Psychopathologie

Psychiatrie légale et criminologie clinique

Jean-Louis Senon
Carol Jonas
Mélanie Voyer

Collection **Les âges de la vie**

ELSEVIER MASSON

Psychiatrie légale et criminologie clinique

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Psychopathologie de l'intersubjectivité, par M. Speranza et N. Georgieff, 2013, 272 pages.

Psychopathologie du travail, par C. Dejours et I. Gernet, 2012, 168 pages.

Psychopathologie de la scolarité, par N. Catheline. 2012, 3e édition, