoir la possibilité d'un « art de la pioche » (dans le sens où les expertises fournissent aux juges divers arguments dont ils pourront se saisir pour justifier leur décision), ils ne permettent cependant pas de vérifier empiriquement la façon dont s'organise cette interprétation sélective des expertises par le juge. Il s'agirait pour ce faire d'analyser systématiquement les rapports rendus par les juges d'instruction pour voir comment les expertises psychiatriques sont interprétées et traduites sous la plume du magistrat.

Néanmoins, le travail exploratoire réalisé sur les quelques dossiers qui ont donné lieu à une jurisprudence permet d'envisager comment cet « art de la pioche » pourrait opérer en matière d'irresponsabilité. Ainsi, parmi les dossiers que nous avons eus en main, deux affaires médiatisées ont été renvoyées aux assises malgré la présence de plusieurs rapports concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Dans le cas de Monsieur M., les expertises responsabilisantes étaient rédigées par des experts connus nationalement pour ne jamais conclure à l'irresponsabilité, comme si ces choix avaient été réalisés sciemment par le magistrat instructeur. Dans la seconde affaire, celle de Monsieur B., où autant de rapports concluant à l'irresponsabilité et de rapports concluant à la responsabilité atténuée existaient, l'argumentaire du magistrat instructeur prend clairement partie pour la responsabilisation de la personne :

« Rejetant une nouvelle demande d'expertise, considérant à bon droit qu'une 5e n'apporterait aucun élément. Au demeurant, l'appréciation de sa responsabilité pénale ne saurait reposer, de façon mécanique sur le nombre des avis d'experts exprimés dans un sens ou dans un autre. Cette appréciation, qui doit nécessairement être globale, repose au contraire sur l'ensemble des éléments de fait rassemblés dans le dossier et

analysés par les différents rapports d'expertise figurant au dossier. De ce point de vue il existe suffisamment d'éléments dans le dossier pour dire que s'il est indéniable que Ben présente des troubles de la personnalité depuis des années, susceptibles d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes, on ne saurait pour autant laisser sans conséquence le fait que l'aggravation de son comportement procédait précisément de sa propre volonté de rechercher et d'accroître délibérément, par la consommation de stupéfiants et l'arrêt volontaire du traitement un état dont il avait conscience. La volonté homicide a donc été délibérément recherchée, stimulée et entretenue par lui au moyen d'une renonciation aux soins et une surconsommation de produits stupéfiants, ce comportement étant un des éléments même de la préméditation. »

La minimisation des troubles de la part du magistrat est ici flagrante, puisque l'existence de troubles psychotiques décompensés (« schizophrénie paranoïde » selon les experts) se transforme ici en simples « troubles de la personnalité ». De plus, le magistrat effectue un saut dans la démonstration entre le fait que le mis-en-examen arrête délibérément son traitement et consomme des toxiques et « la volonté homicide [...] délibérément recherchée ». Cette interprétation est également repérable dans le cas de Monsieur M. pour lequel existe une distorsion claire entre le diagnostic de l'expert psychiatre et le rapport de la psychologue qui conclut à des troubles psychotiques, alors même que le mis en examen a été hospitalisé pour cause de décompensation psychotique aigüe. Dans ce contexte, le magistrat instructeur n'a pas demandé d'autre expertise, et ne semble donc pas vouloir s'assurer qu'une pathologie remettant potentiellement en cause la responsabilité pénale du mis-en-examen ne soit présente.

Si le nombre d'expertises concluant dans un sens ou dans l'autre est un élément favorisant ou non l'application de l'article 122-1, il reste toutefois des cas suffisamment controversés pour que s'expriment les différents avis des juges sur ces questions. Dans les deux cas controversés ci-dessus, qui aboutiront finalement à une déclaration d'irresponsabilité, la cour d'appel et la cour de cassation ont rendu un arrêt mobilisant précisément des arguments contraires. Dans l'affaire de Monsieur D., très médiatisée qui s'est conclue par un non-lieu prononcé par la chambre de l'instruction, la présidente de la chambre de l'instruction prend des positions cliniques significatives, parfaitement contraires à celles de la magistrate de l'affaire de Monsieur B. Sur la question du traitement et de la toxicomanie, elle explique notamment :

« Attendu que la responsabilité pénale de Monsieur D.... ne saurait être recherchée aux motifs qu'il a lui-même volontairement participé à l'aggravation de sa pathologie en refusant de se soigner ; qu'en effet le déni de la maladie est, selon les experts en psychiatrie, une constante de l'attitude du schizophrène paranoïde qui est convaincu de sa « normalité » et qui est persuadé de « l'anormalité » du monde ambiant qui le menace ; qu'il ne serait donc lui être fait grief d'une composante et d'une manifestation même de sa pathologie.

Que, par ailleurs, ne se considérant pas comme malade, il ne pouvait pas non plus prendre conscience de la nocivité de la consommation de cannabis sur son état. »

De même, alors que dans le cas de Monsieur B. et de Monsieur M. les désaccords entre experts interviennent dans le sens de la responsabilisation, dans l'affaire de Monsieur P. où les cinq experts semblent en désaccord, la cour de cassation valorise le fait que :

« que si, au terme de l'information, il subsiste un doute sur ce point, ce doute doit profiter à l'auteur des faits, qui doit donc être déclaré irresponsable pénalement ».

On voit donc, sur un point technique tel que le fait de savoir si la consommation de produits toxiques doit être interprétée à charge ou à décharge de la personne inculpée, comment les juges d'instruction peuvent sélectionner, dans les expertises contradictoires qu'ils ont à disposition, des informations qui viendront plutôt soutenir la responsabilité ou l'irresponsabilité.

Avec l'accroissement du recours à des acteurs technico-scientifiques au moment de l'instruction, on serait tenté de conclure de façon univoque à l'accroissement du pouvoir exercé par les experts sur la justice ou bien, à l'inverse, à une manipulation par la justice des experts commis. La relation entre experts psychiatres et magistrats autour de la question de l'irresponsabilité pénale est en réalité bien plus complexe : le juge a bien la possibilité de choisir des experts plutôt favorables ou défavorables au principe d'irresponsabilité, mais cette dimension est relativement secondaire dans l'arbitrage des magistrats les plus récemment installés. Un bon expert n'est ainsi pas un expert en faveur ou défaveur du principe d'irresponsabilité, mais un expert qui saura argumenter son avis de façon claire et fondée et le rendre dans des temps raisonnables. Si l'opinion de l'expert à l'égard du principe d'irresponsabilité pénale n'est pas aussi insaisissable et insignifiante que certains magistrats l'affirment, elle demeure toutefois toujours secondaire par rapport à ces considérations pratiques. Les magistrats sont généralement plutôt réservés à propos du principe d'irresponsabilité, au sujet duquel ils estiment pour une large part qu'ils n'ont pas d'opinion à avoir – il s'agit d'un article du code pénal qui leur impose une neutralité impartiale⁸⁹. Mais, comme nous allons le voir dans cette seconde partie, leur position ressort de la façon qu'ils ont d'interpréter la procédure pénale, c'est-à-dire de justifier leur manière d'instruire les dossiers dans lesquels est posée la question de l'irresponsabilité.

II. Du jeu dans la procédure

Concernant l'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, la procédure laisse une marge de manœuvre aux magistrats, qui, bien qu'étroite, peut avoir des conséquences importantes sur le sort des justiciables.

⁸⁹ Il serait ici intéressant de confronter les discours des magistrats à leurs pratiques en étudiant plus systématiquement les rapports des juges d'instruction, qui par leur travail de sélection des arguments jugés selon eux pertinents, laisseraient transparaître leur opinion sur l'irresponsabilité.

1. Contre-expertise et renvoi

Au cours de l’instruction, deux éléments sont laissés à l’interprétation du magistrat en matière d’irresponsabilité pénale : si le code de procédure pénale laisse entendre qu’une seule expertise psychiatrique suffit pour que soit prononcée l’irresponsabilité pénale⁹⁰, certains magistrats tendent à commanditer d’office une contre-expertise⁹¹, lorsqu’un premier expert a conclu à l’abolition du discernement. De même, en cas de controverse d’experts – si les conclusions de deux expertises sont contradictoires – le code pénal ne précise pas si la décision d’irresponsabilité doit être prise au moment de l’instruction (avec éventuellement une audience devant la chambre de l’instruction) ou si l’affaire doit nécessairement être jugée en correctionnelle ou en criminelle. Or ces pratiques, apparemment anecdotiques, ont des conséquences importantes et combinées en matière d’irresponsabilité :

1) Face à la tendance d’une partie des experts à plaider en faveur d’une interprétation très limitative du principe d’irresponsabilité (voir chapitre 1 du présent rapport), la commission d’un contre-expert à la suite d’une première expertise d’abolition du discernement augmente mathématiquement la probabilité d’une controverse d’experts.

2) On remarque par ailleurs que la probabilité pour un justiciable d’être déclaré irresponsable diminue à mesure qu’il passe les étapes successives de cette chaîne pénale : ainsi, selon un rapport du Sénat de mai 2010, sur 44 décisions d’irresponsabilité prononcées entre septembre 2008 et juillet 2009, 30 ont été prises au moment de l’instruction ou devant la chambre de l’instruction, 13 par des tribunaux correctionnels et 1 seulement par une cour d’Assises.

3) On peut donc penser que le renvoi systématique devant une juridiction de jugement des affaires dans lesquelles les experts et contre-experts sont en désaccord conduit donc à une diminution du nombre d’irresponsabilités pénales.

2. L’inégalité de traitement des crimes et des délits

L’analyse de la jurisprudence de 26 cas sur lesquels se pose la question de l’irresponsabilité de leurs actes, et des cas qui ont été estimés irresponsables de leurs actes et de 22 cas qui ont été considérés comme relevant de l’alinéa 2 de l’article 122-1 (*altération du discernement ou du contrôle*) (voir annexe méthodologique) montre que le recours à l’expertise est très inégal, lorsqu’il

⁹⁰ En revanche, la contre-expertise doit être accomplie par au moins deux experts (voir article 167-1 du code de procédure pénale).

⁹¹ Cette contre-expertise est « de droit » pour la partie civile. Après la notification des résultats de la première expertise à la partie civile, celle-ci dispose d’un délai de quinze jours pour formuler une demande de complément d’expertise ou de contre-expertise (voir article 167-1 du code de procédure pénale)

s'agit d'un crime ou d'un délit. Les conditions d'accès à l'irresponsabilité ne sont donc pas les mêmes dans ces deux situations pénales différentes.

Le tableau 2 présente l'ensemble des affaires disponibles sur le site Legifrance sur lesquelles la question de l'application de l'article 122-1 alinéa 1 a été posée. Le nombre d'expertises demandées sur ce type de cas est remarquable : les huit cas dans lesquels les infractions sont des délits et pour lesquelles nous connaissons le nombre d'expertises commanditées, ont fait l'objet d'une unique expertise. Au contraire, pour les crimes, le nombre d'expertise oscille entre deux et six.

année	personne	infraction	diagnostic	nombre d'expertises	parcours pénal	décision
2008	Nicolas E.	viol	retard mental et troubles psychotiques	deux expertises concordantes	saisine de la chambre de l'instruction	confirme le non lieu
2008	Thomas X	assassinat et tentative d'assassinat	schizophrénie paranoïde décompensée/ composante hétérodophrénique	deux expertises concordantes	saisine de la chambre de l'instruction. Lui ne comparait pas car le médecin de Sarreguemines ne le trouve pas en mesure.	confirme le non lieu
2007	Romain D	meurtre et tentative d'homicide volontaire	schizophrénie paranoïde décompensée augmentée par la consommation de cannabis/ composante hétérodophrénique	5 expertises (4 concluant à l'art. 122-1 al.1)	saisine de la chambre de l'instruction	confirme le non lieu
2004	Zahlg D	meurtre	schizophrénie paranoïde traitée	deux expertises divergentes	saisine de la cour de cassation après décision de la CI	confirme le non lieu
2012	Patrick X	meurtre aggravé	?	5 experts avec des expertises contradictoires. On ne connaît pas la proportion d'expertises allant dans les deux sens.	renvoi devant la chambre de l'instruction puis pourvoi en cassation contre le non lieu.	confirme le non lieu et rejette le pourvoi
2012	Abdelkarim Y	meurtre aggravé	?	?	renvoi devant la chambre de l'instruction puis pourvoi en cassation contre le non lieu. Visiblement la CI a confirmé le non lieu et a pris des mesures de sûreté	confirme la décision et rejette le pourvoi
2011	Andy X	meurtre aggravé	?	Abolition: 3 experts, altération: 1 expert, pas de trouble: 2 experts	appel contre le renvoi de l'affaire devant la cour d'assises	rejette
2010	Adel C	assassinat	schizophrénie paranoïde décompensée	3 expertises concordantes	cassation suite à une décision de non lieu de la CI.	rejette
2006	Mounir Y	meurtre	troubles de la personnalité sans spécification	?	cassation suite à un renvoi devant la cour d'assises	rejette

2006	Paula X	meurtre accompagné d'actes de barbarie	?		cassation suivi d'une décision de Cour d'assises	rejette
2007	Geoffrey X	viol	registre névrotique		cassation suite à un renvoi devant la CA	
2008	Rémi X	mauvais traitement à animal	retard mental profond	une expertise	appel car responsable en première instance	122-1 al 1
2003	Tony X	violences aggravées	schizophrénie paranoïde depuis l'enfance			
2004	Amaud X	meurtre	personnalité psychotique de type schizoïde avec une part d'adaptation au réel et une part de recherche personnelle d'identité dans un contexte sub-dépressif chronique	6 (4 altération, 2 abolition)	Cassation contre l'arrêt de la chambre de l'instruction.	rejette
2002	Gérard X	violences aggravées et infraction à la législation sur les armes	Touche la COTOREP pour troubles psychiques	Pas d'expertise	Cassation contre l'arrêt de la cour d'appel	rejette
2002	Nabil J	rébellion	ivresse pathologique classique avec des manifestations hystériques et quelques connotations paranoïaques	On ne sait pas	Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	rejette
2001	Jean Jacques X	abus de confiance, extorsion	hospitalisé dans un service de psychiatrie pour tentative d'autolyse	?	Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	Rejette

		faux et usage de faux				
2001	Jean Paul H	meurtre	RAS	RAS	Cassation contre l'arrêt de la cour d'assises	rejette
2000	Charles Y	conduite en état d'ivresse	états dépressifs accompagnés de tendances impulsives et compulsives exacerbées par les conduites alcoolisées. Risque de passage à l'acte suicidaire si absence de prise en charge psychiatrique		1 Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	
1998	Igor F	assassinat	?		3 Cassation contre l'arrêt d'irresponsabilité	rejette
1998	Eric G	actes de cruauté sur animal domestique	perversité	?	Cassation contre l'arrêt de la cour d'appel	rejette
1999	smaj H	appels malveillants, vols, violence, menaces de mort			Cassation contre l'arrêt de la cour d'appel	rejette
1998	Emmanuel G	corruption de mineurs			Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	rejette
1997	Chabel X	violences mortelles avec armes	?	?	Cassation contre l'arrêt de la CA	rejette
1997	JC X	assassinat	?	?	Cassation contre l'arrêt de la CA	rejette
1997	Y	assassinat de mineurs de 15 ans	?	?	Cassation contre l'arrêt de la mise en accusation qui refus une expertise	rejette

Tableau 5 Jurisprudence abolition du discernement

Tableau récapitulatif des cas étudiés où la question de l'abolition du discernement est posée lors d'un procès en appel ou lors d'un pourvoi en cassation

Source : site www.legifrance.fr

Lecture : les noms mentionnés sont ceux des arrêts rendus publics par le site. Sont indiqués en gras les affaires qui se concluent à un non lieu⁹² pour cause de trouble mental, en rouge les recours contre un non-lieu, en bleu les recours en faveur d'une abolition du discernement.

A l'évidence, les magistrats acceptent plus facilement l'irresponsabilité pour les délits que pour les crimes, sur lesquels un grand nombre d'expertises est commanditée. Si les expertises de crimes nous étaient déjà apparues comme plus détaillées et plus rigoureuses dans le raisonnement, les juges témoignent de la même attitude de précaution que leurs experts : usant du contrôle de la contre-expertise pour s'assurer qu'ils rendront une décision conforme au point de vue majoritaire dans la communauté psychiatrique quant à la responsabilité de leur mis-en-examen.

Le tableau ci-dessus montre en effet que ce qui semble conduire à l'application de l'article 122-1 alinéa 1 est le nombre d'expertises allant dans le même sens. Dans six cas sur huit, le nombre d'expertises concluant à l'irresponsabilité est majoritaire (dans deux cas, elles sont toutes concordantes, dans un cas huit experts sur neuf penchent pour l'abolition). D'une manière générale, il faut donc que les expertises concluant à l'irresponsabilité soient majoritaires pour que l'affaire impliquant un crime puisse se conclure par l'application de l'article 122-1 al. 1. Ce constat est d'ailleurs confirmé par les controverses d'experts portant sur la responsabilité du mis-en-examen qui se sont soldées *in fine* par une responsabilisation plutôt que par une déresponsabilisation de l'accusé. Dans aucun des cas en question, l'abolition du discernement n'a été une solution majoritairement préconisée par les experts commis dans ces affaires. Dans les cas de crimes, les magistrats sont donc loin de

⁹² La notion de non-lieu n'est plus présente dans la formulation actuelle de l'article 122-1 alinéa 1 alors qu'elle était contenue dans l'article 64 via la vieille formule « il n'y a ni crime ni délit ... » remplacée en 1992 par « n'est pas pénalement responsable ». Néanmoins, lorsque le magistrat instructeur clôt le dossier, il conclut toujours à un non-lieu par recours à l'article 122-1 du code pénal. Il existe donc toujours dans les faits, même s'il n'est pas formulé comme tel dans le code pénal

se contenter d'une expertise allant dans le sens de l'irresponsabilité, ils renforcent leur décision en commettant des contre-expertises. Quand on sait qu'une majorité des experts d'une cour d'appel ont un point de vue défavorable à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, ce jeu est bien loin de valoriser ce principe.

Encadré : Des manières de faire des expertises différentes en fonction du contexte judiciaire

Les contextes de réalisation des expertises sont bien différents en matière criminelle et délictuelle. Ils impliquent des conditions de réalisation de l'examen et des conséquences bien différentes : le psychiatre commis pour un délit mineur doit rendre son rapport dans les jours, voire dans les heures qui viennent, dès lors que dans les cas de crimes ou de délits plus importants, les experts rendent en moyenne leurs conclusions dans un délais de trois mois (Pélisse, Protais, Larcher, Charrier, 2012).

M. Tipi	vol	expertise 1		schizophrénie
Madame Sol	vol	expertise 2		schizophrénie psycho-affective
M. Bar	homicide	expertise 3	expert 1	schizophrénie
M. Elias	homicides	expertise 4	expert 2	troubles psychotiques
M. Dit	homicide	expertise 5	expert 3	schizophrénie paranoïde
M. Ben	homicide	expertise 6	expert 4	schizophrénie
M. Hammer	viol séquestr	expertise 7		schizophrénie paranoïde
M. Memmi	homocide	expertise 8		schizophrénie paranoïde
		expertise 9	expert 5	schizophrénie paranoïde
M. Furet	matricide	expertise 10	expert 6	schizophrénie paranoïde
		expertise 11	expert 7	schizophrénie
M. Giraud	viols	expertise 12	expert 8	schizophrénie

Tableau récapitulatif des expertises concluant à l'irresponsabilité (2007-2014).

Reprenons les expertises concluant à l'application de l'article 122-1 alinéa 1 étudiées au chapitre 1, pour voir si le contexte judiciaire dans lequel est commanditée l'expertise a une influence sur la forme du rapport. Les expertises réalisées par un même expert ont un style commun : celles qui sont réalisées par l'expert 1 étudiées dans le tableau 1 sont plutôt courtes (5p, 4p, 4p) ; son raisonnement est rapide. À l'inverse, les expertises réalisées par l'expert 5 sont d'une dizaine de pages ; le raisonnement de l'expert est approfondi, on y retrouve beaucoup de détails cliniques et l'analyse du lien entre le passage à l'acte et le crime est approfondi. Chaque expert a donc son style et sa manière de réaliser des expertises. Certaines expertises font toutefois exception : celles qui sont réalisées durant la garde à vue. Un rapport de ce type a été réalisé par l'expert n° 5 et la différence est frappante : l'expertise est beaucoup plus courte, et beaucoup moins détaillée. L'instruction laisse théoriquement à l'expert la possibilité de « prendre le temps » pour réaliser sa mission et ainsi poser « le bon diagnostic » ce qui est *a priori* moins le cas durant la garde à vue, le temps consacré à l'entretien et à la rédaction du rapport étant considérablement restreint.

D'ailleurs, si on compare dans notre échantillon de 12 expertises (voir tableau 1) concluant à l'article 122-1 alinéa 1, celles qui concernent un crime et celles qui se rapportent à un délit, une différence de traitement des affaires de la part des experts apparaît. La commission d'un homicide semble en effet inviter l'expert à davantage de rigueur dans le raisonnement médico-légal, qu'un vol. Dans le cas de M. Tipi par exemple ayant volé un sac, l'expertise est particulièrement courte : on n'y décèle, pas de réflexion sur le lien entre le passage à l'acte et les troubles, le psychiatre ne questionne pas l'éventualité du suivi d'un traitement neuroleptique au moment des faits, alors que l'on sait par ailleurs que M. Tipi est suivi en psychiatrie. Idem dans le

cas de Madame Solo, mis en cause pour un vol de sac, chez qui l'expert retrouve peu de symptômes psychotiques positifs.

La conclusion qui s'impose est celle d'un niveau d'exigence moins importante dans les cas de petits délits qui sont en général clos avant l'instruction. Ce type d'infraction est donc exposé à la grande labilité des interprétations et des orientations théoriques des experts mises en évidence précédemment, bien plus que dans les crimes, davantage exposés au jeu de la contre-expertise. Dès lors, ou bien le mis-en-cause tombe sur un expert « très déresponsabilisant » et les chances pour qu'il soit déclaré irresponsable sont plus importantes qu'en matière criminelle, ou bien il tombe sur un expert d'orientation idéologique opposée, voire, cas le plus fréquent n'est pas expertisé, et y a peu de chance de voir reconnue son irresponsabilité éventuelle.

3. Un accès difficile à l'expertise en correctionnelle

Néanmoins il ne faudrait pas croire que les affaires délictuelles se concluent plus facilement par une déclaration d'irresponsabilité : si les juges semblent accepter plus aisément une irresponsabilité, l'accès à l'expertise en cette matière est plus difficile. Elle n'est en effet pas obligatoire en matière correctionnelle, sa nécessité étant laissée à discrétion du magistrat. Pour les cas qui ne bénéficient pas d'une expertise en première instance, l'accès à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental est rendu très difficile. On pourrait néanmoins envisager que les magistrats commettent des expertises dans le cas de personnes présentant des troubles mentaux évidents. Mais Monique Bourcier et Monique de Bonis (1999) montrent qu'il existe en réalité une distorsion claire entre le cas méritant une expertise psychiatrique pour le magistrat et pour le psychiatre. De surcroît, la rapidité avec laquelle certaines affaires doivent être jugées, tels les cas de comparution immédiate, fait que le procureur n'a parfois même pas le temps de se faire une opinion sur la personnalité du mis en cause.

Notre analyse de la jurisprudence nous permet d'identifier des situations où se pose la question de l'application de l'alinéa 2 de l'article 122.1 (i.e. *altération du discernement ou du contrôle*). Ces situations frappent par leur homogénéité : il est composé dans une large majorité de cas jugés en correctionnelle en première instance, où aucune expertise n'a été demandée, et qui ont bénéficié de l'altération du discernement lors du jugement en appel. Dans ces affaires, le procès en appel se fait dans la majorité des cas sur la demande de l'avocat de la défense, réclamant un examen psychiatrique constatant les troubles mentaux de son client. C'est ainsi à ce second degré de la chaîne pénale qu'apparaissent les premières expertises.

année	personne	infraction	diagnostic	nombre d'experts	parcours pénal	décision
2008	Jean Marc A	attouchements sexuels sur mineur de moins de 15 ans par ascendant.	débilité	2 (une altération, l'autre rien)	accusé en première instance à 4 ans dont 2 avec sursis. Appel	5 ans emprisonnement, 10 de SSI, 10 ans d'interdiction d'entrer en relation avec ses enfants
2008	Jean Michel X	violences n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail n'excédant pas huit jours, avec ces circonstances que les faits ont été commis sur une mineure de 15 ans, avec usage ou menace d'une arme, en état de récidive légale, pour avoir été condamné par décision définitive du 28 janvier 1994 de la cour d'assises de la Gironde à vingt ans de réclusion criminelle pour homicide volontaire	?	1 (altération)	2 ans en premier instance en correctionnel. Appel	aggravation 4 ans ferme
2006	Y... Abdelkadermé	violences n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours commis avec l'usage ou la menace d'une arme	?	1 (altération)	première instance : 1 an d'emprisonnement dont 8 mois avec sursis et mise à l'épreuve pendant deux ans avec obligation de soins. Appel	6 mois d'emprisonnement
2012	David X	appels téléphoniques malveillants réitérés	pathologie délirante	1 (altération)	première instance : l'a condamné à 4 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve, et a prononcé sur les intérêts civils. Appel	confirme la décision
2010	Françoise X	refus d'obtempérer, outrage à personnes dépositaires de l'autorité publique et rébellion	? Surment pathologie psychotique	?	1er ou 2eme instance: 3 mois d'emprisonnement avec sursis.	rejette le pourvoi
2010	Raphaëlle X	menaces, appels téléphoniques malveillants, destruction, dégradation ou détérioration de bien appartenant à autrui	paranoïa sensitive	1 (altération)	1ere ou 2e instance: 6 mois avec sursis et mise à l'épreuve. Pourvoi en cassation.	rejette le pourvoi
2006	Pierre X	atteinte sexuelle sur mineure de quinze ans et exhibition sexuelle	Alzheimer	1 (forte altération)	première ou 2e instance: six mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve. Pourvoi en cassation	rejette le pourvoi
2003	X... Abdallah	tentative de meurtre	?	?	première ou 2e instance: 20 ans de réclusion criminelle, + interdiction de venir sur le territoire français. Pourvoi en cassation	rejette le pourvoi
2002	Gérard X	violences aggravées et infraction à la législation sur les armes	correspond pour troubles psychiques	Pas d'expertise	Contre l'arrêt de la cour d'appel qui n'ordonne pas d'expertise alors que l'avocat aurait amené des pièces montrant que le mec a des troubles psy	pourvoi rejeté
2001	Anne Marie X	déficit intellectuel du à un état dépressif		1 qui conclut à l'altération	contre un arrêt de la CA car pas tenu compte de l'altération du discernement	rejette le pourvoi
1999	Khadra B	violences sur mineurs		3 (une altération alors que 2 RAS)	contre un arrêt de la chambre correctionnelle disant ne pas avoir tenu compte de l'altération contre un arrêt de la CA de Lyon disant que pas tenu compte de l'altération	rejette le pourvoi
2000	JC X	viol sur mineur	?	?		rejette le pourvoi
1998	Y	atteinte sexuelle sur mineure de quinze ans et exhibition sexuelle		?	altéré en première instance, aggravé en seconde instance. Cassation	rejette le pourvoi
1999	Daz ricado	homicide volontaire		?	Pourvoi après une décision de la CA	rejette le pourvoi
1999	Christophe Y	Tortures, actes de barbarie, tentative d'assassinat	?	une expertise altération	pourvoi après décision de la cour d'assises	rejette le pourvoi
1998	JP X	viols et agressions sexuelles aggravées	?	?	pourvoi avec décision de la chambre de mise en accusation de la CA	rejette le pourvoi
1996	Patrick G	meurtre aggravé	?	?	pourvoi après décision de la CA	rejette le pourvoi
1995	Francis X	complicité de vil aggravé et meurtre	?	altération ?	Pourvoi après une décision de la CA	rejette le pourvoi
4 autres affaires du même type que ci-dessus						

Tableau 6 Jurisprudence altération du discernement

Tableau récapitulatif des cas étudiés où la question de l'altération du discernement s'est posée lors d'un procès en appel ou lors d'un pourvoi en cassation

Source : site www.legifrance.fr.

Lecture : sont mises en rouge les affaires qui concluent à une aggravation de la peine, en vert les affaires où la peine est diminuée.

Il existe dans cet échantillon, un certain nombre de cas (5/8 jugés en correctionnel, soit une majorité), où il existe une distorsion entre la présence de troubles d'allure psychotique décompensés et la conclusion du juge qui se porte vers la simple altération sur la base d'une seule et une unique expertise allant dans ce sens. Cette distorsion existe également en matière criminelle (nous l'avons constaté sur les affaires étudiées dans le chapitre 1), mais elle s'appuie sur un nombre plus conséquent d'expertises, en général divergentes, sur la question de l'irresponsabilité. En matière criminelle, la défense a donc plus de possibilités de soulever la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble

mental devant le juge. À l'inverse, en matière correctionnelle, l'absence d'expertise en première instance ne permet généralement pas de véritables controverses d'experts. Durant l'appel, une seule expertise est ordonnée à la demande de l'avocat. Le juge délibère sur la base de cette unique expertise.

Si, en appel, il semble persister une distorsion importante entre les troubles psychiatriques et les conclusions de l'expertise, la cour de cassation demande très rarement une contre-expertise – comme l'indiquent les affaires étudiées ici. La cour de cassation tend en effet à ne se prononcer que sur la « forme » d'une affaire plutôt que sur le « fond », en accord avec sa mission officielle. L'évaluation de la nécessité d'une contre-expertise ou l'évaluation d'une expertise concluant à l'altération étant considérée comme des questions de fond et non de forme, cette question est donc exclue du domaine de compétence de cette cour. En témoigne notamment l'affaire de M. Raphael X, jugé par la cour d'appel de Versailles en 2010, pour menaces, appels téléphoniques malveillants, destruction, dégradation ou détérioration de bien appartenant à autrui. Dans son cas, l'expert conclut à une altération du discernement malgré un diagnostic évoquant la présence de troubles psychotiques chez le mis-en-examen. L'avocat demande le pourvoi en cassation en mettant en cause l'interprétation que la cour a fait de l'expertise, mais la cour de cassation rejette le pourvoi de la sorte :

« Attendu que, [...] l'arrêt retient que le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement et entravé le contrôle de ses actes, sans les abolir ; Attendu qu'en l'état de ces motifs procédant de son appréciation souveraine, la cour d'appel a justifié sa décision ; D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ; Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme ; rejette le pourvoi. »

Le résultat de ce processus est donc une dévaluation des droits de la défense en correctionnelle. Si le mis-en-examen n'a pas bénéficié d'une expertise en première instance ou en seconde instance, l'expertise est réalisée par un professionnel tenant peu au principe d'irresponsabilité psychiatrique. Ce faisant, les marges de contestation de la défense sont réduites, voire nulles, car le jeu de la contre-expertise ne peut alors pas fonctionner.

En définitive, les processus pénaux à l'œuvre dans les crimes et les délits s'avèrent défavorables au principe de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, quoique pour des raisons différentes. Dans les cas de crimes, la pression de la partie civile rend globalement les magistrats très précautionneux pour conclure au non-lieu par recours à l'article 122-1 alinéa 1: ils font dès lors jouer la contre-expertise pour renforcer la décision. Les experts ayant une approche restrictive de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental étant majoritaires sur une cour d'appel, cette stratégie défavorise cette solution pénale. Dans les cas de délits, les juges témoignent de moins de précautions pour prendre leurs décisions, mais l'accès réduit à l'expertise, tout comme les conditions de réalisation des examens dans le courant de la garde à vue nuisent à l'activité

diagnostique et exposent les délits à la grande labilité d'appréciation des experts et des juges décidant de l'opportunité de l'expertise. Qui plus est, l'accès plus difficile à l'examen psychiatrique en correctionnel laisse des possibilités de recours beaucoup moins importantes à l'avocat de la défense face à un expert qui rendrait un avis responsabilisant alors que le mis en cause présente des troubles psychiatriques graves.

4. L'altération du discernement, une circonstance aggravante ?

Au terme de cette analyse des procédures, que dire des effets de l'altération du discernement suspectés, par de nombreux commentateurs (journalistes, sociologues, juristes ou psychiatres), d'entraîner une aggravation de la peine prononcée ?

Dans l'échantillon de cas étudiés présentant une altération du discernement aux yeux des juges, la cour de cassation a pris le soin de réaffirmer plusieurs choses : d'une part que l'altération du discernement conduisant, à un niveau juridique, à l'appréciation d'une *responsabilité atténuée* chez le mis-en-examen, n'entraîne pas une diminution de peine systématique – la loi de 2014 a modifié ce point⁹³. Cet argument est régulièrement mobilisé pour justifier le fait qu'elle ne casse pas une décision d'altération du discernement conduisant à une peine lourde. C'est également pour cette raison que la cour de cassation affirme (l'argument est retrouvé dans les décisions étudiées) que cette question ne doit pas être systématiquement posée par le président des assises aux jurés. La cour de cassation réaffirme donc sa volonté de laisser les juges, statuant sur le fond, souverains pour appréhender cette question.

Que se passe-t-il du côté des juges du siège de première et de seconde instance ? Nous avons récolté trop peu de cas pour tirer des conclusions, néanmoins, sur trois cas, une fois l'altération a conduit à une atténuation de la peine et les deux autres fois à une aggravation. Dans des cas de crimes, comme pour M. M. qui a été condamné à 30 ans de réclusion criminelle pour assassinat, la tendance ne semble pas être à la diminution de peine.

Toutefois semblent se dessiner des pratiques contrastées, selon les magistrats, selon les cas, voire selon la dangerosité présumée de certains criminels. Les 23 entretiens de juges d'instruction réalisés nous permettent ici de

⁹³ Jusqu'à la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions, la juridiction de jugement était libre de définir le régime de la peine, en fonction de cette circonstance. Cette loi a consacré le principe d'atténuation de la peine prononcée en cas d'altération du discernement. Le maximum légal est désormais réduit d'un tiers en matière correctionnel et en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, ramenée à trente années. Les exceptions sont possibles, mais doivent être motivées. Il n'existe à ce jour pas d'évaluation de cette nouvelle disposition.

distinguer deux manières d'interpréter la procédure, lesquelles s'articulent à deux positions très différentes sur les relations que devraient avoir justice et psychiatrie. Si certains magistrats manifestent une certaine confiance envers la psychiatrie, qui aura la charge des personnes irresponsabilisées, les autres entourent au contraire la déclaration d'irresponsabilité de précautions spécifiques car elle soulève, selon eux, un enjeu majeur de sécurité publique.

III. Regards de juges d'instruction sur l'irresponsabilité pénale

1. L'irresponsabilité pénale : un domaine réservé de la psychiatrie

Pour une bonne moitié des magistrats interrogés (environ 13 sur 23), la décision d'irresponsabilité ne nécessite pas systématiquement de contre-expertise, et doit être prise au moment de l'instruction. Les arguments avancés par ces magistrats pour justifier des pratiques plutôt favorables au principe d'irresponsabilité témoignent d'une volonté de résister à une demande de sécurité jugée excessive à l'égard de la justice mais également de s'opposer à la tendance contemporaine à l'incarcération des personnes présentant de graves troubles psychiatriques.

À chacun son métier : assumer ses responsabilités sans empiéter sur celles des autres

Le juge d'instruction est, par définition, chargé d'instruire une affaire et de constituer un dossier complet qu'il pourra renvoyer devant une cour de justice ou conclure par une ordonnance d'irresponsabilité. Quelques magistrats considèrent par conséquent que le devenir des dossiers instruits – et des personnes concernées – ne relève plus de leur responsabilité :

Non, non puisqu'on dit... Non, puisqu'on part du principe qu'il est irresponsable, donc on peut pas lui imputer une infraction, qu'il ne relève pas d'une sanction, il relève pas du pénal, s'il relève du médical, chacun son boulot. S'il relève que du médical, il faut le soigner. Après, moi ça fait partie... C'est la conséquence de ce grand principe du droit pénal général, que l'intention criminelle c'est un élément constitutif de l'infraction. (...) Donc, il faut que la personne qui commette l'infraction, elle ait une volonté libre de commettre cette infraction, qu'elle ait été lucide, qu'elle ait une espèce d'intelligence lucide de commettre l'infraction. »

Etienne Winter, 30-40 ans, 3 ans d'expérience (entretien 2008)

Le juge d'instruction a donc pour mission exclusive d'instruire l'affaire en l'état actuel du droit et doit donc appliquer le principe d'irresponsabilité s'il constitue la réponse la plus juste. Si cela ne relève pas de sa mission, le juge d'instruction n'a en outre pas la possibilité matérielle de vérifier systématiquement ce que deviennent les personnes mises en examen :

« Moi, le jour où je rends une ordonnance de non-lieu parce que la personne est irresponsable, on s'arrange évidemment avec la préfecture, le bureau de la santé mentale pour que ça corresponde à un arrêté d'hospitalisation d'office, et c'est fini, pour moi, après. J'allais dire c'est le jeu des institutions et de la législation, il est irresponsable, il est irresponsable. Après qu'il reste 15 jours ou 15 ans dans un hôpital, quel que soit la structure de l'hôpital, ça ne relève plus de ma compétence. (...) Et pour tout vous dire, on n'est pas au courant (de ce que deviennent les justiciables). Et même, pour tout vous dire, je ne suis pas au courant des décisions qui sont rendues sur mes dossiers, devant la Cour d'Assises ou le tribunal correctionnel. Si, la Cour d'Assises, je sais parce que, quand je sais que mes dossiers passent devant la Cour d'Assises, je vais toujours jeter un petit coup d'œil, mais sinon on ne sait pas ce que ça devient. Ou alors les avocats viennent vous le dire, ou la personne, qui était au Parquet, nous informe du résultat. »
Mathieu Haber, 40-50 ans, 10 ans d'expérience (entretien 2008)

Pour ces deux magistrats, un travail bien fait consiste à « bien remplir sa mission ». Si leur propos paraît tautologique, il traduit en réalité une certaine résistance à l'air du temps : se contenter de bien faire son travail est difficile, lorsque le juge est soumis à une pression sociale qui l'invite à prendre en considération la question de la sécurité publique.

Résister à la tendance sécuritaire

Face à une demande croissante de responsabilisation, le juge d'instruction doit parfois se faire le défenseur de la lettre de la loi.

« Parce qu'on sent une certaine pression de la victime autour de la justice quoi ?
- C'est le moins qu'on puisse dire...
- Donc je me demande si c'est pas un peu inconfortable quand on est face à un crime ?
- Alors ça, c'est on ne peut plus inconfortable, parce qu'il y a pas que les parties civiles, y'a les avocats, y'a tout le monde, c'est infernal, mais c'est le cadre juridique, c'est comme ça... Non, je pense qu'il faut essayer de garder une certaine objectivité. Peut-être qu'on prendra plus de précautions sur la qualité de l'expert qu'on va nommer, si on a des faits très graves, évidemment... Mais ceci étant, si on nous dit sur des faits pas très graves ou très graves qu'il y a un 122.1, de toutes façons, ça se conclut sur une déclaration d'irresponsabilité ! »
Didier Emery, 40-50 ans, 5 ans d'expérience

Pour Didier Emery, le « principe d'irresponsabilité » constitue la base du droit pénal. Il estime ainsi que face à des expertises concluant majoritairement à l'abolition du discernement, le juge d'instruction ne doit pas « botter en touche », c'est-à-dire renvoyer l'affaire, mais assumer la décision d'irresponsabilité, même si elle soulève la colère des parties civiles. Véronique Noble estime elle aussi que la décision d'user de l'article 122.1 alinéa 1 relève des responsabilités du juge d'instruction :

« Alors c'est vrai qu'il y a une certaine tendance chez les magistrats de l'instruction : le tribunal, la cour d'assises se débrouillera. Le mec est dangereux, je ne prends pas la responsabilité de le sortir de détention provisoire et le tribunal tranchera. C'est ça le passage à la dangerosité. C'est une tendance globale à se décharger de sa propre responsabilité. Mais on est une juridiction, c'est pas normal. La question de la responsabilité c'est à nous de la trancher. Après il faut suivre ce qui se passe, moi quand

j'ai un cas d'irresponsabilité je mobilise d'emblée le préfet, je l'appelle une fois, deux fois, trois fois, parfois c'est pas facile, mais je m'assure qu'il soit bien interné. Après c'est au secteur de s'en occuper. (...) Là je crois que c'est 'chacun son boulot'. C'est comme la loi pour la rétention de sûreté maintenant ce sera au magistrat de décider de l'internement et de sa sortie. Non mais là c'est une honte ! Il faut pas tout mélanger. Mais les collègues ils ont peur que ça leur retombe dessus si le mec ressort et qu'il arrive un truc grave. Mais il faut prendre ses responsabilités »

Véronique Noble, 40-50 ans, 12 ans d'expérience (entretien 2008)

Comme elle, Véronique Grangé considère que même dans les cas les moins évidents, dans lesquels les expertises sont contradictoires, c'est au juge d'instruction de trancher la question de la responsabilité. Un renvoi devant la cour d'Assises serait même, selon Mathieu Haber, une pratique peu responsable :

« Et à l'inverse, pour pas mal connaître la Cour d'Assises, je vois pas pourquoi je ferais peser la responsabilité d'arbitrer à 12 personnes, dont 9 citoyens qui n'y connaissent pas forcément grand-chose. Il y a un expert qui va leur dire blanc, il y a un expert qui va leur dire noir, ça va peut-être dépendre de la capacité de l'expert à défendre son point de vue. Vu les conséquences quand même, parce que si on dit blanc, il est acquitté, si on dit noir, non seulement il n'est pas acquitté mais il risque de s'en prendre plus parce qu'il va être jugé dangereux. Non, à ce moment-là, on prend le temps d'avoir une troisième expertise. En général d'ailleurs, tout le monde est d'accord pour qu'il y en ait une troisième. Après la question... Là, en général, je prends une collégialité (*i.e. deux experts*). »

Mathieu Haber, 40-50 ans, 10 ans d'expérience (entretien 2008)

Mathieu Haber estime que le juge d'instruction sera plus à même de prendre une décision plus juste qu'un jury d'assises concernant la responsabilité. Il prend par ailleurs en considération le risque – voire l'injustice – de voir une personne condamnée à une peine plus lourde en raison du caractère supposément dangereux de ses troubles psychiatriques. Il justifie donc sa pratique par la volonté de ne pas laisser la justice instrumentalisée par des considérations extra-juridiques. Odile Ciarabelli estime ainsi que la justice doit résister aux demandes exogènes :

« Quand on est victime et partie civile, on a évidemment des droits et le droit d'être respecté par la justice pénale et d'être pris en compte par la justice pénale. Mais la procédure pénale et le jugement, même si on sait bien que ça a une importance pour les victimes de faits graves, je suis évidemment consciente de ça, néanmoins ce fait-là, la procédure pénale n'est pas un mode thérapeutique de travail de deuil pour les victimes. Et, il ne me semble pas non plus, que le jugement puisse représenter... A partir du moment où on a un diagnostic d'irresponsabilité pénale, (...) il ne me semble pas que le jugement puisse faire partie d'un processus de soin ou d'un processus thérapeutique. Il me semble qu'il faut que les champs soient distincts. En tout cas dans ma pratique personnelle, il me semble que les choses relèvent de champs distincts et que la confusion des champs entraîne une confusion des rôles néfaste et qui peut être grave. »

Odile Ciarabelli, 40-50 ans, 8 ans d'expérience (entretien 2008)

Pour Odile Ciarabelli, la justice laisse une place croissante aux victimes, ou plus exactement à l'idée qu'il faut nécessairement juger voire punir un responsable pour aider les victimes à tourner la page. Les magistrats rencontrés en 2014-2015 et proches de cette position considèrent d'ailleurs que la réforme

de l'irresponsabilité pénale en 2008 et la possibilité introduite par la loi d'une audience devant la chambre de l'instruction va dans le mauvais sens :

« La saisine de la chambre de l'instruction, ça s'inscrit dans l'histoire du 'ouais mais quand même il est coupable et ça va faire du bien aux victimes'. Donc si le procureur demande, je n'ai pas le choix. Pareil pour la partie civile. Moi je dis toujours aux victimes et notamment aux victimes de crimes de sang, quand la personne est complètement déglinguée, quand je notifie les expertises, je leur dis, vous pouvez demander... mais moi je pense que c'est pas une bonne solution... parce que c'est terrible, les gens ils comparaissent, alors certes y'a une décision judiciaire qui leur dit 'oui, il est coupable des faits'. Très bien mais ils le savent, c'est reconnu ! 122.1 c'est pas une reconnaissance de non-culpabilité, enfin si, mais ça veut pas dire qu'il a pas fait les faits ! Donc c'est ce que je leur dis... il a commis ces faits là, mais il était pas en pleine possession de ses moyens, et il va délirer à l'audience... »

Didier Emery, 40-50 ans, 5 ans d'expérience

Il s'agit pour le juge d'instruction de résister à la tentation d'interpréter la loi dans un sens sécuritaire pour éviter de mettre sa propre responsabilité professionnelle en cause.

Un travail pédagogique autour de l'irresponsabilité pénale

Lucas Petiot tente lui aussi d'éviter que les parties civiles ne demandent systématiquement une audience devant la chambre de l'instruction. Il considère en effet que le juge d'instruction a le devoir de faire un travail pédagogique auprès des parties civiles :

« Moi je reçois les gens, je leur dis très franchement... Voilà, ça va vous sembler dégueulasse, mais c'est comme ça, il a tué un proche à vous, vous trouvez ça scandaleux, vous avez sûrement envie de lui faire la peau... Mais comme n'importe qui... qui serait concerné par la mort violente d'un proche, c'est si je l'ai sous la main, je l'étripe, bon ben juge ou pas juge, on a tous la même réaction, c'est humain. Après on réfléchit, la justice a fait son job, mais ça va pas aller au bout... Vous vous dites, c'est injuste, mais bon, voilà, c'est la loi... »

Lucas Petiot, 30-40 ans, 4 ans d'expérience

De même, Odile Ciarabelli considère que le juge d'instruction doit expliquer la procédure aux parties civiles dans un objectif de pacification sociale. Pour elle, l'irresponsabilité pénale n'est pas seulement une réponse légale, mais également une réponse qui peut être plus légitime :

« Finalement l'irresponsabilité ou la pathologie psychiatrique est aussi une réponse parfois plus acceptable, en tout cas plus compréhensible, à un acte particulièrement barbare, si on peut lier cet acte barbare à l'étiquette – je vais parler rapidement – mais de folie, ça a quelque chose d'au moins acceptable par tous. »

Odile Ciarabelli, 40-50 ans, 8 ans d'expérience (entretien 2008)

Selon ces magistrats, l'irresponsabilité pénale doit donc faire l'objet d'un travail pédagogique particulier afin de déconstruire la tentation de la vengeance et expliquer qu'une décision d'irresponsabilité peut être plus juste qu'une condamnation pénale. L'argument prend ici un tour moral : ces magistrats

considèrent que la place des infracteurs présentant de graves troubles mentaux n'est pas en prison.

Éviter l'incarcération des plus malades

La défense du principe d'irresponsabilité vise aussi à éviter l'incarcération de personnes dont l'état se révélera incompatible avec la prison. Ainsi Béatrice Dupuis définit d'emblée le principe de l'irresponsabilité pénale, auquel elle se dit « attachée » comme « le dernier garde-fou pour éviter qu'on incarcère les malades mentaux ».

Plusieurs magistrats regrettent de voir diminuer le nombre de déclarations d'irresponsabilité et augmenter, en revanche, le recours à la notion d'altération du discernement qui conduit à l'incarcération de personnes présentant d'importants troubles mentaux. Ainsi Julie Manoukian reconnaît la nécessité d'enfermer les personnes malades les plus dangereuses, mais estime que leur place ne peut être en prison. De même Véronique Grangé estime que pour ces personnes « entre deux » concernées par l'altération du discernement, la prison n'est pas une « solution satisfaisante ». En effet, elle considère comme Véronique Noble que la prison ne constitue pas un environnement adapté à des personnes présentant de graves troubles psychiatriques :

« Moi mon boulot c'est de m'assurer que si le type est fou il ne croupisse pas en prison. Non mais je vous jure parce que ces types là c'est ingérable en prison. Les paranoïaques par exemple, ils sont insupportables avec les surveillants, très souvent il leur faut une cellule individuelle. J'en ai un en ce moment à la Santé ils n'en peuvent plus ! Non, après c'est le boulot du secteur. »

Véronique Noble, 40-50 ans, 12 ans d'expérience

Ces magistrats n'ignorent pas le reproche souvent fait à l'encontre de la psychiatrie publique, qui n'aurait, selon l'opinion commune, plus les moyens d'accueillir les personnes reconnues irresponsables pénalement. Cependant, ils estiment que cette situation ne saurait conduire à des incarcérations par défaut.

En revanche pour avoir été juge d'application des peines à XX, la psychiatrie a énormément de mal à prendre en charge, en termes d'hospitalisation d'office etc., les personnes qui souffrent de pathologies mentales... Et donc, il y a quand même un nombre de cas psychiatriques qui sont en détention, en dehors de toute cause d'irresponsabilité, en général ! Mais un certain nombre de ces personnes n'ont rien à faire en prison. Elles devraient être prises en charge dans le cadre d'un aménagement de peine en psychiatrie, mais, il n'y a pas d'aménagement de peine en psychiatrie, ou à de très rares cas.

Béatrice Dupuis, 40-50 ans, 4 ans d'expérience

Comme Béatrice Dupuis, Catherine Mineaud estime que l'enfermement carcéral peut aggraver les situations psychiatriques, et estime que la psychiatrie devrait avoir plus de moyens pour accueillir les personnes qui n'ont pas leur place en prison. Elle juge qu'il serait nécessaire d'augmenter les ressources en amont, pour améliorer le travail de prévention et anticiper la dégradation des

troubles psychiatriques qui peut amener certaines personnes à commettre des infractions pénales :

« Je pense que l'hôpital n'est pas à la hauteur, il peut pas ! Il faut des hôpitaux un peu plus encadrés, qu'il y ait plus de lieux dans lesquels il y a de la psychiatrie, plus de travail qui soit fait en amont. [...]. Je vois, dans cette affaire Y (*un homme poursuivi pour violences sur autrui dans la rue*), la mère, elle avait tout de suite vu qu'il rentrait dans une phase difficile. Elle avait téléphoné : 'prenez-le, gardez-le'. Elle avait téléphoné au CMPP : 'mais gardez-le', 'ah mais, non, Madame, c'est pas possible !'. »

Catherine Mineaud, 50-60 ans, 15 ans d'expérience (entretien 2008)

Néanmoins, si les ressources de la psychiatrie sont jugées insuffisantes par ces magistrats, ils tendent à faire confiance aux psychiatres qui « font ce qu'ils peuvent, comme nous » (Carole Fragonard). Ainsi, Odile Ciarabelli revient sur une affaire qui l'a inquiétée : une femme déclarée irresponsable après une tentative d'homicide sur ses enfants a été hospitalisée, mais la magistrate apprend un an plus tard que la femme est sortie de l'hôpital. Elle commence par s'en inquiéter, avant de se rappeler que la logique judiciaire n'est pas la même que la logique médicale :

« En essayant de raisonner et aussi en lien avec ce que je vous ai dit, si on est dans des champs, si on considère le champ pénal avec les réponses, et la réponse était 'irresponsabilité pour cause de maladie'. Après, on rentre dans le champ psychiatrique avec un psychiatre qui dit : 'cette dame a évolué, elle n'a plus besoin de soin en milieu hospitalier fermé et elle peut être suivie en ambulatoire', c'est évidemment pas l'arrêt des soins, mais elle peut être suivie selon d'autres modalités, après en raisonnant, je me suis dit : du coup, moi j'ai pas d'avis, enfin je n'ai pas à avoir d'avis là-dessus. »

Odile Ciarabelli, 40-50 ans, 8 ans d'expérience (entretien 2008)

Odile Ciarabelli est d'accord avec Mathias Haber pour considérer que la réponse pénale ne pourrait constituer une réponse alternative satisfaisante :

« Oui, mais au nom de quoi, le fait qu'il reste dans l'institution judiciaire va mieux protéger la société que s'il va dans l'institution hospitalière ? Si après, il y a un problème dans l'institution hospitalière, oui, pourquoi pas en discuter, mais ça relève du débat citoyen, ça relève du législateur. Je vois pas pourquoi, cette prétention qu'on aurait, nous, à mieux protéger les individus. Quand on voit l'état des gens qui sortent de prison, je n'ai pas vraiment l'impression qu'on ait des leçons à donner en matière de récidive. »

Mathieu Haber, 40-50 ans, 10 ans d'expérience

Pour ces magistrats, il est donc nécessaire de maintenir une distinction forte entre la voie pénale et la voie médicale, qui doit cependant être mieux dotée pour pouvoir accueillir de façon satisfaisante les personnes déclarées irresponsables.

2. L'irresponsabilité pénale : un enjeu de sécurité publique

À l'inverse, les magistrats dont les pratiques semblent plutôt contribuer à diminuer la probabilité de voir déclarée l'irresponsabilité considèrent que ce principe du droit pénal soulève aujourd'hui un enjeu de sécurité publique : ces juges d'instruction témoignent d'une méfiance importante à l'égard de

l'institution psychiatrique et de sa capacité à protéger la société. Ils plaident pour une meilleure surveillance des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux et une certaine « dangerosité ».

Faible confiance envers la psychiatrie

Alors que les magistrats militant en faveur du principe d'irresponsabilité estimaient qu'il fallait faire confiance à la psychiatrie, tenue pour responsable du sort des personnes concernées par l'article 122.1 alinéa 1, ces magistrats insistent au contraire sur les lacunes du système de prise en charge psychiatrique. Celles-là sont la conséquence d'une politique de désinstitutionnalisation à marche forcée, qui aurait privé les hôpitaux de leur capacité à prendre en charge les patients les plus dangereux et les plus précaires :

« Ben ça dépend... en HP il finira aussi par sortir... parce que dans les années 70 quand ils ont commencé à fermer des trucs... aujourd'hui dans les prisons, y'a des mecs qui relèvent de la psychiatrie, soyons clairs hein ! (...) Et c'est pas étonnant, en fermant tous les services de chroniques... et puis les psychiatres ils veulent pas trop se mouiller... Le parapluie il est bien ouvert quoi... Donc vous les gardez plus ces mecs qui sont dangereux... On a fait ce choix financier... on a fermé les lits de psychiatrie, c'était une politique de court terme, ça a mis sur le tapis des gars qu'on met en détention. En plus je suis pas sûre qu'ils aient leur place... dans un établissement pénitentiaire... Et inversement, je trouve que les détenus de droit commun qui sont pas forcément très malins, qui ont peut être un pois chiche dans la tête mais qui sont pas malades psychologiquement ni psychiatriquement parlant... Ben qu'ils aient à supporter... Vous allez vous balader dans la rue, y'a des types agressifs, mais ceux là avant ils étaient dans les chroniques. Eh ben c'est qu'ils sont pas tout à fait dangereux s'ils sont pris en charge, soignés, s'ils ont de quoi manger, mais s'ils sont sous les ponts... Voilà, c'est tout... »

Valérie Lemaitre, 50-60 ans, 5 ans d'expérience

L'ouverture de l'hôpital psychiatrique aurait ainsi contribué à relâcher les mailles du filet de l'asile, qui permettait de maintenir sous surveillance des individus à la frontière de la maladie psychiatrique et du comportement transgressif. Les transformations de la psychiatrie contribueraient ainsi à poser la question du sort des justiciables dangereux. Ces magistrats estiment de façon unanime que la « psychiatrie laisse ressortir les gens trop vite » (Olivier Creil) :

« Parce que vous avez l'impression qu'on ressort plus facilement de l'hôpital psychiatrique ?

- Ah bah c'est pas juste une impression !

- Votre expérience de JLD (juge des libertés et de la détention), elle vous a appris des choses là dessus ?

- Non pas de JLD... c'est plus au parquet, parce que très souvent comme je vous le disais, des gardes à vues étaient levées parce qu'il était incompatible ou partiellement incompatible euh... et du coup, on se disait, dès qu'il sort, parce que parfois y'avait une certaine dangerosité, ou un risque de passage à l'acte à nouveau, on se disait bon dès qu'il sort on va essayer de maintenir le lien avec l'hôpital pour savoir quand la personne allait sortir, il était très rare que les médecins nous préviennent, en général, on l'apprend plusieurs jours après, le service enquêteur et le parquet, et on apprenait que la personne

était ressortie quand il y avait eu de nouveaux faits quoi... alors qu'on insistait sur le fait de nous prévenir, pour qu'on fasse une reprise de garde à vue, qu'on essaie de le faire éventuellement expertiser, présenter à un juge d'instruction pour avoir une expertise plus complète, et c'était très rare qu'on soit informé, parce que comme je vous disais, s'il y a un trouble de manière ponctuelle, quand ils sont traités, les troubles disparaissent, donc y'a plus de raisons de les maintenir en hospitalisation s'ils ont plus de troubles... »

Geneviève Blériot, 40-50 ans, 4 ans d'expérience

Comme pour Geneviève Blériot, c'est souvent l'expérience de magistrat du parquet qui donne aux juges le sentiment d'une psychiatrie trop ouverte, qui ne peut plus assurer la protection de la société. Ainsi, Lucie Marignan, qui vient de prendre des fonctions de juge d'instruction après plusieurs années passées au parquet, explique qu'elle a vu de nombreux patients de psychiatrie condamnés régulièrement pour de petits délits en comparution immédiate. Si elle estime que la prison n'est pas la meilleure des solutions, elle pense en revanche que la porosité des murs de l'hôpital psychiatrique ne peut être d'un grand secours face aux malades mentaux dangereux. Certains magistrats, comme Solange Archet considèrent en outre qu'on prête trop de pouvoir à la psychiatrie qui peine à apporter une réponse satisfaisante à certaines pathologies. Pour elle, la psychiatrie « en est à ses balbutiements », elle ne « sait pas traiter la folie » et a simplement remplacé la « camisole de force par une camisole chimique ».

Ces magistrats ont donc un discours critique à l'égard de la prise en charge psychiatrique et semblent réticents à l'idée de confier le sort des justiciables, qu'ils estiment dangereux, à une médecine dont ils ne reconnaissent pas toujours les compétences.

Pour une justice plus attentive aux victimes

Cette inquiétude face aux limites de la psychiatrie témoigne du souci de ces magistrats de s'assurer que les justiciables les plus dangereux sont mis hors d'état de nuire. Elle rejoint donc une préoccupation pour les victimes potentielles qui s'inscrit dans une logique de prévention des risques de récidive. Contrairement aux magistrats plus favorables au principe d'irresponsabilité, ces juges considèrent en somme que leur mission ne s'arrête pas au moment de boucler l'instruction d'une affaire, mais doit également anticiper l'avenir, de façon à pallier aux dysfonctionnements de la psychiatrie.

« Et le nombre de personnes qui sont limites – limites et qui sont absolument pas pris en charge. Et on les voit parce que, malheureusement, on les voit et on les voit et on les voit. Et on les voit sombrer quoi, avec des actes de plus en plus graves, des actes de plus en plus violents, alors autant pour eux que pour les autres. Et on voit que la psychiatrie ne fait rien.

- *Et dans ces moments-là, vous vous sentez vraiment une responsabilité par rapport à la victime ?*

- Ben oui, bien sûr, aux victimes, à la société, vous vous dites : je remets dans la vie de tout à chacun un danger public qui peut à tout moment tuer quelqu'un. Et on est aussi citoyen, on a des enfants, on a des parents, on a des frères, on a des sœurs et il y a un

moment où on se dit : mais si c'est mon gamin ou mon frère ou ma sœur ou mes parents qui tombent sur un type comme ça, mais attendez.

- *Est-ce que, dans ce cas-là, la nature de l'acte compte ?*

- Bien sûr, bien sûr. Si c'est quelqu'un qui, par exemple, ne commet que des actes d'atteinte aux biens, mais c'est quand ça devient des atteintes aux personnes. Ben oui, il y a quand même une échelle. Une atteinte aux biens, on se dit : bon, il faut quand même qu'il comprenne, qu'il soit sanctionné, mais ça n'est qu'une atteinte aux biens. Il y a quand même une échelle. En revanche, quand ça devient des atteintes aux personnes de plus en plus violentes, de plus en plus graves, on se dit : il faut que ça s'arrête. Parce qu'une atteinte aux biens est toujours réparable, une atteinte aux personnes c'est impossible. »

Aude Kersauson, 40-50 ans, 10 ans d'expérience

Face aux échecs de la psychiatrie, la justice ne peut pas se contenter de juger mais doit, selon Aude Kersauson, se préoccuper du sort des justiciables une fois le jugement rendu. Comme elle, Valérie Lemaitre explique clairement qu'elle prend en considération la « dangerosité sociale » des personnes mises en examen, qu'elle préférera renvoyer devant une cour de justice « ne serait-ce que pour les victimes ». La dangerosité est déterminante pour ces magistrats :

« Alors forcément, plus c'est grave, plus on va s'entourer de précaution, c'est ce qui fait d'ailleurs qu'il y a très peu de 122.1 pour les faits les plus graves, c'est que... en cherchant bien on trouve toujours un expert qui va dire qu'il y a peut-être un peu de responsabilité, alors que si c'était moins grave on aurait dit ben ok, il est irresponsable. Mais... donc oui, plus c'est grave, plus on va chercher la responsabilité. »

Olivier Creil, 30-40 ans, 2 ans d'expérience

Pour ces magistrats, l'irresponsabilité pénale est perçue comme une décision pénale qui ne répond pas aux attentes des parties civiles. Ils estiment d'ailleurs que les dernières évolutions législatives ont permis d'améliorer la situation, en donnant aux parties civiles une plus grande place dans la procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité : la loi du 25 février 2008 donne en effet à la partie civile la possibilité de demander une audience publique et contradictoire devant la chambre de l'instruction, au cours de laquelle la personne mise en examen peut être interrogée, les témoins et les experts entendus, et un débat sur la matérialité des faits commis organisé. La partie civile peut en outre demander le renvoi de l'affaire devant le tribunal correctionnel pour qu'il se prononce sur la responsabilité civile de la personne et statue sur les demandes de dommages et intérêts⁹⁴. Malgré ces modifications du code de procédure pénale qui permettent selon eux de mieux accueillir les parties civiles, ces magistrats ont

⁹⁴ Cette loi ne constitue cependant pas une rupture avec la procédure habituelle. Elle est en réalité le résultat de plusieurs réformes successives : dès 1995 (article 199-1 du code de procédure pénale), la partie civile peut demander un examen de la chambre de l'instruction lors d'une séance publique ; à partir de 2000 (article 349-1 du code de procédure pénale), l'examen de l'irresponsabilité est distinct de celui de l'imputabilité ; en 2004 (article 177 du code de procédure pénale), la justice doit préciser dans le cas d'une ordonnance de non-lieu s'il existe des charges suffisantes établissant que la personne mise en examen a bien commis les faits reprochés. (Sénat, 2010).

cependant tendance à considérer que la déclaration d'irresponsabilité pénale n'est pas la meilleure solution pour protéger la société des plus « dangereux ».

Neutraliser les plus « dangereux »

La question de la dangerosité, qui semblait secondaire pour les magistrats favorables au principe d'irresponsabilité est au contraire centrale pour ce second groupe : c'est justement cette préoccupation pour la dangerosité qui amène ces juges à trouver l'irresponsabilité pénale problématique.

Garder les personnes reconnues irresponsables sous main de justice

Cela ne signifie pas que ces magistrats excluent complètement la possibilité de rendre une ordonnance d'irresponsabilité pénale. Néanmoins, ils s'assureront, dans le cas où le justiciable concerné présente un risque particulier de récidive, que la psychiatrie a bien pris en considération cette dangerosité :

« Et puis ceux qui ont déjà des antécédents en matière criminelle notamment... où on a des personnes qu'on retrouve, qui ont déjà tué... moi j'ai déjà eu un bonhomme qui avait déjà tué trois fois ! Je me suis battu, il a été envoyé à Cadillac !

- Ah à Cadillac ?

- C'est rare, mais... voilà, il a été jugé irresponsable. Il avait une liste de 69 personnes à tuer.

- Oh, il a été diagnostiqué comment par les experts ? Schizophrène paranoïaque ?

- Ah oui oui, tout à fait ! Mais moi je me suis battu pour qu'il aille à Cadillac et pas dans un hôpital psychiatrique pour qu'on le relâche assez rapidement comme ça avait été fait auparavant... C'était assez affreux, il avait tué son ancienne femme parce qu'elle l'avait trompé, avec son amant, les avait fait aligner contre le mur et les avait fusillés en fait... et il avait été libéré... il travaillait dans un cirque, il fait la connaissance d'une fleuriste, qui le trompe à nouveau... Il a mis le feu à la Cathédrale de XX, donc y'a aussi le côté incendiaire qui est assez intéressant, et il songe qu'en définitive, sa mère avait dû tromper son père, il part du sud de la France, il va la revoir dans les Yvelines, et là, la mère toute contente de le revoir, il dit : c'est vrai que tu as trompé papa ? Qui était mort depuis un bon bout de temps... "Ben oui". "Bon ben je reviens demain". Et le lendemain, la mère achète des petits gâteaux et tout le bazar, il arrive, il la tue et il jette deux pièces et puis sa carte bancaire, il loue une voiture, et heureusement on l'a arrêté à temps parce qu'il était parti pour aller tuer... sa deuxième femme... alors ça... Et en plus... il avait un nom... à connotation religieuse, il était né le jour de la fête des saints innocents et en plus il était né dans une ville à connotation religieuse... et puis fallait voir le courrier qu'il m'envoyait, avec des bombes, des trucs comme ça, bon c'est... là c'est véritablement un cas... Bon ben...

- Et ce type là, irresponsabilité psychiatrique ?

- Totale !

- Et les experts étaient d'accord ?

- Ah oui !

- Y'a eu combien d'expertises sur ce Monsieur ?

- J'ai peut être été directement... quand même avec des personnes assez pointues... et puis en plus il y avait d'autres expertises dans son dossier, donc là, y'a pas eu de problème, ça a été au niveau de l'instruction... mais je me suis battu pour qu'il aille à Cadillac ! »

Patrice Messier, 50-60 ans, plus de 30 ans d'expérience

Dans cet extrait d'entretien, Patrice Messier explique qu'il a pesé sur la préfecture et sur la psychiatrie pour obtenir le placement de la personne déclarée irresponsable, dans l'unité pour malades difficiles de Cadillac, en espérant ainsi le placer pour longtemps hors d'état de nuire. Sans doute sa longue expérience de juge d'instruction et sa bonne connaissance des rouages du système lui permet-elle ainsi d'influencer les acteurs chargés de la prise en charge des personnes déclarées irresponsables. Pour des magistrats moins expérimentés au poste de juge d'instruction, le soutien de la chambre de l'instruction est accueilli avec soulagement :

« Si une personne était très dangereuse, et que l'expert prononce l'abolition ?

- Bah ouais mais là on transmet le dossier en même temps que de le non-lieu à la chambre de l'instruction... qui décide d'ordonner des mesures de contraintes pour que la personne ne soit plus dangereuse pour la société... personnellement ça me poserait beaucoup plus de cas de conscience si je savais que le non-lieu impliquait automatiquement la libération de la personne et le fait de la remettre dans la nature, ou soumise à des soins psychiatriques dont on sait que... à l'hôpital les trois quarts du temps quand les gens sont sous traitement, même les schizophrènes, hein, sont stabilisés... donc petit à petit, ils ne présentent plus de pathologie parce qu'ils ont un traitement, on les remet dehors et à partir du moment où on les remet dehors, ça recommence quoi...

- La chambre d'instruction vous tranquillise sur cette question là quoi ?

- C'est ça... »

Geneviève Blériot, 40-50 ans, 4 ans d'expérience

Alors que Patrice Messier semblait fier d'avoir tranché une affaire délicate au niveau d'instruction et décidé directement avec les acteurs compétents des conditions de la prise en charge, Geneviève Blériot semble moins soucieuse de défendre son autonomie de juge d'instruction. Elle pense au contraire que la collégialité de la chambre de l'instruction lui permet de ne pas prendre seule la responsabilité de prononcer un article 122.1 alinéa 1. Les deux magistrats tombent cependant d'accord sur le fait que la justice doit garder un œil sur les personnes irresponsabilisées particulièrement dangereuses. Comme Solange Archer, qui estimait en 2008 qu'il serait nécessaire de mettre en place une « politique de signalement pour les personnes qui rompraient leur traitement ou ne se rendraient pas aux consultations », ces juges estiment que des mesures de sûreté sont nécessaires pour pallier aux limites de la psychiatrie. Ils accueillent favorablement les nouvelles dispositions de la loi de 2008⁹⁵. Certains juges estiment en revanche que celles-ci ne sont pas suffisantes ; pour ces magistrats, la prison devient dès lors une solution par défaut pour s'assurer que les personnes sont placées hors d'état de nuire.

⁹⁵ Avec la loi du 25 février 2008, la justice peut prononcer à l'encontre d'une personne reconnue irresponsable une ou plusieurs mesures de sûreté, pour une durée maximale de dix ans en matière correctionnelle et de vingt ans en matière criminelle (interdiction d'entrer en relation avec la victime, de paraître dans certains lieux, de détenir ou porter une arme, d'exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles, par exemple). Certains magistrats hostiles à ces mesures de sûreté posent la question des moyens mis à disposition pour le contrôle de celles-ci.

La prison à défaut d'institution plus adéquate ?

Parmi les magistrats rencontrés, quatre juges expliquent ouvertement qu'ils considèrent la prison comme une option plus adéquate pour les auteurs d'infraction présentant des troubles psychiatriques graves et un risque de récidive important.

« On a l'impression – je sais pas si mes collègues juges d'instruction vous le diront – mais on a l'impression que s'il va en hôpital psychiatrique, on va le retrouver dans la rue d'ici quelque temps. Parce que ce qui dépend de l'Assistance publique, on domine pas du tout, alors qu'en détention, on a un contrôle. Ceci étant, l'administration pénitentiaire nous en veut beaucoup de lui adresser, soit en tant que juge d'instruction, soit en tant que juge correctionnel, de leur envoyer des personnes qui n'ont pas leur tête et qui posent des problèmes, en détention, énormes. (Mais) quand on plaide à longueur de journée : 'la prison ne le rendra pas meilleur, il risque de ressortir pire'. Ok, mais pendant qu'il sera en taule, dehors, on respire. Et puis quelquefois, quand j'étais moi-même au Parquet, je disais : 'je regrette, sa place est en prison, elle n'est pas dehors, c'est pas possible. Tant qu'il est ce qu'il est, après il change ou il change pas, on sait pas comment d'ailleurs, mais sa place est en prison'. »

Lara Bahloul, 40-50 ans, 3 ans d'expérience

Lara Bahloul a bien conscience, comme tous les magistrats, que la prison n'est pas nécessairement bien adaptée à l'accueil de personnes présentant des troubles psychiatriques graves. Néanmoins, elle estime, comme certains de ses collègues, qu'un placement en détention permet à la justice de garder un contrôle sur ces personnes qu'il est nécessaire de mettre hors d'état de nuire :

« Bon, parce que moi y'a aussi l'aspect dangereux... Voilà, entre un type qui tue sa femme... l'exemple énorme, le type qui tue sa femme, parce qu'elle lui a emmerdé sa vie, bon, lui il va pas retuer après ! Un type qui va prendre des gamins à la sortie de l'école... J'en ai rien à foutre de savoir machin, je vais le déclarer coupable et puis je vais l'envoyer pour être sûre qu'il bougera plus... Donc moi c'est globalement mon approche, quelqu'un qui est pas dangereux, quelqu'un qui a un boulot, quelqu'un... voilà... quelqu'un de dangereux pour la personne... Voilà !

- Alors quelqu'un comme ça, vous avez plus de mal à rendre une irresponsabilité ?

- Moi voilà, ce que je veux c'est qu'il sorte du circuit s'il est dangereux, voilà. Donc ce sera la meilleure solution pour qu'il soit bien neutralisé...

- Alors prison ou HP ?

- Je me dis prison c'est pas mal parce que les vrais dangereux, ils sont dans des prisons hôpitaux psychiatriques, y'en a deux trois comme ça... vous voyez...

- Donc plutôt irresponsable de ses actes ?

- Non, responsable, il va en détention, mais il est détenu en psychiatrie... »

Valérie Lemaitre, 50-60 ans, 5 ans d'expérience

Pour Valérie Lemaitre, la justice doit prendre en compte la question de la dangerosité : si celle-ci est saillante, alors une condamnation à une peine de prison ferme est nécessaire. Elle pourra d'ailleurs se dérouler dans une structure psychiatrique – Valérie Lemaitre pense ici aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), créées officiellement pour donner aux personnes détenues un meilleur accès aux soins psychiatriques. Son raisonnement illustre la façon

dont les UHSA peuvent cautionner, aux yeux des magistrats, la responsabilisation pénale des auteurs d'infraction présentant de graves troubles psychiatriques⁹⁶.

Néanmoins, elle serait, comme trois autres magistrats interrogés, favorable à la création d'une institution spécifique pour les infracteurs présentant des troubles mentaux :

« Mais le problème aussi, c'est que je trouve qu'aujourd'hui il n'existe pas de structure intermédiaire. Il n'existe pas de structure intermédiaire et moi, j'ai vu des gens qui ont été reconnus 122-1, où la psychiatrie les a pris en charge peu de temps. »

Aude Kersauson, 40-50 ans, 10 ans d'expérience

Ces structures intermédiaires permettraient de garder les personnes reconnues irresponsables sous main de justice, tout en leur apportant les soins psychiatriques dont ils ont besoin. Sans se référer directement aux exemples étrangers, ces magistrats esquissent un modèle de prise en charge qui ressemble fort aux centres de défense sociale belges ou encore aux hôpitaux allemands de *Maßregelvollzug*⁹⁷. Une telle structure intermédiaire constituerait ainsi une troisième voie, entre la voie hospitalière classique et la voie carcérale, qui permettrait, selon elles, d'allier soin et sécurité.

Conclusion

Ce chapitre a montré que les magistrats ont deux moyens d'accompagner ou de résister au mouvement de responsabilisation pénale, étudié dans cette recherche : ils ont tout d'abord la possibilité, contrainte par des considérations pratiques, de choisir des experts en fonction de leur position théorique et idéologique. Ils ont, d'autre part, la possibilité de sélectionner les arguments des experts qui leur sembleront les plus pertinents, c'est-à-dire les plus proches de leur propre appréciation de la responsabilité pénale des justiciables. La procédure pénale leur donne également une marge de manœuvre étroite mais décisive sur l'irresponsabilité pénale. Si les affaires criminelles sont soumises au jeu de la contre-expertise, l'accès à l'expertise est très limité dans les affaires de délits, les exposant à la grande labilité des évaluations expertales. Les magistrats n'ont toutefois pas toujours une claire conscience des effets de ces choix. Certains sociologues ont d'ailleurs montré que ces choix s'inscrivent également dans des évolutions plus générales du système pénal français (Mouhanna, Bastard, 2007). La diminution du nombre d'expertises en matière délictuelle est également le résultat de l'impératif de rapidité auquel est soumise actuellement

⁹⁶ C'est le raisonnement que redoutent une bonne partie des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire qui ont le sentiment que leur présence vient légitimer l'incarcération de personnes qui n'ont, selon eux, pas leur place en prison (voir chapitre XX du présent rapport).

⁹⁷ Voir Lancelevée 2014 pour une comparaison européenne des liens entre psychiatrie et justice.

la justice. En matière criminelle ou correctionnelle, un même résultat demeure : écarter la solution de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental.

Les magistrats rencontrés se divisent autour de la question des relations entre justice et psychiatrie. Une partie d'entre eux, plutôt confiants envers la psychiatrie, plaide pour une nette séparation de la voie judiciaire et de la voie médicale. Les autres, plus méfiants à l'encontre de la psychiatrie, estiment qu'un contrôle judiciaire renforcé des personnes irresponsabilisées serait nécessaire voire soutiennent l'idée d'une hybridation de la voie pénale et de la voie médicale par la création d'institution dédiée aux auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, au nom d'une protection de la société contre la dangerosité.

De la responsabilité pénale...	-	-	-	...À la dangerosité		
	Le sort des personnes déclarées irresponsables relève de la psychiatrie qui doit être mieux dotée pour les accueillir		Le sort des personnes déclarées irresponsables relève de la psychiatrie, mais la justice doit avoir un rôle de contrôle			Le sort des personnes déclarées irresponsables devrait relever d'institutions hybrides de soin sous main de justice
	(12 magistrats)		(5 magistrats)			(6 magistrats)
		-			-	

Figure 4 - Juges d'instruction face à l'irresponsabilité pénale

Aussi, ce chapitre aura permis de montrer que les avis des experts et des magistrats sur la question de l'irresponsabilité sont structurés par une même opposition. Des systèmes de représentations proches du répertoire de la protection et d'un répertoire de la défense sociale, peut-être plus assumé par les psychiatres et les experts psychiatres, se retrouvent également chez les juges. Ces systèmes de représentations s'organisent autour de thématiques communes, telles que la conception de la psychiatrie, la place de la victime dans le procès pénal et la prise en compte de la dangerosité du mis-en-cause. Ce faisant, certains magistrats particulièrement aguerris paraissent « raisonner en expert psychiatre », développant des conceptions du discernement et du contrôle proches de celles de leurs experts.

Chapitre 5 : Experts psychiatres et faits divers dans la presse

Par Caroline Guibet Lafaye et Camille Lancelevée

La littérature, en particulier de source médicale, a souligné, depuis plusieurs décennies déjà, le rôle négatif de la presse et des *media* dans les représentations que la population avait des personnes souffrant de troubles psychiatriques : « La maladie mentale est représentée de manière particulièrement négative que ce soit dans la presse écrite audiovisuelle ou dans les fictions littéraires et cinématographiques. » (Kohl, 2006, p. 3) Cette mise en cause des *media* est présente dans nombre d'études. Celle portée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord Pas-de-Calais, en 2014 sur « Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales », montre que la presse peut avoir une responsabilité quant à la documentation des faits divers, au vocabulaire utilisé et à ses mauvais usages ainsi qu'à l'usage de certains qualificatifs. Dans la même perspective, une analyse de contenu d'un échantillon de presse écrite australienne (de six cents textes) permet d'établir que les maladies mentales sont présentées comme la cause de la dangerosité et de l'imprévisibilité des patients (Allen et Nairn, 1997). De même, dans les programmes télévisés américains, les individus donnés comme des malades mentaux apparaissent dix fois plus violents que l'ensemble des autres personnages (voir Diefenbach, 1997). La *Community Attitudes towards the Mentally Ill Scale* (CAMI), développée par Taylor et Dear (1981), a notamment été employée pour décrire l'impact des *media* sur les attitudes de la population (voir Thornton et Wahl, 1996 ; Wahl et Lefkowitz, 1989).

Les récits négatifs que proposent les *media* sont perçus comme contribuant à l'attitude négative que les citoyens ont à l'égard des personnes touchées par la maladie mentale (Thornton et Wahl, 1996). Cette assertion est ancienne puisque, dès 1963, Thomas Scheff formule l'hypothèse selon laquelle *les informations données par les media renforcent les stéréotypes sur les maladies mentales* (Kohl, 2006, p. 108). Les individus intérioriseraient les stéréotypes culturels de la maladie mentale qu'ils rencontrent dès l'enfance, dans les milieux dans lesquels ils évoluent, ces stéréotypes se trouvant continuellement renforcés par les *media* (Wilson *et al.*, 2000), notamment lors de la survenue d'événements tragiques, impliquant des personnes ayant des troubles psychiatriques. Toutefois cette hypothèse relève davantage de l'intuition et d'une croyance largement partagée plutôt qu'elle ne repose sur une confirmation empirique solidement établie (voir Kohl, 2006, p. 108), et on estime un peu rapidement que l'influence de la presse

écrite serait de même nature que celle de l'audiovisuel (télévision et films) (voir Domino, 1983 ; Wahl, 1992 ; Wahl et Lefkowitz, 1989 ; Thornton et Wahl, 1996, p. 22).

Ce chapitre entend nuancer l'hypothèse d'une participation de la presse généraliste à la propagation de stéréotypes négatifs concernant les personnes souffrant de troubles psychiatriques, en étudiant le traitement médiatique de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, à partir de l'analyse sémantique et statistique d'articles publiés dans *Le Monde* entre 1950 et 2016 et des articles publiés par cinq quotidiens nationaux autour de deux « affaires » récentes dans lesquelles a été posée la question de la responsabilité pénale. Dans une première partie, nous observerons l'évolution des représentations sociales communes autour de l'irresponsabilité pénale : si la question des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux suscite un intérêt constant dans la presse, qui se penche ainsi sur la personnalité des auteurs de faits divers, on observe depuis le milieu des années 1990, une transformation du regard et l'émergence d'une préoccupation sociale pour le risque de récidive et la dangerosité, tout particulièrement des « auteurs de violences sexuelles » mais également, plus largement, des personnes présentant des troubles mentaux⁹⁸. Cependant, la presse nationale, largement alimentée par les débats professionnels dont ce rapport rend compte, est loin de participer de façon univoque à la diffusion de stéréotypes négatifs sur les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux : afin d'envisager les nuances du traitement par la presse des meurtres commis par des personnes atteintes de troubles psychiatriques, nous analyserons deux affaires largement médiatisées : le double meurtre commis par Romain Dupuy et la fusillade perpétrée par Richard Durn au cours d'un conseil municipal à Nanterre.

I. *Le Monde* face à l'expertise psychiatrique : 1950-2016

L'analyse diachronique réalisée sur un corpus d'articles publiés par *Le Monde* entre 1950 et 2016 permet de mettre en évidence une évolution du regard porté sur les affaires impliquant des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux. Cette évolution tient tout d'abord à la place accordée aux experts psychiatres, qui gagnent progressivement en visibilité sur la scène médiatique et contribuent à la diffusion de termes techniques relatifs aux troubles psychiatriques. La presse se fait en outre l'écho du retour, dans les années 1990 et 2000, d'une volonté de défense sociale, qui se traduit par une préoccupation marquée pour la question de la récidive ainsi que pour le traitement des auteurs

⁹⁸ La question de savoir si les « violences sexuelles » résultent ou non d'un « trouble mental » est évidemment au cœur du débat.

d'infraction jugés dangereux. La tonalité est cependant souvent critique : les mesures sécuritaires sont présentées de façon critique comme problématiques.

1. Méthode d'analyse

Le corpus de presse est constitué de 668 articles publiés dans *Le Monde* entre 1950 et 2016 et disponibles sur la plateforme *Europresse*. L'expression légale « irresponsabilité pénale » étant rarement utilisée dans la presse, nous avons sélectionné tous les articles dans lesquels sont évoqués une « expertise psychiatrique » et/ou un/des expert(s) psychiatre(s). Cette option méthodologique présente l'avantage de replacer la question de l'irresponsabilité pénale dans un contexte plus large, celui des relations entre justice et psychiatrie.

Ce corpus a été soumis à une analyse de contenu classique (par la lecture des articles) ainsi qu'à une analyse systématique probabiliste (ou PLSA⁹⁹), convoquant la méthode du *topic modeling*¹⁰⁰, c'est-à-dire un traitement automatisé du langage courant, fondé sur l'idée intuitive selon laquelle toute collection de documents présente une variété de thèmes hétérogènes. Cette méthode permet, outre le traitement de corpus d'envergure, de faire émerger des topics qu'une analyse classique aurait pu négliger. Le logiciel Mallet utilisé ici s'appuie sur le modèle du *Latent Dirichlet Allocation* (LDA), développé par David Blei (Blei *et al.*, 2003). Reposant sur une exploration probabiliste des corpus, il opère par identification globale de structures de cooccurrences dans les articles du corpus. Ces structures sont affectées à un nombre donné de *topics* non déterminés préalablement par le chercheur, mais résultant au contraire de l'exploration probabiliste. La méthode n'est donc pas supervisée, c'est-à-dire qu'elle ne requiert aucun apprentissage préliminaire (Deveaud *et al.*, 2014) : aucun paramètre n'est fixé manuellement, si ce n'est le nombre de *topics* que l'on

⁹⁹ L'analyse sémantique latente (LSA) consiste à établir des relations de proximité (cooccurrences) au sein du corpus, entre les documents qui le constituent ainsi qu'entre les termes du corpus, en construisant des thèmes (*topics*), associés à ces *items* (documents et termes). L'analyse sémantique latente probabiliste (PLSA) repose sur un principe analogue mais use d'une méthode de statistique probabiliste. Latent Semantic Indexing (Deerwester *et al.*, 1990) (LSI), probabilistic Latent Semantic Analysis (Hofmann, 2001) (pLSA) et Latent Dirichlet Allocation (Blei *et al.*, 2003) (LDA) sont les méthodes les plus connues dans le domaine. Les thèmes (ou catégories) qu'elles produisent sont complexes et fréquemment bien corrélés avec des concepts que produirait l'analyse de contenu

¹⁰⁰ Le *topic modeling* a été utilisé pour explorer différents objets, avec des finalités diverses (voir Andrzejewski et Buttler, 2011 ; Lu *et al.*, 2011 ; Park et Ramamohanarao, 2009 ; Wei et Croft, 2006 ; Yi et Allan, 2009). En sciences sociales, la méthode a été utilisée par plusieurs chercheurs anglo-saxons pour examiner les discours politiques (Monroe *et al.*, 2008 ; Quinn *et al.*, 2010 ; Grimmer, 2010), la dynamique et l'évolution des agendas politiques (Baumgartner et Jones, 1993) ainsi que les relations internationales (Connelly, 2015).

souhaite constituer (7, 10, 15, 20)¹⁰¹. Ces *topics* sont constitués des mots les plus fréquemment utilisés dans les documents identifiés par le logiciel comme étant les plus significatifs (Lavrenko et Croft, 2001) et proposent donc une représentation intuitive et descriptive du corpus. Une fois les *topics* identifiés par l'analyse sémantique, le chercheur peut analyser leur contenu substantiel, et ainsi préciser la nature de chacun des « thèmes » décrits par les *topics*. Ainsi, il peut mettre en évidence les thématiques dominantes et les différences de discours au sein du ou des corpus.

Le nombre d'articles contenant les expressions « expertise(s) psychiatrique(s) ou expert(s) psychiatre(s) » est largement plus important à partir des années 1990, en partie pour des raisons liées à la production médiatique ou à un meilleur archivage numérique de la presse – même si cette augmentation semble traduire aussi un intérêt croissant de la presse pour cette question, qui fait, au cours des années 1990, l'objet d'une réforme importante (voir chapitre 6 du présent rapport). Pour éviter une surreprésentation des thématiques de la période contemporaine, le corpus a donc été scindé en deux sous-corpus, correspondant d'une part aux périodes 1950-1990 (233 articles) et, d'autre part, 1990-2016 (435 articles). En analysant l'univers sémantique de chacun de ces corpus, il est possible de comparer le traitement médiatique de l'expertise psychiatrique avant et après 1990 et de mettre en évidence plusieurs évolutions importantes.

Les tableaux 1 et 2 ci-dessous présentent les *topics* générés par l'outil Mallet. Les mots sont ainsi proposés par le logiciel sur la base d'une analyse sémantique probabiliste.

Tableau 1 : *Topics* issus de l'analyse sémantique probabiliste pour le corpus 1950-1990

Topic	Paramètre Dirichlet	Mots des topics
0	0,46669	cour mort assises accusé avocat homme procès audience expert vingt peine président jeune devait faits jurés réclusion psychiatre coups
1	0,17716	psychiatre docteur psychiatres médecin homme psychiatrie expert psychiatrique mentale malade médecine question experts maladie psychiatriques problème pratique société responsabilité
2	0,08746	docteur professeur diallo mériel experts médecin affaire instruction poitiers rapport mort assassinat berneron médecins nicole archambeau corps pierre anesthésie
3	0,08175	politiques soviétique psychiatrique pays camp occident bettauer politique hôpital malades soviétiques psychiatrie opinion stocker

¹⁰¹ En cela, la méthode se distingue de méthodes lexicographiques qui s'appuient sur une base de données, constituée d'un dictionnaire des formes rencontrées dans le texte (comme Lexico par exemple). Les résultats proposés sont alors issus de calculs statistiques, portant à la fois sur les formes et les segments répétés du corpus mais dépendent d'un apprentissage préliminaire de la part de l'utilisateur (voir Lebart et Salem, 1994).

		mondiale congrès droits amis lutte
4	0,14796	mère femme père enfant michel fils président enfants famille mari jean nicole fille jeune petit francs parents claud gérard
5	0,05261	david procès paris lacan zampa barbie christian jacques maurice juramy docteur président colomb débats médecin rouillan renvoi directe commissaire
6	0,58737	juge justice tribunal expertise affaire psychiatrique instruction hôpital prison rapport jean magistrats appel avocat paris défense judiciaire cour dossier

Tableau 7 - Topics générés par l'analyse sémantique pour le corpus 1950-1990

Topic	Paramètre Dirichlet	Mots des topics
0	0,59873	cour avocat accusé assises homme mère procès jeune jean famille père expert faits président prison audience psychiatre victime mort
1	0,10432	procès président expertise tribunal scientologie justice euros francs enquête ancien pays ministre lyon procureur attentats eglise suisse unis france
2	0,36499	justice peine psychiatrique loi prison juge pénale judiciaire psychiatres peines commission victimes libération détenus expertise détention psychiatre pénal experts
3	0,08178	michel dubec paris expert psychiatre brunerie maxime monde film richard durn didier omar paulin jacques touvier politique salah sport
4	0,05709	tangorre claud luc livre rocancourt judiciaire ancien christophe euros matthieu examen lucas françois réalité guerre condamné paris cévenol agnès
5	0,19087	enfants juge examen parents enquête affaire procureur enfant instruction garde vue gendarmes août psychiatrique fille pierre femme enquêteurs courjault
6	0,15608	police jeune psychiatrique hôpital homme policier feu cellule philippe policiers tribunal prison matin el nuit mort saint eric maison

Tableau 8 - Topics générés par l'analyse sémantique pour le corpus 1990-2016

Une interprétation des *topics*, réalisée à partir de la lecture des articles les plus significatifs de chacun des *topics*, permet de proposer une interprétation des thèmes correspondants (tableaux 3 et 4).

Topic	Interprétation
0	Scènes de tribunal
1	Réflexions sur le normal et le pathologique
2	Affaires liées à des abus de pouvoir de médecins
3	Psychiatrie et lutte contre la dissidence en URSS
4	Récits d'affaires de crimes intra-familiaux (infanticides notamment)

5	Récits d'affaires « politiques » (Action Directe, Mafia, etc.)
6	Discussions autour de décisions de justice

Tableau 9 - Interprétation des topics (1950-1990)

Topic	Interprétation
0	Scènes de tribunal
1	Affaires politiques et financières
2	Récidive, dangerosité et réforme de l'irresponsabilité pénale
3	Réflexion autour de catégories spécifiques de criminels
4	Quelques affaires d'agressions sexuelles particulièrement médiatisées (affaire Tangorre, meurtre d'Agnès au Lycée Cévenol)
5	Affaires dont les victimes sont des enfants (infanticides, viols, etc.)
6	Divers

Tableau 10 - Interprétation des topics (1990-2016)

2. Les experts, de la méfiance à la visibilité

Sur l'ensemble de la période, nombre d'articles décrivent des scènes de tribunal et proposent des chroniques judiciaires souvent très descriptives : tel justiciable, soupçonné de tel délit ou crime, a été entendu par le tribunal et soumis à une expertise psychiatrique. Ces articles constituent un genre spécifique distinct des autres thèmes du corpus, dans lequel est convoqué le champ lexical de la justice pénale (cour, audience, président, jurés, assises, avocat, etc.). Néanmoins, lorsqu'on se penche sur le contenu de ces articles, on remarque que la place dévolue à l'expert psychiatre a largement évolué : présenté comme un acteur marginal du procès dans les années 1950 à 1980¹⁰², il prend – ainsi que les conclusions de ses rapports – une place importante dans les années 1990 et 2000. Une analyse des autres thèmes des corpus permet d'éclairer cette évolution.

Avant 1990, la figure de l'expert psychiatre apparaît dans plusieurs thèmes indiquant une certaine méfiance à l'égard du savoir psychiatrique et de ses usages politiques (thèmes 1, 2 et 3). La presse se fait ainsi l'écho des réflexions de l'époque autour de la distinction entre le normal et le pathologique (Canguilhem, 1943) : ainsi plusieurs articles se demandent s'il est possible de « définir la maladie mentale », à l'instar de ce texte, publié dans le journal le 3 décembre 1975 :

¹⁰² De nombreux articles se contentent ainsi de signaler qu'une « expertise psychiatrique a été demandée par le juge », sans en préciser les conclusions.

« Qu'est-ce que la norme au-delà de laquelle la société peut légitimement considérer le sujet comme un 'déviant' ? L'intelligence est, bien sûr, un premier critère d'adaptation sociale, non exclusif et que des tests permettent de définir assez précisément. Ainsi que l'a rappelé le professeur P. Pichot (Paris), on considère généralement comme pathologique tout sujet ayant un quotient intellectuel (Q.I.) inférieur à 70, l'homme moyen ayant un Q.I. de 100. Encore les normes varient-elles dans le temps, puisque l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) a fait apparaître dans sa nouvelle nomenclature une catégorie dite 'niveau mental limite' dont le Q.I. est compris entre 70 et 85. Quel que soit l'ensemble des critères et des normes que l'on choisit, inévitablement et statistiquement apparaissent des déviants, auxquels la société suggérera ou imposera un traitement, à moins que, par une mesure d'internement, elle ne les exclue purement et simplement. Et, en plus de l'évolution dans le temps des critères du 'normal', la tolérance des sociétés envers les anormaux est éminemment variable : encore considérée dans certains pays comme un crime, l'homosexualité est, dans de nombreux autres, parfaitement bien assimilée. Inversement, un exemple cité par un criminologue met bien en évidence que, sous beaucoup d'aspects, le niveau des tolérances tend à baisser : 'Pendant quinze ans, raconte le docteur Jacques Leyrie, un exhibitionniste a sévi dans un petit village, au vu et au su de tous : il était toléré par les habitants. Il a fini par être arrêté, sur plainte de Parisiens qui venaient d'établir là leur résidence secondaire.' »

Le Monde, 3 décembre 1975, « Le psychiatre, l'individu et la société »

Reprenant les théories anti-psychiatriques de l'époque (Cooper et Laing en Angleterre, Basaglia en Italie, Szasz aux Etats-Unis, Foucault en France), certains articles abordent la question de savoir si « l'alternative à la psychiatrie » ne serait pas de « lutter contre les contradictions sociales » (*Le Monde*, 10 mars 1976). Dans ce contexte, l'expertise psychiatrique est sujette à caution : elle butte, selon cette tribune d'un neuropsychiatre (Docteur Gabrieleff, *Le Monde*, 4 février 1977), « sur le mythe, sur l'espoir d'avoir une vision globale, une explication exhaustive de l'homme : or, en l'état actuel de nos connaissances, ce n'est pas possible, que ce soit d'un mot (normal ou pas, responsable ou pas) ou d'un long rapport ». Le médecin cité conclut sa tribune par un appel à l'humilité : « plus nous savons, plus nous savons que nous ne savons rien et l'inexplicable – toujours possible – fait partie intégrante de notre condition. » Cette dimension d'incommensurabilité de l'homme et de ses actions est palpable dans les articles qui font le portrait d'auteurs d'infractions (thème 4) : plutôt que de prétendre cerner et qualifier la personnalité des justiciables, les journalistes proposent des portraits aux accents parfois littéraires :

« Très vite, les deux frères qui boivent trop et ne pensent pas assez, vont fantasmer, fabuler. Tous les malheurs de la famille, du clan Hérisson, c'est l'autre. Maléfices et compagnie. La mort du père Hérisson, c'est Camus. La mort subite, en août 1974, d'Eugène, le frère, trente-trois ans, une crise cardiaque ? Pas du tout. Jean Camus n'avait-il pas dit à Daniel : 'L'Eugène, y mourra un de ces mois d'août.' La mauvaise récolte de pommes de terre, l'accident de chasse de Daniel, la mort du chien, la varicelle du petit neveu, les deux accidents d'auto, l'épizootie touchant les volailles, l'herbe qui ne pousse plus, les poules qui ne pondent guère ? Camus, Camus, Camus, car 'tous ces malheurs, si ce n'est pas le bon Dieu, c'est Camus'. »

(*Le Monde*, 14 mai 1977, « La mort du sorcier de Hesloup »)

Avant 1990 (et tout particulièrement dans les années 1970), l'expertise psychiatrique semble donc considérée avec un certain recul critique. Cette méfiance est en outre alimentée par la médiatisation importante, en France, de l'utilisation en Union Soviétique de l'internement psychiatrique comme outil de répression des intellectuels dissidents. Le fait que ce thème émerge de l'analyse probabiliste (thème 3) témoigne de son importance dans l'univers sémantique de l'expertise psychiatrique de l'époque : on associe aussi la figure de l'expert à celle des mésusages politiques de la psychiatrie. À l'occasion de la parution de *l'Archipel du Goulag* de Soljenitsyne au début de l'année 1975, des articles dénoncent les mécanismes de la « répression », qui utilise la psychiatrie pour « réduire les dissidents au silence ». Ainsi, en 1976, *Le Monde* donne la parole à Leonid Pliouchtch, mathématicien ukrainien, dissident soviétique, membre du mouvement clandestin en faveur des droits de l'homme, interné abusivement en URSS pendant plusieurs années :

« En mai 1972, je fus envoyé pour une prétendue expertise psychiatrique légale en milieu hospitalier à l'Institut Serbsky. Mais je passai les six mois entiers à la prison moscovite de Lefortovo. La décision de me contraindre à un traitement fut prise simplement après quelques entretiens avec des psychiatres, dont notamment l'académicien Snejnevski, Lountz, Nadjarov et Morozov, tous éminents psychiatres soviétiques. Il y eut deux expertises. J'appris ultérieurement que le diagnostic était le suivant : 'Schizophrénie torpide depuis l'adolescence'. J'ai été interné à l'hôpital psychiatrique spécial de Dniepropetrovsk de juillet 1973 au 8 janvier 1976. J'ai subi un 'traitement' par neuroleptiques (halopéridol et trifazine) et deux cures d'insulinothérapie. »

Le Monde, 4 février 1976, « J'espère que mon histoire renforcera la lutte pour les droits de l'homme »

Une certaine méfiance plane donc sur la psychiatrie, dont les pratiques et les savoirs sont sujets à caution. Elle explique peut-être la sous représentation de la figure de l'expert psychiatre dans la presse.

Après 1990, l'univers sémantique autour de l'expertise psychiatrique est différent et semble largement recentré autour de la sphère pénale française comme en témoignent les mots clés des *topics* résultant de l'analyse statistique probabiliste et de son interprétation. Quand *Le Monde* parle d'experts ou d'expertises psychiatriques, c'est en lien avec des affaires pénales. Sans doute les réformes de l'irresponsabilité pénale¹⁰³ contribuent-elles à ce recentrement. Ces réformes donnent lieu à des articles qui expliquent de façon pédagogique « le nouveau dispositif » (*Le Monde*, 20 juin 1995) ou le critiquent (*Le Monde*, 2 mars 1994 : le fou en justice). Elles offrent par ailleurs la parole aux experts psychiatres, qui occupent une place de plus en plus importante dans la presse quotidienne : ainsi, de nombreux articles mentionnent les noms de Daniel Zagury (29 articles), Michel Dubec (29 articles) ou encore Roland Coutanceau (5), Jean-Claude Archambault (5), Paul Bensussan (5) ou Serge Borstein (5). Les propos

¹⁰³ Le code pénal de 1994, mais également la loi de 2008, voir chapitre 6

des experts sont tout d'abord cités dans les comptes rendus de procès retentissants. Ainsi, lors du procès du responsable des attentats parisiens de 1985 et 1986, Fouad Salah, *Le Monde* cite en longueur les propos de Michel Dubec :

« En réalité, l'organisateur du réseau terroriste chiite à Paris aurait atteint un état voisin du ravissement durant les vagues d'attentats de 1985-1986. La situation le transformait en 'interlocuteur de l'Etat', ce qui ne pouvait que satisfaire sa volonté 'd'imposer sa loi à un moment donné à l'ensemble de la société', explique le docteur Dubec. Méfiant, psycho-rigide, orgueilleux sous un vernis de modestie, affublé d'une fausseté de jugement, Salah présente en résumé toutes les caractéristiques d'un 'exalté à l'esprit vif et fin' »

Le Monde, 6 avril 1992, « Fouad Salah devant la cour d'assises de Paris Exaltations contrôlées »

Le Monde reprend ainsi de longs extraits des exposés des experts psychiatriques à l'occasion des procès de Paul Touvier (condamné en 1994 pour crimes contre l'humanité pendant la Seconde Guerre mondiale), Maxime Brunerie (auteur d'une tentative manquée d'assassinat sur le président de la République en 2002), Patrice Alègre (condamné en 2002 pour plusieurs meurtres et viols), Boulem Bensaïd (condamné en 2002 pour les attentats commis à Paris en 1995). Ils sont sollicités à l'occasion du procès Outreau, notamment pour donner leur avis sur la crédibilité de la parole des enfants (Paul Bensussan : « Recueillir la parole de l'enfant, un défi » *Le Monde*, 25 novembre 2011), ou encore à l'occasion de la fusillade de Nanterre, pour décrypter la personnalité de l'agresseur (Trois questions à Michel Dubec sur le suicide de Richard Durn, *Le Monde*, 30 mars 2002).

Sollicités à propos de certaines catégories de crimes, les experts fournissent une analyse psychiatrique. Ainsi, Paul Bensussan est interviewé en 2009 dans le cadre de l'affaire dite des « bébés congelés » au terme de laquelle l'accusée, Véronique Courjault, est condamnée pour plusieurs infanticides :

« En seize ans d'expertises judiciaires où j'ai examiné une trentaine de mères infanticides, je n'en ai rencontré « que » deux ayant eu recours à la congélation, dont Véronique Courjault, dont on oublie souvent qu'elle a incinéré - et non congelé - le premier des trois nouveau-nés qu'elle a tués à la naissance. Pourquoi conserver le bébé tué au congélateur ? La congélation permet au corps d'échapper à la putréfaction, et de suspendre le temps. Ne pas se séparer du corps d'emblée, c'est agir comme si la situation était encore réversible. On ne peut exclure que la publicité donnée à l'affaire Courjault ait marqué les inconscients et puisse influencer sur les mères néonaticides. »

Le Monde, 5 mai 2011 « Paul Bensussan : « Il n'est pas exclu que l'affaire Courjault ait influencé les mères néonaticides »

De même Daniel Zagury est interrogé sur le « parricide » ou sur les « femmes criminelles » :

« Les doubles parricides sont commis presque toujours par des personnes atteintes de psychose, le crime constituant le passage à l'acte inaugural d'entrée dans la maladie. La psychose est un désordre grave et profond, marqué par une rupture avec les perceptions

habituelles du monde, accompagné d'un sentiment de changement corporel et d'une activité délirante. Souvent, on s'aperçoit a posteriori que la personne n'allait pas bien depuis un moment, et ce de manière non spectaculaire. »

Le Monde, 30 octobre 2004, « Trois questions à Daniel Zagury »

« Nous ne parvenons pas à nous libérer du mythe de la mère et de sa pureté. Les crimes de femmes sont souvent marqués par des passions au sens propre du terme. A la différence des hommes, plus pulsionnels. »

Le Monde, 3 juillet 2015, « Les ogresses ».

Les publications des experts psychiatres font également l'objet d'une certaine médiatisation. Le journal présente longuement l'ouvrage publié par Michel Dubec sur les escrocs en 1996, *Les maîtres-trompeurs vrais et faux escrocs*. À l'occasion de la parution du *Plaisir de tuer* (Dubec, 2007), *Le Monde* propose même un portrait de l'expert :

« Il étudie les chemins torturés des âmes accusées, celles de Christine Villemin (mère du petit Grégory), de Maxime Brunerie (qui tenta d'assassiner Jacques Chirac), des tueurs en série Guy Georges ou Patrice Alègre. Celles de Jean-Marc Rouillan (membre d'Action directe), du terroriste Fouad Ali Salah ou de Maurice Joffo, condamné pour recel de bijoux. Il constate dans son livre, *Le Plaisir de tuer* (Seuil, 224 p., 21€), cette rationalisation initiale qui donne 'le permis de tuer'. Le tueur en série, comme le génocidaire ou le terroriste, tue sur un stigmat. S'empare d'une caractéristique ou d'un thème pour le détruire. Michel Dubec trime actuellement sur l'expertise de Youssouf Fofana, soupçonné d'avoir assassiné Ilan Halimi. Mais il a eu sa dose. Depuis Touvier, les monstres lui en ont assez appris sur lui-même. 'On pourrait penser qu'on s'accoutume au crime, dit-il. Moi, c'est le contraire. Je suis habité de fantômes, de drames. On ne sort pas impunément de tout ça, sauf si on s'en fout. J'ai aimé ces gens. J'ai bien aimé Rouillan. J'ai aimé être avec Paul Touvier. J'ai fait le tour de ma quête à moi.' »

Le Monde, 10 mai 2007, « Michel Dubec Le bon et le truand »

Outre qu'ils contribuent à visibiliser les experts, qui sont nommés et identifiés, ces articles obligent les journalistes à expliciter le raisonnement expertal et à emprunter pour cela au lexique psychiatrique. On observe ainsi que les articles relatifs à l'expertise psychiatrique proposent une analyse technique des personnalités, des comportements et des pathologies dans les années 1990 et 2000. Mais les experts psychiatres sont particulièrement sollicités à propos d'une question qui suscite une attention sociale importante à partir du début des années 1990 : celle de la récidive des auteurs d'infractions sexuelles.

3. Une critique médiatique des mesures sécuritaires

Les années 1990 et 2000 voient se manifester une préoccupation importante pour la question de la récidive, et tout particulièrement d'un groupe particulier d'auteurs d'infractions : les auteurs d'agressions sexuelles. Ainsi l'analyse probabiliste fait émerger une thématique autour de la question de la dangerosité et de la récidive (thème 2), et une seconde autour des affaires de crimes sexuels (thème 4).

Ces articles relatifs à la question des violences sexuelles médiatisent certaines affaires, comme le procès de Luc Tangorre en 1992, qui, malgré des preuves matérielles solides, clame son innocence face aux viols pour desquels il est accusé – il sera condamné à 18 ans de réclusion criminelle. Différents articles portent sur des affaires de pédophilie (l'affaire Dutroux, mais également l'affaire Outreau). Plus récemment, *Le Monde* se penche sur l'affaire du Lycée Cévenol (un viol suivi du meurtre d'une jeune fille) et sur la personnalité de Matthieu M., second mineur condamné à une peine de prison à perpétuité. Le journal parle également de plus en plus souvent des victimes – ou des familles des victimes – de ces violences au tournant des années 1990. Ainsi, s'il est question de « victime » et de « famille » respectivement dans 27% et 22% des articles de la période 1950-1990, près d'un article sur deux (49% pour « victime », 40% pour « famille ») des articles publiés après 1990 font mention de ces deux acteurs, comme dans cet article publié en 1995 :

« La honte, la crainte, la complicité passive de l'entourage, les pesanteurs sociales sont autant d'obstacles à la manifestation de la vérité. Ainsi, un jeune homme de vingt-cinq ans, accusé d'avoir violé une adolescente de quatorze ans qui en paraissait dix-huit et aurait eu 'un comportement provocant', n'a été condamné qu'à un mois de prison avec sursis. Cette mansuétude oblige parfois des magistrats à traduire en correctionnelle des auteurs passibles de la cour d'assises. Cela a été le cas pour cet officier en retraite, âgé de cinquante-cinq ans, condamné à sept ans de prison par le tribunal correctionnel de Digne pour des 'attentats à la pudeur' sur deux fillettes, dont l'une, autiste, n'a, bien sûr, pu témoigner. »

Le Monde, 20 avril 1995, « Le calvaire des victimes d'abus sexuels ».

Il semble donc que le quotidien enregistre une demande sociale croissante de sécurité après 1990, tout particulièrement face aux « auteurs de violences sexuelles », mais plus largement à l'égard des « dangereux », c'est-à-dire de tous ceux qui pourraient commettre des agressions sur autrui en raison d'un trouble mental. Le graphique ci-dessous illustre ainsi la croissance fulgurante du nombre d'articles portant sur les victimes, les violences sexuelles, mais également la question de la récidive et de la dangerosité.

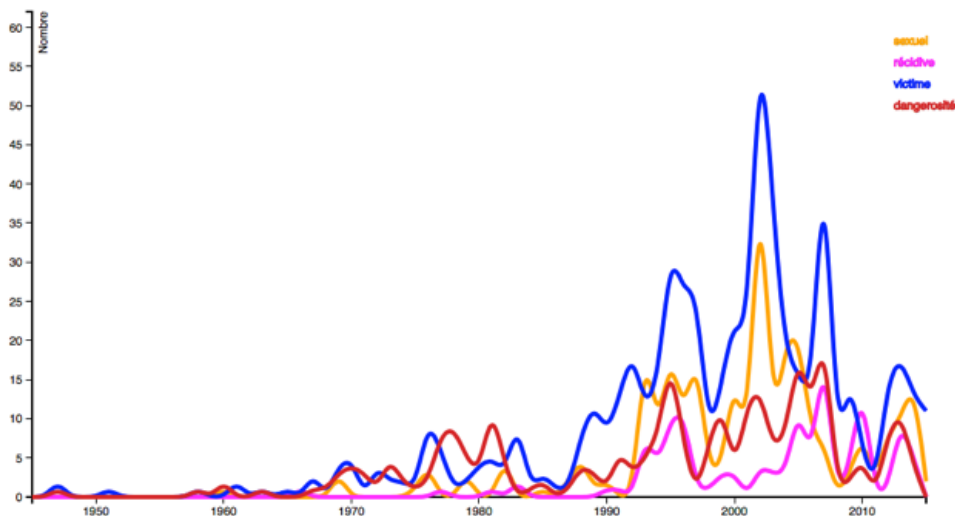


Figure 5 - Nombre d'articles avec au moins une occurrence des termes victime, sexuel, dangerosité ou récidive

Pour une lecture en noir et blanc : de haut en bas en 2002, on trouve les courbes « victime », « sexuel », « dangerosité », « récidive »)

Si ces thématiques sécuritaires émergent dans un corpus d'article autour de l'expertise psychiatrique, c'est parce qu'elles viennent (re)poser la question des liens entre psychiatrie et justice, soin et peine. En effet, ces affaires sont l'occasion de s'interroger sur les caractéristiques présentées comme propres à ces auteurs de violences sexuelles : le mécanisme du « déni » des troubles mentaux qui complique la prise en charge médicale de ces auteurs d'infractions, la difficulté à évaluer leur dangerosité et le risque de récidive qu'ils présentent. Une série d'articles rend compte des évolutions législatives souhaitées par les parlementaires et le gouvernement pour protéger la société des auteurs de violences sexuelles : il est ainsi par exemple question de la « perpétuité réelle », adoptée avec le nouveau Code pénal au début des années 1990, mais également de l'introduction de « l'injonction de soin » en 1998, un dispositif destiné à mieux encadrer le suivi médical des « délinquants sexuels » :

« Les députés adoptent le projet sur la perpétuité réelle Tous les condamnés pour crimes et délits sexuels seront soumis à un suivi psychiatrique », *Le Monde*, 11 décembre 1993.

« La santé mentale derrière les barreaux. Jadis soignés en hôpital psychiatrique, les délinquants sexuels sont de plus en plus nombreux en prison », *Le Monde*, 16 février 1994

« La Chancellerie étudie de nouvelles mesures de suivi des auteurs de crimes sexuels », *Le Monde*, 1 août 1995.

« La prise en charge médicale d'un violeur devant la cour d'Assises de Paris », *Le Monde*, 23 février 1996.

« Les députés souhaitent une meilleure évaluation de la dangerosité des délinquants sexuels », *Le Monde*, 8 juillet 2004.

Ainsi le quotidien enregistre la préoccupation affichée des pouvoirs publics face à la « dangerosité » qui se traduit par la publication de nombreux rapports

autour de cette question. *Le Monde* rend par exemple compte des conclusions du rapport des sénateurs Philippe Goujon et Charles Gautier :

« Après l'exécution de la sanction pénale, les sénateurs n'abandonnent pas complètement l'idée d'un placement contraint. Celui-ci serait fondé sur la dangerosité psychiatrique et non sur des échelles de risque criminologique telles que les utilise notamment le Canada. Selon le rapport, « si l'état de dangerosité devait persister, le tribunal de l'application des peines ou le juge des libertés pourraient, à la demande du procureur et après avis convergent de deux experts, décider de maintenir l'intéressé dans cette structure pour une durée de deux ans » renouvelable. »

Le Monde, 28 juin 2006, « Délinquants « dangereux » : les propositions du Sénat ».

Si *Le Monde* fait état de ces demandes de sécurité, le journal apporte une analyse critique des mesures mises en place qui s'appuie notamment sur l'opinion des experts psychiatres les plus hostiles à ces mesures. Ainsi, à l'heure de mettre en place l'injonction de soins pour les auteurs d'agressions sexuelles, une tribune de Michel Dubec est publiée, dans laquelle il s'interroge :

Peut-on subir des soins comme on subit une peine ? Dans une telle configuration, les soins courent le risque d'être illusoire, jamais investis par le sujet, porteurs d'une fausse sécurité. Qui portera la responsabilité de tels échecs ? Les psychiatres ont-ils les moyens et l'expérience des soins en matière de transgression sexuelle ?

« Peut-on condamner les délinquants sexuels à se soigner ? », *Le Monde*, 1 mars 1997.

Dans cet article, il met en avant le caractère illusoire du principe de précaution et s'interroge sur la participation des psychiatres à cette entreprise sécuritaire. De même, alors que la rétention de sûreté a été mise en place (loi du 25 février 2008), Daniel Zagury se déclare inquiet face aux nombreux discours démagogiques autour de la récidive :

« Le risque zéro est une quête 'illusoire car inhumaine', selon le docteur Zagury, qui dénonce 'l'utilisation de ces drames humains à des fins politiques et électoralistes'. Diminuer encore ce phénomène de récidive lui semble cependant possible. 'La balle est dans le camp des politiques, assure-t-il. Ils doivent contribuer à mettre en place une chaîne d'interventions rationnelles, et adopter – comme c'est le cas au Québec – le même discours que tous les autres acteurs de cette chaîne sur l'efficacité de la libération conditionnelle et de l'encadrement par rapport à la récidive.' Il s'agit notamment, selon le docteur Zagury, de se dégager de l'obsession des soins et des traitements, pour favoriser 'un contrôle bienveillant mais ferme, à base d'accompagnement thérapeutique et de balisage du parcours'. 'La rencontre avec l'agent de probation et d'insertion ou le travailleur social est tout aussi utile que le soutien thérapeutique, conclut le docteur Zagury. Car ce qui pousse le délinquant sexuel à la récidive le plus souvent n'est pas une pulsion, mais un sentiment d'isolement et d'abandon.' »

Le Monde, 10 décembre 2010, « Le psychiatre Daniel Zagury dénonce « la stigmatisation démagogique » de la récidive »

Mais la critique de ces mesures sécuritaires est alimentée par le constat d'une augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en milieu carcéral. De nombreux articles du corpus font état avec indignation de ce phénomène, qui résulte notamment d'une responsabilisation abusive par les experts psychiatres :

« Guislain Yakoro n'aurait sans doute jamais dû être incarcéré. Aujourd'hui âgé de 24 ans, le meurtrier de Michel Lestage, qui a été reconnu pénalement irresponsable de son crime, vit à l'unité des malades difficiles (UMD) de Cadillac (Gironde). Dans cette structure hospitalière, qui accueille des patients dangereux, M. Yakoro est enfin pris en charge à la hauteur de sa pathologie lourde. Il aura cependant fallu toute l'énergie de sa famille et de son avocat pour qu'il puisse bénéficier de ce placement et quitter les établissements pénitentiaires, où il multipliait les passages à l'acte. »

Le Monde, 28 janvier 2002, « Le « délire de persécution » du meurtrier était incompatible avec l'incarcération »

Ce parti pris du quotidien contre la tendance « responsabilisante » est particulièrement visible dans les comptes rendus de controverses d'experts. Ainsi, autour de l'affaire Pascal Roux (auteur d'un double meurtre sur l'éducateur et la nourrice de ses enfants dont il réclamait la garde et condamné à 21 ans de prison), le journal semble se méfier de l'idée d'une « clinique de la responsabilité » :

« Catégorique, le docteur Daniel Zagury, expert psychiatre, a tranché : 'M. Roux est un délirant. Il a une psychose délirante dont le thème est la persécution et dont le mécanisme est l'interprétation.' Une pathologie évolutive repérée au cours de trois des cinq séjours en hôpital psychiatrique de l'accusé. 'C'est un tableau psychiatrique archiclassique. Un état mental pathologique aliénant en relation directe avec l'infraction qui lui est reprochée. Pour nous, il n'y a aucun doute possible. Pascal Roux était atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ayant aboli son discernement.' (...) Invité à son tour à la barre, le docteur Pierre Lamothe, expert psychiatre du deuxième collègue qui permit le renvoi aux assises, a expliqué en substance que son diagnostic médical ne divergeait pas de ses confrères Dubec et Zagury. Mais il disait centrer son intervention sur 'la clinique de la responsabilité', marquant sa différence sur l'interprétation médico-légale. Il soutenait qu'une persécution 'n'est pas tout à fait délirante parce qu'elle repose sur la réalité'. Et que cette 'interprétation gauchie de la réalité' ne s'était pas faite sans un certain 'libre arbitre'. »

Le Monde, 26 octobre 2001, « Pascal Roux a été condamné à 21 ans de réclusion par les jurés »

Ou encore, plus récemment, à propos de l'auteur présumé du meurtre de Valentin, en 2011, le journal met en évidence le caractère idéologique de certaines décisions d'experts :

« Stéphane Moitoret avait-il toute sa raison lorsqu'il a tué Valentin Crémault, 10 ans, de 44 coups de couteaux en juillet 2008 ? Devant la cour d'assises de l'Ain qui juge ce routard de 42 ans pour « assassinat » et « actes de torture et de barbarie », et sa compagne, Noëlla Hego, 52 ans, pour « complicité d'assassinat », le docteur Paul Bensussan a été catégorique. « C'est la première fois de ma vie que je vois deux grands dingues, dignes de l'asile psychiatrique, dans un box de cour d'assises, s'est insurgé l'expert-psychiatre, vendredi 9 décembre. Le législateur a prévu qu'on ne juge pas les fous. » Fait rare, le docteur Bensussan s'est désolidarisé du « collègue » qu'il formait avec ses confrères Serge Bornstein et Agnès Peyramond. Evoquant « une certaine lucidité » chez M. Moitoret, ces derniers ont conclu à l'« altération » de son discernement, qui ouvre la voie aux poursuites, tandis que le docteur Bensussan a conclu à l'« abolition totale », qui entraîne l'irresponsabilité pénale et peut donner lieu à une hospitalisation accompagnée de mesures de sûreté. [...] Le docteur Bensussan a vivement critiqué les « raisons idéologiques » qui ont, selon lui, conduit ses deux co-experts à « tricher dans

leur diagnostic ». Vendredi, le docteur Peyramond a concédé croire « aux vertus thérapeutiques » de ce procès « pour la famille », comme pour « la partie [de la personnalité des accusés] connectée à la réalité ».

Le Monde, 12 décembre 2011 : « Meurtre de Valentin : bataille d'experts au procès »

En somme, le quotidien émet de nombreuses réserves face au retour de la défense sociale et participe à une critique virulente du mouvement de responsabilisation pénale des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux.

Conclusion

L'analyse thématique réalisée avec le logiciel Mallet sur ce corpus d'articles du *Monde* autour de l'expertise psychiatrique permet de mettre en évidence trois résultats principaux. Tout d'abord, l'expert psychiatre est devenu, dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle une figure incontournable du paysage médiatique : il est identifié et son discours est repris dans les articles portant sur la justice pénale. La presse semble ici enregistrer l'importance croissante de cet acteur technico-scientifique dans les dernières décennies (voir chapitre 4 du présent rapport). L'analyse quantitative permet ensuite de mettre en évidence l'évolution des thématiques traitées dans le corpus et tout particulièrement l'apparition d'une préoccupation sociale pour la question de la récidive des « dangereux », à commencer par les auteurs de violences sexuelles, mais également les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Ce mouvement de « défense sociale », est cependant largement critiqué et le quotidien donne une large place aux experts les plus hostiles à cette volonté de punir pour traiter les plus « dangereux ». Nous allons voir dans une seconde partie que les quotidiens ne parlent pas de la même façon des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux : si certains jettent un regard critique sur ces évolutions, d'autres semblent participer à la construction de cette figure de la « dangerosité » et argumenter dans le sens d'une neutralisation de ces personnes, comme va le montrer l'analyse du traitement médiatique de deux faits divers : l'affaire Richard Durn et l'affaire Romain Dupuy.

II. Les faits divers dans la presse nationale : un traitement différencié

Un fort consensus existe quant à la thèse selon laquelle les attitudes communes à l'égard des maladies mentales sont partiellement induites et entretenues par la fréquence des stéréotypes négatifs véhiculés par les *media*. Le principal vecteur de l'engendrement de ces stéréotypes résiderait dans la couverture médiatique de *faits divers*, commis par des personnes ayant des antécédents psychiatriques (Steadman et Cocozza, 1977-78 ; Wahl et Harman, 1989 ; Castillo *et al.*, 2008, p. 618 ; Tassone-Monchicourt *et al.*, 2010, p. 21). Ainsi l'étude proposée par l'ARS Nord-Pas-de-Calais conclut que la presse nationale écrite et audiovisuelle évoque en majorité la schizophrénie à l'aune de faits divers, où il est question de meurtre, de massacre, de fusillade (41 % des articles), dans un contexte où l'évocation de ces événements tend à augmenter¹⁰⁴. De même, *l'effet cumulatif* et la répétition d'articles stigmatisants sont identifiés comme ayant un rôle délétère (Thornton et Wahl, 1996, p. 23 ; ARS, 2014, p. 45).

Toutefois les études évoquées omettent de considérer les caractéristiques spécifiques des sources qu'elles analysent (*i.e.* caractéristiques des journaux) ainsi que la diversité des articles concernant de près ou de loin la psychiatrie et publiés au long cours. L'appréciation du rôle des *media* dans la construction des représentations communes suppose une approche plus nuancée de ces supports¹⁰⁵. La production de la presse écrite, en particulier, ne peut être abordée en se situant à un plan d'analyse excessivement général, ainsi que de façon indifférenciée, sans s'intéresser au champ idéologique de ces supports, notamment à leurs orientations politiques. La prise en compte de ces dernières permet de nuancer les conclusions des études précédemment mentionnées relatives à la presse écrite. Nous avons choisi de faire référence à 5 quotidiens français remarquables pour leur positionnement dans le champ sociopolitique (voir *Réseaux*, 1999 ; Horellou-Lafarge et Segré, 2007 ; Maigret, 2009, 2015) et disponibles sur la base d'Europresse, facilitant leur exploitation quantitative et statistique et de centrer notre attention sur le traitement médiatique de deux affaires récentes : l'affaire « Romain Dupuy » et l'affaire « Richard Durn ».

¹⁰⁴ « Selon une étude de l'INA, en dix ans, le pourcentage des faits divers dans les media a augmenté de 73 %. » (*Le Monde*, 17.06.2013). Toutefois toutes les chaînes n'accordent pas la même importance aux faits divers (voir INA Stat, 30, Juin 2013).

¹⁰⁵ L'étude de l'ARS Nord-Pas-de-Calais se fonde sur la consultation, de novembre 2012 à juillet 2013, de 40 à 50 articles de presse pour chacune des maladies sélectionnées (schizophrénie, trouble bipolaire, psychose, autisme, psychopathie) mais le corpus n'est pas spécifié. On ignore l'origine des articles retenus.

1. Le traitement de « l'affaire Romain Dupuy »

Certains experts soulignent le rôle crucial joué par le retentissement médiatique du double meurtre commis à l'hôpital de Pau en 2004 : un médecin interrogé considère ainsi qu'« avant 2004, un travail régulièrement accompli par la communauté pour lutter contre la stigmatisation commençait à porter ses fruits » (Thomas cité in ARS, 2014, p. 71) et que l'affaire de Pau ne constitue pas seulement un renversement mais reflète la façon dont la société et le juridique ont fait évoluer l'image de la schizophrénie vers une responsabilité atténuée. Pourtant, une analyse plus précise des articles publiés autour de cette affaire montre une disparité de traitement entre les différents quotidiens nationaux.

Autour de cette affaire, le corpus se compose de 47 articles. Ainsi *L'Humanité* propose 7 articles sur « l'affaire R. Dupuy », *La Croix* 5, *Libération* 13 (et une mention occasionnelle de R. Dupuy dans un autre article), *Le Monde* 22 avec des articles très longs, le *Figaro* 30 dont certains sont aussi très longs. Le nombre de signes consacré par chaque quotidien à ce sujet est respectivement de 18.812, 8.053, 54.182, 70.746, 85.414, cette variation quantitative atteste de l'intérêt que chaque journal porte à ce type de thématique. D'un point de vue quantitatif, lorsque l'on s'intéresse, une fois les « mots outils » écartés, aux cent premières occurrences présentes dans chaque quotidien¹⁰⁶, se détache un certain nombre de termes pertinents pour saisir les associations entre le meurtre et la maladie mentale, la référence à la schizophrénie, la place des familles et des victimes dans le traitement de ces affaires.

Le tableau ci-dessous met en évidence les différences dans le recours à certains registres de langue, concernant la schizophrénie en particulier vs. l'évocation de la folie, celles relatives aux champs sémantiques, concernant notamment à la dangerosité – qui s'avère très prégnant dans *Le Monde* et dans *Le Figaro* – ou à la sécurité ainsi que la place faite à la remise en question de la disposition juridique qu'est le non-lieu.

L'association du crime avec un problème psychiatrique varie selon les quotidiens et est d'autant plus marquée que le journal est situé à droite de l'échiquier politique. L'analyse de contenu permet de préciser le traitement spécifique de l'affaire par chaque journal.

¹⁰⁶ Cette méthode permet de contourner la difficulté tenant à ce que chaque quotidien ne consacre pas le même nombre d'articles à l'affaire considérée.

Termes	<i>L'Humanité</i>	<i>La Croix</i>	<i>Libération</i>	<i>Le Monde</i>	<i>Le Figaro</i>
psychiatrique	18	15	43	55	71
psychiatre/ psychiatrie	9+5	8+1	11+3	31+12	17+16
malade(s)	3	6	26	40	33
schizo*	4	0	9	34	13
				(14 pour schizophrénie seulement)	
folie	0	0	14	10	4
irresponsabilité/ irresponsable	15	5	24	24	33
discernement	4	3	9	13	16
abolition	3	1	3	8	5
non-lieu(x)	13	12	10	34	32
altération	1	2	2	6	7
victime(s)	9	3	17	40	30
famille(s)	5	4	10	12	25
juge(s)	6	2	8	20	20
dangereux/ dangerosité	5	1	9	26	23
				(dangereux, dangerosité)	(danger, dangereux, dangerosité)
sécurité	0	1	5	5	13
arme	3	1	5	9	12
police	1	0	13	22	28
Nombre d'articles	41	5	17	79	59
Nombre de mots	18.089	1.281	15.368	52.609	30.151

Tableau 11 - Occurrence dans chaque quotidien

L'Humanité

L'expression dans *L'Humanité* se caractérise non seulement par un ton plutôt modéré (« Romain Dupuy, vingt et un ans ; le jeune homme ; Romain Dupuy, le meurtrier présumé (2 occurrences) ; l'auteur présumé ; des problèmes de schizophrénie ; souffrant de schizophrénie avec des bouffées délirantes »)¹⁰⁷, et

¹⁰⁷ Au début des années 2000, avant le procès la désignation de l'individu appréhendé se porte plutôt sur la mention de « meurtrier présumé » (surtout dans les journaux de gauche).

la référence à la schizophrénie n'intervient qu'à trois reprises (bien qu'en 2007, à l'occasion de l'appel du procès, le journal soit plus explicite : « un schizophrène »).

Dans l'ensemble, le quotidien se sert de cette affaire pour critiquer le gouvernement et les décisions politiques prises au nom des familles des victimes.

« Il y a un moment donné où la société française doit exprimer sans complexe de quel côté elle se trouve : la politique que nous menons, c'est *une politique qui assure un soutien total aux victimes, pas aux coupables*. » Le discours valait déjà quand il occupait la Place Beauvau, Nicolas Sarkozy, aujourd'hui à l'Élysée, reprend le flambeau démagogue avec mise en œuvre immédiate. Après les délinquants récidivistes, vite rebaptisés « prédateurs », qu'il faut enfermer à vie, voilà les fous qu'il faut juger, cela afin d'offrir aux victimes – comme l'a argumenté sans rire l'ex-magistrate et actuelle garde des Sceaux – « la possibilité de faire leur deuil ». (*L'Humanité*, « Juger les fous, l'autre lubie de Nicolas Sarkozy », Société, mercredi 29 août 2007, p. 6)

Au-delà de cette visée critique, le quotidien fait le point sur l'irresponsabilité pénale (*L'Humanité*, Tribune libre, mercredi 5 septembre 2007, p. 17, « Réflexions sur la notion d'irresponsabilité pénale et le non-lieu psychiatrique. Citoyenneté juridique pour tous ou morcellement social ? »)¹⁰⁸, comme *Libération* le fait à d'autres occasions, ainsi que sur les réformes judiciaires du gouvernement Sarkozy. L'ambition est certes critique mais le quotidien s'emploie à préciser les enjeux associés à la rétention de sûreté (*L'Humanité*, Société, jeudi 29 novembre 2007, p. 10, « La "prison après la prison" validée par les ministres »).

La Croix

Le journal *La Croix* se situe sur une position intermédiaire entre *L'Humanité* et *Libération*. Comme dans *L'Humanité*, la référence à la schizophrénie est peu présente dans les articles (aucune mention) et le vocabulaire concernant R. Dupuy très peu stigmatisant (« jeune homme, qui souffre de graves troubles psychiatriques ; l'auteur du double meurtre (3 occurrences) »). Comme dans *Libération*, le quotidien s'efforce d'éclairer le débat public sur les enjeux judiciaires et psychiatriques posés par cette affaire, notamment concernant l'irresponsabilité pénale (*La Croix*, n° 37837, France, mercredi 29 août 2007, p. 6, Explication « Psychiatres et juristes considèrent qu'il est impossible de "juger les fous" »). Les articles constituent un suivi de l'affaire et des « rebondissements » du procès. Les déclarations de N. Sarkozy sont évoquées.

¹⁰⁸ L'article consiste en une interview du Bernard Doray, psychiatre.

Libération propose, entre 2005 et 2008, 13 articles mentionnant ou traitant de l'affaire Romain Dupuy. Comme dans *L'Humanité* et parce que les deux journaux s'inscrivent dans l'opposition, cette affaire est utilisée pour traiter de sujets politiques et judiciaires, voire de sujets de société, relatifs à la psychiatrie. Le journal souligne par exemple, de façon critique, les négligences de la police et de l'hôpital psychiatrique. La récurrence d'articles évoquant cette affaire s'explique non seulement du fait du suivi du procès (comme dans *Le Monde* et *Le Figaro*) mais également en raison de l'actualité politique. En effet, N. Sarkozy a converti cette affaire en un sujet politique et judiciaire.

Le journal se distingue toutefois par le traitement qu'il propose des questions de fond, en matière de psychiatrie. Ainsi il repose la question de la place des individus criminels présentant des troubles psychiatriques : hôpital ou prison (« *Libération*, n° 7550, Société, jeudi 18 août 2005, p. 10, « Meurtres de Pau : nouvelle expertise. Des psychiatres relativisent la responsabilité du tueur présumé ») ? Le meurtre constitue un point de départ permettant de mettre en lumière, puis de s'interroger sur la situation de crise que traverse la psychiatrie en France : « Quelle est la situation au moment du crime ? Un condensé du malaise de la psychiatrie française » (*Libération*, n° 7732, samedi 18 mars 2006, Cahier spécial, Villes. Pau. « Droit d'asile »). Les articles sont longs car, comme dans ce numéro spécial, *Libération* se donne les moyens de retracer la vie ordinaire dans un hôpital psychiatrique et de le replacer dans son environnement. Ouvrant ses colonnes à des personnalités comme Robert Castel, sociologue, le quotidien initie une réflexion de fond sur le procès de la folie (voir *Libération*, jeudi 8 novembre 2007, « La folie de Romain Dupuy peut-elle être punie ? »). De ce point de vue, *Libération* fait écho à *L'Humanité* quoique de façon moins polémique. En ce sens, on ne peut accuser le journal de contribuer à l'amalgame entre fou et criminel.

Le choix des spécialistes s'exprimant sur le sujet, comme Robert Castel ou Bruno Falissard, auteur d'une étude sur la santé mentale en prison¹⁰⁹, autorise un propos nuancé et s'écartant des préjugés sur la violence des personnes présentant des troubles psychiatriques. Annonçant le lundi 26 mai 2008 un documentaire de France 5 sur « Malades ou coupables ? Télé. Difficulté de reconnaître la folie, impossibilité de la juger », le journal contribue à cette récusation des stéréotypes et redonne une humanité aux personnes pour lesquelles la question de la folie ou de la responsabilité pénale est posée.

¹⁰⁹ Étude effectuée pour les ministères de la Santé et de la Justice de juin 2003 à septembre 2004, portant sur 800 détenus interrogés et examinés.

Avec *Le Monde*, une rupture intervient dans le traitement de l'affaire considérée. Cette rupture se retrouvera dans le traitement de l'affaire R. Durn. Tant que la culpabilité demeure présumée, les descriptions proposées par le journal sont factuelles et plutôt informatives (articles des 2 et 3 février 2005). De façon remarquable et contrairement aux précédents quotidiens, le mot « schizophrène » est davantage utilisé (voir tableau 1 supra). Ainsi il apparaît dès le premier article (mention de « symptômes de schizophrénie avec des bouffées délirantes ») et dans le titre du troisième article consacré au sujet (*Le Monde*, Société, vendredi 4 février 2005, p. 12, Faits divers, « La longue dérive psychiatrique de Romain Dupuy, schizophrène. Quel traitement judiciaire pour les malades mentaux ? »). L'adjectif « schizophrène » est ensuite systématiquement accolé au nom de Romain Dupuy, dans les titres d'articles jusqu'au 15 février 2005. La fréquence avec laquelle l'événement et le procès sont traités est supérieure à celle des quotidiens précédents. Les dépêches de l'AFP donnant les dernières informations sur cette affaire sont présentées.

Toutefois on note un décalage entre, d'une part, l'exposition des affaires, des situations et des protagonistes et, d'autre part, le fond des articles qui est d'une autre facture puisque *Le Monde* pose finalement les mêmes questions de société que les précédents journaux, en insistant toutefois davantage sur la question juridique que sur la question psychiatrique. En effet, de nombreux articles sont consacrés à l'explication des enjeux du procès autour de la distinction abolition/altération du discernement entre le 19 août 2005 et le 15 décembre 2007. Il est peut-être fait davantage de place aux arguments en faveur de l'altération¹¹⁰. Plusieurs articles interrogent la notion de non-lieu, alternant entre des arguments remettant en question son existence et des articles en défendant le bien-fondé, lorsque par exemple la parole est donnée à un expert psychiatre, Paul Bensussan¹¹¹.

	<i>L'Humanité</i>	<i>La Croix</i>	<i>Libération</i>	<i>Le Monde</i>	<i>Le Figaro</i>
altération	1	2	2	6	7
non-lieu(x)	13	12	10	34	32
Nombre d'articles	41	5	17	79	59

Un regard critique est porté sur le « simulacre » de procès pour les personnes irresponsabilisées (*Le Monde*, Société, vendredi 4 février 2005). Une réflexion

¹¹⁰ Voir *Le Monde*, Politique, vendredi 9 novembre 2007, p. 12.

¹¹¹ *Le Monde*, Dialogues, jeudi 15 novembre 2007, p. 19.

sur le droit et ses enjeux est initiée¹¹². L'événement est aussi l'occasion de réinterroger le partage entre soin et prison. Ainsi, par exemple, après la déclaration de non-lieu, le journal revient sur les problèmes généraux de la psychiatrie et des malades psychiatriques en prison (*Le Monde*, Politique, lundi 17 décembre 2007, p. 10).

Le ton de la dénonciation est marqué quoiqu'à la différence de *L'Humanité* et de *Libération*, il soit de facture moins politique que sociale : l'irresponsabilité des psychiatres est dénoncée, l'hôpital de Pau est à plusieurs reprises mis en cause¹¹³. De ce point de vue, l'orientation est très nettement distincte de celle adoptée par *Libération*, *La Croix* ou *L'Humanité*. En particulier, la dimension sécuritaire, absente des précédentes sources, perce dans *Le Monde*, en lien avec le thème de la dangerosité (voir tab. 1). Alors que *Libération* ouvre ses colonnes à un article sur l'hôpital de Pau (voir supra), au même moment, *Le Monde* consacre un article à la schizophrénie en lien direct avec l'affaire Romain Dupuy, contribuant par là à l'assimilation des délinquants dangereux et des malades de la psychiatrie, cette assimilation étant réitérée à l'occasion de la parution du rapport Burgelin où l'affaire Romain Dupuy est rappelée (*Le Monde*, Société, lundi 28 mars 2005, p. 7, « Un rapport préconise une "augmentation des moyens" pour traiter les délinquants dangereux »). Cette tendance présente plusieurs occurrences dont l'une se matérialise avec l'évocation des criminels sexuels¹¹⁴.

Alors que les précédents quotidiens s'efforçaient de redonner une humanité aux patients de la psychiatrie, certaines tournures du *Monde* sont inattendues, comme celles-ci en incipit de l'article :

« À quoi ressemble un homme qui, une nuit de décembre 2004, a lardé de coups de couteaux une infirmière et une aide-soignante d'un hôpital psychiatrique, décapité l'une d'entre elles et déposé sa tête sur un poste de télévision, est rentré se coucher chez lui puis, six semaines plus tard, lors d'un banal contrôle, a tiré à bout portant sur les policiers qui lui demandaient ses papiers ? » (*Le Monde*, Politique, vendredi 9 novembre 2007, p. 12

Le Figaro

Le Figaro se distingue par un traitement remarquable de l'affaire, non seulement par le nombre de pages qu'il lui consacre, mais également par les détails proposés sur le crime puis par un suivi quotidien du procès. Dans les premiers articles, Romain Dupuy est décrit comme « le jeune homme » puis, à

¹¹² *Le Monde*, Dialogues, jeudi 15 novembre 2007, p. 19.

¹¹³ La principale occurrence politique concerne la dénonciation de la place accordée aux victimes par N. Sarkozy (*Le Monde*, Politique, jeudi 31 janvier 2008, p. 9, « Rétention de sûreté des criminels dangereux : la place des victimes suscite la controverse »).

¹¹⁴ *Le Monde*, Politique, mercredi 28 novembre 2007, p. 12, « Le gouvernement renonce à la culpabilité civile des malades mentaux criminels » ; *Le Monde*, Politique, jeudi 31 janvier 2008, p. 9, « Rétention de sûreté des criminels dangereux : la place des victimes suscite la controverse ».

partir de février 2005, la qualification de « schizophrène » intervient dans chaque article. Comme dans *Le Monde*, l'institution psychiatrique est mise en cause mais s'y associe, cette fois, une perspective assumant le point de vue des policiers (voir aussi tab. 1)¹¹⁵. Le discours s'avère fréquemment orienté contre les psychiatres.

La question de la sanction et de la peine est très vite posée (*Le Figaro*, mercredi 2 février 2005, p. 9) avec l'introduction d'une idée qui sera récurrente : le malade « échappe » au procès. De même, le thème de la sécurité est très présent (voir tab. 1), y compris dans l'évocation ultérieure d'autres crimes par des personnes souffrant de troubles psychiatriques¹¹⁶. Le journal aborde également la discussion de la responsabilité pénale et du procès au civil de cette population, lorsqu'elle a commis des crimes. Le rapprochement entre crime et maladie mentale est porté à son apogée lors du rappel, en 2007, de l'affaire R. Dupuy dans un article traitant de la récidive des délinquants sexuels¹¹⁷. Toutefois cette assimilation n'est pas tant le fait de la presse que celle du politique. Il demeure que *Le Figaro* contribue à entretenir la conviction d'une dangerosité des malades de la psychiatrie, en évoquant par exemple R. Dupuy lorsqu'il traite de l'affaire Thomas Anderson (*Le Figaro*, samedi 19 janvier 2008, p. 10). De même, une association indue est produite entre R. Dupuy et « l'affaire d'Outreau et [les] multirécidivistes »¹¹⁸. Un glissement infondé s'opère ainsi d'une problématique à l'autre.

Comme dans *L'humanité*, l'affaire R.D. est mobilisée avec des intentions politiques puisqu'elle constitue une occasion de promotion du plan de santé mentale, porté par Ph. Douste-Blazy en 2005¹¹⁹, puis en 2007 une occasion de traiter des conflits de N. Sarkozy avec la magistrature au même titre que l'affaire Évrard ou la pénalisation du droit des affaires¹²⁰. Le journal sert de relais à l'appui des politiques du gouvernement, en donnant une parole aux victimes¹²¹ que ce soit dans le cas de R.D. ou dans des affaires ultérieures¹²², anticipant sur

¹¹⁵ *Le Figaro*, n° 18816, mercredi 2 février 2005, p. 9 ; *Le Figaro*, mercredi 2 février 2005, p. 1, 9.

¹¹⁶ Voir *Le Figaro*, jeudi 6 décembre 2007, p. 9 ; *Le Figaro*, vendredi 4 avril 2008, p. 10 et d'autres articles sur l'hôpital de Pau avant 2007 ; *Le Figaro*, lundi 4 janvier 2010.

¹¹⁷ *Le Figaro*, Samedi 27 octobre 2007, p. 10.

¹¹⁸ *Le Figaro* et vous, mardi 17 février 2009, p. 37.

¹¹⁹ « Plus de vingt rapports sur la psychiatrie ont été commandés dans notre pays au cours des dernières décennies, mais c'est la première fois qu'un plan national est proposé. » (*Le Figaro*, n° 18818, vendredi 4 février 2005, p. 11)

¹²⁰ Voir *Le Figaro*, samedi 1 septembre 2007, p. 7.

¹²¹ *Le Figaro*, samedi 3 novembre 2007, p. 9 ; *Le Figaro*, n° 19678, mercredi 7 novembre 2007, p. 8 ; *Le Figaro*, n° 19680, vendredi 9 novembre 2007, p. 9 ; *Le Figaro*, n° 19703, jeudi 6 décembre 2007, p. 9 ; *Le Figaro*, n° 20078, mardi 17 février 2009, p. 37.

¹²² Voir *Le Figaro*, n° 19741, samedi 19 janvier 2008, p. 10.

les réformes qui donneront lieu à l'audition pénale, dans les procès où l'irresponsabilité des auteurs a été reconnue¹²³.

2. Le traitement de « l'affaire Richard Durn »

La polarisation de la presse, mise en évidence à l'occasion de l'analyse des articles traitant du cas R. Dupuy, se retrouve, lorsque sont évoquées d'autres affaires criminelles dont les auteurs présentent un passé psychiatrique. Nous envisagerons à présent le meurtre perpétré par Richard Durn à Nanterre¹²⁴, antérieurement aux faits commis par R. Dupuy. Les quotidiens y dédient davantage d'articles, certainement en raison de son caractère sensationnel et du fait qu'il touche la classe politique. *L'Humanité* y consacre 41 articles, *Libération* 17, *Le Monde* 79¹²⁵, le *Figaro* 59. La différence d'approche est à nouveau flagrante en particulier dans la mention de la référence à la maladie psychiatrique de l'auteur des faits. *L'Humanité* le désigne comme « un/le forcené », le terme de « folie » n'étant évoqué qu'à distance de l'événement dans un article du 27 décembre 2002, faisant la chronologie de l'année : « Retour chaque jour dans l'Humanité sur les temps forts de l'année ». Cet article est le seul à faire allusion à la maladie mentale et au diagnostic¹²⁶. En revanche, dès leur premier article sur le sujet, *Libération*, *Le Monde* et *Le Figaro* mentionnent respectivement le patient, la démence, « un psychopathe suicidaire ».

L'analyse de l'ensemble des chiffres qui suivent doit tenir compte de la majoration du nombre d'articles produit par *Le Monde* sur le sujet.

¹²³ *Le Figaro*, n° 19741, samedi 19 janvier 2008, p. 10 ; *Le Figaro*, n° 20323, mercredi 2 décembre 2009, p. 10.

¹²⁴ Nous avons choisi de ne pas traiter cette affaire de façon introductive, dans la mesure où la variable politique jouait un rôle de premier plan puisque les victimes appartenaient au conseil municipal de la mairie communiste de Nanterre. Dans la mesure où l'auteur des faits s'est suicidé, l'affaire présente un profil moins typique que la précédente.

¹²⁵ R. Durn est mentionné 348 fois dans *Le Monde*. La couverture de l'événement est quotidienne et intense jusqu'au 22 avril 2002. Certains articles assez longs évoquent, à partir du 31 janvier 2003, de façon anecdotique R. Durn, au détour d'une phrase mais entrent néanmoins dans le comptage.

¹²⁶ On notera que seuls *L'Humanité* et *Le Monde* mentionnent la schizophrénie, avec respectivement 1 et 4 occurrences. *Le Figaro* évoque la psychopathie (2) et la psychose (2), tout comme *Libération* (3 occurrences de ce champ sémantique) ou *Le Monde* (5).

Termes	<i>L'Humanité</i>	<i>La Croix</i>	<i>Libération</i>	<i>Le Monde</i>	<i>Le Figaro</i>
psychiatrique					
psychiatre/ psychiatrie					
psychiatr*	15	9	18	62	49
malade(s)	7	2	10	3	14
schizo*	1	0	0	4	0
psychose	0	0	1	2	3
folie	4	5	16	16	6
forcené	13	11	8	5	16
victime(s)	51	39	18	70	53
famille(s)	27	22	12	45	19
juge(s)	0	3	2	7	10
dangereux/ dangerosité	1	4	2	15	21
sécurité	4	9	3	29	26
arme*	43	41	45	117	100
police*	66	42	52	194	154
irresponsabilité/ irresponsable	0	3	1	0	5
discernement	0	0	0	1	2
abolition	0	0	0	1	1
non-lieu(x)	0	0	0	1	2
altération	0	0	0	0	1
Nombre d'articles	41	26	17	79	59
Nombre de mots					

Comme dans le cas précédent, *L'Humanité* procède à une mise en perspective politique de l'événement et s'en sert pour procéder à une critique sociale (voir *L'Humanité*, vendredi 29 mars 2002)¹²⁷. Il offre au journal l'occasion de formuler des attaques répétées à l'encontre de la préfecture de police ainsi que de Jacques Chirac (*L'Humanité*, 30 mars 2002, p. 3) s'engageant dans un discours sécuritaire¹²⁸. Ainsi la notion de « faute » des services de police a 11 citations

¹²⁷ Citant Jacqueline Fraysse, le quotidien mentionne très vite que le « procès » n'aura pas lieu du fait du suicide de R. Durn.

¹²⁸ « Indignation et colère, enfin, devant l'insupportable récupération du drame par la droite, et singulièrement par celui qui la représente dans la bataille électorale, Jacques Chirac. Piétinant son rôle de président de la République, qui aurait dû le conduire dans de telles circonstances à incarner la dignité de la

(occurrences pertinentes) alors qu'elle est absente des autres quotidiens qui feront plus volontiers référence à la notion d'« enquête »¹²⁹. Le journal se partage entre la dénonciation politique et une forme d'empathie pour les victimes de la société, dont R. Durn est une illustration. Il est présenté comme un exclu social¹³⁰, « un homme psychologiquement fragile habité d'intentions suicidaires » (30 mars 2002, p. 4), « un paumé » (6 avril 2002). La dimension psychiatrique et la possibilité qu'il soit psychiatriquement malade sont très peu suggérées. R. Durn apparaît plutôt sous les traits du « forcené » (12 occurrences).

En revanche, le passé psychiatrique de ce dernier est souligné dans *Libération*, dès le premier article consacré aux faits (*Libération*, n° 6491, jeudi 28 mars 2002, p. 3, 4). Très rapidement il est fait allusion à sa prise en charge psychiatrique (n° 6492, vendredi 29 mars 2002) ainsi, à plusieurs reprises, qu'à ses problèmes « psychologiques ». *Libération* s'affirme comme le quotidien évoquant le plus la maladie de l'auteur des faits (10 occurrences¹³¹). Récusant – à la différence de *L'Humanité* – qu'il soit une victime de la société (n° 6499, samedi 6 avril 2002, p. 46), le journal souligne plutôt « sa démence » (n° 6507, mardi 16 avril 2002), sa « folie »¹³² (n° 6510, vendredi 19 avril 2002), la « maladie mentale », son profil de « psychotique » – propos rapportés d'un médecin conseiller municipal. Toutefois, le ton demeure modéré comme le suggèrent ces propos rapportés de Laurent El Ghozi, adjoint PS de la mairie de Nanterre : « Il faut accepter le côté radicalement incompréhensible de la folie. Le reste est dérisoire, c'est un leurre que l'explication, à la limite de l'escroquerie. » (n° 6507, mardi 16 avril 2002) Enfin le quotidien récuse, de façon critique, la nécessité d'un procès pour les victimes et leurs familles (n° 6499, samedi 6 avril 2002).

Comme *Libération*, *Le Monde* mobilise la qualification de la folie dès les premiers articles (« un acte de démence », jeudi 28 mars 2002). Le lendemain, le quotidien publie la déclaration de R. Durn : « Je suis fou. Je suis devenu un clochard. Je dois mourir » (vendredi 29 mars 2002, p. 01)¹³³. Ses troubles psychologiques sont réévoqués le vendredi 29 mars 2002, p. 07. Un diagnostic est également proposé : « les psychiatres n'hésitent plus guère aujourd'hui qu'entre ces deux entités diagnostiques que sont la paranoïa et la schizophrénie » (vendredi 29 mars 2002, p. 06). *Le Monde* fait assez peu mention de la schizophrénie et publie même un article, le mardi 12 novembre 2002, p. 6, donnant la parole à Michel Schneider, psychanalyste, remettant en cause le fait

nation devant le drame, le candidat Chirac a honteusement sauté sur l'occasion pour nourrir son discours sécuritaire. [...] » (30 mars 2002, p. 3)

¹²⁹ L'« enquête » n'est pas évoquée par *Libération*, mais elle n'est 57 fois par *Le Monde* (« enquêteurs » 37 fois) et 43 fois par *Le Figaro*.

¹³⁰ Voir aussi *L'Humanité*, mardi 2 avril 2002, p. 14.

¹³¹ Et aucune dans les autres media.

¹³² « Richard Durn était fou. »

¹³³ Le journal évoque dans le même article la situation sociale de R. Durn, RMIste.

que R. Durn soit un fou. Il le décrit comme une « personnalité limite ». R. Durn est, le plus souvent, désigné par son nom. Des investigations détaillées sur certains aspects de sa vie sont publiées, sous les titres plusieurs fois repris : « Le journal de Richard Durn ou le récit d'une vie "de lâche et de crétin" » (articles du 10 avril 2002).

Le quotidien se sert des faits pour introduire des discussions sociales et politiques. À l'occasion de cet événement, des questions de société sont soulevées, relatives à la violence sociale (vendredi 29 mars 2002, p. 07), au rôle des *media* dans ce type de violence (vendredi 29 mars 2002, p. 06 : « Quelle est la responsabilité des images de la télévision dans cette tuerie ? »), à l'articulation entre justice et psychiatrie (lundi 5 août 2002, p. 06¹³⁴) ou à « l'implication des responsables politiques locaux dans la prévention de la "souffrance psychosociale" » (samedi 26 juin 2004, p. 16), ou encore aux différends, voire à la polémique entre policiers et magistrats¹³⁵ (samedi 30 mars 2002, p. 08).¹³⁶ Ces enjeux sociopolitiques sont encore placés au devant de la scène, lorsque l'attention est portée sur la situation des maires aux prises avec les agressions des citoyens et sur les désillusions des citoyens à l'égard de la politique (vendredi 29 mars 2002).

Sur le versant politique, le journal se fait à la fois l'écho des propos modérés du premier ministre Lionel Jospin, « "Il sera toujours difficile de faire face à un acte de folie [...]. C'est un acte de folie meurtrière qui s'est produit et il ne faut donc pas le traiter comme d'autres phénomènes dont on parle par ailleurs." » (jeudi 28 mars 2002) mais offre également une large place à « l'affrontement Chirac-Jospin » (samedi 30 mars 2002, p. 06)¹³⁷, en soulignant le rôle conféré à l'événement dans la campagne présidentielle. Ce faisant, le thème de la sécurité entre dans le discours, le journal s'en faisant l'écho, en mentionnant dans plusieurs de ses titres la notion d'« insécurité »¹³⁸ mais également en évoquant les décisions prises par N. Sarkozy, tout au long de sa carrière politique (voir mardi 16 juillet 2002, p. 05)¹³⁹. Néanmoins dans l'ensemble, le ton des articles du

¹³⁴ « [...] en finir avec cette opinion trop répandue – y compris chez les magistrats – qui veut qu'une personne hospitalisée dans un service de psychiatrie soit immanquablement perçue comme n'étant pas en mesure de pouvoir répondre de ses actes et que celle qui est incarcérée ne puisse, à l'inverse, prétendre souffrir d'une affection psychiatrique ».

¹³⁵ R. Durn s'est suicidé en sautant par la fenêtre, lors de son interrogatoire à la brigade criminelle du Quai des Orfèvres.

¹³⁶ *Le Monde* insiste moins que *L'Humanité* sur le fait que l'affaire soit classée par l'IGS (la police des polices).

¹³⁷ *Le Monde* est le quotidien qui fait le plus allusion à J. Chirac : 45 occurrences contre 13 dans *L'Humanité* et *La Croix*, 17 dans *Le Figaro*.

¹³⁸ L'occurrence de la problématique consiste en cinq mentions dans *L'Humanité*, 15 dans *La Croix*, trois dans *Libération*, 69 dans *Le Monde*, 28 dans *Le Figaro* sachant que ces deux derniers quotidiens évoquent R. Durn dans respectivement 79 et 59 articles.

¹³⁹ « Le projet de loi sur la sécurité, présenté le 10 juillet par le ministre de l'intérieur, Nicolas Sarkozy, et qui sera débattu à l'automne à l'occasion du vote d'une loi spécifique (*Le Monde* du 11 juillet), propose à son tour un durcissement de la législation. Il prévoit la création d'un fichier national automatisé des personnes

Monde est sobre. L'affaire passe au second plan à partir du vendredi 31 janvier 2003.

Le traitement de l'affaire R. Durn par *Le Figaro* se caractérise par deux traits : d'une part, une très forte association des faits à la question de la folie sous un jour stigmatisant et, d'autre part, un usage politique de l'événement visant à introduire les propositions législatives de N. Sarkozy. Ainsi la « piste de la démence » intervient dès le premier article (n° 17926, Jeudi 28 mars 2002, p. 8). La folie est souvent évoquée dans ces premiers articles, tout comme après le suicide (Vendredi 29 mars 2002, p. 13). Le champ sémantique convoque des termes comme « le déséquilibré » (n° 17926 ; Vendredi 29 mars 2002, p. 12 ; n° 17932, Jeudi 4 avril 2002, p. 13, etc.), « le tueur fou » (n° 17926, Jeudi 28 mars 2002, p. 1, 8, 9), « psychopathe suicidaire » (n° 17926), « psychopathe » (n° 17930), « fou sanglant » (n° 17930, Mardi 2 avril 2002, p. 15), « un pathologique déséquilibre... » (n° 17930). Dans chaque article figure un terme évoquant une pathologie ou une étiquette psychiatrique¹⁴⁰, alors même par exemple que cette tendance n'intervient quasiment pas dans *L'Humanité*. L'adjectif « fou » est associé de façon récurrente au nom de R. Durn, ce que ne font pas systématiquement les autres quotidiens.

L'orientation critique qu'assume parfois *Le Figaro* vise à suggérer la nécessité des réformes qui seront ultérieurement proposées par N. Sarkozy. Ainsi sont mises en cause des « personnes tenues au secret [qui] n'ont rien dit » (n° 17927, Vendredi 29 mars 2002, p. 13). Le journal publie « un courrier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité [qui] interdit aux forces de l'ordre d'accéder aux informations sur des aliénés dangereux » (n° 17944, Jeudi 18 avril 2002, p. 11). Cette publication devient l'occasion d'une discussion sur « l'aménagement du secret médical en faveur des services de police » (n° 17944) ainsi que sur les outils à la disposition de la police, concernant notamment les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Or le 10 juillet 2002, N. Sarkozy suggère de lever la contrainte du secret. De même, la place conférée aux victimes, fondée sur l'idée « qu'un procès leur aurait permis d'achever leur travail de deuil »¹⁴¹ prélude à l'introduction de l'audience pénale des auteurs de crimes déclarés pénalement irresponsables¹⁴². Alors que la responsabilité pénale des personnes ayant ce type

interdites d'acquisition ou de détention d'armes. Il suggère aussi d'instaurer une obligation d'information pour les professions soumises au secret (médecins, services sociaux...), qui seraient désormais tenues d'alerter les autorités en cas de comportement suspect. »

¹⁴⁰ Voir aussi Vendredi 5 avril 2002, p. 14 ; *Le Figaro Magazine*, samedi 6 avril 2002, p. 48-50.

¹⁴¹ *Le Figaro Magazine*, samedi 6 avril 2002, p. 48-50.

¹⁴² En décembre 2003, un groupe de travail mis en place par le ministre de la justice Dominique Perben propose d'organiser une audience publique, composée de trois magistrats, visant à faire comparaître les accusés devant une juridiction *ad hoc*, différente de la cour d'assises et du tribunal correctionnel existants. Cette procédure sera instaurée par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Elle autorise une procédure alternative selon laquelle en cas de non-lieu pour démence, les familles « privées » de procès peuvent demander une audience devant la chambre de l'instruction.

de troubles n'est évoquée par aucun des autres quotidiens, *Le Figaro* y revient à plusieurs reprises. Ainsi la critique sociale s'exprimant dans le journal – notamment à l'encontre des professionnels de santé¹⁴³ – présente une orientation sécuritaire (voir n° 17944) et répressive propre à ce quotidien. La question des sanctions est prégnante.

Au-delà de cet aspect polémique, les articles ont aussi une valeur informative¹⁴⁴. Ils abordent la détention du port d'armes, la déclaration d'irresponsabilité pénale, l'indemnisation des victimes, la responsabilité pénale des individus présentant des troubles psychiatriques, « la sécurité des élus en France » (n° 20344, lundi 28 décembre 2009). La réitération des articles consacrés à la détention d'armes – mais aussi à la police – permet de placer continûment au premier plan la question de la sécurité, de plus en plus présente à partir de février 2003 (n° 18195, Jeudi 6 février 2003, p. 10). Le journal est le seul à faire mention de la sécurité de façon insistante (20 occurrences). Le champ sémantique convoqué par ce quotidien est caractéristique puisqu'il est celui dans lequel les occurrences des termes « police/policiers » et « armes » interviennent le plus fréquemment, respectivement 123 et 97 fois, y compris avant même la désignation des « élus », terme le plus convoqué par chacun des autres quotidiens après « Durn, Nanterre, Richard ». Par comparaison, le terme « armes » n'est évoqué dans chacun des autres journaux respectivement que 28 fois (H.), 29 (L.C.), 41 (Lib.), 84 (LMd.). La préoccupation sécuritaire s'affirme, plus l'orientation politique des journaux est marquée à droite.

Conclusion

Cette analyse a permis de souligner combien le traitement de la folie criminelle variait selon les quotidiens et, en particulier, selon leur orientation politique. L'association d'un vocabulaire, connotant la maladie mentale, à la mention de l'auteur présumé du crime ainsi que la précocité de l'évocation de la folie, dans le traitement de l'affaire, sont d'autant plus fortes que le quotidien assume une orientation politique de droite. De même, la place des victimes y est plus importante que dans les journaux de gauche, au même titre qu'une sensibilité accrue pour la responsabilisation pénale d'individus, touchés par la maladie mentale. Le ton avec lequel ces affaires sont traitées et la durée pendant laquelle le quotidien continue de les évoquer varient graduellement selon leurs

¹⁴³ La psychiatrie est stigmatisée car, selon Philippe Douste-Blazy, elle laisse sortir les patients médico-légaux précocement (n° 17934, *Le Figaro Magazine*, samedi 6 avril 2002, p. 48-50).

¹⁴⁴ Quoiqu'il y ait aussi de la désinformation dans *Le Figaro*. Voir : « Durn ira à trois reprises en Israël pour se recueillir sur la tombe de Baruch Golstein, un colon juif qui a tué 29 Arabes en 1994. Puis dans des camps palestiniens où il louera le courage des kamikazes. » (Mardi 2 avril 2002, p. 15) Le certificat médical réalisé pour Durn (Jeudi 4 avril 2002, p. 13).

options politiques¹⁴⁵. Ainsi la période durant laquelle chaque quotidien a continué de s'intéresser à l'affaire Durn est révélatrice de leur posture à l'égard de ce type d'événements. Les articles traitant réellement de celle-là prennent fin dans *L'Humanité* à partir du 27 décembre 2002 – il s'agit d'hommages¹⁴⁶ –, dans *Libération* du 19 avril 2002, dans *Le Monde* du 31 janvier 2003, dans le *Figaro* du mardi 13 avril 2004. Le traitement réservé par les quotidiens français aux affaires Dupuy et Durn a donc permis de souligner un clivage quant à l'approche des « affaires criminelles » par les quotidiens de gauche et de droite. Ce clivage n'intervient pas seulement dans la présentation des affaires criminelles mais pourrait également bien caractériser le traitement par la presse des questions de psychiatrie en tant que telles (voir Guibet Lafaye, 2016).

Une autre analyse a permis de montrer que les conclusions que l'on peut tirer sur le rôle de la presse dépendent du champ de presse analysé, c'est-à-dire selon que l'on s'intéresse aux articles évoquant des crimes ou bien à la presse généraliste. L'orientation politique des supports de presse écrite a une incidence à la fois sur le traitement des questions de psychiatrie mais également sur l'intérêt porté aux faits divers. Contrairement à ce qui a été mis en évidence dans d'autres études, la presse se fait plus volontiers l'écho du débat politique que des faits divers. Plus le journal se situe à gauche et plus ces débats sont considérés. En revanche, l'écho conféré à l'événementiel tragique varie selon les positionnements politiques des journaux. Une large partie des publications de la presse écrite consiste, lorsqu'elle traite du sujet général de la folie ou de la psychiatrie, à détricoter des peurs, rétablir des vérités (telles que les malades de la psychiatrie sont plus souvent victimes qu'agresseurs), en s'appuyant sur des données statistiques, éventuellement présentées dans les articles (voir *Le Monde*, 30/12/2008). La criminalité n'occupe pas systématiquement le devant de la scène, lorsque la psychiatrie est abordée par la presse, celle-ci s'intéresse plutôt – quoique de façon variable selon les orientations politiques des quotidiens – aux réformes advenant dans le champ ou aux sujets d'actualité en psychiatrie (autisme, génétique, toxicomanie).

¹⁴⁵ Dans *Le Figaro*, le ton est ampoulé. *L'Humanité* est empathique. Le point de bascule, dans le traitement de l'information et la volonté d'objectivation, intervient avec *Le Monde*.

¹⁴⁶ On se souvient que le drame a eu lieu dans une commune communiste.

Chapitre 6 : Effets des évolutions législatives sur les représentations de la folie et de la maladie mentale

Par Caroline Guibet Lafaye

Lors de la promulgation des dernières lois en psychiatrie (en particulier celle du 5 juillet 2011), on s'est inquiété du virage sécuritaire qu'imposaient les réformes gouvernementales dans le champ¹⁴⁷. Antérieurement, des chercheurs ont souligné « la collusion du politique avec le juridique et l'absorption par l'État de l'événementiel pour imposer une politique déjà réfléchie par ailleurs » (Kalampalikis *et al.*, 2007, p. 842).

I. La fabrication des lois

1. Une double tendance

Une analyse de contenu des textes législatifs publiés depuis 1950¹⁴⁸ permet de souligner, sur l'ensemble de la période, une double orientation en matière de psychiatrie. À l'exception, dans une certaine mesure, de la circulaire de 1956¹⁴⁹, les années 1950 sont marquées par un souci sécuritaire comme le montrent trois textes : la circulaire n° 109 du 5 juin 1950 du ministère de la Santé publique qui prévoit, d'une part, des subventions pour la construction d'équipement pour le traitement des « malades mentaux difficiles », et propose d'autre part une classification de ces malades en trois catégories ; la loi du 15 avril 1954, prévoyant le traitement des « alcooliques dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui », dans des centres ou des sections de rééducation spécialisés, et qui constitue un exemple caractéristique de loi de contrôle social ; enfin la réforme du Code de procédure pénale de 1958 introduisant la notion d'accessibilité à une sanction pénale.

¹⁴⁷ Nous faisons notamment allusion au collectif des 39 qui s'est constitué contre « la nuit sécuritaire ». Voir le texte préparatoire à la table-ronde du jeudi 21 mai 2013 ainsi que les auditions de 4 de leurs membres par la commission Robiliard.

¹⁴⁸ Pour établir la chronologie des lois pertinentes dans le domaine, nous avons procédé à une recherche par mots clés sur la base de Légifrance et étudié systématiquement toutes les lois promulguées concernant la psychiatrie entre 1950 et 2015 ainsi que les décrets et circulaires.

¹⁴⁹ Circulaire du 24 mars 1956, concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, qui préconise notamment la création de dispensaires d'hygiène mentale et l'ouverture de homes de post-cure.

Les années 1960 constituent un pendant de ces orientations avec, en particulier, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Elle constitue un tournant dans l'approche politique de la psychiatrie, visant à prendre des distances avec l'asile. L'accent est porté sur la prévention, l'hôpital de jour, le foyer de postcure, les ateliers protégés, ainsi que sur la continuité des soins et surtout l'évitement de l'hospitalisation ou de la réhospitalisation¹⁵⁰. À la fin de la décennie, *i.e.* en 1968, la problématique du handicap émerge¹⁵¹. Ouverture vers la ville et souci sécuritaire marquent le rapport du politique à la psychiatrie jusqu'à nos jours s'esquisse à partir de ces années. En effet, l'organisation d'une ouverture de l'hôpital vers la ville et la mise en place de la sectorisation s'opèrent en contrepoint de l'affirmation d'aspects répressifs et de la création d'une catégorie spécifique d'individus, les détenus souffrant de troubles psychiques. Ainsi, d'une part, la circulaire du 30 juillet 1967 crée les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), aujourd'hui les SMPR, en plaçant le personnel médical sous la direction du chef de l'établissement pénitentiaire, et la loi du 3 janvier 1968, d'autre part, rend le malade mental, reconnu pénalement irresponsable, civilement responsable (art. 489-2 Code Civil).

Cette double tendance demeure à l'œuvre durant la décennie 1970. Celle-ci est, pour une part, marquée par la sectorisation¹⁵² mais également, pour une autre part, par la persistance d'un souci de contrôle social, toutefois moins accentué qu'il ne le sera dans des décennies ultérieures. L'ambivalence se marque dans les deux dispositions législatives de l'année 1970 : ma loi du 17 juillet 1970 établit que l'ordonnance de non lieu est susceptible d'appel de la part de la victime, partie civile, et la circulaire du 4 septembre 1970 étend l'action du secteur, base du service public dans la lutte contre les maladies mentales, à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Ce double mouvement traverse les années 1980, avec la légalisation du secteur psychiatrique (1985)¹⁵³ et l'organisation de la sectorisation (1986), d'un côté, et, d'autre part, la persistance de la problématique sécuritaire, s'affirmant dans la loi dite « Sécurité et liberté » du

¹⁵⁰ La circulaire : « Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre. » (chap. 3, 1.).

¹⁵¹ Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs ; loi de 1968 sur les tutelles et curatelles.

¹⁵² Jusqu'à la fin des années 1970, les textes juridiques se consacrent à la structuration du champ psychiatrique. Sur le secteur, voir Benoît Eyraud et Livia Velpry, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio-logos* [En ligne], 7 | 2012, <http://socio-logos.revues.org/2651>.

¹⁵³ La législation en matière de psychiatrie est marquée par une lenteur d'opérationnalisation caractéristique. Voir la mise en œuvre du secteur ainsi que les détails de révision de la loi du 27 juin 1990.

2 février 1981¹⁵⁴, dans l'organisation des UMD et la création des Services Médico-Psychologique Régionaux (SMPR) en 1986. La loi de 1981 introduit dans le débat public (avec le titre I, chap. 1) la thématique de la récidive ainsi que les dispositions relatives aux droits des victimes.

La décennie 1990 – et plus exactement la période s'étendant de 1989 (arrêt Brousse) à 1998 – place l'accent sur les droits des patients, réaffirmés dans la loi du 27 juin 1990. Celle-ci aligne la psychiatrie sur les statuts du système général de santé¹⁵⁵. Le souci des droits des patients¹⁵⁶ se conjugue avec une volonté d'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur la ville¹⁵⁷ se traduisant également dans des textes, promouvant l'accueil des patients dans des familles¹⁵⁸, le « réseau de soins » (1996, 1999¹⁵⁹), la normalisation de l'ensemble des soins proposés en psychiatrie¹⁶⁰. Néanmoins cette volonté d'ouverture a pour pendant – illustrant une nouvelle fois le double mouvement animant la législation dans le champ de la psychiatrie – la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs qui crée l'injonction de soin et modifie la pratique de l'expertise psychiatrique, la convertissant d'une évaluation psychiatrique de responsabilité en une estimation du risque de récidive post-sentencielle.

Dans les années 2000, la double orientation soulignée persiste puisque s'y dessinent à la fois l'émergence de la figure de l'usager mais également l'approfondissement d'une logique sécuritaire, ancrée sur la prévention de la récidive, à l'œuvre dès 1998. Ainsi dans la continuité de la loi du 27 juin 1990 et

¹⁵⁴ « La loi dite "Sécurité et liberté" du 2 février 1981 contribue à renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement en imposant au président du tribunal de grande instance, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, d'organiser un débat contradictoire et de motiver sa décision, l'autorisant par là même à assurer un contrôle rigoureux de l'action de l'administration.

Ainsi, depuis 1981, le juge judiciaire n'a plus à se limiter à vérifier si l'internement est médicalement justifié : il doit également s'assurer que la décision est bien fondée eu égard à l'état de personne. » (Rapport au Sénat pour le « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »)

¹⁵⁵ Extrayant par là les patients de la psychiatrie de la problématique du handicap à laquelle ils ont été associés à partir de la fin des années 1960.

¹⁵⁶ S'exprimant dans la circulaire Weil du 19 juillet 1993 – qui rappelle également que l'enfermement ne doit plus être la norme, y compris pour les personnes hospitalisées sous contrainte –, par la circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une Charte du patient hospitalisé et par l'annulation d'une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) par le tribunal administratif de Caen en 1997 au motif que la demande du tiers avait été établie par une secrétaire de l'établissement dont les liens avec le patient n'étaient pas démontrés (jugement du 25 juin 1997).

¹⁵⁷ Le projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie souligne que ceux-ci requièrent l'ouverture des hôpitaux psychiatriques vers la population et vers d'autres institutions.

¹⁵⁸ Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

¹⁵⁹ La circulaire du 25 novembre 1999 élargit la notion aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ».

¹⁶⁰ La loi n° 94-43 du 18 janvier reconnaît aux personnes incarcérées le droit d'être soignées comme en milieu libre.

de la promotion des droits des patients, se voit promulguée la loi du 4 mars 2002 qui donne théoriquement accès à leur dossier aux patients de la psychiatrie. De même, l'arrêt du Conseil d'État du 3 décembre 2003 souligne, comme en 1997, la nécessité d'un lien personnel, antérieur à la demande de soins, entre la personne malade et le tiers, requérant une hospitalisation sans consentement. La loi du 30 octobre 2007 porte création du contrôleur général des lieux de privation de la liberté. La loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité offre un cadre de concertation renforcé par la création obligatoire de conseils de quartier dans les collectivités locales de plus de 80.000 habitants. Ces textes législatifs traduisent un souci des champs sanitaire, social et médico-social (2001-2002)¹⁶¹, de l'intégration des patients de la psychiatrie dans la communauté (2002) – déjà à l'œuvre dans la décennie 1990 –, de la prise en charge du handicap (2005)¹⁶², de la défense des droits des patients¹⁶³. Mentionnons enfin le plan de santé mentale de 2002 et la loi de santé publique de 2004¹⁶⁴.

Toutefois ces mesures doivent être mises en regard de la prolifération des textes principalement soucieux de sécurité publique. Depuis 1998 et le début des années 2000, on assiste à un durcissement des mesures de justice et de sécurité, marqué par neuf lois et un décret (loi Perben I en 2002 avec création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA); loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité¹⁶⁵; loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales à certains crimes particulièrement graves¹⁶⁶; loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance; loi du 10 août 2007 sur l'injonction de soins; loi sur la rétention de sûreté, adoptée par le Parlement le 7 février et publiée le 10 juin 2007; loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental¹⁶⁷; décret n° 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté¹⁶⁸; loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir

¹⁶¹ Voir la création des Groupements d'Intérêt Public.

¹⁶² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prolongeant les dispositions prises à la fin des années 1960.

¹⁶³ Avec l'instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD) des hospitalisations sans consentement en 2011.

¹⁶⁴ Loi de programmation de santé publique du 9 août 2004. Elle définit « plusieurs objectifs de santé publique dans le domaine des affections neuropsychiatriques et deux plans ministériels successifs, couvrant les périodes 2002-2005 et 2005-2008, ont été mis en œuvre » (rapport Lefrand, 2011).

¹⁶⁵ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 créant le Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles.

¹⁶⁶ La loi du 12 décembre 2005 a introduit le placement sous surveillance électronique mobile et la surveillance judiciaire en les qualifiant expressément de « mesures de sûreté ».

¹⁶⁷ Rapport Lamanda, « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », 30 mai 2008.

¹⁶⁸ La loi stipule que le médecin doit informer l'administration pénitentiaire si la personne fait courir un danger à l'institution. Elle inclut de surcroît une possibilité de demander des mesures de sûreté à l'égard des

le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale ; le 5 mai 2010 l'Assemblée Nationale préconise de créer de 5 nouvelles UMD¹⁶⁹ ; loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement en ambulatoire). La logique du contrôle social opère également dans l'amendement au Code de la santé publique, proposé par Bernard Accoyer, et adopté le 8 octobre 2003¹⁷⁰ visant à réglementer les psychothérapies, ainsi que dans la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 qui lui fait écho et réglementant l'organisation de certaines professions de santé¹⁷¹.

Défense des droits et logique sécuritaire continuent d'animer les premières années de la décennie 2010. Cette logique s'affirme dans trois lois : la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 qui institue la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire, la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des

personnes présentant des troubles psychiatriques. La décision d'irresponsabilité n'est plus un non lieu, elle est inscrite sur le casier judiciaire. Sur demande de la victime, il est possible de faire comparaître la personne accusée devant le tribunal civil pour statuer sur des dommages et intérêts. Le juge peut prononcer un internement d'office. Les psychiatres de SMPR ou UCSA sont obligés de fournir les éléments du dossier au médecin coordinateur.

¹⁶⁹ Ainsi s'ouvriront dans les années qui suivent l'UMD de Monestier-Merlines en Corrèze, en 2011, l'UMD du centre hospitalier Le Vinatier à Bron dans le Rhône, en décembre 2011, l'UMD de Châlons-en-Champagne dans la Marne, en janvier 2012, l'UMD d'Albi dans le Tarn, en 2011, l'UMD de Sotteville-lès-Rouen en Seine-Maritime, en mai 2012. Ces unités accueillent actuellement un total d'environ 530 patients dont 40 femmes.

¹⁷⁰ « Art L 3231 : Les psychothérapies constituent des outils thérapeutiques utilisés dans le traitement des troubles mentaux. Les différentes catégories de psychothérapies sont fixées par décret du ministre chargé de la santé. Leur mise en œuvre ne peut relever que de médecins psychiatres ou de médecins et psychologues ayant les qualifications professionnelles requises fixées par ce même décret. L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé apporte son concours à l'élaboration de ces conditions.

Les professionnels actuellement en activité et non titulaires de ces qualifications, qui mettent en œuvre des psychothérapies depuis plus de cinq ans à la date de promulgation de la présente loi, pourront poursuivre cette activité thérapeutique sous réserve de satisfaire dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi à une évaluation de leurs connaissances et pratiques par un jury. La composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de ce jury sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. »

¹⁷¹ Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007). Le chap. III est intitulé « Mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ».

Titre II, article 6 : « Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant. »

Titre II, article 8 : « Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection.

« Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires. »

peines¹⁷², et avec la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA. En dépit de ce climat, la tendance à la défense des droits continue de s'affirmer avec la définition des « affections psychiatriques de longue durée », en 2010 ; avec la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel concernant le rôle du Juge des Libertés et de la Détention (JLD), gardien des libertés individuelles ; le contrôle par le JLD des Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE) et des Soins psychiatrique à la Demande d'un Tiers (SPDT) avec la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et celle n° 2013-869 du 27 septembre 2013 dont le titre I concerne le « Renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement ».

Cette analyse suggère donc que si le climat social général a évolué, eu égard à ce qu'il a pu être dans les années 1970-80, il n'y a pas à proprement parler de *virage* sécuritaire dans le champ législatif, régissant la psychiatrie, mais une accentuation d'une tendance sécuritaire présente dès les origines, en l'occurrence dès les années 1950. La création du secteur, dans les années 1970, a constitué un moment privilégié, *une parenthèse* dans des dispositifs sécuritaires qui s'appliquent de façon tendancielle à la psychiatrie, depuis le lendemain de la seconde guerre mondiale. D'autres l'ont souligné avant nous,

« [...] la mise en place de ce dispositif de sécurité qui met en son centre, comme valeur centrale sinon absolue, la sécurité des personnes et la prévention des menaces, n'est pas conjoncturelle. On pourrait croire le contraire dans la mesure où ce sont certaines affaires qui ont servi de légitimation à sa mise en place ; c'est même l'une des caractéristiques de sa construction : elle prend appui sur des drames dont l'émotion qu'ils suscitent permet d'outrepasser, dans l'urgence et la nécessité, certains principes fondamentaux des libertés publiques. » (Doron, 2009, p. 181)

Le rapport du politique au psychiatrique s'articule donc selon un double mouvement, au moins, conjuguant l'ouverture vers la ville, la défense des droits des patients, pour une part, et, pour une autre part, une préoccupation sécuritaire fortement marquée mais dont les accentuations varient au fil des décennies.

2. Une législation du fait divers

La volonté d'ouverture des structures psychiatriques hospitalières vers la ville ainsi que la défense des droits des patients s'expliquent par des raisons contextuelles et historiques. Les soubresauts sécuritaires semblent, en revanche, avoir des aspects conjoncturels. Si la porosité et l'influence, à la fin des années

¹⁷² L'annexe prévoit qu'« un nouvel établissement sera construit pour accueillir les détenus qui souffrent de graves troubles du comportement sans pour autant relever de l'internement psychiatrique, sur le modèle de l'actuel établissement de Château-Thierry. Cette structure offrira 95 places. »

2000, des faits divers sur les élaborations législatives ont d'ores et déjà été soulignées (Kalampalikis *et al.*, 2007, p. 841), il semble cependant que cette porosité soit attestée dès les années 1990, comme nous allons le montrer à partir de cinq exemples.

(1) La circulaire – sans force contraignante toutefois – n° 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (dite « circulaire Weil ») portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux a été publiée, par le ministère de la Santé, après un incendie mortel survenu dans une unité fermée. Cette circulaire, produite en réponse à un événement ponctuel et dramatique, contribue à réinterroger l'ensemble des pratiques liées à l'enfermement, en l'occurrence les pratiques d'isolement et de contention.

(2) L'évolution en 1995 des dispositions relatives à l'irresponsabilité pénale et au jugement des personnes irresponsabilisées fait suite à un meurtre commis par une personne présentant des troubles psychiatriques et à une pétition nationale, lancée en 1994 par les parents d'une victime, « réclamant que tous les "présomés coupables" soient jugés, même s'ils sont internés ensuite en hôpital psychiatrique. "Le sort du criminel [doit être] décidé par la justice de la République et non uniquement par les psychiatres", déclarait la mère de la victime. » (*Le Monde*, Jeudi 26 mars 1998, p. 8)¹⁷³ L'incidence du fait tragique et, en particulier, de ses conséquences sur les familles de victimes semble constituer un facteur décisif d'évolution de la situation juridique¹⁷⁴. L'irresponsabilité pénale est régulièrement remise en question à l'occasion de faits divers dramatiques.

(3) Ainsi la tuerie perpétrée en mars 2002 par Richard Durn à Nanterre est suivie, en 2004, d'une réponse politique et judiciaire. En février 2004 est publié un rapport au Sénat sur « L'irresponsabilité pénale des malades mentaux »¹⁷⁵. Y succède la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité et créant le Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions.

¹⁷³ Ces événements seront également suivis de la publication de la circulaire de la DGS n° 10 du 8 février 1995 définissant la procédure adoptée pour effectuer l'évaluation de la loi du 27 juin 1990.

¹⁷⁴ Ainsi que de nouvelles dispositions sur l'irresponsabilité pénale : « Face au désarroi des victimes, le Parlement a donc introduit en 1995 de nouvelles dispositions sur l'irresponsabilité pénale. » (*Le Monde*, Jeudi 26 mars 1998, p. 8) L'article poursuit : « Si une expertise conclut à l'"abolition" du discernement du mis en examen, les parties civiles peuvent désormais demander un complément d'expertise, voire une contre-expertise qui est "de droit". Surtout, en cas d'appel d'une décision de non-lieu, la chambre d'accusation peut, à la demande de la partie civile, entendre les experts et ordonner la comparution personnelle du mis en examen "si son état le permet". Si la partie civile le demande, les débats se déroulent en séance publique. »

¹⁷⁵ Documents de travail du Sénat, Série législation comparée, 2004.

(4) Au cours des mêmes années, le drame de Pau, en décembre 2004¹⁷⁶, puis le meurtre, le 13 janvier 2005 au soir, d'un malade de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) par un autre patient constituent le point de départ explicite de plusieurs réformes subséquentes¹⁷⁷. Le 20 avril 2005, Philippe Douste-Blazy alors ministre de la Santé, présente un plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2008)¹⁷⁸. Ce dernier, en l'occurrence sa préparation, les orientations ministérielles en matière de santé mentale ainsi que les objectifs à atteindre pour 2008, ont été accélérés et influencés par le drame de Pau (voir Kalampalikis *et al.*, 2007, p. 839). Les UHSA sont créées en 2005 et en mars de la même année, le rapport Burgelin, pour la commission Santé et Justice, aborde le problème des délinquants dangereux¹⁷⁹.

(5) Défendant explicitement le point de vue des victimes (Burgelin, 2005, p. 41), le rapport reprend une proposition formulée en 2003 par le ministère de la justice, visant à introduire l'audience pénale, y compris dans les cas d'irresponsabilité pénale. Le rapport Burgelin, Goujon et Garraud¹⁸⁰, remis le 6 juillet 2005 aux ministres de la justice et de la santé, préconise de renforcer les mesures visant à empêcher la récidive des délinquants particulièrement dangereux ou malades mentaux. Ce rapport est présenté par la Commission Santé-Justice, présidée par J.-F. Burgelin, commission mise en place en juillet 2004, alors que plusieurs affaires impliquant des criminels en liberté conditionnelle soulevaient des interrogations¹⁸¹. Il a inspiré la réforme du code pénal et la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette loi, présentée en conseil des ministres par le garde des Sceaux à la fin novembre 2007, constitue la réponse donnée à deux événements : le non-lieu pour irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux, ordonné dans l'affaire R. Dupuy, et la récidive de Francis Evrard, après plusieurs condamnations pour des infractions à caractère sexuel (voir Sautereau *et al.*, 2009). En matière

¹⁷⁶ Conduisant au meurtre d'une infirmière et d'une aide soignante.

¹⁷⁷ « Suite au drame de Pau en 2004 et au meurtre le 13 janvier 2005 d'un patient par un malade de l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé annonce un nouveau plan de santé mentale qui sera présenté le 20 avril 2005. » (voir *Le Monde*, 13/05/2005)

¹⁷⁸ Ministère français de la Santé et de la Protection sociale. Plan Psychiatrie et Santé mentale. www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf.

¹⁷⁹ « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive », Rapport de la commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, juillet 2005.

¹⁸⁰ <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/justice-comment-prevenir-recidive.html>

¹⁸¹ L'incidence du fait tragique sur le rapport est soulignée par la presse : « *au nom des victimes*, M. Burgelin reprend une proposition émise par le ministère de la justice en 2003 : il s'agit de créer une audience spécifique, permettant aux criminels déclarés irresponsables mentaux (et bénéficiant à ce titre d'un non-lieu) de se voir imputer les faits. Cette juridiction *ad hoc* "devrait également pouvoir se prononcer sur l'opportunité d'ordonner des mesures de sûreté à l'encontre de l'intéressé". Les personnes irresponsables hospitalisées d'office par le préfet devraient, elles aussi, être mieux suivies : avant toute sortie, l'autorité administrative devrait avertir le procureur. Celui-ci pourrait ensuite demander au juge des libertés et de la détention de prononcer des mesures de sûreté. » (*Le Monde*, Société, lundi 28 mars 2005, p. 7).

d'irresponsabilité pénale et de répression de ce dernier type d'infraction, le politique réagit à l'actualité et légifère en fonction d'elle, ainsi que le suggère l'une des mentions du rapport Fenech : « Le “non-lieu psychiatrique” requis contre l'auteur présumé du meurtre en 2004 de deux infirmières dans un hôpital psychiatrique de Pau (« Affaire Dupuy ») a quant à lui révélé les failles d'une procédure et l'incompréhension des familles des victimes devant un non-lieu qui semble nier l'existence même de leur souffrance. » (Fenech, 2007, p. 9)

Ces relations de causalité sont suggérées par les acteurs politiques eux-mêmes comme Mme Jacqueline Fraysse, lors de la discussion du rapport Lefranc (2011), lorsqu'elle mentionne « cette impression d'une énième loi d'inspiration sécuritaire, qui découle [...] du drame de Grenoble, lequel avait été suivi du discours du Président de la République à Antony et de la circulaire de Mme Bachelot et de M. Hortefeux sur les sorties d'essai. Ce contexte “plombe” un texte qui, pourtant, est utile. » (Lefranc, 2011, p. 50) De la même façon, le député Denys Robiliard note que la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, est « née sous les auspices du discours d'Antony » (Robiliard, 2013, p. 7). « Le Président de la République avait conclu à la nécessité de mettre en place un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, permettant de mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et à prévenir les fugues, grâce, entre autres, à la création de nouvelles unités fermées et de chambres d'isolement, la mise en place de dispositifs de géo-localisation des patients ou encore la création d'unités supplémentaires pour malades difficiles. » (Robiliard, 2013, p. 7)

Ces éléments accréditent la thèse selon laquelle *le politique réagit à l'actualité et légifère en fonction d'elle*. S'appuyant sur une étude de la presse, Kalampalikis *et al.* ont conclu à « la collusion du politique avec le juridique et [à] l'absorption par l'État de l'événementiel pour imposer une politique déjà réfléchie par ailleurs » (Kalampalikis *et al.*, 2007, p. 842). Nous l'avons vérifié précédemment en mettant en perspective les évolutions législatives avec le contexte événementiel, en l'occurrence plusieurs faits divers. Nous allons à présent confirmer la pertinence de cette thèse par l'étude des rapports commandés par le politique dans le champ de la psychiatrie.

II. Évolutions législatives de l'irresponsabilité pénale

1. La loi, vecteur d'assimilation entre maladie mentale et dangerosité

Les évolutions législatives et les décisions politiques contribuent à forger, par le haut, les représentations communes, à les conforter. Il apparaît ainsi que la loi elle-même comme certains discours politiques contribuent à l'assimilation entre

personnes souffrant de troubles psychiatriques et criminels dangereux. Les dispositions prises autour de l'irresponsabilité pénale participent de cette construction.

Chronologie des évolutions législatives afférentes à l'irresponsabilité pénale

La question de l'irresponsabilité pénale a été abordée juridiquement par plusieurs textes issus du Code pénal de 1810 :

1° La circulaire Chaumié de 1905 introduisant la responsabilité atténuée.

2° La réforme du Code de procédure pénale de 1958 introduisant la notion d'accessibilité à une sanction pénale.

3° La loi du 3 janvier 1968 rendant la personne souffrant de troubles mentaux irresponsable pénalement, civilement responsable (article 489-2 CC).

4° Le nouveau Code pénal (loi du 27 juillet 1992) n'annulant plus l'acte.

5° La modification du Code de procédure pénale en son article 199-1 permettant aux victimes de faire appel d'une ordonnance de non-lieu.

6° L'article D398 du CPP permettant la prise en charge hospitalière psychiatrique d'un détenu présentant des troubles psychiatriques.

7° L'institution des services médicopsychologiques dans les établissements pénitentiaires.

De l'article 64 à l'article 122-1

L'article 64 du Code pénal de 1810 stipule qu'« Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Ainsi

« L'article 64 ne dit pas que la réalité matérielle du crime ou du délit n'a jamais existé ou a disparu. Simplement en droit pénal, cette réalité matérielle n'est pas susceptible à elle seule de recevoir la qualification pénale de crime ou de délit.

Pour qu'un crime ou un délit soit constitué, il faut ce que l'on appelle l'imputabilité, c'est-à-dire la volonté consciente de l'auteur de l'acte matériel de le commettre. Dans le cas d'une démence constatée, la volonté consciente de l'auteur qui a été dans l'incapacité d'apprécier la portée de son acte fait défaut. Il ne peut donc être retenu contre lui de crime ou de délit » (Thyrode, Albernhe, 1995, pp. 881-882).

L'article 64 du code pénal évolue progressivement grâce à série de commissions ministérielles qui aboutissent à un nouvel article en 1992, au moment de l'adoption du nouveau code pénal. Le nouvel article 122-1 se présente alors comme la *synthèse d'une série de sept projets* produits entre 1975 à 1992 qui affirment une double ambition : faire cas de la folie partielle et des troubles intermédiaires, tout en définissant plus précisément les contours d'un

état de folie, altérant suffisamment les fonctions de l'individu pour conduire à une irresponsabilité totale, sans toutefois qu'un état d'inconscience totale soit requis (Protais, 2011, p. 87-88).

En 1973, une commission sur « la situation des délinquants anormaux mentaux » est créée sous la direction du juge Pageaud, du pénaliste Jacques Léauté, puis du garde des sceaux Robert Badinter qui en prend la direction en 1981, lorsqu'il est nommé ministre de la justice. En 1975 est proposé un premier projet de loi qui dispose qu'« *Il n'y a pas d'infraction punissable lorsque l'auteur était atteint, au temps de l'action, d'un trouble psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ».

Avec ce texte, les principes de l'article 122-1 sont posés : le terme de démence est remplacé par une terminologie dont Pierre Gominet estime qu'elle est « plus adaptée à l'état d'évolution de la science psychiatrique »¹⁸². Yves Roumajon et Jean Ayme considèrent également que la formule de « troubles psychiques ou neuro-psychiques » est davantage en accord avec les avancées de la science psychiatrique contemporaine. L'article confirme le statut de la folie comme un état remettant en question *l'imputabilité* plutôt que la *culpabilité* car, d'une part, il *n'annule plus l'infraction pénale* et, d'autre part, envisage la folie comme entravant le discernement ainsi que la liberté de l'individu. La reformulation de l'article 122-1 est donc centrée sur le discernement et le contrôle. Contrairement à ce qui était le cas avec l'article 64, la présence d'un trouble psychique au moment du crime n'induit plus *ipso facto* l'irresponsabilité. En outre, la clause de non-imputabilité porte à inclure *un ensemble plus large de troubles*, dans la catégorie des « non punissables », quoiqu'une nuance juridique soit ajoutée : le trouble repéré doit avoir *aboli* le discernement ou le contrôle des actes pour que l'individu soit exempté de peine. L'article 122-1 repose donc sur la thèse selon laquelle la folie n'est jamais (ou très rarement) totalement aliénante et suppose une définition stricte des moments où le contrôle de l'individu sur ses actes peut être considéré comme aboli.

Néanmoins des ambiguïtés persistent puisque tout en mentionnant que l'individu dont le discernement est aboli « n'est pas punissable », l'article 122-1 ne fait nullement mention d'une absence de responsabilité. Pourtant du fait de ne pas pouvoir imputer devrait se déduire l'absence de responsabilité, dans la mesure où cette dernière est constituée des deux éléments complémentaires que sont la culpabilité et l'imputabilité. En revanche, la non-punissabilité n'est qu'une règle particulière de régime des peines, laissant la question de la responsabilité de côté. En 1992, la formulation « n'est pas punissable » est définitivement remplacée par l'amendement de Jacques Toubon « n'est pas pénalement responsable », pour résoudre le problème de l'appréciation de la responsabilité laissée de côté par les précédentes propositions (voir Protais, 2011, p. 90).

¹⁸² Commission précédant la déposition du rapport de M. Marchand, n° 896. Rapport écrit, p. 1509.

Le Code pénal du 22 juillet 1992 n'apporte pas de modifications fondamentales au Code pénal de 1810. La formule « Il n'y a ni crime ni délit » est remplacée par « n'est pas pénalement responsable ». (Rappard, 2008, p. 570) L'acte n'est donc plus annulé et le principe de la responsabilité civile de la personne souffrant de troubles psychiatriques (précisée dans l'art. 489-2 du Code civil¹⁸³ par la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs) est confirmé. Néanmoins l'article 489-2 aggrave la responsabilité civile d'une telle personne ayant causé un dommage à autrui, dans la mesure où le *principe d'équité* (figurant dans l'art. 1382 du Code civil, où il tempère la réparation en fonction de la faute) s'efface. « Le principe de l'irresponsabilité pénale aboutit à une pénalisation au civil du malade mental. » (Rappard, 2008, p. 571)

L'art. 122-1 du nouveau Code pénal¹⁸⁴ sépare l'ex-état de démence (remplacé par la formule plus moderne « troubles psychiques ou neuropsychiques ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ») de l'état de contrainte (art. 122-2). Le deuxième alinéa de l'article 122-1 réintroduit le principe de la responsabilité atténuée concernant des « troubles psychiques ayant simplement altéré le discernement ou entravé le contrôle de ses actes ». Ces sujets sont du ressort des *tribunaux pénaux* qui détermineront la peine et en fixeront le régime. La notion de non-punissabilité n'est pas nouvelle et ne modifie pas le statut juridique des malades dits médicologaux, mais elle met en harmonie le Code pénal avec le Code civil.

Ainsi avec le code pénal de 1994 et l'alinéa 2 de l'article 122.1, « la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable » (Senon et Manzarena, 2006, p. 825). Ces évolutions ont eu pour effet de produire à une « remise en cause de l'irresponsabilité pénale pour raisons psychiatriques, avec ces notions floues de culpabilité civile, de procès public au sein duquel *l'exhibition du fou* est supposée apaiser la *douleur des victimes* » (Dubret, 2008, p. 543).

Le recours à l'article 122-1 privilégie moins la question de la responsabilité qu'un intérêt pour les modalités de la prise en charge de l'inculpé et la *réadaptation du malade* (voir la loi de défense sociale belge de 1930). Ainsi trois catégories d'individus sont définies : (a) ceux dont le comportement est

¹⁸³ Art 489-2 du Code civil : « Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation. »

« si un crime est commis par folie, maladie, trop grande vieillesse ou enfance, l'auteur doit payer le dommage qu'il a fait, mais il sera exempté de toute peine » (Platon, *Lois IX*, 864 d, cité par Franck Bouyssou, p. 71)

¹⁸³ Art. 1382 du Code civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

¹⁸⁴ Art. 122-2 du nouveau Code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister. »

entièrement déterminé par la maladie mentale, laissés à une prise en charge exclusivement psychiatrique ; (b) ceux dont le comportement est *influencé* mais non exclusivement par la maladie mentale, objet d'une prise en charge alternative ; (c) ceux *exempts de troubles*, objet d'une logique exclusivement judiciaire.

2. Le code pénal de 1994 et l'article 122-1

Effet pervers de l'altération du discernement

Ce faisant et depuis l'entrée en vigueur en 1994 du nouveau Code pénal de 1992 et en particulier de l'article 122-1 *al.* 2, le taux des affaires en instruction, bénéficiant d'une irresponsabilisation pénale pour troubles mentaux s'est effondré (voir Paulet, 2004, p. 310). Depuis les années 1980 et jusqu'au début des années 1990, ce taux était à environ 2 à 3 % ; à partir de 1995, il passe à 0,45 % et y demeure depuis lors¹⁸⁵. À ce chiffre, s'ajoutent les prévenus jugés en correctionnelle qui n'ont pas fait l'objet d'une expertise psychiatrique. En outre, « de multiples enquêtes, *non publiées* pour la plupart, et des sondages réalisés par l'Inspection Générale des Services Pénitentiaires confirment que l'altération du discernement devient, notamment pour les juges en Assises, un facteur de majoration de la responsabilité pénale et donc de *surpénalisation* » (Senon et Manzanera, 2006, p. 825).

Si l'on peut considérer que le nombre de personnes jugées irresponsables au moment d'un acte délictueux (article 122.1 du Code pénal) n'a pas augmenté depuis 17 ans (Roelandt, 2009, p. 531), en revanche la notion de responsabilité atténuée a contribué à remplir les prisons. S'y accumulent des personnes souffrant de troubles psychiatriques, reconnues comme responsables, avec une simple altération de leur discernement, selon une orientation en totale condition avec la circulaire Chaumier de 1905. Ce point aveugle d'une justice pénale responsabilisant de façon excessive les personnes dont les troubles mériteraient qu'un traitement sanitaire leur soit appliqué, tandis que leur est imposé un régime pénitentiaire ordinaire, n'est pas nouveau¹⁸⁶.

En outre, les jurys populaires auraient une réaction sécuritaire face à un sujet présenté comme un malade mental mais ne relevant pas de soins, dans le cadre d'une irresponsabilisation de l'article 122.1 alinéa 1. « Cette situation peut s'expliquer par la crainte du jury populaire de voir remis en liberté à trop brève échéance des individus dont il présume qu'ils présentent un état dangereux singulier, eu égard aux troubles dont ils souffrent. » (Rapport Burgelin, 2005, p.

¹⁸⁵ Casile-Hugues G. *Irresponsabilité pénale et troubles mentaux, le point de vue du juriste*. Communication à la 12e Journée régionale du SMPR de Marseille, juin 2003.

¹⁸⁶ En dépit de l'ouverture de 9 UHSA au début des années 2010.

49). La maladie mentale fait peur. Elle est assimilée à la dangerosité et à la violence, ce qui engendre une confusion dans l'esprit des jurés et les amène à penser qu'un individu aux facultés mentales altérées mérite d'être incarcéré le plus longtemps possible, afin de ne pas nuire à la société. Même la Commission présidée par M. Burgelin suggère que les magistrats professionnels informent les jurés sur les principes fondateurs de l'article 122.1 alinéa 2 du code pénal¹⁸⁷.

Enfin, tous les efforts faits pour améliorer la célérité de la justice jouent à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiatriques, non reconnues en tant que telles, dans les procédures rapides de jugement telles que la comparution immédiate¹⁸⁸. Ainsi « une grande majorité de malades mentaux entrent en prison sans jamais avoir vu aucun expert, tout simplement dans le cadre des procédures correctionnelles ou des comparutions immédiates, dans lesquelles les expertises ne sont pas systématiques. Le nombre d'affaires traitées par les cabinets des juges d'instruction ne représente plus que 5 % du total des affaires pénales, tandis que les comparutions immédiates ont augmenté de 20 % en 2002. » (Dubret, 2008, p. 546) En outre, l'utilisation accrue des procédures rapides de justice pénale, dans lesquelles l'expert est rarement sollicité, participe de l'éviction de l'article 122-1 (voir Lopez Mora, 2010, p. 34). Or en juin 2001, 55 % des personnes entrant en détention souffrent d'au moins un trouble psychiatrique de gravité plus ou moins importante¹⁸⁹ (étude menée par des équipes de SMPR) (Lopez Mora, 2010, p. 55).

« Altération du discernement » et aggravation des peines prononcées

L'altération du discernement, bien plus souvent prononcée, conduit dans une société marquée par les préoccupations sécuritaires à une surpénalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, alors même que la circulaire Chaumier de 1905 visait, en atténuant la responsabilité, à *limiter la rigueur de la peine* (voir Senon et Manzanera, 2006, p. 826 ; Dubret, 2008, p. 543, p. 546). Dès 2001, à l'occasion de leur mission conjointe sur l'organisation des soins aux détenus, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) avaient noté que plusieurs procureurs et procureurs généraux leur avaient signalé que l'application du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal jouait *contre* les personnes prévenues ou accusées,

¹⁸⁷ Malgré de considérables différences procédurales, cette situation rappelle celle que connaissent les juridictions de l'État de New-York où l'existence de trois niveaux d'irresponsabilité ou de responsabilité partielle est peu opérante car la logique sécuritaire d'un système judiciaire assimilant crime et folie conduit les défenseurs des justiciables au discernement altéré à ne pas plaider ce chef d'atténuation de pénalité (voir Lameyre, 2007).

¹⁸⁸ Voir J.L. Senon et C. Manzanera, « Psychiatrie et justice pénale », *AJ Pénal*, Dalloz, n° 10/2005, p. 353-357. J.L. Senon et C. Manzanera, « L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat », *AJ Pénal*, Dalloz, n° 2/2006, p. 66-69.

¹⁸⁹ *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR*, Études et Résultats, Publication de la DRESS, Ministère de la Santé, n° 181, juillet 2002.

la présence de troubles mentaux motivant des peines alourdies, les réquisitions du parquet étant de plus en plus souvent dépassées par les cours d'assises (voir Lameyre, 2007).

Alors que l'introduction du principe de responsabilité pénale reposait sur l'idée qu'il pouvait être nécessaire que la personne considérée comme malade mentale soit jugée (Coffin, 2011, p. 184). La revendication de jugement tend à se transformer en volonté exclusive de punir. Or on voit mal en quoi la punition pourrait être un acte thérapeutique à moins de céder au principe du bouc émissaire. Désormais on jugerait et punirait des individus présentant des troubles psychiatriques, ce qui *les placerait au même niveau que n'importe quelle autre personne*. Néanmoins cette égalité dans l'infortune conduit à une surpénalisation puisqu'une fois la peine accomplie, la personnalité des individus souffrant de troubles psychiatriques est utilisée pour limiter la liberté à laquelle ils pourraient prétendre, comme n'importe quel citoyen ayant purgé sa sanction. L'ancien dispositif (article 64) qui revenait à placer le malade sous l'expression de circonstances atténuantes est désormais un processus qui aboutit à des circonstances aggravantes. Un aménagement a toutefois été récemment réalisé et dont on ignore encore les effets, avec la loi n° 2014-896 du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions. Elle a modifié l'article 122-1 du Code pénal consacrant, en cas d'altération du discernement de l'auteur au moment des faits, le principe d'atténuation de la peine prononcée. Le maximum légal de la peine a été réduit d'un tiers en matière correctionnelle et en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, il a été ramené à trente années de réclusion.

Pourtant et à l'instar de l'excuse de minorité qui, dans notre pays, emporte atténuation de responsabilité (art. 122-8 CP et art. 2 et 20-2 à 20-9 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945), il serait envisageable d'appliquer aux personnes dont la conscience ou la volonté est altérée une réduction de peine automatique, ainsi que le prévoit l'article 21 du code pénal espagnol, relatif à la responsabilité atténuée (voir Lameyre, 2007). Pour éviter la surpénalisation précédemment décrite, on pourrait même envisager, comme en Suède, d'interdire que l'emprisonnement soit prononcé à l'encontre de délinquants souffrant de graves troubles mentaux (article 6 du code pénal de 1962). Enfin, comme c'est le cas en Allemagne, au Danemark, en Espagne ou aux Pays-Bas, on pourrait imaginer que l'autorité judiciaire, constitutionnellement garante des libertés individuelles, soit compétente pour décider des mesures applicables aux délinquants dont le discernement est aboli ou altéré.

3. Rôle de la loi du 25 février 2008 dans la construction de ces représentations

A contrario, la loi française contribue ainsi que les évolutions législatives à l'assimilation entre personnes ayant des troubles psychiatriques et criminels dangereux. En effet, sont traitées dans un même texte de loi (Loi n° 2008-174 du 25 février 2008) la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental¹⁹⁰. Ce faisant, la loi procède à un amalgame entre la question des criminels les plus dangereux et celle des individus irresponsabilisés pour cause de trouble mental (voir Sautereau *et al.*, 2009).

La loi du 25 février 2008 a été précédée par le rapport Burgelin, « Santé, justice et dangerosité » qui déjà assimilait délinquants récidivistes dangereux et malades de la psychiatrie. Ce rapport est présenté par la Commission santé-justice, présidée par Jean-François Burgelin, commission mise en place en juillet 2004, alors que plusieurs affaires impliquant des criminels en liberté conditionnelle soulevaient des interrogations. Le rapport, remis le 6 juillet 2005 aux ministres de la justice et de la santé, préconise de renforcer les mesures visant à empêcher la récidive des délinquants particulièrement dangereux ou malades mentaux. En outre, « les récentes procédures de la loi du 25 février 2008 continuent à faire en partie référence à la pratique de l'expertise psychiatrique judiciaire, alors que cette modalité d'expertise ne répond plus aux connaissances scientifiques modernes de la criminologie et qu'elle se révèle incapable d'évaluer correctement les auteurs de comportements criminels graves. » (Bénézech *et al.*, 2009, p. 39)

Le projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale, pour cause de trouble mental, résulte et complète les textes de loi évoqués en 2.1.a (voir Rappard, 2008, p. 572). Le projet initial était, si l'on en croit les déclarations d'intention du personnel politique, de remettre en cause le principe d'irresponsabilité pénale des personnes souffrant de troubles psychiatriques (voir Dubret, 2008, p. 546). L'élaboration du projet de loi a permis de ramener les politiques à la raison et d'écarter cet objectif du texte présenté devant le Parlement. Les premiers débats ont également permis de supprimer la notion floue de « culpabilité civile » qui persistait dans le projet gouvernemental.

Si la loi de 2008 a le mérite de poser la question non résolue du risque de la récidive, liée à la dangerosité intrinsèque d'un individu, elle tend à réaliser l'amalgame entre les concepts de dangerosité (*qu'elle pousse du côté de la maladie mentale*) et d'irresponsabilité pénale dans le cadre d'un trouble mental (*qu'elle tend à associer à la dangerosité*) (Sautereau *et al.*, 2009). « La croyance populaire confond *crime fou* et *crime d'un fou*, et cette loi [la loi de 2008], en

¹⁹⁰ La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté s'accompagne d'un deuxième volet relatif « à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ».

prenant dans un même texte des dispositions concernant les personnes dangereuses et les personnes irresponsabilisées en raison d'un trouble mental, renforce cet amalgame. » (Sautereau *et al.*, 2009)

Pourtant la pathologie mentale n'est que rarement pourvoyeuse de dangerosité. Ainsi les personnes souffrant de troubles psychiatriques représentent, selon les pays, entre 1 auteur d'homicide sur 20 et 1 sur 50 (Senon, 2008¹⁹¹). Il arrive que leur crime soit spectaculaire et incompréhensible ce qui les rend *médiatiques*. Toutefois cette dangerosité-là, secondaire à la pathologie mentale, est certainement *plus accessible aux soins* qu'aux mesures de répression et d'enfermement. Les chiffres évoqués suggèrent que la dangerosité existe le plus souvent en dehors de la pathologie mentale. Cependant il faut reconnaître que dans un certain nombre de cas, même s'il ne s'agit pas de pathologie au sens classique du terme, *les processus psychiques conduisant au passage à l'acte* témoignent pour le moins d'un trouble de la personnalité et font considérer, aux yeux du corps social, le délinquant comme un malade mental.

Dans son deuxième volet, la loi prévoit également des modifications concernant le parcours judiciaire des personnes reconnues irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux. (Sautereau *et al.*, 2009) Alors que le classique « non lieu » se prononçait par ordonnance du seul juge d'instruction, la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental aura lieu désormais lors d'une comparution devant la chambre de l'instruction, où la personne, son avocat et les parties civiles seront présents et entendus. Cette juridiction sera compétente pour prononcer une hospitalisation d'office, alors que cette mesure d'hospitalisation sous contrainte relevait jusqu'à présent des autorités administratives représentées par le Préfet.

En l'absence de toute modification de la notion d'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique, la loi du 25 février 2008 consacre la possibilité pour la victime ou ses ayants droit de faire venir l'affaire devant la chambre de l'instruction, en audience publique contradictoire, lorsque le mis en examen est « susceptible » de bénéficier de l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal (Bénézech *et al.*, 2009, p. 41). La loi prévoit désormais d'apprécier la responsabilité pénale des malades mis en examen lors de procès publics au cours desquels la détresse des familles de victimes peut peser sur la décision des magistrats¹⁹². Auparavant, ces audiences étaient déjà prévues dans la procédure et pouvaient se dérouler en audience restreinte devant la chambre de l'instruction. Ainsi la loi du 25 février 2008 s'inscrit dans un mouvement de réforme de la procédure pénale en faveur des victimes mais l'audience publique

¹⁹¹ Senon J.L., Manzanera C., « Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté », *AJ Pénale*, Dalloz, 4/2008. 176.

¹⁹² On a pu en effet suggérer que la formule « il n'y a ni crime, ni délit » apparaît comme une incompréhensible injustice pour les familles des victimes » (Bouyssou, 2003, p. 103).

participe également du phénomène de judiciarisation de la maladie mentale (voir Lopez Mora, 2010, p. 43).

Étant donné les difficultés des hôpitaux psychiatriques pour accueillir les détenus, la loi d'orientation et de programmation de la justice de 2002 (JORF, 2002) a prévu la création d'Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA). Ces neuf unités sont implantées dans un hôpital psychiatrique et disposent d'une surveillance périmétrique assurée par l'administration pénitentiaire. Elles accueillent des détenus, dont les troubles psychiques sont incompatibles avec le maintien en détention, avec ou sans leur consentement.

La loi introduit également la possibilité, pour le juge, de prononcer des mesures de sûreté montrant ainsi combien « la loi veut anticiper le crime en incriminant la probabilité criminelle » (Salas, 2009, p. 213). Avec la rétention de sûreté¹⁹³, on retrouve les arguments que M. Foucault (1978)¹⁹⁴ avançait déjà dans les années 1970 dans sa lutte contre les quartiers de haute sécurité : désormais, on ne juge plus un homme pour ce qu'il a fait, mais pour ce qu'il est. On a créé « l'infraction psychologique », le « *crime de caractère* » (Zagury, 2009, p. 95). En effet, avec la rétention de sûreté, « la sanction n'aura pas pour but de punir un sujet de droit qui aura volontairement enfreint la loi, elle aura pour rôle de diminuer dans toute la mesure du possible soit par élimination, soit par exclusion, soit par des restrictions diverses, soit encore par des mesures thérapeutiques le risque de criminalité représenté par l'individu en question » (Foucault, 1999, p. 461).

Avec cette loi, la France s'aligne donc sur la plupart des pays européens et anglo-américains. S'introduisent ainsi dans le droit français la « défense sociale nouvelle » et la judiciarisation des mesures relatives aux malades mentaux criminels » (Rappard, 2009). La « théorie de la défense sociale propose un système de peine dont l'objectif serait d'éradiquer la dangerosité et la récidive de l'individu » (Protais, 2011, p. 60). Les décisions politiques dans le champ et les réformes législatives, depuis 2008 au moins, s'inscrivent dans cette inspiration. Les choix politiques ont ici un rôle majeur car les dispositions de la loi du 25 février 2008 s'expliquent largement par le fait que le droit pénal et la procédure pénale tendent à devenir « un mode de communication politique » (Delage, 2007, p. 797). À chaque fait divers, la réponse du politique – pesant sur le processus législatif – semble être la même : l'édiction d'une nouvelle loi qui serait alors comme « un message [...] adressé aux victimes et à tous ceux émus de leur détresse » (Delage, 2007, p. 797).

¹⁹³ Voir le Rapport 2007 – « Rétention de sûreté et irresponsabilité pénale », N° 0497.

¹⁹⁴ M. Foucault, « Attention : danger » [1978], *Dits et écrits, III, 1976-1979*, p. 507.

III. Une absence de volonté politique

Le pendant de la réactivité à des événements tragiques s'illustre dans la réticence politique, face à toute innovation en matière psychiatrique. Ce défaut de volonté politique, concernant l'impulsion et le soutien à une approche alternative de la psychiatrie, est soulignée dès le début des années 1980, y compris dans les rapports commandés par le Ministère de la Santé : « il n'y a pas eu de volonté politique cohérente, claire et novatrice pour impulser, au plan national et dans un mouvement d'ensemble, une politique en tous points différente de l'héritage reçu du passé. » (Demay et Demay, 1982, p. 7) Nous soulignerons, dans ce qui suit, la permanence de cette frilosité au cours des dernières décennies.

1. Des plans systématiquement relégués

Un document de la Cour des comptes met en exergue l'absence d'initiative politique dans l'institution de réformes en psychiatrie. Le tableau 1 met en évidence, de façon synthétique, le décalage entre les propositions des rapports et les décisions politiques subséquentes, depuis le début des années 2000 :

	CC 200 0	IGA S 200 1	DHO S 200 1	Piel et Roel a. 200 1	PLA N 200 1	LIVR E BLA NC 2001	Roelan dt 2002	Charz at 2002	DGS 200 2	Clery - Merli n 2003	PLA N 200 5	MNAS M 2005	Cout y 200 9	Sénat et Ass. Nat. 2009/ 10	Milo n 200 9
1. Améliorer l'information		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
2. Formation des professionnels		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
3. Faciliter l'accès aux soins	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
4. Réduire les disparités régionales	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
5. Collaboration hospitalier/libéral	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
6. Meilleure organisation géographique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
7. Continuité de prise en charge	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
8. Décloisonner sanitaire/social		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•

	CC 200 0	IGA S 200 1	DHO S 200 1	Piel et Roel a. 200 1	PLA N 200 1	LIVR E BLA NC 2001	Roelan dt 2002	Charz at 2002	DGS 200 2	Clery - Merli n 2003	PLA N 200 5	MNAS M 2005	Cout y 200 9	Sénat et Ass. Nat. 2009/ 10	Milo n 200 9
9. Travail en réseau soins de ville			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	
10. Représentation des usagers			•	•	•	•	•								
11. Promouvoir droits des usagers	•	•		•	•	•	•	•			•	•	•		
12. Lutter contre la stigmatisation des personnes avec troubles mentaux		•		•			•	•			•	•		•	
13. Soutenir et impliquer les familles		•	•	•		•	•	•		•	•	•		•	
14. Impliquer les élus locaux			•	•		•	•	•					•		
15. Suivi pers. ss main justice				•									•	•	
16. Étudier & améliorer HO, HDT	•	•			•								•	•	
17. Développer la recherche				•		•	•				•		•	•	

Tableau 12 - Principales recommandations de rapports publiés relatifs à la psychiatrie (2000-2009)¹⁹⁵

La réticence politique à mettre en œuvre les propositions avancées dans les rapports, commandés par l'exécutif, est soulignée par ces derniers¹⁹⁶, au même titre que le désintérêt des pouvoirs publics concernant la psychiatrie. Chaque rapport atteste de cette situation de relégation, comme le montrent ces deux extraits proposés à 10 ans d'intervalle : « Faut-il rappeler qu'il y a bientôt vingt ans le rapport de notre collègue Demay préconisait le « dépérissement » des asiles ? Et que Franco Basaglia, à Trieste, pensait l'arrêt des admissions à l'asile comme une étape vers son "dépassement". » (Piel et Roelandt, 2001, p. 24) « Un mouvement de transfert des moyens de l'hospitalisation temps plein vers les prises en charge ambulatoires hors hôpital a commencé dans les années 1970. Toutefois, cette politique n'a pas été mise en application de manière nationale, coordonnée, homogène et équitable. » (Roelandt, 2010, p. 781) Le témoignage de

¹⁹⁵ Source : Cour des comptes, en partie d'après Manuel de psychiatrie, sous la direction de J.-D. Guelfi et F. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, p. 666.

¹⁹⁶ Voir par exemple Roelandt (2002).

ce désintérêt s'exprime encore dans les derniers rapports à l'Assemblée nationale (Robiliard, 2013a¹⁹⁷, p. 29 ; Robiliard, 2013b, p. 20)¹⁹⁸ : « Bien que les réflexions sur l'avenir de l'organisation des soins psychiatriques ne semblent pas avoir manqué depuis une décennie, votre Rapporteur tient à relever le nombre important de rapports qui ont été rendus sur le sujet, sans avoir véritablement abouti. De 2000 à 2009, ce ne sont pas moins de quinze rapports qui ont été élaborés. » (Robiliard, 2013b¹⁹⁹, p. 20)

« la mise en œuvre, depuis 2002, de plans ministériels successifs dans le domaine de la santé mentale, n'a pas réussi à apporter des réponses satisfaisantes à cette situation. La Cour des comptes a d'ailleurs dressé un bilan très négatif du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, pointant ses « médiocres résultats » en raison d'un défaut de pilotage et de l'insuffisance des moyens financiers engagés²⁰⁰. Si la Cour a ainsi qualifié « d'importants » les financements liés à la sécurisation du parc immobilier, elle a jugé « difficilement identifiables » ceux destinés à la création d'emplois et « très insuffisants » ceux alloués à la recherche. La Cour a également dénoncé l'accentuation entre 2000 et 2010 des inégalités territoriales en équipements et services, alors même que l'un des objectifs du plan était de résorber ces inégalités. Il est donc temps de faire de la santé mentale une priorité de la santé publique et de s'interroger, plus largement, sur la prise en charge psychiatrique. » (Robiliard, 2013a, p. 29)

« Bien que les réflexions sur l'avenir de l'organisation des soins psychiatriques ne semblent pas avoir manqué depuis une décennie, votre Rapporteur tient à relever le nombre important de rapports qui ont été rendus sur le sujet, sans avoir véritablement abouti. De 2000 à 2009, ce ne sont pas moins de quinze rapports qui ont été élaborés. Comme le relève la Cour des comptes dans le tableau résumant les principales recommandations des rapports publiés entre 2000 et 2009 figurant dans son rapport sur les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010)²⁰¹ nombre de constats sont récurrents. Selon votre Rapporteur, plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette absence de suivi des recommandations proposées dans ces rapports.

1. La première serait une *inadaptation* de ces propositions, bien qu'elles soient récurrentes.
2. Un intérêt tout relatif pour ces questions, qui suscitent encore *peur et rejet*, pourrait également être un facteur d'explication. Par ailleurs, les malades souffrant de troubles psychiatriques, eux-mêmes, sont rarement dans une logique de sollicitation, étant dans le déni voire l'opposition à tout suivi.
3. En troisième lieu, la force d'inertie de professionnels œuvrant dans ce domaine rendrait difficile toute mise en œuvre de ces recommandations.
4. Enfin, l'absence de volonté politique contribuerait à l'absence de réforme importante dans ce domaine. La ministre des affaires sociales et de la santé, dans sa présentation de la stratégie nationale de santé le 23 septembre 2013 lors d'une conférence de presse à

¹⁹⁷ Denys Robiliard, « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », Rapport d'information à l'Assemblée nationale n° 1662, déposé le 18 décembre 2013.

¹⁹⁸ « Il est donc temps de faire de la santé mentale une priorité de la santé publique et de s'interroger, plus largement, sur la prise en charge psychiatrique. » (Robiliard, 2013, p. 29)

¹⁹⁹ Denys Robiliard, Rapport à l'Assemblée nationale n° 1284 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie, 17 juillet 2013.

²⁰⁰ Rapport sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, présenté le mardi 20 décembre 2011.

²⁰¹ *Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.*

l'occasion de la remise du rapport de M. Alain Cordier « Un projet global pour la stratégie nationale de santé », a d'ailleurs souligné que la santé mentale avait été longtemps négligée. Une nouvelle impulsion politique sur le sujet est donc nécessaire. » (Robiliard, 2013b, p. 20)

Le rapporteur lui-même identifie « l'absence de volonté politique » comme l'un des facteurs expliquant « l'absence de réforme importante dans [l]e domaine » de la psychiatrie (Robiliard, 2013b, p. 20). Denys Robiliard n'est pas le seul à formuler cette hypothèse car ce défaut de volonté politique est mis en exergue dans la plupart des rapports phares en psychiatrie.

2. Le rapport Demay

Il est en effet possible de mettre en évidence l'écart entre le progressisme et l'innovation portés par plusieurs des rapports rédigés par des médecins et l'écho politique qui leur est donné. Pour ce faire, nous nous arrêterons sur un rapport paradigmatique réalisé en 1982.

Les docteurs M. et J. Demay ont rédigé, à la demande du ministre de la Santé, Jack Ralite, un rapport sur « Une voie française pour une psychiatrie différente » (juillet 1982). Alors que le document pose la question des droits des malades, y compris au plan législatif (p. 12)²⁰², la réponse à cette exigence n'a toujours pas été apportée dans la deuxième moitié des années 2000, le JLD n'étant introduit qu'en 2011 dans les hospitalisations sous contrainte. Récusant l'exclusion et la stigmatisation²⁰³, refusant de voir la personne ayant un trouble psychique comme un danger pour la société, les auteurs rejettent, « sur des bases techniques, que ces personnes souffrant de troubles psychiques soient enfermées dans une désignation aliénante de fous, forcenés, aliénés, de déséquilibres, d'arriérés, d'handicapés, bien souvent utilisée dans un mode de défense. » (Demay et Demay, 1982, p. 10) Ce rapport, à la différence de ceux qui seront produits dans les années 2000-2010, assume une représentation de la maladie considérée comme un moment dans un processus évolutif²⁰⁴, alors qu'à la fin des années 2000, les rapports rendus aux ministres figent certains individus dans la catégorie de personnes dangereuses, sachant que la seule

²⁰² « Une conception offensive des droits de l'homme, qui doit affirmer l'égalité des droits et la solidarité de la collectivité, doit savoir assurer, au plan du droit commun et sans délai aucun, la solution de tout ce qui peut être nécessaire au maintien et au rétablissement de la santé (1). 1) Le très remarquable projet de déclaration des libertés soumis à la discussion des Français, *Vivre Libres*, constitue une réforme essentielle (édition de *l'Humanité* Juin 1975). » (Demay et Demay, 1982, p. 12)

²⁰³ « cette exigence de renouveau pourra et devra, définitivement, abolir la vieille habitude de mettre à l'écart, et si possible d'oublier, tout ce qui inquiète, dérange ou encombre, abolir aussi et ainsi la loi de 1838 et son asile qui avaient mis en forme et en actes cette *pratique de l'exclusion méthodique et systématique* » (Demay et Demay, 1982, p. 5).

²⁰⁴ « Tout trouble mental est *évolutif*; l'expérience prouve que la chronicité n'est pas irréversible. Les notions de maladie mentale et de handicap tendent à organiser la fixation. » (Demay et Demay, 1982, p. 11) Cette déclaration constitue la première des sept prémisses d'un renouvellement de la psychiatrie.

potentialité de la dangerosité – *i.e.* le « risque » de récidive – les réifie dans la catégorie d'individu dangereux (Doron, 2009²⁰⁵ ; Danet, 2009, p. 82).

La récusation de la normalisation est affirmée comme une exigence éthique : « Le concept de prévention, s'il se réfère à une notion de normalité, le concept de guérison, s'il se réfère à une normalisation, et enfin le concept d'assistance, s'il nécessite l'étiquetage et l'invalidation, vont à l'encontre de toute démarche thérapeutique dans le champ de la psychiatrie. » (Demay et Demay, 1982, p. 12) À l'encontre de la représentation, ancrée dans le paradigme de l'aliénation, le rapport insiste sur la nécessité du respect du « libre choix » du patient²⁰⁶, ce respect étant l'un des principes fondateurs d'une « éthique de la Psychiatrie », dont on sait qu'il est certes présent dans le déclaratif des médecins exerçant actuellement mais pas toujours à l'œuvre dans les pratiques (Guibet Lafaye, 2015, 2016²⁰⁷). Ainsi le respect des libertés est institué, dans le rapport, comme l'un des principes de « l'éthique de la psychiatrie ». Alors que l'aliénation est récusée – ou du moins disqualifiée comme étant le problème principal²⁰⁸ –, on parle de « patient mental » pour lequel une reconnaissance est demandée et vis-à-vis duquel on instaure des devoirs nous engageant à son égard²⁰⁹, la figure de l'« aliéné » est rémanente dans les rapports ultérieurement produits par le personnel politique (voir les rapport respectivement faits par G. Fenech, député (2007, 2008) et J.-R. Lecerf, sénateur (2008)²¹⁰). Dans le rapport de 1982, la personne malade n'est pas appréhendée à partir de l'une de ses caractéristiques,

²⁰⁵ Doron C.-O., « Une volonté infinie de sécurité vers une rupture générale dans les politiques pénales ? », in Ph. Chevallier et T. Greacen, *Folie et justice : relire Foucault*, Toulouse, Érès, 2009, p. 179-201.

²⁰⁶ « Dans une convivance facilitant les bonnes relations nécessaires, le libre choix toujours respecté du malade demeurera un facteur de partage essentiel et déterminant. » (Demay et Demay, 1982, p. 9)

²⁰⁷ Guibet Lafaye C., « Irréductibilité des conflits normatifs et dilemmes moraux en psychiatrie », *Éthique, Politique et Religions*, Institut de recherches philosophiques de Lyon, Paris, n° 7, 2015. Guibet Lafaye C., « Quelle éthique pour quels psychiatres ? », *Sociologie*, Paris, PUF, n° 2, vol. 7, 2016, p. 169-186.

²⁰⁸ « Au-delà du terme d'aliénation c'est la difficulté, pour ne pas dire l'insupportable du rapport à l'autre qu'elle met en évidence, non seulement comme fait pathologique, mais comme paradoxe constitutif de tout lien social. » (Demay et Demay, 1982, préambule)

²⁰⁹ « Cette exigence d'un changement profond est un dû au patient mental trop souvent méconnu, négligé, rejeté et malmené. » (Demay et Demay, 1982, p. 3)

²¹⁰ « M. Pierre Fauchon, sénateur, a observé que le deuxième alinéa de ce même article, tel qu'adopté par le Sénat, lui paraissait dépourvu de signification, voire dangereux.

Il a rappelé que la présence de cet alinéa avait pu être justifiée par le souci du Conseil d'État que la décision prononçant une rétention de sûreté soit fondée sur la mention de cette éventualité dans le jugement *ab initio*, dès la décision de la cour d'assises, aux fins de respecter les stipulations du a) du paragraphe 1 de l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui prévoient « que nul ne peut être privé de sa liberté, sauf s'il est détenu régulièrement après condamnation par un tribunal compétent ». Mais il a estimé que la possibilité de placer en détention un « aliéné » en application du e) du paragraphe 1 du même article de ladite convention suffisait à couvrir les cas de rétention de sûreté définis par le présent projet de loi. Il a précisé que, la Cour européenne des droits de l'homme n'ayant jamais eu à connaître de la question de la rétention de sûreté d'un « aliéné », on pouvait admettre qu'à une question nouvelle, la rétention ne pouvant constituer une sanction au sens pénal du terme, soit donnée une réponse nouvelle. Il a d'ailleurs rappelé que la cour de Strasbourg elle-même avait reconnu que le sens du terme aliéné ne cessait d'« évoluer avec les progrès de la recherche psychiatrique ». » (http://www.senat.fr/rap/107-192/107-192_mono.html)

telle la « dangerosité » (voir Doron, 2009, p. 196), mais conformément à une approche globale, consistant à la replacer dans son contexte de vie²¹¹ – cette perspective systémique étant complètement abandonnée dans les rapports de la deuxième moitié des années 2000, où c’est l’individu en tant que tel (et pas simplement l’individu identifié comme dangereux) qui est stigmatisé dans sa singularité. Le rapport Demay dénonce l’inégalité de traitement dont souffrent les personnes en psychiatrie : « Aucun service public ne traite avec un tel arbitraire et une telle inégalité des citoyens *égaux en droit*. » (Demay et Demay, 1982, p. 8) Cette thématique reviendra, à 20 ans d’écart, dans les rapports de 2001 soulignant la place qui lui est réservée à l’extérieur de l’agenda politique.

À l’encontre d’une logique répressive et concentrationnaire, le rapport propose un « contrôle gestionnaire des usagers et des représentants de la population » sur les institutions de soins, c’est-à-dire une forme de contrôle démocratique qui fait écho au rapport de 2002 sur la démocratie sanitaire mais dont le contraste est saisissant avec les rapports de 2005-2008²¹². L’introduction de ce contrôle a une vocation explicitement politique : « Cela permet un contre-pouvoir aux instances de tutelle et au pouvoir psychiatrique ; cela permet des réponses de solidarité envers ceux qui sont dits malades mentaux » (Demay et Demay, 1982, p. 10)²¹³. Quoique cette logique trouve des échos dans le rapport de 2002 sur la démocratie sanitaire, elle sera ensuite en net le recul et ne connaîtra aucune forme de réalisation, si ce n’est de façon très atténuée avec les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM). Les médecins réinstituent la psychiatrie dans sa dimension politique, là où les politiques – députés et sénateurs notamment –, chargés par l’exécutif de la production de rapports, vident la psychiatrie de cette dimension, pour la replacer dans une logique répressive, en faisant coller à l’image des patients de la psychiatrie celle de l’individu dangereux. Dans le rapport Demay, la psychiatrie est moins pensée comme étant au service du corps social qu’au service de ses patients²¹⁴. Sa distance à l’égard du politique est conçue comme une exigence éthique de la

²¹¹ « Il y a là une façon d’aborder et de comprendre l’atteinte mentale dans sa globalité, d’en rechercher, de même, sources et remèdes dans une *démarche qui doit absolument déborder de la singularité de la personne*. » (Demay et Demay, 1982, p. 3)

²¹² En l’occurrence, les rapports du procureur général Burgelin (2005), du député Garraud (2006), du député Fenech (2007), du magistrat Lamanda (2008), des députés Fenech et sénateur Lecerf (2008).

²¹³ Le rapport propose d’autres occurrences de la lutte politique, entreprise par ces médecins, contre le contrôle social : « Si l’accès à l’autonomie passe par une phase nécessaire de dépendance, celle-ci ne doit être que *temporaire* et non pas tutélaire, car tout pouvoir possède en germe le conservatisme. » (Demay et Demay, 1982, p. 11)

²¹⁴ « La fonction des professionnels du champ de la psychiatrie est celle d’accompagnement de leurs patients et celle, *éventuellement*, de défense vis-à-vis du corps social et vis-à-vis des puissances de tutelle ; avec pour objectif la désaliénation des patients, le respect de leur situation spécifique, la reconnaissance de leur droit à la régression, le décryptage de leur demande au travers et au-delà des symptômes qu’ils présentent, et enfin leur autonomisation. » (Demay et Demay, 1982, p. 12)

profession²¹⁵ – distance dont nous verrons combien elle s’est érodée à partir de 2006-2008.

3. Lenteur de la prise de décision politique

L’exemple magistral de la lenteur politique est l’absence de révision de la loi du 27 juin 1990 sensée être revue après 5 ans d’application mais qui ne l’a été qu’en juillet 2011. Toutefois cette temporalité n’est pas un hapax. Ainsi la mission Cléry-Melin (1995), dont le travail a abouti à un rapport d’orientation sur : « Des alternatives à l’hospitalisation », fait entrer dans le débat la question des modalités de l’hospitalisation sous contrainte ainsi que de l’« obligation de soins en ambulatoire », concernant lesquels le législatif ne statuera qu’en 2011 puis en 2013. De surcroît, les modifications de la loi proposées en 2011 ne tiennent pas simplement à un mûrissement du processus législatif mais à l’effet différé d’événements dramatiques, en l’occurrence le drame de Pau²¹⁶. De même, la mission de l’IGAS (1997), présidée par Hélène Strohl, préconisait la création d’une seule modalité d’entrée en soins sans consentement, la suppression de l’ordre public comme motif d’hospitalisation sans consentement, ainsi que la judiciarisation *a priori* des décisions d’hospitalisation, or cette judiciarisation n’est finalement légalisée qu’en 2011 sous la pression européenne. Il ne s’agit de surcroît que d’un simple contrôle judiciaire, la décision restant entre les mains de l’administration et des préfetures. Ce retard est même mis en exergue par des députés (voir Robiliard, 2013b, p. 28²¹⁷). Bien que se trouve, pour la première fois, avancée en 1997 la nécessité du contrôle judiciaire et de l’ouverture de l’hôpital psychiatrique à un regard extérieur²¹⁸, il faudra 14 ans pour que la mesure soit adoptée. Alors que le rapport Strohl insiste sur la nécessité de connaître « les circonstances pathologiques et environnementales de recours à l’hospitalisation sans consentement » (Strohl, 1997, p. 57), aucune enquête n’a encore été diligentée en la matière en 2015 (voir DACS-PELJ, 2015²¹⁹ ; Moreau, 2015). Même le rapport Strohl, beaucoup moins progressiste

²¹⁵ « Il est inacceptable que les soignants puissent concourir en quoi que ce soit à cette dénaturation de la psychiatrie qu’est son utilisation à des fins de répression politique. Il est indispensable que les soignants puissent s’abstraire des *valeurs morales, sociales, politiques dominantes*. Celles-ci ne peuvent en aucun cas constituer le facteur déterminant de leur conduite professionnelle. » (Demay et Demay, 1982, p. 12)

²¹⁶ Cette causalité est soulignée par le rapport Robiliard (2013b, p. 7).

²¹⁷ « si le rapport du groupe national d’évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport Strohl (du nom de sa présidente), publié en 1997, a osé avancer des propositions radicales sur l’organisation du dispositif français d’admission en soins psychiatriques sans consentement, aucune n’a été mise en œuvre à ce jour, en dépit toutefois du soutien prononcé des professionnels de santé et des magistrats en faveur d’une unification du régime d’entrée en soins actant la fin du rôle spécifique du préfet assortie d’une judiciarisation complète du dispositif. » (Robiliard, 2013b, p. 28).

²¹⁸ « En plus de l’amélioration de l’exercice du droit de recours, il faut renforcer le contrôle de la légalité des hospitalisations sans consentement par la CDHP. » (Strohl, 1997, p. 27).

²¹⁹ Voir M. Coldefy et C. Nestrigue, « L’hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 », Irdes, n° 193, décembre 2013 ;

que celui des Demay, n'a pas reçu d'écho que l'on considère les soins sans consentement en ambulatoire ou la judiciarisation. Le manque de volonté politique en matière de réforme de la psychiatrie s'affirme une nouvelle fois. Bien que la mission tente de récuser l'image du « fou dangereux » (Strohl, 1997, p. 6)²²⁰, celle-ci reviendra en force dans les discours politiques de la fin des années 2000 (notamment le discours d'Anthony, 2008), comme nous le verrons ultérieurement.

La frilosité du politique en matière de psychiatrie se voit même dénoncée, à plusieurs reprises, par la Cour des Comptes : « Ce plan [*« psychiatrie et santé mentale » 2005-2010*] a produit des résultats que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort. » (Cour des Comptes, 2011b). De même, les objectifs du dernier plan « psychiatrie Santé Mentale » de 2011-2015 montrent à quel point toutes les ambitions affichées pendant des décennies restent lettre morte en psychiatrie : « Parmi les priorités majeures du nouveau plan : garantir un *égal accès à des soins de qualité* quel que soit le lieu de vie ou la *situation sociale* de la personne vivant avec des troubles psychiatriques, prévenir les ruptures dans les parcours de vie de ces personnes en conjuguant notamment les soins et l'accompagnement, lutter contre la stigmatisation des personnes malades, donner toute leur place aux aidants et leur apporter un soutien lorsque c'est nécessaire. »²²¹

IV. La marque du politique sur la psychiatrie

1. Un usage sélectif des rapports

La lenteur d'application n'est pas la seule caractéristique de l'usage politique des rapports remis. Elle se double d'un usage sélectif des propositions formulées par ces derniers. Trois éléments au moins mettent en évidence cet usage (la référence à *l'insight*, à l'anosognosie et la responsabilisation accrue des personnes criminelles atteintes de troubles psychiques). Il concerne, en premier lieu, la caractérisation du trouble psychique à partir de *l'insight*, élément étayé

« Statistique en matière de soins sous contrainte. Saisine du JLD 2012, 2013 et 2014 », DACS-PELJ, juillet 2015.

²²⁰ « La représentation sociale de la maladie mentale, alimentée par les faits divers dans les médias, se focalise sur l'image du "fou dangereux" alors que les "médico-légaux", c'est-à-dire les personnes hospitalisées en application de l'article L.348 du code de la santé publique ne représentent qu'une faible part des mesures d'hospitalisation sans leur consentement (228 personnes représentant 3 % des HO et 0,5 % des hospitalisations sans leur consentement en 1995). » (Strohl, 1997, p. 6)

²²¹ « Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 », Paris, Ministère du travail de l'emploi et de la santé (éd.), 2012/02, 43 p.

scientifiquement mais discutable sur les mêmes bases²²², mais également la référence à l'anosognosie. Le rapport Strohl se construit sur le principe du déni de la pathologie par le malade, ce déni constituant la justification clinique de l'imposition de la contrainte : « il nous a semblé qu'il y avait une spécificité de la pathologie mentale dans ce déni : plus le malade va mal, plus son état s'aggrave, plus il refuse les soins. C'est cette caractéristique de certaines pathologies mentales qui légitime certaines formes de contraintes, à condition qu'elles restent respectueuses du malade et circonscrites dans le temps. » (Strohl, 1997, p. 14) Bien que la référence à l'anosognosie partage la profession²²³, c'est cette notion que retiendra le politique.

L'usage sélectif, par le politique, des éléments des rapports remis opère également, lorsqu'il est question de la responsabilisation accrue des personnes atteintes de troubles psychiques et ayant commis des crimes ainsi que de leur comparution devant une juridiction *ad hoc*. Ce mouvement s'amorce dans le rapport Strohl²²⁴. Bien qu'avec retard et, une nouvelle fois, sous la pression à la fois d'événements tragiques ainsi que des familles de victimes, cette mesure est replacée au devant de la scène par les rapports au Sénat n° LC132 (2004) et Burgelin (2005) et reprise par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, soulignant ainsi l'influence du procureur général auprès de la Cour de cassation.

2. Les orientations données par le politique

Les rapports produits par les médecins, au début des années 2000, continuent de formuler des orientations progressistes pour organiser le champ de la psychiatrie. Ainsi l'idée de « la démocratie sanitaire [qui] ne [peut] se comprendre que par *l'égalité de traitement* de tous ses acteurs » est promue par le rapport Roelandt (2002). Elle vise à conférer aux élus et aux acteurs politiques une fonction sans précédent dans les politiques de santé mentale ou dans les

²²² Voir respectivement Foster Qreen Michael et Keith H. Nuechterlein, « Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 25, n° 2, 1999, p. 309-319, et Bottéro A., « Insight et psychose », *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 2008, 33, p. 9-11.

²²³ Certains la défendent alors que d'autres la critiquent : voir d'un côté Braitman A. *et al.*, « Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement », *Ann Med Psychol*, 2011, 169, p. 664-667. Capdevielle D. *et al.*, « Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques », *Ann Med Psychol*, 2011, 169, p. 438-440. Et d'un autre côté, Bottéro Alain, « Contre l'hérésie des "soins sans consentement en ambulatoire" », juillet 2011 (texte non publié mais communiqué par l'auteur) et Auxéméry Y., « "Névrose" et "Psychose" : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? », *Ann Med Psychol*, 2015, sous presse.

²²⁴ « le groupe, relayant d'ailleurs l'ensemble des professions psychiatriques, propose une solution nuancée : Il serait appliqué la même procédure que les troubles mentaux aient abolis ou altérés le discernement d'une personne : le procès a lieu, la personne est punissable. Mais le procès peut conclure à la dispense de peine en cas d'abolition de la capacité de discernement. » (Strohl, 1997, p. 37)

plans antérieurs relatifs à la psychiatrie²²⁵. Démocratie de proximité et démocratie sanitaire sont conçues dans une perspective conjointe²²⁶. Toutefois la trajectoire est corrigée dès l'année suivante par une commande politique de Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, convoquant une mission dont l'objectif est : « [...] de proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, [...] et en prenant en compte le choix et la mise en œuvre des objectifs de prévention déterminés dans le cadre de la loi d'orientation en santé publique [...] »²²⁷. Cette lettre de mission souligne le rôle du politique et de l'exécutif dans les inflexions des politiques de santé en psychiatrie : certains concepts, extraits des rapports – la notion de santé mentale en étant l'exemple emblématique²²⁸ –, sont privilégiés alors que les orientations politiques tracées par les médecins sont écartées de façon récurrente (voir Demay et Demay, 1982 ; Roelandt, 2002).

La cause de ce revirement relève d'un registre sécuritaire et d'un souci de contrôle social puisqu'elle est désignée comme coïncidant avec « notre rapport "Agir aux racines de la violence" (Mars 2003), sur le thème de la violence dans le cadre de la santé mentale, et dont de nombreux éléments, qui concernent en particulier la prévention des problèmes liés à l'intrication drogue - alcool - addictions et psychiatrie, doivent être intégrés dans le plan d'actions. » (Cléry-Melin, 2003, p. 5) Cette opération politique s'appuie sur une réinscription de la psychiatrie dans le champ médical (Cléry-Melin, 2003, p. 6)²²⁹, en porte à faux avec les passerelles que Roelandt (2002) tissait avec le monde social et médico-social voire politique.

L'orientation proprement politique, imprimé par l'exécutif et le législatif au champ psychiatrique, se dessine avec netteté à partir de 2005²³⁰, dans un contexte où l'opacité des mesures d'hospitalisation sous contrainte est pourtant soulignée²³¹. La problématique de la dangerosité occupe le devant de la scène, le drame de Pau jouant un rôle d'accélérateur – et pas exactement de déclencheur

²²⁵ Un exemple parmi d'autres tiré de la conclusion : « plus que les usagers, c'est l'implication des élus locaux dans la question de la santé mentale, par le biais de la santé en général et du handicap qui sera prépondérante pour les années à venir. » (Roelandt, 2002)

²²⁶ Voir aussi « Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie 2003 ». « Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie 2003 » insiste aussi sur cette dimension politique attachée à la psychiatrie mais en ne soulignant pas de la même façon que le rapport Roelandt les lieux où les élus doivent s'engager.

²²⁷ Au fil du temps la notion de « prévention », présente dans les rapports successifs, glisse du registre sanitaire au registre sécuritaire.

²²⁸ Bellahsen M., *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

²²⁹ Recentrement qu'opérait également le Livre Blanc de la psychiatrie (2003).

²³⁰ N. Sarkozy est ministre de l'Intérieur depuis 2003.

²³¹ Voir « Dans son rapport pour 2000, la Cour des comptes a ainsi estimé que le "nombre des hospitalisations sans consentement a connu une augmentation spectaculaire qui pose avec acuité la question de l'indispensable conciliation entre des impératifs de sécurité et le respect des droits des malades". » (Briot, 2004, p. 16)

car la préoccupation sécuritaire s'affirme dès 2003, comme le montre le communiqué du 23 décembre 2003 par Dominique Perben, ministre de la justice, sur le « Traitement judiciaire des malades mentaux »²³². Les rapports phares ne sont plus commandés par le ministère de la santé mais par le ministère de la justice, conjointement avec le ministère des solidarités, de la santé et de la famille²³³, et par le Premier Ministre²³⁴ voire par le Président de la République (Lamanda, 2008). Cette substitution des experts consultés montre l'investissement du politique dans le champ psychiatrique. Le rôle du politique, et en particulier de l'exécutif, devient alors décisif puisqu'en l'occurrence, le président de la République N. Sarkozy, suite à la décision de non rétroactivité de la mesure de rétention de sûreté, affirmée par le Conseil Constitutionnel, a confié au premier président de la Cour de cassation, M. Lamanda, la rédaction d'un rapport afin de formuler « toutes propositions utiles d'adaptation de notre droit pour que les condamnés, exécutant actuellement leur peine et présentant les plus grands risques de récidive, puissent se voir appliquer un dispositif tendant à l'amointrissement de ces risques » (Nicolas Sarkozy, Président de la République, par lettre du 25 février 2008 ; nous soulignons). À partir des années 2005-2006, les rapports orchestrant le champ de la psychiatrie et concernant les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont plus seulement commandés par le ministère de la santé mais directement par le président de la république, N. Sarkozy, ou le garde des sceaux. Un jeu d'instrumentalisation de l'expertise par le politique se met en place. Le rapport Garraud, par exemple, constitue le reflet exact des politiques mises en place, à la même époque, par le ministre de l'Intérieur, N. Sarkozy²³⁵.

La problématique de la dangerosité marque les années qui suivent (voir les rapports Goujon, 2006²³⁶ ; Fenech, 2007²³⁷ ; Lamanda, 2008 ; Fenech et Lecerf, 2008²³⁸) comme le souligne d'ailleurs le sénateur et médecin A. Milon (2012)²³⁹.

²³² <http://www.presse.justice.gouv.fr/archives-communiqués-10095/archives-des-communiqués-de-2003-10237/traitement-judiciaire-des-malades-mentaux-11703.html> La loi du 5 juillet 2011 est « née sous les auspices du discours d'Antony » (Robiliard, 2013, p. 7).

²³³ Rapport de la Commission Santé - Justice de juillet 2005 intitulé « Santé, justice et dangerosité, pour une meilleure prévention de la récidive ».

²³⁴ Voir Jean-Paul Garraud, « Réponses à la dangerosité », Rapport, Premier Ministre, Paris, FRA/com., 2006.

²³⁵ Par la loi sur la sécurité intérieure du 18 mars 2003, complétée par la loi Perben II, le fichage ADN, instauré en 1998 et limité à l'origine aux délinquants sexuels, a été étendu à toute personne soupçonnée d'un quelconque délit (sauf délit d'initié ou financier).

²³⁶ Ph. Goujon, « Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses », rapp., Rapport, Sénat, Paris, FRA, 2006.

²³⁷ Rapport fait par M. Georges Fenech (député) au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi (n° 442), relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

²³⁸ Rapport n° 678 fait par M. Georges Fenech (député) et M. Jean-René Lecerf (Sénat) au nom de la commission mixte paritaire (1) chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (urgence déclarée).

Ph. Goujon (2006) propose un correctif au rapport de 2005²⁴⁰ mais le déploiement de cette logique globale s'accompagne d'un processus de stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiatriques : « les insuffisances du système français portaient essentiellement sur la prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques » (voir ultérieurement Barbier, 2010²⁴¹)²⁴². Ainsi la dimension sécuritaire va jusqu'à infiltrer les dispositifs de santé, relatifs à la psychiatrie, puisque le rapport Couty (2009), « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », souligne que : « La maladie mentale peut conduire quelqu'un à compromettre la sécurité des personnes et à troubler l'ordre public. Edouard Couty insistant, dans son rapport remis à la ministre chargée de la santé en 2009, sur le fait que toute organisation de l'offre de santé doit proposer des dispositifs prenant en compte cette dimension. » La prévalence de rapports proposés par des non médecins, en l'occurrence par V. Lamanda, Premier président de la Cour de Cassation, par

²³⁹ « Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi *que sous l'angle de la dangerosité des malades*, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée. » (Milon, 2012 ; nous soulignons) « [...] la dernière réforme en date – la loi du 5 juillet 2011 relative à l'hospitalisation sans consentement – s'est focalisée sur la question de la dangerosité. » (Milon, 2012)

²⁴⁰ « En 2005, la commission Santé-Justice, présidée par M. Jean-François Burgelin, avait proposé notamment la création de centres fermés de protection sociale destinés à accueillir, après l'exécution de leur peine, des personnes considérées comme toujours dangereuses. *Cette proposition mettant en cause certains principes fondamentaux de notre droit* et posant la question essentielle du point d'équilibre entre considérations de sécurité publique et respect de la liberté individuelle, il a semblé indispensable à la commission des lois que le débat se prolonge et s'approfondisse dans un cadre parlementaire. Pour cela, elle a décidé de créer une *mission d'information* confiée conjointement à M. Philippe Goujon et Charles Gautier sur les mesures de sûreté susceptibles d'être prises à l'égard des personnes considérées comme dangereuses. » (Goujon, 2006 ; nous soulignons)

La mission d'information a cherché à apporter des éléments de réponse à trois interrogations complexes : 1. Le dispositif français concernant les personnes dangereuses est-il adapté ? 2. Quels enseignements peut-on tirer des expériences étrangères ? 3. La mise en place de structures fermées pour accueillir des délinquants après l'accomplissement de leur peine est-elle envisageable et à quelles conditions ?

Sur la base des observations recueillies, la mission a constaté que les insuffisances du système français portaient essentiellement sur la prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques et propose plusieurs pistes de réflexion qui s'articulent autour de trois axes : renforcer l'expertise, mettre en place des unités spécifiques, renforcer le suivi des personnes après leur libération. (Goujon, 2006)

²⁴¹ G. Barbier, « Rapport d'information sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions », Rapport, Sénat. Commission des Affaires Sociales, Paris, FRA, 2010. « Si le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport Strohl (du nom de sa présidente), publié en 1997, a osé avancer des propositions radicales sur l'organisation du dispositif français d'admission en soins psychiatriques sans consentement, aucune n'a été mise en œuvre à ce jour, *i.e.* la création d'une seule modalité d'entrée en soins sans consentement, suppression de l'ordre public comme motif d'hospitalisation sans consentement, judiciarisation *a priori* des décisions d'hospitalisation, en dépit toutefois du soutien prononcé des professionnels de santé et des magistrats en faveur d'une unification du régime d'entrée en soins actant la fin du rôle spécifique du préfet assortie d'une judiciarisation complète du dispositif. » (Robiliard, 2013, p. 27-28)

²⁴² Le vocabulaire du politique reste celui des « malades mentaux » : voir Rapport du Sénat en 2004 sur l'irresponsabilité pénale des malades mentaux.

Milon, sénateur, coïncide avec le déploiement d'une logique sécuritaire²⁴³. Le rapport Milon (2009) récuse les soins en milieu ouvert au profit de l'enfermement²⁴⁴. La référence à l'actualité et à une actualité dramatique est explicite dans les rapports Fenech (2007)²⁴⁵ et Milon (2009, 2012), suggérant que le politique s'appuie sur cette actualité pour procéder à des modifications législatives, là où les conclusions des rapports, notamment réalisés par des médecins, lors des décennies précédentes, sont restées lettre morte. Deux rapports au sénat (Milon, 2009 ; Lecerf, 2011)²⁴⁶ jouent un rôle décisif, dans les orientations récentes prises en psychiatrie, puisque le dernier prépare la réforme de la loi de 2011²⁴⁷.

Ces éléments suggèrent donc une *tendance du politique à suivre les recommandations de ses propres corps administratifs et législatifs plutôt que les rapports des médecins*, pourtant spécialistes du champ de la psychiatrie²⁴⁸. La seule contrainte réelle s'exerçant sur le politique – législatif et exécutif confondus – vient du Conseil constitutionnel plutôt que des rapports ou préconisations des professionnels du secteur²⁴⁹. Le rapport Robiliard le reconnaît, concernant le rôle du préfet dans les hospitalisations d'office, en rappelant le rapport Lefranc²⁵⁰ : « Se refusant à engager cette réflexion, le

²⁴³ Voir A. Milon, « Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France », Rapport, Sénat, Paris, FRA, 2009. De même, les soins sans consentement sont partiellement le fruit d'une réflexion préalable à la loi du 5 juillet 2011, argumentée, notamment dans le rapport de la mission conjointe des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005 (cf. Rapport Robiliard, 2013), cette évolution continue néanmoins de susciter de nombreuses oppositions dans le milieu médical.

²⁴⁴ « Plusieurs incidents dramatiques ont pu accréditer l'idée qu'en remplaçant l'enfermement par des soins en milieu ouvert, on prend le risque de défaillances dans la surveillance de personnes qu'il faudrait d'abord empêcher de nuire. » (Milon, 2009)

²⁴⁵ Fenech, 2007, p. 9 : Évocation des faits divers : « Affaire Évrard », « Affaire Dupuy ».

²⁴⁶ J.R. Lecerf, « Avis relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », Rapport, Sénat, Paris, FRA, 2011.

²⁴⁷ Cet avis rassemble les propositions du Sénat sur le projet de loi n° 2494 (2010-2011), complété par une lettre rectificative n° 3116, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

²⁴⁸ Comme le suggère cet extrait : « Le législateur a ainsi suivi les recommandations de la mission conjointe IGAS/IGSJ, qui plaidait notamment pour une meilleure gestion de la crise et du transport des malades grâce à l'instauration d'un protocole départemental définissant les modalités d'implication des services concernés et a adopté deux dispositifs, qui figurent désormais aux articles L. 3222-1-1 A et L. 3222-1-1 du code de la santé publique [...]. » (Robiliard, 2013, p. 21)

l'aval de l'hospitalisation, les dispositions introduites en 2011 ne paraissent pas totalement à même de répondre aux préoccupations des acteurs de terrain, dont on ignore d'ailleurs s'ils ont concrètement entrepris de les mettre en œuvre. Le risque est grand, comme le soulignait la mission conjointe IGAS/IGSJ de 2005 que « l'improvisation [continue de prendre] une part importante dans la prise de décision » en l'absence, d'une part, de clarification des responsabilités de chacun et, d'autre part, de détermination des limites de l'intervention de chacun. Ce point est d'autant plus crucial que le Conseil constitutionnel a désormais clairement indiqué que la contrainte n'était susceptible de s'exercer sur les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement que lorsque celles-ci sont prises en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. [...] » (Robiliard, 2013, p. 22)

²⁵⁰ « On ne peut toutefois que regretter que l'intervention du préfet n'ait pas été questionnée ni même discutée sérieusement à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif aux droits et à la protection des

Gouvernement avait préféré introduire des dispositions permettant de répondre *ponctuellement* aux exigences du Conseil constitutionnel. Ce choix n'avait cependant rien d'évident [...]. » (Robiliard, 2013b, p. 26 ; nous soulignons)²⁵¹. Or ces choix politiques posent davantage de difficultés qu'ils n'en résolvent²⁵².

L'accent porté sur la dangerosité va de pair avec une assimilation du « malade mental » et de l'individu dangereux, se dessinant au sein même du discours politique : « La commission présidée par Jean-François Burgelin, procureur général honoraire à la Cour de cassation, a été chargée en 2005 par les ministres de la Justice et de la Santé de proposer des pistes de réflexion susceptibles d'améliorer la prise en charge médicale et judiciaire des auteurs d'infraction "atteints de troubles mentaux *ou* qui présentent un profil dangereux". » (Fenech, 2007 ; nous soulignons) quelles que soient les nuances ultérieurement apportées dans le rapport²⁵³. Le souci du contrôle social et la solution de l'enfermement s'affirment avec cette série de rapports : « Au total, les différentes mesures existant aujourd'hui sont insuffisantes à l'égard de personnes particulièrement dangereuses, dont le risque de récidive est particulièrement élevé, qui ne relèvent pas d'une hospitalisation d'office car ne souffrent pas de troubles mentaux, et qui ont purgé la totalité de leur peine. Leur prise en charge en milieu ouvert ne suffit pas : il était donc nécessaire de prévoir une procédure permettant de placer ces condamnés en rétention à l'issue de leur détention. » (Fenech, 2007, p. 23) Tel est bien l'expression du « grand renfermement » que souligne la littérature scientifique (Castel, 1971 ; Danet, 2013²⁵⁴). Sa justification normative réside dans le concept de « précaution » ainsi que dans la logique de la « défense sociale » explicitement convoqués par le député (Fenech, 2007, p. 35)²⁵⁵.

personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. » (Robiliard, 2013, p. 25)

²⁵¹ Rappelons que D. Robiliard est un député PS placé dans l'opposition à l'époque du vote de la loi de 2011.

²⁵² « Le rapporteur Guy Lefranc le déplorait d'ailleurs en ces termes : "la décision du Conseil constitutionnel pose plusieurs difficultés, qu'il eût été loisible au législateur d'étudier plus longuement avant de devoir en transposer les principes dans la loi. [...] le Parlement est aujourd'hui contraint de légiférer sous la pression du juge constitutionnel sans disposer d'aucun délai de réflexion. Il est regrettable que les parlementaires soient placés dans cette situation, préjudiciable au bon fonctionnement de nos institutions". *La traduction dans la loi des principes dégagés par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 9 juin 2011* n'enlève cependant rien à la nécessité de mener à son terme cette réflexion sur l'intervention du préfet, de manière à ce que celle-ci puisse, le cas échéant, déboucher sur une réforme susceptible de trouver sa place dans une loi de santé publique. » (Robiliard, 2013, p. 26-27)

²⁵³ « Toute personne dangereuse n'est pas nécessairement atteinte de troubles mentaux et toute personne atteinte de troubles mentaux n'est pas, automatiquement, une personne dangereuse. » (Fenech, 2007)

²⁵⁴ Castel R., « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, 12/1, p. 57-92. Éric Favereau, « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », *Libération*, 27 novembre 2009. Danet F., « La Psychiatrie. Du grand renfermement au développement personnel », *Lumière & Vie*, n° 299, juil.-sept. 2013, p. 25-35.

²⁵⁵ « Le rapport de M. Jean-Paul Garraud a préconisé l'instauration d'une "mesure de suivi de protection sociale", sur le modèle des mesures de sûreté en milieu ouvert mises en avant par la Commission Santé-Justice. Dans le cadre de cette mesure, *prononcée pour une durée indéterminée* par le juge des libertés et de

L'assimilation maladie mentale - dangerosité au sein même des discours produits par le politique met en évidence son rôle dans la production des stéréotypes sociaux, comme le suggèrent d'ailleurs certains rapports parlementaires : « Les malades mentaux sont cependant victimes aujourd'hui d'une *représentation sociale associant trouble mental et violence*. Les images véhiculées par les médias, le cinéma, mais aussi les discours politiques, comme celui d'Antony, montrant la personne malade comme agressive, voire criminelle, contribuent à cette image dégradée loin, très loin, de la réalité vécue par l'écrasante majorité des malades. » (Robiliard, 2013, p. 8)

Conclusion

La double mise en perspective des évolutions législatives concernant la psychiatrie avec, d'une part, le contexte événementiel et, d'autre part, la production de rapports dans le domaine souligne la contradiction dans laquelle le politique s'inscrit. D'un côté et depuis 1945, plusieurs dizaines de rapports, de lois et deux plans nationaux sur la psychiatrie ont été publiés, avec des recommandations allant toutes dans le même sens (Roelandt, 2010, p. 781) – et dont on peut dire qu'il n'en est guère tenu compte – en revanche, d'autre part, des décisions sont prises très rapidement (notamment en 2008 et 2011) dans des circonstances précises et sous des gouvernements clairement identifiables politiquement. En dépit des ouvertures que propose chaque rapport sur la psychiatrie, la maladie mentale et la santé mentale, les choix du politique, de 1950 à 2015 – à l'exception de la période d'instauration du secteur –, vont dans le sens d'un renforcement de la sécurité et tendent donc à toujours souligner le caractère dangereux des personnes présentant des troubles psychiatriques. Toutefois il serait erroné de dire, comme l'a montré l'étude systématique des textes législatifs ordonnant le champ de la psychiatrie, que la tendance politique est *de plus en plus* sécuritaire. L'approche politique de la psychiatrie a *toujours été* sécuritaire, à l'exception de la parenthèse des années 1970. Alors que la volonté d'ouverture des structures psychiatriques hospitalières vers la ville ainsi que la défense des droits des patients s'enracinent dans des facteurs contextuels et historiques (voir respectivement les années 1970 et le début des années 2000), les soubresauts sécuritaires semblent avoir des raisons conjoncturelles, liées en particulier à des événements tragiques. Ces éléments permettent enfin de souligner le rôle du politique dans la structuration des représentations de

la détention et révisée tous les deux ans, la personne concernée serait tenue "de respecter certaines obligations ou interdictions comparables à celles pouvant être prononcées dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire".» (Fenech, 2007 ; nous soulignons) « D'une façon générale, l'évolution des méthodes en psychiatrie a consacré les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment. » (Fenech, 2007, p. 18)

l'opinion publique face à la presse, notamment, que l'on accuse volontiers mais à tort (voir Guibet Lafaye et Brochard, 2016²⁵⁶), bien que l'on puisse envisager un jeu d'influence réciproque entre la presse et le pouvoir politique (voir Kalampalikis *et al.*, 2007). Ils mettent également en évidence le poids du politique dans la fabrication des représentations touchant les personnes souffrant de troubles psychiques et psychiatriques.

²⁵⁶ Guibet Lafaye C. et P. Brochard, « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, décembre 2016.

Conclusion générale : la fin de l'irresponsabilité pénale ?

La controverse autour du principe d'irresponsabilité traverse les différents univers professionnels amenés à le mettre en œuvre et étudiés dans ce rapport au moyen d'entretiens (experts psychiatres, juges d'instruction, psychiatres cliniciens) et d'analyses documentaires (presse, presse spécialisée, jurisprudence, textes de loi). Dans ces milieux professionnels, on observe un spectre de positions qui s'étend de la défense de ce principe à sa remise en cause. Ces positions sont fondées sur des arguments moraux et pragmatiques antagoniques : on trouve, chez les acteurs favorables à une interprétation maximaliste du principe d'irresponsabilité²⁵⁷, l'idée que l'hospitalisation des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux serait un traitement plus « humain » ou plus « juste ». Ils adhèrent également à la conviction selon laquelle il serait moralement intolérable de punir et d'incarcérer ces personnes dans des établissements pénitentiaires inadaptés à leur prise en charge. À l'inverse, les professionnels favorables à une interprétation limitée ou minimaliste de ce principe, voire à la suppression du principe d'irresponsabilité pénale, considèrent à la fois que l'hôpital psychiatrique n'a plus les moyens – ou ne devrait plus assumer la mission – de protéger la société des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, mais également que le traitement pénal présente des vertus en soi, de responsabilisation et d'intégration sociales. Ainsi, il semble que l'on retrouve dans ces différents groupes professionnels les deux répertoires de la « protection » et de « l'intégration » identifiés par Caroline Protais chez les experts psychiatres (Protais, 2016).

Ces positionnements convoquent des représentations divergentes de la psychiatrie, de son mandat, de ses missions et de l'état de ses institutions. En articulant l'analyse des différentes arènes professionnelles que constituent l'espace du soin psychiatrique, celui de la justice, de l'expertise, celui de la presse et enfin celui de la production législative. Le présent rapport permet donc de réfléchir à la circulation de ces représentations entre des univers professionnels en interaction. On observe ainsi des affinités électives entre juges d'instructions installés dans la profession et experts psychiatres, mais aussi le recours dans le quotidien *Le Monde* à certains experts – plutôt favorables à une interprétation large du principe d'irresponsabilité –, ou encore l'influence de certains psychiatres cliniciens non experts sur les évolutions législatives. Ces circulations professionnelles expliquent sans doute la diffusion des arguments et

²⁵⁷ Voire favorable à un retour à l'article 64 pour corriger les effets pervers du second alinéa de l'article 122.1 sur l'altération du discernement.

l'harmonisation des représentations. En effet, dans ces univers professionnels, on retrouve cette même controverse autour du principe d'irresponsabilité, laquelle se décline en fonction des missions de chacun : certains psychiatres cliniciens estiment intolérable, à l'orée du XXIème siècle, de devoir prendre en charge des questions relevant à leurs yeux de la sécurité publique et non de la médecine, tandis que d'autres jugent insupportable d'observer les prisons se remplir de personnes présentant des troubles graves et défendent la spécificité historique de la psychiatrie, qui ne peut devenir une discipline médicale comme les autres. De leur côté, les juges vont soutenir ou résister au mouvement de responsabilisation pénale, considérant pour certains que la société est mieux protégée quand les auteurs d'infraction pénale présentant des troubles mentaux sont en prison, et pour d'autres qu'il faut laisser la psychiatrie gérer de façon autonome le sort des personnes dont la responsabilité pénale est abolie voire très altérée. La presse présente pour sa part des discours plus contrastés qu'il n'y paraît : certains quotidiens ont tendance à mettre en avant la question de la dangerosité et des risques de récidive, quand d'autres journaux s'appliquent à critiquer un arsenal législatif, fondé sur le principe de précaution, qui conduit à l'incarcération abusive de personnes malades.

L'étude du recours à l'irresponsabilité pénale permet ainsi de mettre en évidence une ligne de fracture récurrente dans la société française entre, d'une part, ceux qui voudraient le retour à une psychiatrie puissante et autonome, bien que potentiellement paternaliste et détentrice d'un pouvoir de contrainte et, d'autre part, ceux qui promeuvent au contraire l'idée d'une psychiatrie plus technicienne, médecine des troubles psychiques délestée de la question de l'enfermement – mais qui interviendrait éventuellement, pour des missions de soin uniquement, dans des institutions pénales. Les évolutions législatives témoignent d'une certaine hésitation entre le renforcement de la sécurité et du contrôle à l'hôpital (création de nouvelles unités pour malades difficiles, mise en place de mesures de suivi pour les personnes déclarées irresponsables) et l'aménagement de la prison pour accueillir des personnes présentant des troubles psychiatriques (développement du dispositif d'accès aux soins psychiatriques).

En somme, la présente analyse met en évidence un mouvement général de responsabilisation pénale des personnes présentant des troubles mentaux, auquel participent différents acteurs professionnels : seules les personnes dont les symptômes psychiatriques sont les facteurs exclusifs du passage à l'acte sont aujourd'hui à peu près assurées d'être déclarées irresponsables, le cas échéant. Ainsi, les personnes rencontrées en milieu hospitalier après avoir été irresponsabilisées avaient toutes, à l'exception d'un homme interné dans les années 1980, commis un crime en lien direct avec un délire résultant de troubles schizophréniques. Ces personnes portent, comme on l'a vu, des jugements contrastés sur l'hospitalisation dont elles sont l'objet : celles qui réussissent à

replacer ce séjour à l'hôpital dans un récit de soi cohérent en acceptent les modalités, tandis que les autres souffrent d'un enfermement injustifié à leurs yeux. Il serait ici intéressant de poursuivre l'analyse en étudiant les trajectoires de personnes présentant des troubles mentaux et incarcérées afin d'évaluer le mouvement de responsabilisation du point de vue des personnes qui en font les frais. L'approche responsabilisante semble donc trouver une vigueur nouvelle depuis la fin des années 1990 et laisse penser que la France s'engage dans la voie de la défense sociale, c'est-à-dire dans la création d'un traitement hybride, à mi-chemin entre la peine et le soin, qui viserait à mieux protéger la société tout en proposant un accompagnement adapté aux personnes vues comme « dangereuses ». Néanmoins, ce rapport met en évidence, dans tous les milieux professionnels, la résistance à ces transformations d'une partie des acteurs. Cette résistance explique sans doute l'ambiguïté des dernières réformes concernant le traitement des auteurs d'infractions pénales présentant des troubles mentaux.

Annexes

I. Glossaire des principales notions psychiatriques

Décompensation psychotique : étape aigue du processus psychotique caractérisée par des symptômes positifs comme le délire, la dissociation.

Délire : construction intellectuelle qui repose sur des prémisses fausses. Ce symptôme est caractéristique des psychoses. Le délire est dit « systématisé », lorsqu'il semble se tisser des liens entre des idées mystiques, de grandeur, de persécution et certaines conceptions que le patient se fait de sa personne. Le délire est dit « désorganisé » lorsqu'aucun lien logique ne peut être établi au sein du délire.

Délire paranoïaque : propre de la psychose paranoïaque. Il est axé sur une intuition délirante. Il fait ensuite appel au mécanisme interprétatif. Il est centré sur un seul thème (jalousie, préjudice, complot, érotomanie, etc.). Il est considéré comme hautement systématisé : les prémisses sont délirantes (on parle d'une intuition fautive initiale). Le délire se déploie de manière parfaitement organisée, logique, claire, cohérente, pouvant même assez souvent emporter l'adhésion des auditeurs.

Délire interprétatif : est axé sur une intuition fautive et se développe par la suite selon le mode de l'interprétation fautive des faits en relation avec cette intuition initiale.

Délire paranoïde : est propre à la schizophrénie. Il est construit à partir de mécanismes multiples (hallucination, illusion, interprétation, intuition, imagination). Il comprend des thèmes multiples imbriqués, il est non structuré, hermétique, flou, bizarre. Il est non systématisé, c'est-à-dire qu'il n'obéit à aucune logique interne : les thèmes s'enchaînent sans lien logique, s'imbriquent, se confondent donnant une impression de désorganisation du sens et de la pensée.

Déséquilibre : le « déséquilibre » est un terme très usité dans les années 1950, dont l'antériorité revient notamment à Emile Dupré. Il désigne une catégorie de troubles se manifestant principalement par une difficulté d'adaptation aux normes de la vie sociale, une impulsivité, un parcours de vie émaillé d'actes antisociaux ainsi qu'une difficulté à construire des relations affectives durables.

Discordance : « incohérence, au sens propre, entre les pensées, les sentiments et leur expression. En 1912, Chaslin décrit, « le groupe provisoire » des folies discordantes : hébéphrénies, catatonies, démence précoce, dont

Eugène Bleuler²⁵⁸ a fait le groupe des schizophrénies »²⁵⁹. Les psychiatres disent d'un patient qu'il est discordant lorsque par exemple il parle du décès de sa mère en éclatant de rire sans qu'aucune cohérence puisse être décelée entre le rire et les propos de la personne.

Dissociation : « dissocier apparaît, au XIVE, dans le sens de séparer, désunir, désagréger, désintégrer, dissoudre, désorganiser. La dissociation qui est l'action de dissocier signifie la disjonction. (...) Janet, (1909), développe que l'énergétisme psychologique ou synthèse et association sont les grands caractères des opérations psychologiques normales, et où la dissociation est le fait de toutes les maladies mentales »²⁶⁰. Ce terme renvoie donc à une désorganisation des principales fonctions cognitives.

Etat-limite : correspond à un groupe de personnalité dont la structure ne serait ni névrotique, ni psychotique, mais se situerait entre ces deux champs. Ces patients oscilleraient au cours de leur existence entre des périodes où la personnalité est structurée sous un mode névrotique et à d'autres marquées par la décompensation psychotique. Le besoin d'affection de ces sujets serait immense et insatiable. Cette catégorie rend compte d'un comportement particulier de séduction visant à prévenir un risque important de dépression ou de désorganisation de la personnalité.

Héboïdophrénie : le terme « héboïdophrénie » a été employé pour la première fois vers 1890 par Karl Kahlbaum pour définir une forme de psychose schizophrénique ne se manifestant pas par des symptômes productifs comme le délire ou la dissociation, mais pas des symptômes dits « négatifs » comme la discordance et la froideur affective, avec une prédisposition au passage à l'acte violent immotivé.

Névrose : « décrit par Sigmund Freud, dont les symptômes sont liés à des compromis évitant l'apparition de l'angoisse déclenchée par l'insatisfaction sexuelle »²⁶¹.

Paranoïa : « folie raisonnante avec ou sans hallucinations. E. Kraepelin spécifie le caractère insidieux d'un délire systématisée et distingue la paranoïa vraie, des délires paranoïdes (...). Le délire se développerait en réseau, à partir d'une expérience délirante primaire, véritable coup de tonnerre dans un ciel serein. Mais ni l'altération du jugement, ni la rigidité n'atteignent les capacités intellectuelles ou les fonctions instrumentales »²⁶².

²⁵⁸ Eugen Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig und Wien: F. Deuticke, 1911.

²⁵⁹ S. D. Kipman, A. Kipman, M. Thurin, J. Torrente, Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale, op. cit. p. 110.

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 112.

²⁶¹ *Ibid.*, p. 272.

²⁶² *Ibid.*, p. 293.

Personnalité interprétante : caractérisée par une tendance à produire des interprétations erronées du réel sans qu'elles n'aient toutefois nécessairement de lien entre elles. Terme souvent utilisé pour désigner une personnalité paranoïaque.

Personnalité paranoïaque : se caractérise par un sentiment ambiant de persécution, par à tendance à interpréter les actes d'autrui. Mais également par des ambitions démesurées et un ego très valorisé.

Positifs/ négatifs (signes) : la clinique psychiatrique a coutume de distinguer deux catégories de symptômes dans le cadre des troubles psychotiques : les signes positifs (délire, dissociation) qui se caractérisent par des productions psychiques pathologiques, et les signes négatifs qui engagent la perte de certaines facultés (associabilité, émoussement des affects, froideur affective, etc.). Les symptômes dits « positifs » caractérisent les psychoses décompensées alors que les signes dits « négatifs » caractérisent en général les psychoses « froides ».

Psychopathie : « terme générique pour toute pathologie psychique. Il n'est toutefois plus employé comme tel. Il est toutefois utilisé, de façon pour le moins discutable, pour parler des troubles permanents de la personnalité d'un sujet d'intelligence normale, se manifestant par des troubles du caractère et du comportement peu accessible aux traitements actuels. C'est une personnalité antisociale : mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui (...) »²⁶³.

Psychose : « terme créé en 1844. Affection mentale réputée grave, qui atteint l'ensemble de la personnalité du malade. (...) Toutes les psychoses ont cliniquement en commun l'absence de conscience de la bizarrerie des troubles, les difficultés de communication qui en découlent et le repli sur soi (autisme) »²⁶⁴.

Psychose froide ou blanche : une psychose dite « froide » se manifeste uniquement par une symptomatologie négative. L'héboïdophrénie est assimilée dans certaines expertises à une psychose « froide », ou « blanche ».

Schizophrénie : « troubles psychiatriques sévères, les schizophrénies sont des formes particulières de psychoses caractérisées par les hallucinations, la désorganisation de la pensée, un trouble grave des interactions sociales et une inadaptation des comportements »²⁶⁵.

Troubles du comportement : terme générique qui désigne une catégorie de troubles qui affectent uniquement le comportement de la personne et qui se manifestent généralement par une conduite antisociale ou désadaptée. Les

²⁶³ *Ibid.*, p. 332.

²⁶⁴ *Ibid.*, p. 335.

²⁶⁵ *Ibid.*, p. 368.

troubles du comportement recoupent généralement ce qui sera par la suite nommé le « déséquilibre » et plus tard la « psychopathie ».

II. Méthodologie adoptée dans ce rapport

La recherche qui vient d'être présentée s'inscrit dans une méthodologie pluraliste couplant des méthodologie qualitatives (réalisation d'entretiens et analyse d'archives) à des méthodes quantitatives (analyse de la presse via le logiciel Mallet).

1. Rappel des différentes tâches autour desquelles s'organise la recherche

Le projet tel qu'il est défini en introduction implique la réalisation de différentes tâches :

La tâche 1 vise à faire état du mouvement de responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux entre 1950 et 2016.

La tâche 2 vise à mettre en perspective la pratique de l'expertise à partir de l'évolution des représentations médicales de la folie. Cette tâche a été réalisée grâce à l'exploration de l'opinion des psychiatres non-experts sur la question de l'expertise, de la folie et de la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux.

La tâche 3 vise à expliquer la pratique de l'expertise psychiatrique par l'évolution des représentations de la folie et de l'irresponsabilité de personnes soignées en psychiatrie et qui ont fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pour cause de trouble mental.

La tâche 4 vise à expliquer la pratique de l'expertise psychiatrique par l'évolution des représentations de la folie et de l'irresponsabilité en contexte judiciaire. Cette tâche est explorée dans une direction principale : celle des rapports qui se tissent avec les juges d'instruction, qui sont les destinataires des expertises psychiatriques étudiées dans ce rapport.

La tâche 5 vise à expliquer la pratique de l'expertise par l'évolution des représentations sociales « communes » de la folie, de l'expertise et de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Elle analyse l'évolution des représentations contenues dans la presse généraliste sur ces questions.

La tâche 6 consiste en une exploration du volet législatif. Elle consiste en une analyse des principales lois et rapports gouvernementaux parus sur la santé mentale entre 1950 et 2014.

2. Les 5 corpus réunis au cours de l'enquête

Corpus n°1 : Expertises psychiatriques

L'analyse de ce corpus participe à la tâche 1 de la recherche. Elle se base sur le principe méthodologique suivant : comparer des expertises de personnes présentant des troubles psychiques graves estimés irresponsables de leurs actes par recours à l'article 122-1 al 1 du code pénal²⁶⁶ ; et les expertises de personnes atteintes de troubles psychiques équivalents qui ont été estimés responsables de leurs actes (ou partiellement responsables par recours à l'article 122- 1 al 2²⁶⁷). Le corpus a été réuni en compilant le matériau récolté dans la thèse de Caroline Protais pour la période 2000-2007 (pour les expertises de personnes irresponsabilisées)/ 2009 (pour les autres types expertises) et celui constitué dans le cadre de cette enquête.

Dans la thèse de Caroline Protais, les deux types d'expertises différents ont été récoltés dans les archives d'une cour d'appel de banlieue parisienne (pour les cas ayant été déclarés irresponsables par recours à l'article 122-1 al 1) et dans les archives de la maison centrale de Château Thierry et du CNO de Fresnes (pour les personnes atteintes de troubles mentaux tout de même estimées responsables de leurs actes par les experts et la justice)²⁶⁸. Un contact de Caroline Guibet Lafaye (dont nous tairons ici le nom pour des raisons de confidentialité) de part son accès facile aux dossiers médicaux des patients et son réseau de collègues experts judiciaires a permis de récolter une première partie du corpus d'expertises concluant à l'irresponsabilité par recours à l'article 122-1 al. 1 CP depuis 2007. L'accès obtenu par ailleurs par Caroline Protais dans un service de soin comprenant un certain nombre de personnes irresponsabilisées par recours au même article a permis un second complément du corpus. Nous avons ainsi récolté 12 expertises de personnes irresponsabilisées entre 2007 et 2014.

La compilation du corpus d'expertises concluant à la responsabilité du mis en examen a obéi à la même logique que celle de la thèse de Caroline Protais. Les accès aux archives de la maison centrale de Château Thierry, caractérisée par la présence importante en son sein de détenus présentant des troubles psychotiques (Aigrot, Sériot, 2000) ont été renégociés pour la période actuelle. Cette méthode a permis de réunir 17 dossiers de patient détenus à la maison

²⁶⁶ L'article 122-1 énonce : « Al. 1 : n'est pas pénalement responsable la personne dont le discernement ou le contrôle des actes était aboli au moment des faits. »

²⁶⁷ 122-1 Al. 2 : Toute personne dont le discernement ou le contrôle des actes était altéré au moment des faits demeure punissable toutefois la juridiction en tient compte lorsqu'elle en fixe le régime. »

²⁶⁸ Ces deux lieux ont été choisis pour la proportion importante de personnes présentant des troubles psychiques graves qu'ils accueillait. Pour plus de détails sur ce point voir Protais (2011).

centrale présentant des troubles allant de la catégorie « état-limite » à la psychose décompensée et estimés responsables pénalement de leurs actes.

Corpus n°2 : Textes de référence en psychiatrie

Ce travail participe à la tâche n°2 de la recherche. Ce corpus a été intégré au chapitre 1, principalement rédigé par Caroline Protais.

Il engage un travail en deux temps de recueil d'articles issus de revues professionnelles de référence entre 1950 et nos jours. Ce travail a été réalisé dans la thèse de Caroline Protais sur *L'Information psychiatrique, L'Évolution psychiatrique, Les Annales médico-psychologiques, Les Congrès annuels des médecins aliénistes de langue française*. Il a été, à ce jour, complété depuis 2005 (date où s'était arrêté Caroline Protais dans ses travaux doctoraux). Ce recueil a notamment été effectué grâce au site biblio SHS qui regroupe plus d'une vingtaine de bases de données d'articles spécialisés en médecine et sciences humaines (dont Pascal, Francis, ou Medline, bases les plus représentées dans nos recherche).

La recherche a été effectuée par mots-clés en français, eux-mêmes disponibles dans la description des thésaurus des bases Francis/Pascal et Medline. Ces thésaurus sont disponibles sur le site www.termsscience.com. Nous avons recherché les mots clés pertinents susceptibles de nous renseigner sur la manière dont la folie était traitée par les psychiatres à l'heure actuelle ainsi que celle de l'expertise et de la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux. Nous avons donc interrogé la question de la folie, de l'évolution épistémologique de la psychiatrie à l'heure actuelle, mais également la prise en charge institutionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux (que nous présumons avoir une incidence sur l'appréciation de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental chez les psychiatres). Nous avons également envisagé la question de la dangerosité qui semble également intervenir notablement dans le traitement des expertises à l'heure actuelle. Voici donc le tableau des mots clés avec lesquels nous avons travaillé ainsi que le nombre d'articles balayés. Sont reportés en rouge les croisements donnant le plus de références intéressantes pour la recherche.

niveau 1	niveau 2	niveau 3	résultats toutes revues confondues
<u>Psychiatrie, folie et prise en charge institutionnelle</u>			
hôpital psychiatrique			436
psychiatrie secteur			208

psychiatrie	folie		71
psychiatrie	épistémologie		59
trouble psychiatrique	épistémologie		56
psychiatrie	diagnostic		166
diagnostic	trouble psychiatrique		335
trouble psychiatrique	nosologie		180
psychiatrie	nosologie		97
trouble psychiatrique	classification		178
psychiatrie	classification		97
psychiatrie	psychanalyse		153
psychiatrie biologique			37
psychanalyse	psychiatrie biologique		7
psychiatrie	thérapie comportementale		9
psychiatrie	génétique		36
psychiatrie	phénoménologie		51
psychiatrie expertise et irresponsabilité pénale			
psychiatrie médico-légale			125
psychiatrie médico-légale	expertise médico-légale		62
psychiatrie médico-légale	prison		23
psychiatrie médico-légale	responsabilité pénale		26
psychiatrie	capacité		2
psychiatrie	incapacité		2
psychiatrie	autonomie	responsabilité	3
psychiatrie	autonomie		42
psychiatrie	expertise		94
psychiatrie	criminologie		23
hôpital psychiatrique	dangerosité		2
hôpital psychiatrique	responsabilité pénale		4 en anglais
psychiatrie secteur	dangerosité		1
psychiatrie	malade difficile		

Tableau des mots clés utilisés pour mener la recherche sur la presse spécialisée

Au total, **58 articles** se sont avérés exploitables et sont analysés dans ce

rapport.

Corpus n°3 : Jurisprudence

Le recueil de ce corpus a été réalisé par François Giraud. L'analyse de ce corpus participe à la tâche 1 et 4 de l'enquête. Il a été principalement exploité dans le chapitre 1, principalement rédigé par Caroline Protais, et le chapitre 4, principalement rédigé par Camille Lancelevée.

Le site Légifrance permettait de répertorier l'ensemble des décisions où il est question de l'article 122-1 alinéa 1 ou 2 au-delà de la décision définitive rendue par la juridiction concernée. Ce site permettait donc la recension d'un certain nombre d'affaires, questionnant la responsabilité pénale due à un trouble mental du mis-en-examen et permettait de suivre leur parcours judiciaire une fois la question de leur responsabilité posée. En ce sens, ce travail met en évidence des cas « problématiques » susceptibles de « faire jurisprudence », dans la mesure où ils sont portés au niveau juridictionnel le plus haut en France et qu'ils sont diffusés assez largement via le site Légifrance. Ce travail sur des cas « problématiques », à l'issue incertaine, vient compléter le travail sur les expertises. Ils permettent de passer de la question du raisonnement de l'expert psychiatre dans le cas d'une personne présentant des troubles psychiatriques avérés, à celle du devenir d'un cas posant la question du recours de l'article 122-1 au sein de l'institution judiciaire. En bref, de passer de la question de l'activité d'expertise à celle du devenir de l'expertise dans la sphère judiciaire et du traitement de la question de la responsabilité des individus présentant une pathologie psychiatrique par l'institution.

Cette recherche a été effectuée avec les mots clés suivants :

- Abolition du discernement
- Altération du discernement
- Article 122-1

Ce travail a conduit à un corpus de 26 affaires exploitables questionnant la question de l'application de l'article 122-1 alinéa 1 - *i.e.* d'abolition du discernement - (avec 8 décisions concluant au non-lieu pour cause de trouble mental) entre 1997 et 2014 ; et un corpus de 22 affaires exploitables questionnant l'application de l'article 122-1 alinéa 2 - *i.e.* d'altération du discernement - entre 1995 et 2014.

Corpus n°4 : Articles de presse

L'analyse de ce corpus participe à la tâche n°5. Il a été effectué par Caroline Protais, François Giraud et Pierre Brochard. Caroline Guibet Lafaye a réalisé l'exploitation de ce travail avec Pierre Brochard et Camille Lancelevée.

L'exploitation de ce corpus a été principalement réalisé dans le chapitre 5 principalement rédigé par Caroline Guibet Lafaye et Camille Lancelevée.

La récolte des articles analysés dans cette recherche a été réalisée grâce à une recherche par mots-clés des archives de différents journaux. Initialement, trois quotidiens nous intéressaient de part leurs orientations politiques différentes tout autant que par leur large degré de diffusion en France : *Le Monde*, *Libération*, *Le Figaro*.

La collecte des articles dans ces différents journaux présentait une difficulté méthodologique majeure relative à l'accessibilité des sources sur une période historique allant de 1950 à nos jours. Le site Europresse rend dans un premier temps accessible une grande diversité d'articles de journaux numérisés. Son accès permettait donc d'accéder facilement à l'intégralité des articles sur les thématiques qui nous intéressent. Pour autant, il débute la numérisation des articles à partir des années 1990, pour la rendre réellement systématique à partir de 2004. Pour pouvoir être exhaustif, il fallait donc faire une recherche auprès de chaque journal entre 1950 et 2004. Or, seul le journal *Le monde* a procédé en une répertorisation systématique des articles depuis sa fondation en 1945.

Ainsi : 1) La période 1950-2004 a été dépouillée uniquement sur le journal *Le Monde* dont les articles étaient plus facilement accessibles. Cette recherche s'avérait présenter une quantité d'articles suffisamment importante pour que nous puissions réaliser une analyse textuelle via Mallet. De plus, la ligne éditoriale centriste du *Monde* permettait de ne pas avoir une ligne politique trop marquée, et ainsi d'avoir accès à des conceptions sociales médianes de la folie et de l'irresponsabilité psychiatrique. 2) Grâce aux possibilités offertes par le site Europresse, le dépouillement de la période actuelle a été élargi à une plus grande diversité de journaux, dont *L'Express* et de *L'Humanité*.

Cette recherche a été réalisée grâce aux mots-clés suivants : « expertise psychiatrique », « folie et psychiatrie », « psychiatrie ». Le mot clé « expertise psychiatrique » s'avérait plus efficace que « article 122-1 » ou « irresponsabilité pour cause de trouble mental », qui restreignaient beaucoup trop le nombre d'articles trouvés, alors même que le terme « expertise psychiatrique » permettait d'obtenir un nombre d'articles plus important autour de cette notion. Les mots clés « folie et psychiatrie » permettaient d'appréhender la manière dont la folie était perçue en lien avec la maladie mentale, là où l'unique mot clé « folie » ouvrait une trop grande diversité d'articles. Enfin, l'entrée « psychiatrie » s'est avérée très efficace pour rendre compte de la manière dont le débat social se représente les débats institutionnels et épistémologiques internes à la discipline.

L'exploitation de ce corpus participe à la tâche 6 de la recherche. Les corpus de lois sur les questions d'expertise mentale et de santé mentale déjà effectué par Caroline Protais et Caroline Guibet Lafaye dans leurs travaux de recherches respectifs ont été complété via le site Légifrance qui répertorie l'ensemble des lois et décisions juridictionnelles émanant des cours d'appel et de la cour de cassation de France depuis 1997. Il a été réalisé par Caroline Guibet Lafaye et François Giraud et a été exploité dans le chapitre 6 principalement rédigé par Caroline Guibet Lafaye.

Ce travail de récolte des lois sur la question de l'expertise mentale et plus généralement sur la psychiatrie a été effectué sur Légifrance avec les mots clés suivants :

→ sur la question de l'expertise mentale : expertise psy*, obligation de soin, suivi socio-judiciaire

→ sur la question de la psychiatrie : psychiatr*, troubles mentaux, santé mentale

Le recueil de ce corpus est utile aux tâches 2, 5, 6. Il a été exploité dans le chapitre 1 principalement rédigé par Caroline Protais, puis les chapitres 2 et 4, principalement rédigés par Camille Lancelevée, et le chapitre 3 principalement rédigé par Camille Lancelevée et Caroline Protais.

29 entretiens avec des experts psychiatres ont été réalisés jusqu'en 2009 dans le cadre de la thèse de Caroline Protais. Ils ont couplés d'échanges informels renouvelés tout au long de la thèse avec trois d'entre eux. Ces entretiens ont été réalisés principalement avec les experts dont les expertises avaient été étudiées. L'échantillon a été constitué de manière aléatoire, puis en fonction des profils professionnels que nous souhaitions « tester » au fil de l'avancée de la thèse. Il est plus constitué de :

- quatre psychiatres libéraux (13% de notre échantillon, alors qu'ils représentent 18% de la population des experts²⁶⁹)

- quatre psychiatres universitaires (13%, alors qu'ils représentent 10% de la population des experts),

- 21 psychiatres hospitaliers (68%, alors qu'il représentent 67% de la population des experts), dont trois psychiatres exerçant en SMPR et un en UMD (13%, alors qu'ils représentent 4% de la population des experts).

²⁶⁹ Ces chiffres sur la constitution de la population des experts psychiatres sont tirés de l'enquête *Des chiffres, des maux et des lettres*. Pour plus de détails sur la réalisation de l'enquête et sa représentativité, se reporter à l'ouvrage.

Les praticiens libéraux sont donc légèrement sous-représentés. A l'inverse, les psychiatres de SMPR et d'UMD étaient sur-représentés puisque l'hypothèse à tester était celle de l'impact de ces pratiques sur la conception de l'expertise.

La méthode d'entretiens adoptée pour interroger ces experts couple des questions générales permettant de sonder l'avis du professionnel sur la question de la responsabilité des individus présentant des troubles psychiatriques à une mise en situation destinée à qualifier leur pratique. L'exploitation des expertises réalisée dans un premier temps a permis de constituer un ensemble de questions permettant de comprendre comment le professionnel se positionnait sur cette question, et en particulier les suivantes :

1) L'hallucination est-elle pour vous un critère déterminant pour conclure à une irresponsabilité ?

2) L'organisation du crime compte-t-elle dans votre appréhension de la responsabilité ?

3) L'apparente lucidité dans la commission des faits est-elle un élément en mesure d'intervenir dans votre évaluation de la responsabilité ?

4) La conscience des interdits compte-t-elle dans votre appréhension de la responsabilité ?

5) Le fait que le mis en examen revendique des motivations rationnelles tout autant que sa responsabilité sont-ils des éléments discriminants dans votre appréhension de la responsabilité ?

Par ailleurs, l'exploitation des expertises a permis de repérer certains cas qui semblaient emblématiques d'une division entre psychiatres. Le cas Frédéric Ré par exemple qui a tué les éducateurs en charge de ses deux enfants, et qui présente un état de décompensation psychotique aiguë au moment du crime est un de ceux-là. Cette personne est intéressante puisqu'elle valorise des motivations rationnelles pour justifier son acte. En outre, nous avons vu que la paranoïa faisait l'objet de désaccords entre professionnels. Le cas de M. Verre a également été proposé à l'ensemble des experts interrogés. Enfin, pour vérifier les limites de la conception de l'irresponsabilité psychiatrique des plus « déresponsabilisants », nous avons proposé un cas d'héboïdophrénie ainsi que celui d'un individu en état de rémission.

Les entretiens avec les psychiatres ont été réalisés pour partie par Caroline Protais entre 2014 et 2015 et par Caroline Guibet Lafaye en 2012-2013 dans le cadre d'une enquête précédente sur les soins sans consentement. Ces derniers ont été complétés en 2015 à l'occasion de la nouvelle enquête pour le GIP-justice. Les psychiatres ont été recrutés par interconnaissance et selon une méthodologie « boule de neige ». Ce recrutement de psychiatres a été aisé, tant ces derniers se sont avérés intéressés par le sujet de l'irresponsabilité, comme intéressés par la situation d'entretien.

Les entretiens avec les juges d'instruction se sont confrontés à plusieurs difficultés : 200 courriers ont été envoyés aux magistrats des cours d'appel de région parisienne, puis d'autres sélectionnés sur la base des circulaires de

nomination annuelle des juges d'instruction disponibles sur légifrance. Tous ont été relancé au moins une fois, et 40 (basés en région parisienne) ont été soumis à plusieurs relances téléphoniques. Le taux de réponse à l'enquête est donc de 8,5 %, ce qui est particulièrement bas. Plusieurs hypothèses peuvent être posées pour expliquer ce taux : 1) Un débordement chronique dans leur activité professionnelle quotidienne. C'est un argument couramment entendu dans le monde judiciaire et bien souvent mobilisé pour expliquer le refus de l'entretien. 2) Une défiance à l'égard d'une enquête réalisée en partie pour le ministère de la justice. Cet argument a été mobilisé par deux magistrats pour expliquer leur refus : « Encore une recherche de plus qui ne va servir à rien », nous a expliqué une magistrate. 3) Un désintérêt pour la question de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, voire un avis défavorable à l'encontre de ce principe. Ce dernier point sera analysé dans le chapitre 1V du rapport.

Les entretiens auprès des personnes ayant fait l'objet d'un non-lieu par recours à l'article 122-1 alinéa 1 présentent une difficulté : celle d'entretiens avec des personnes bien souvent très altérées par la maladie mentale, aussi bien dans leurs capacités intellectuelles que dans leur comportement. En conséquence deux questions se posent : comment aborder ces personnes ? Comment sélectionner les personnes en mesure d'être interrogées ? La collaboration de l'interne en psychiatrie Pierre Girerd, psychiatre à Marseille, qui a réalisé sa thèse de médecine sur le vécu des personnes d'une décision d'irresponsabilité par recours à l'article 122-1²⁷⁰ a permis de résoudre ces différentes questions. D'une part ces entretiens ont réalisés en binôme pour que le psychiatre puisse donner des recommandations au sociologue et aider au déroulement de l'entretien. D'autre part, les entretiens réalisés par ailleurs dans le cadre de sa thèse ont été étudiés dans ce rapport. Ces entretiens ont été réalisé dans deux lieux différents : une UMD, un service de psychiatrie accueillant pour moitié des personnes ayant fait l'objet d'un non lieu pour cause de trouble mental.

Au total :

- 29 entretiens avec des experts psychiatres ont été analysés dans le cadre de la tâche 1.
- 31 entretiens avec des psychiatres, utiles à la tâche 2
- 23 entretiens avec des magistrats, utiles à la tâche 5
- 15 entretiens avec des personnes ayant fait l'objet de l'article 122-1 du CP, utiles à la tâche 6

²⁷⁰ Voir Girerd, 2015.

Bibliographie

- ABELY X., 1955. « Législation des aliénés criminels », *Actes du II^e Congrès international de criminologie*, Paris, Presses universitaires de France, vol.8, p. 552-572.
- AGENCE REGIONALE DE SANTE (ARS) Nord-Pas-de-Calais, 2014. « Propos de journalistes & d'experts au sujet de 5 maladies mentales ».
- ALLIEZ J., SAVY A., 1956. « Deux observations de délirants meurtriers de médecins », *AMP*, vol. 114, t.2, p. 761-767.
- ANGERMEYER, M., MATSCHINGER H. 2004. « The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. » *Schizophrenia bulletin* vol. 30, n°4.
- ANGERMEYER, M., SCHULZE B. 2003. « Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals ». *Social Science & Medicine* n°56, pp.299-312.
- Annuaire statistique du ministère de la justice, 1984, Paris, éditions du ministère de la justice.
- Annuaire statistique du ministère de la justice, 1987, Paris, éditions du ministère de la justice.
- Annuaire statistique du ministère de la justice, 1988, Paris, éditions du ministère de la justice.
- Annuaire statistique du ministère de la justice, 1991, Paris, éditions du ministère de la justice.
- Annuaire statistique du ministère de la justice, 2014-15, Paris, éditions du ministère de la justice.
- Assemblée Nationale, 2000. « Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises ». Juin.
- AUXEMERY Y., 2015. « "Névrose" et "Psychose" : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? », *Ann Med Psychol*, sous presse.
- AYME J., 1991. « La refonte du code pénal », *L'information psychiatrique*, vol. 67, n°4.
- AZEDDINE L. *et al.*, 2007. « Le cancer dans la presse écrite d'information générale », *Questions de communication*, 11, p.111-127.
- BARATTA, A., 2011. « Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive », *Information psychiatrique*, Vol. 87, n°8, p. 657-662.
- BARBOT J., DODIER N., 2014. « Repenser la place des victimes au procès pénal. Le répertoire normatif des juristes en France et aux Etats-Unis », *RFSP*, vol 64, n°3, p. 91-113.

- BARDIN L., 1996. *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BEAUREPAIRE (DE) C., 2004. « Faut-il pénaliser les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux ? », *Les dangers*, Paris, Libbey, p. 337-343.
- BEAUREPAIRE (DE) C., PHAM T., 2010. « Peut-on prédire la récidive des sortants de prison ? », *Psychiatrie, sciences humaines et neurosciences*, vol 8. n°3, p. 126-137.
- BELLAHSEN M., 2014. *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique.
- BENEZECH M., 2001. « Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques. Le mieux est l'ennemi du bien. », *JFP*, n° 2, p. 23-24.
- BENEZECH M., T.H. PHAM et P. Le BIHAN, 2009. « Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel », communication, *Annales Médico-psychologiques*, vol. 167, n° 1, février, p. 39-50.
- BENEZECH, M., CHIDIAC N., LAXENAIRE M., 2010. « Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales médico-psychologiques*, Vol. 168, p48-56.
- BENZA Alban, LEZE Samuel, FERNANDEZ Fabrice et LEROY Aude, 2010. « Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatriques et styles de pratique ». Mission de recherche Droit et Justice, mai.
- BERARD, J., CHANTRAINE G. 2008. « La carcéralisation du soin psychiatrique ». *Vacarme*, n°42 (Hiver)
- BONNAFE L., 1946. « Sur l'utilité de la théorie et de la pratique en psychiatrie », *Congrès des médecins aliénistes de langue française*, 44eme session de Genève, p. 558-563.
- BONNAFE L., DAUMEZON G., 1946. « Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération », *Congrès des aliénistes et neurol.de langue française*, Genève et Laus, Masson, Paris, p. 584-590.
- BOTTERO A., 2008. « Insight et psychose », *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 33, p. 9-11.
- BOTTERO Alain, 2011. « Contre l'hérésie des "soins sans consentement en ambulatoire" », juillet (texte non publié mais communiqué par l'auteur).
- BOURCIER D., DE BONIS M. 1998. *Les paradoxes de l'expertise: savoir ou juger ?* Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.
- BOURGEOIS M-L., BENEZECH M., DAUBECH J-F., 1980. « Psychiatrie défensive et psychiatrie répressive », *AMP*, vol. 138, n°8, p. 954-965.
- BRAHMY, B. 2005. « Psychiatrie et prison ». *Etudes* vol.402, n°6, pp.751-760.
- BRAITMAN A. et al., 2011. « Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement », *Ann Med Psychol*, 169, p. 664-667.

- BROUSOLE P., CHALABREYSSE M., 1966. « Traitement des délinquants en psychiatrie institutionnelle. Bilan d'une enquête », *l'Information psychiatrique*, vol. 42, n°9, p. 935-959.
- BUELTZINGS-LOEWEN (VON) I., 2009. « Histoire/Mémoire et transmission », dans Marcel Sassolas *Transmissions et soins psychiques*, Paris, Erès, p. 93-101.
- BUELTZINGS-LOEWEN (VON) I., 2002. « Les « aliénés » morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 4, n° 76, p. 99-115.
- BUELTZINGS-LOEWEN (VON) I., 2009. *L'hécatombe des fou: la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Champs, Flammarion.
- CALLON M, RIP A, 1988. « Humains, non humains : morale d'une coexistence », in J. J. P. CASELLA, L. TANGUY, P. TRIPIER, « Le paritarisme contre les experts, le cas des BTP », *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, n°1, pp. 55-79.
- CANGUILHEM G., 2009 [1943]. *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- CAPDEVIELLE D. *et al.*, 2011. « Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche: étude exploratoire et points de vue éthiques », *Ann Med Psychol*, 169, p. 438-440.
- CASILE-HUGUES G., 2003. *Irresponsabilité pénale et troubles mentaux, le point de vue du juriste*. Communication à la 12e Journée régionale du SMPR de Marseille, juin.
- CASTEL R., 1971. « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 12/1, p. 57-92.
- CASTEL R., 1976. *L'ordre psychiatrique*, Paris, Minuit.
- CASTILLO Marie-Carmen *et al.*, 2008. « Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes », *L'évolution psychiatrique*, 73, p. 615-628.
- CHAMPY, F. 2011. *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris, PUF
- CHAUMONT F., 1998. « Folie et responsabilité » dans Claude Louzoun, Denis Salas (éds), *Justice et psychiatrie*, Paris, Erès.
- CHAUMONT J-M., 1997. *La concurrence des victimes*, Paris, La découverte.
- CHAUVAUD F., DUMOULIN L. (dir.), 2003. *Experts et expertise judiciaire : France, XIXe et XXe siècles*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- COFFIN J.-C., 2011. « La souffrance psychique en perspective », *Rhizome*, n° 41, avril, p. 9-10.
- COLDEFY M. et C. NESTRIGUE, 2015. « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 », *Irdes*, n° 193, décembre 2013 ; « Statistique en matière de soins sous contrainte. Saisine du JLD 2012, 2013 et 2014 », DACS-PELJ, juillet.

- COLLECTIF CONTRAST (EYRAUD B., DORON C.O., LANCELEVEE C., LITZLER A., PROTAIS C., SAETTA S., VELPRY L.) 2015. « La création des UHSA: une nouvelle régulation de l'enfermement ? » *Déviante et Société*, n°4, pp.429-453.
- Commission précédant la déposition du rapport de M. Marchand, n°896. Rapport écrit.
- CORNU J-P., MERCENIER S., GIOVANOLLI O., 2011. « Analyse de huit années de prise en charge de patients internés libérés à l'essai au sein de deux unités de psychiatrie médico-légale », *Journal de médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel*, Vol. 54, n°4, p183-196.
- COUHET G., COCHEZ F., MERIGLIER L., VERDOUX H., 2008. Étude descriptive de la pratique des sorties d'essai d'hospitalisation d'office dans le département de la Gironde », *Information psychiatrique*, Vol. 84, n°8, p753-759
- COUR DES COMPTES 2014. « Rapport public annuel - "La santé des détenus: des progrès encore indispensables" ». Février.
- DAHLGREN P. et H. SANDBERG, 2007. « La construction de l'obésité dans l'espace public Suédois », *Questions de communication*, 11, pp.33-49.
- DANET F., 2013. « La Psychiatrie. Du grand renfermement au développement personnel », *Lumière & Vie*, n° 299, juil.-sept, p. 25-35.
- DANET J., 2008. *La frénésie sécuritaire. Retour à l'ordre et nouveau contrôle social*, Paris, La Découverte.
- DAUMEZON G., 1946. « L'établissement psychothérapeutique de Rayneau à Fleury les Aubrais », *Documents de l'information psychiatrique*, p. 29-38.
- DAUMEZON G., 1976. « Nécessité et limite du placement des malades mentaux par l'autorité publique », *AMP*, vol. 134, n° 2, p. 248-254.
- DAUMEZON G., 1946. « Vers une conception moderne de l'hôpital psychiatrique », *Techniques hospitalières*, vol. 7, n°8, p. 6-9.
- DELACRAUSAZ P., GASSER J., 2012. « La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale: l'exemple lausannois : La psychiatrie à l'épreuve des demandes sociales 1er partie », *Information psychiatrique*, Vol. 88, n°6, p439-443.
- DELAGE P.-J., 2007. « La dangerosité comme éclipse de l'imputabilité et de la dignité », *Revue de science criminelle*.
- DELMAS MARTY M., 2010. *Libertés et sûretés dans un monde dangereux*, Paris, Seuil.
- DIEFENBACH D.L., 1997. « The portrayal of mental illness on prime-time television », *Journal of Community Psychology*, vol. 25, n° 3, May, p. 289-302.
- DIETZ E., 1985. « Why the experts disagree ? », *Annals of the american Academy of political and social science*, n°477, p. 84-95.
- DODIER N., 2003. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS.
- DOMINO G., 1983. « Impact of the film. "One Flew Over the Cuckoo's Nest", on attitudes toward mental illness », *Psychological Reports*, 53, p. 179-182.

- DONLON M. *et al.*, 2005. « Re-vision of older television characters : A stereotype-awareness intervention », *Journal of Social Issues*, 6, 12, 12 p.
- DORON C.-O., 2008. « La rétention de sûreté: vers un nouveau type de positivisme juridique ? », *L'Information psychiatrique*, Dossier « Biopolitique », n°6, p. 533-541.
- DORON, C.O. 2009. « Une volonté infinie de sécurité: vers une rupture générale dans les politiques pénales ? » In Chevallier P., Greacen T. *Folie et justice: relire Foucault*. Toulouse: Editions Erès, pp. 179-201
- DRESS, 2002. *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR*, Études et Résultats, Publication de la DRESS, Ministère de la Santé, n° 181, juillet.
- DUBEC M. 2007. *Le plaisir de tuer*. Paris : Éditions du Seuil.
- DUBEC M., 2009 « André Gide aurait-il pu juger Louis Althusser ? » dans *Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ?*, Paris, Erès, p. 131-139.
- DUBEC M., 1999. « L'expertise en péril », *Libération*, 18 Octobre.
- DUBEC M., DE RUDDER C. 1996. *Les maîtres trompeurs: vrais et faux escrocs*. Paris : Editions du Seuil.
- DUBRET G., 2008. « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », *L'information psychiatrique* 6, (Volume 84), p. 543-550.
- DUMOULIN L., 1998. « La mosaïque de l'expertise judiciaire : entre public et privé, monopole et concurrence », *Les cahiers de la Sécurité intérieure*, vol. 34, p. 233-251.
- DUMOULIN L., 2007. « Les experts judiciaires ont-ils encore du pouvoir ? Des effets de la professionnalisation des experts sur la Justice », dans Rude-Antoine Edwige (eds.), *Le procès enjeu de Droit, enjeu de vérité*, Paris, PUF.
- DUMOULIN L., 2007. *L'expert dans la justice – de la genèse d'une figure à ses usages*, Paris, Éd. Economica.
- ELIACHEFF C., SOULEZ LARIVIERE D., 2007. *Le temps des victimes*, Paris, Albin Michel.
- ERNER G., 2006. *La société des victimes*, Paris, La Découverte.
- ESQUIROL J-E-D., 1838. « Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal », *J.B. Baillière*.
- ESTROFF, S. E. 1985. *Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community*. University of California Press.
- EYRAUD Benoît, VELPRY Livia, 2012. « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio Logos*, 7, <http://socio-logos.revues.org/2651>.
- EYRAUD, B., VELPRY L. 2014 « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? » *Revue française d'administration publique* vol. 149, n°1, pp.207-222.
- FALISSARD, B. (dir.) 2004. « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral ». Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la

- Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), Décembre.
- FAVEREAU E, 2009., « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques », *Libération*, 27 novembre.
 - FERDIERE G., 1976. « Le psychiatre et son éthique mises en cause par la législation soviétique et les hôpitaux psychiatriques « spéciaux », *AMP*, vol. 134, n°4, p.544-546.
 - FERNANDEZ F., LEZE S. et STRAUSS H., 2011. « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 128-129, pp.177-204
 - FERRERA C., 2011. « prétendre à une protection contre le risque d'invalidité : opportunités et contraintes de la mobilisation du droit », *Droit et Société*, vol.1, n°77, , p. 161-185.
 - FINKELSTEIN C., HALIMI Y., 2005. « Communiqué de la FNAPSY, de l'UNAFAM, et de la conférence des présidents de CME de psychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 81, n°1, p. 2-3.
 - FOSTER GREEN M., NUECHTERLEIN K.H., 1999. « Should Schizophrenia Be Treated as a Neurocognitive Disorder? », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 25, n° 2, p. 309-319.
 - FOUCAULT M., 1978. « Attention : danger », *Dits et écrits, III, 1976-1979*.
 - FOUCAULT M., 1975. *Dits et écrits, T.2*, Paris, Gallimard.
 - FOUCAULT M., 2000 [1975] *Les anormaux, cours au collège de France*, Gallimard, découverte.
 - FOUCAULT, M. 1994 [1978] « L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale du XIXe siècle » in *Dits et écrits, 1954-1988. 3, 1976-1979*. Paris: Gallimard, pp.443-464
 - FOUCAULT, M. 1994 [1982] « Le sujet et le pouvoir » in *Dits et écrits, 1954-1988. 4, 1980-1988*. Paris: Gallimard, pp.222-243
 - GAROFALO R., 1890. *La criminologie*, 2e éd., Paris, Alcan.
 - GAUCHET M., SWAIN G., 1980. *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.
 - GEORGET E., 1825. « Examen médical des procès criminels des nommés Léger, Feldtmann, Jean-Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense suivi de quelques considérations médico-légales sur la liberté morale », Paris, Migneret.
 - GERBNER G. *et al.*, 1980. « Television violence, victimization and power », *American Behavioral Scientist*, 23, 5, 12 p.
 - GERBNER G., 1980. « Dreams that hurt: Mental illness in the mass media », in R.C. Baron, I.D. Rutman et B. Klaczynska (dir.), *The community imperative*, Philadelphie, Horizon House Institute, p. 19-23.

- GIRERD P., 2015. *A propos de l'irresponsabilité pénale psychiatrique : entre théories et expériences subjectives*, Thèse de médecine réalisée sous la direction de Pascale Giravalli, Université Aix Marseille.
- GOFFMAN, E. 1968. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autes reclus*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOLDSTEIN J., 1997. *Consoler et classifier, l'essor de la psychiatrie française*, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson.
- GRAVIER B., 1998. « Responsabilité pénale : tendances actuelles », dans Claude Louzoun, Denis Salas, *Justice et psychiatrie*, Paris, Eres, p. 169-181.
- GUIBET LAFAYE C. et P. BROCHARD, 2016. « Entre faits divers et débats publics : comment la presse écrite aborde la psychiatrie ? », *Questions de communication*, décembre.
- GUIBET LAFAYE C., 2015. « Irréductibilité des conflits normatifs et dilemmes moraux en psychiatrie », *Éthique, Politique et Religions*, Institut de recherches philosophiques de Lyon, Paris, n° 7.
- GUIBET LAFAYE C., 2016. « La folie criminelle présentée par la presse », *Psychiatrie française*. [À paraître]
- GUIBET LAFAYE C., 2016. « Quelle éthique pour quels psychiatres ? », *Sociologie*, Paris, PUF, n° 2, vol. 7, p. 169-186.
- HENCKES, N. 2007. « Le nouveau monde de la psychiatrie française: les psychiatres, L'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970 ». Thèse de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- HORELLOU-LAFARGE C. et SEGRE M., 2007, *Sociologie de la lecture*, Paris, La Découverte.
- JACQUOT J-P., 1978. « Démence au moment des faits, démence lors du jugement », *Psychiatrie française*, vol 9, n°4, p. 64-68.
- JAMISON K.R., 2006. « The many stigmas of mental illness », *Lancet*, 367, p. 533-534.
- JEAN J.-P., 2008. *Le système pénal*, Paris, La Découverte.
- JODELET D., 1991. « Représentations sociales », in *Grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris, p. 681-682.
- KALAMPALIKIS N. et al., 2007. « De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question », *L'information psychiatrique*, n° 10, vol. 83, p. 839-843.
- KLEINMAN, A. 1988. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York : Basic books.
- KOHL F.-S., 2006. *Les représentations sociales de la schizophrénie*, Paris, Masson.
- LACAN J., 2001 [1956] « Prémises à tout développement de la criminologie », dans *Autres écrits*, Seuil, Paris.
- LACAN J., 1975 [1937]. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, éditions du Seuil.

- LAFON B. et I. PAILLIART, 2007. « Malades et maladies dans l'espace public », *Questions de communication*, 11, p.7-15.
- LAFONT M., 2000 [1987]. *L'extermination douce*, Latresne, Le Bord de l'eau.
- LAGACE M. *et al.*, 2011. « Construction sociale du vieillir dans les médias écrits canadiens : de la lourdeur de la vulnérabilité à l'insoutenable légèreté de l'être », *Communication et organisation*, 40, p.87-102.
- LAMANDA V. 2008. « Rapport au Président de la République: Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », Mai.
- LAMEYRE Xavier, 2007. « Pour une pratique arthrologique des mesures judiciaires, sanitaires et sociales appliquées aux personnes dont le discernement est altéré », Rapport pour l'Audition publique sur L'expertise psychiatrique pénale, organisée par la Féd. Fr. de Psychiatrie (FFP), avec le soutien de la Dir. Gén. de la Santé (DGS) du Ministère de la Santé ainsi que de la Haute Autorité de Santé (HAS) - Paris, 25-26 janvier.
- LAMONT M., 1995. *La morale et l'argent. La valeur des cadres en France et aux Etats-Unis*, Paris, Métailié.
- LANCELEVEE C., 2014. « Soigner ou punir ? Dilemmes Européens ». *La lettre du psychiatre X*, n°6, décembre, pp. 114-118.
- LANCELEVEE C., 2016. *Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, thèse de doctorat, EHESS, Paris.
- LASCOUMES P., BEZES P., 2009. « Les formes de jugement du politique », *L'année sociologique*, vol. 59, n°1, p. 109-147.
- LATTE S., 2008. *Les « victimes ». La formation d'une catégorie sociale improbable et ses usages dans l'action collective*, Thèse d'état soutenue à l'Ecole Normale Supérieure.
- LATTE S., RECHTMAN R., 2006. « Enquête sur les usages sociaux du traumatisme à la suite de l'accident 1 de l'usine AZF à Toulouse », *Politix*, vol. 73, n°1, p. 159-184.
- LAÜGT O., 2010. « La représentation du fait spatial dans la presse quotidienne nationale française en 2006 », *Communication*, vol. 28/1, p.207-225.
- LAVERGNE M-P., LAVERGNE T., 1990. « Un père, meurtrier de ses deux filles », *L'information psychiatrique*, vol. 66, n° 7, p. 669-676.
- LE GUILLANT L., BONNAFE L., 1952. « La condition du malade à l'hôpital psychiatrique », *Esprit*, n° 197, p. 843-868.
- LECLERC O., 2005. *Le juge et l'expert*, Paris, LGDJ.
- LETURMY L, 2009. « La répression de la délinquance sexuelle », in *Un droit pénal postmoderne ? Mise en perspective de certaines évolutions contemporaines*, PUF, coll. Droit et justice.
- LOPEZ MORA L., 2010. « Abolition, altération du discernement : destin pénal et médical du mis en cause », mémoire de Master 2, Université Paris II, mai.

- LOVELL, A. 1997. « 'The City Is My Mother': Narratives of Schizophrenia and Homelessness ». *American Anthropologist* vol. 99, n°2, pp.355-368.
- LOVELL, A. 2005. « Rapport de la Commission Violence et Santé Mentale », Mars.
- LOVELL, A., HENCKES N., TROISOEUF A., VELPRY L. 2011. « Sur quelques mauvais jeux de mots : classifications psychiatriques et stigmatisation ». *L'information psychiatrique* vol. 87, n°3, pp.175-183.
- MAIGRET É., 2015. *Sociologie de la communication et des médias*, Paris, A. Colin.
- MARTY E., 2015. « Les élections municipales au miroir de la presse quotidienne régionale. Des cadres médiatiques aux thématiques politiques », *Mots. Les langages du politique*, 108, <http://mots.revues.org.gate3.inist.fr/21991>.
- MASSE G., 1992. *La psychiatrie ouverte - Une dynamique nouvelle en santé mentale* (rapport au ministre de la santé), Rennes, École Nationale de Santé Publique.
- MOREAU, D. 2015. « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile ». Thèse de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).
- MOSCOVICI S., 1961. *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF.
- MOUHANNA C, BASTARD B, 2007. *Une justice dans l'urgence. Le traitement en temps réel des affaires pénales*, Paris, PUF.
- NEVEU É., 2009. *Sociologie de la presse*, Paris, La Découverte.
- OLIE J-P., LOO H, 2008. « Un état des lieux de l'expertise psychiatrique au pénal », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Vol. 192, n°2 p381-391.
- PAULET, C. 2004. « Bilan et perspectives de l'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, en particulier de l'hospitalisation ». *L'Information Psychiatrique* vol. 80, n°4, pp. 307-312.
- PELISSE J., PROTAIS C., LARCHET K., CHARRIER E., 2012. « Des chiffres, des maux et des lettres, éléments sociographiques relatifs aux experts économiques et financiers, psychiatres et interprètes traducteurs », Paris, Armand Colin.
- PRADEL J., 2008. *Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux*, Recueil Dalloz, 15, 1000-1012.
- PRADIER P., 1999. *La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions*, Paris, Ministère de la justice.
- PRINS A., 1910. *La défense sociale et les transformations du droit pénal*, Bruxelles, Leipzig, Misch et Thron.
- PROTAIS C., 2010. « L'instrumentalisation de l'expert psychiatre par le juge sur des cas postulant à l'irresponsabilité psychiatrique pour cause de troubles mentaux : fiction ou réalité ? » *Recherche Droit et Justice*, n°35, Novembre, p. 10-11.
- PROTAIS C., 2011. *Sous l'emprise de la folie ? Les responsabilisation des malades mentaux criminels par les experts psychiatres français, 1950-2009, à paraître*, Editions de l'EHESS, Novembre 2016.

- PROTAIS C., 2011. *Sous l'emprise de la folie, la restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France*, Thèse d'état soutenue le 12/12/11 sous la direction de Nicolas Dodier, Paris, EHESS.
- QUIDU F. et J.-P. ESCAFFRE, 2010. « Les représentations du "fou" du "malade mental", du "dépressif" et les opinions vis-à-vis des hôpitaux psychiatriques : sont-elles homogènes selon les populations des sites enquêtés ? », *L'Encéphale*, supplément 1 au n° 3, p. 15-19.
- RAOULT, S., HARCOURT B.E. 2014. « The Mirror Image of Asylums and Prisons: An International Study ». New York: Social Science Research Network.
- RAPPARD P., 2008. « La fin du non-lieu judiciaire et son incidence sur le but des institutions psychiatriques médico-légales », *Annales Médico-Psychologiques*, 166, p. 569-574.
- RAPPARD P., 1988. « Passage à l'acte et droit pénal : prévention et liberté », *Actualités psychiatriques*, n°1, pp. 66-71.
- RAPPARD P., 1977. « Psychiatrie et antijuridicité ; justice et antipsychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 53, n°2.
- RECHTMAN R., 2011. « Enquête sur la condition de victime », *Etudes*, Tome 414, n°2, p. 175-186.
- RECHTMAN R., 2005. « Remarques sur le destin de la psychanalyse dans les usages sociaux du traumatisme », *Revue française de psychosomatique*, n° 28, p. 27-38.
- REINERT M., 2000. « La tresse du sens et la méthode Alceste. Application aux *Rêveries du promeneur solitaire* », communication aux *5es Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles*, JADT.
- REINERT M., 1986. « Un logiciel d'analyse lexicale [ALCESTE] », *Cahiers de l'Analyse des Données*, 4, p.471-484.
- REINERT M., 1991. « Une analyse informatique d'un corpus de 44 poèmes d'A. Rimbaud », 11^{ème} Colloque d'Albi (M. Maurand, Université de Toulouse-Le Mirail).
- REINERT M., 1983. « Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte », *Les cahiers de l'analyse des données*, vol VIII, n° 2, p.187-198.
- RENARD T., SAETTA S., SICOT F., 2009. « L'expertise psychiatrique et son devenir en France et au Grand Duché du Luxembourg », in Cartuyvels Y., Sicot F., Wyvekens A. et al., *Soigner ou punir ? Les déterminants de l'expertise psychiatrique et de son devenir. Comparaison France, Belgique, Luxembourg*, rapport de recherche pour l'INHES, juillet.
- RENNEVILLE M., « La dangerosité en psychiatrie : perspectives historiques », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°37, octobre 2011, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Cahiers_Etudes_37.pdf.
- RENNEVILLE M., 2003. *Crime et folie à l'âge classique*, Paris, Fayard, 2003.
- RICHARD JF., 2005., *Les activités mentales : De l'interprétation, de l'information à l'action*, Paris, A. Colin.

- ROBILIARD D., 2013. « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », Rapport d'information à l'Assemblée nationale n° 1662, déposé le 18 décembre.
- ROELANDT J.-L., 2009. « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique*, juin-juil: L'avenir du secteur, vol. 85, n° 6, p. 525-535.
- ROMEYER H., 2007. « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, 11, p.51-70.
- ROSSINELLI G., 2001 « L'expert face à la responsabilité et à la punissabilité », *L'Information psychiatrique*, vol. 77, n°6, pp. 466-470
- ROYER P., DILIGENT B., GUIGNET P., ROYER P., 1974. « Le traitement des malades difficiles et des délinquants psychopathes. Perspective en matière de législation », *AMP*, bol. 132, n°3, p. 437.
- SALAS D., 2009. « La vérité, la sûreté, la dangerosité. Trois généalogies à l'épreuve des débats contemporains », in Philippe Chevallier et Tim Greacen (dir.), *Folie et justice : relire Foucault*, Érès, Toulouse, p. 205-219.
- SALAS D., 2001. « Pourquoi punir ? », *JFP*, vol. 2, n° 13, p. 6-9.
- SAUTEREAU M. *et al.*, 2009. « Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie. À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *Psychiatrie et violence*, vol. 9, n° 1.
- SEMELAIGNE R., 1894. *Les Grands aliénistes français. Tome I, Philippe Pinel, Esquirol, Ferrus, Jean-Pierre Falret, Félix Voisin, Georget*, Paris, G. Steinheil.
- SENAT 2000. « Prisons: une humiliation pour la République. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France ». Juin.
- SENAT, 2010. *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions*. Rapporteurs : Barbier G., Demontès C., Lecerf J-R et Michel J-P, mai.
- SENON J.L. et C. MANZANERA, 2006. « L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat », *AJ Pénal*, Dalloz, n° 2, p. 66-69.
- SENON J.L. et C. MANZANERA, 2005. « Psychiatrie et justice pénale », *AJ Pénal*, Dalloz, n° 10, p. 353-357. Senon
- SENON JL, MANZARENA C., 2004. « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques ». *Annales Médico-Psychologiques*, n° 162, pp.686-699.
- SPRIET H., ABONDO M., NAUDET F., BOUVET R., LEGUEUT M., 2014. « L'indication d'injonction de soins repose-t-elle sur un diagnostic », *L'encéphale*, vol. 40, vol. 14, p. 295-300.
- STEADMAN H.J. et J.J. COCOZZA, 1977-78. « Selective reporting and the public's misconceptions of the criminally insane », *Public Opinion Quarterly*, 41, p. 523-533.
- STOETZEL J., 1978. *La psychologie sociale*, Paris, Champ Flammarion.

- STRAUSS A., 1992. *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionniste*, Editions L'Harmattan, Paris.
- SULLET-NYLANDER F., 2005. « Jeux de mots et défigements à La Une de *Libération* (1973-2004) », *Langage et société*, 2, n° 112 : 111-139.
- SWAIN G., 1994. *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard.
- SZASZ T., 1975. *Le Mythe de la maladie mentale*, Payot.
- TASSONE-MONCHICOURT C. et al., 2010. « États dangereux et troubles psychiques : images et réalités. » *L'Encéphale*, 36, Supplement 1, Jan. 1, p. 21-25.
- TAYLOR S.M. et M.J. DEAR, 1981. « Scaling community attitudes toward the mentally ill », *Schizophr Bull.*, 7(2), p. 225-240.
- THORNTON J.A. et O.F. WAHL, 1996. « Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness », *Journal of Community Psychology*, 24, p. 17-25.
- U.S. President's Commission on Mental Health, 1978, *Task panel reports submitted to the President's Commission on Mental Health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- UEBERSCHLAG H., 1956. « Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un malade hospitalisé ? », *AMP*, vol. 114, t.1, p. 264.
- UEBERSCHLAG H., 1954. « Réadaptation des malades des hôpitaux psychiatriques », *L'information Psychiatrique*, vol. 30, n° 3, p. 98-101.
- VELPRY L., 2016. « « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles ». *Sociétés Contemporaines*, n° 103.
- VELPRY, L. 2008. *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand Colin.
- VELPRY, L. 2010. « Subjectivité et psychiatrie ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* vol., n°1, pp.115-133.
- VELPRY, L. 2011. « Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail ? Quand la violence entre en psychiatrie » in Laforgue, D., Rostaing C. (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister?* Paris: CNRS éditions, pp.29-44.
- VOLTAIRE F-M-A., 2003 [1763] *Traité sur la tolérance*, Paris, Gallimard, chapitre XXIII, p. 176 à 183.
- WAHL O.F. et C.R. HARMAN, 1989. « Family views of stigma », *Schizophrenia Bulletin*, 15, p. 131-139.
- WAHL O.F. et J.Y. LEFKOWITS, 1989. « Impact of a television film on attitudes toward mental illness », *American Journal of Community Psychology*, 17, p. 521-527.
- WAHL O.F., 1992. « Mass media images of mental illness: A review of the literature », *Journal of Community Psychology*, 20, p. 343-352.
- WAHL O.F., 1980. « Mental illness in the media: An unhealthy condition », in R.C. Baron, I.D. Rutman et B. Klaczynska (dir.), *The community imperative*, Philadelphie, Horizon House Institute, p. 95-103.

- WILSON F., R. NAIRN, J. COVERDALE *et al.*, 2000. « How mental illness is portrayed in children's television », *Br J Psychiatry*, 176, p. 440-443.
- WYVEKENS A., 2010. La rétention de sûreté en France : une défense sociale en trompe-l'œil (ou les habits neufs de l'empereur), *Déviance et société*, Médecine et Hygiène, 4, p. 503-525.
- ZAGURY D., 2001. « Les psychiatres d'exercice public, et l'expertise », *L'information psychiatrique*, vol. 77, n°5, p. 458-464.
- ZAGURY D., 2001. « Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? », *JFP*, vol. 2, n° 13, p. 11-17.
- ZAGURY D., 2001. « Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique », dans Fédération Française de Psychiatrie (eds.), *Psychopathologie et traitement des agresseurs sexuels, Conférence de consensus du 22 et 23 Novembre 2001*, John Libbey, p. 17-31.
- ZAGURY D., 2009. « Pratiques et risques de l'expertise psychiatrique », in Ph. Chevallier et T. Greacen, *Folie et justice : relire Foucault*, Toulouse, Érès, p. 87-103.
- ZAGURY D., 2005. « Rencontre avec D. Zagury, chef de service au centre psychiatrique du Bois de Bondy, Experts psychiatre », par Sauber Delphine, *L'express*, n° 2820, lundi 18 Juillet.
- ZOUARI I., FEKI I., BEN THABET J., CHARFI N., ZOUARI N., MAALEJ M., 2012. « L'expertise psychiatrique pénale: à propos de 169 cas », *Journal de médecine légale, droit médical, victimologie, dommage corporel*, Vol. 55, n°8, p. 441-448.

Table des matières

Sommaire	5
Introduction	7
Une approche des représentations sociales de la folie et de l'irresponsabilité.....	9
Les différentes arènes dans lesquelles ces représentations seront étudiées	12
Chapitre 1 : La pratique des experts psychiatres ou la restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (1950-2014).....	17
I. Pratiques d'experts à l'heure actuelle	20
1. Des conceptions différentes de l'irresponsabilité.....	22
2. Des représentations différentes de l'effet de la maladie mentale sur le psychisme	27
Une approche englobante et fixiste de la maladie mentale	27
La décompensation psychotique comme état aliénant la personne au global.....	28
La scission de la personnalité en certaines zones prises dans le processus pathologique et d'autres qui ne le sont pas	28
Aliénation et désorganisation totale de la pensée.....	29
Toujours irresponsables, à quelques exceptions près.....	30
Dans tous les cas: la responsabilité.....	31
3. Des stratégies de contournement de la question de l'irresponsabilité	31
La minimisation des troubles	31
La négation des troubles.....	32
La construction morale de l'expertisé.....	32
II. Approche historique de la pratique de l'expertise : la responsabilisation des personnes ayant commis des infractions et souffrant de troubles psychiatriques (1950-2014).....	34
1. L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en chiffres 1984-2014.....	34
2. Ce que disent les expertises : la restriction clinique du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental depuis 1950.....	36
3. Recul de la responsabilisation ou généralisation des stratégies de contournement de l'irresponsabilité dans une période très récente ?.....	40
Un recul de la responsabilisation depuis 2009 ?.....	40
...ou un changement de stratégie des experts pour responsabiliser des personnes présentant des troubles psychotiques ?	43
III. Expliquer la tendance responsabilisante : les justifications des experts psychiatres.....	44
1. Le répertoire de la protection.....	45
2. Le répertoire de l'intégration.....	47

3. Répertoires et pratiques	49
4. La diffusion de ces répertoires à travers le temps.....	53
Les années 1950-1960 : la naissance du répertoire de l'intégration au sein d'un univers majoritairement en faveur du répertoire de la protection	53
Les années 1970 : la généralisation des représentations en faveur de la responsabilisation.....	55
Fin 1970 début 1980 : responsabiliser à tout prix.....	56
1985-2007 : dangerosité et victimes.....	57
Vers un répertoire de la défense sociale ?.....	58
Conclusion.....	61

Chapitre 2 : Repenser le sort des auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux : regards de psychiatres sur l'irresponsabilité pénale ...63

I. Regards de psychiatres non-experts sur l'irresponsabilité pénale	65
1. Déterminer l'irresponsabilité pénale : un travail d'expert ?	66
Des arbitrages professionnels.....	66
Un choix politique.....	67
Pour ou contre la spécialisation des experts ?	68
2. Un spectre de positions similaire à celui des experts.....	70
3. Un dispositif institutionnel sous pression.....	74
Les hôpitaux psychiatriques soumis à une pression sécuritaire.....	74
Une pression sociale qui modifie la clinique.....	75
L'augmentation des troubles mentaux en prison : effet indésirable de la « responsabilisation »	77
II. Une position favorable au principe d'irresponsabilité pénale pour protéger les patients vulnérables à l'hôpital.....	79
1. L'irresponsabilité, un principe protecteur	79
Un principe moral.....	79
Une responsabilisation utopique	80
Des patients vulnérables.....	83
2. Corriger les excès de la responsabilisation : faire sortir les malades de prison	85
Une prison pathogène.....	85
Faire sortir de prison les personnes les plus malades.....	87
3. Lutter contre la pression sécuritaire : repenser l'accueil à l'hôpital des patients déclarés irresponsables	89
Refaire asile ?	93
III. Une position défavorable au principe d'irresponsabilité pour réintégrer les patients citoyens	93
1. La responsabilité, un idéal pour le soin.....	94
2. Améliorer l'accès aux soins en prison.....	96
3. Délester l'hôpital de la prise en charge des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux.....	99
L'hôpital comme lieu d'enfermement illégitime	99
Destigmatiser la psychiatrie et ses patients.....	100
Une institution spéciale pour les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux ?	102
La tentation de la défense sociale	103

Conclusion.....	104
Chapitre 3 : Histoires vécues : représentations de personnes ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pour cause de trouble mental....	107
I. Être irresponsabilisé : discours psychiatrique et récit de soi.....	109
1. Un récit de soi incomplet	109
2. Adhésion : le diagnostic comme support de subjectivation	111
3. Résistance : refuser d'être assujetti au diagnostic.....	115
Tâtonnement: accepter le diagnostic sans renoncer à une vérité concurrente.....	117
II. Être hospitalisé : protection ou enfermement inique ?	119
1. Accepter ou supporter l'hospitalisation	120
2. Refuser ou se résigner à l'hospitalisation.....	123
3. Hospitalisation et liens sociaux.....	126
Conclusion.....	128
Chapitre 4 : Au cœur des rapports entre juges et experts. Les juges d'instruction et l'article 122-1 alinéa 1.....	131
I. Déterminer l'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux : une question plus technique qu'idéologique ?	133
1. Le bon expert, la bonne expertise : des contraintes pratiques.....	133
Garder les bons experts pour les affaires complexes	133
Bonne expertise et impératifs de l'instruction.....	136
2. La position de l'expert sur l'irresponsabilité pénale : un enjeu marginal ?	137
L'importance de la neutralité de l'expert et du juge	138
Une certaine porosité idéologique entre le juge et ses experts ?	139
Un « art de la pioche » ?	142
II. Du jeu dans la procédure	144
1. Contre-expertise et renvoi	145
2. L'inégalité de traitement des crimes et des délits.....	145
3. Un accès difficile à l'expertise en correctionnelle	149
4. L'altération du discernement, une circonstance aggravante ?	152
III. Regards de juges d'instruction sur l'irresponsabilité pénale.....	153
1. L'irresponsabilité pénale : un domaine réservé de la psychiatrie ..	153
À chacun son métier : assumer ses responsabilités sans empiéter sur celles des autres.....	153
Résister à la tendance sécuritaire.....	154
Un travail pédagogique autour de l'irresponsabilité pénale.....	156
Éviter l'incarcération des plus malades	157
2. L'irresponsabilité pénale : un enjeu de sécurité publique	158
Faible confiance envers la psychiatrie.....	159
Pour une justice plus attentive aux victimes	160
Neutraliser les plus « dangereux »	162
Conclusion.....	165
Chapitre 5 : Experts psychiatres et faits divers dans la presse.....	167
I. <i>Le Monde</i> face à l'expertise psychiatrique : 1950-2016	168
1. Méthode d'analyse	169

2. Les experts, de la méfiance à la visibilité	172
3. Une critique médiatique des mesures sécuritaires	176
Conclusion.....	181
II. Les faits divers dans la presse nationale : un traitement différencié ..	182
1. Le traitement de « l'affaire Romain Dupuy ».....	183
L'Humanité	184
La Croix.....	185
Libération	186
Le Monde	187
Le Figaro	188
2. Le traitement de « l'affaire Richard Durn ».....	190
Conclusion.....	195

Chapitre 6 : Effets des évolutions législatives sur les représentations de la folie et de la maladie mentale 197

I. La fabrication des lois.....	197
1. Une double tendance	197
2. Une législation du fait divers.....	202
II. Évolutions législatives de l'irresponsabilité pénale.....	205
1. La loi, vecteur d'assimilation entre maladie mentale et dangerosité	205
Chronologie des évolutions législatives afférentes à l'irresponsabilité	
pénale	206
De l'article 64 à l'article 122-1	206
2. Le code pénal de 1994 et l'article 122-1	209
Effet pervers de l'altération du discernement.....	209
« Altération du discernement » et aggravation des peines prononcées	
.....	210
3. Rôle de la loi du 25 février 2008 dans la construction de ces	
représentations.....	212
III. Une absence de volonté politique	215
1. Des plans systématiquement relégués.....	215
2. Le rapport Demay	218
3. Lenteur de la prise de décision politique.....	221
IV. La marque du politique sur la psychiatrie.....	222
1. Un usage sélectif des rapports.....	222
2. Les orientations données par le politique	223
Conclusion.....	229

Conclusion générale : la fin de l'irresponsabilité pénale ? 231

Annexes..... 235

I. Glossaire des principales notions psychiatriques.....	235
II. Méthodologie adoptée dans ce rapport.....	238
1. Rappel des différentes tâches autour desquelles s'organise la	
recherche	238
2. Les 5 corpus réunis au cours de l'enquête	239
Corpus n°1 : Expertises psychiatriques.....	239
Corpus n°2 : Textes de référence en psychiatrie.....	240

Corpus n°3 : Jurisprudence.....	242
Corpus n°4 : Articles de presse	242
Corpus n°5 : Textes de lois.....	244
Corpus n°6 : Entretiens	244
Bibliographie	247
Table des matières.....	261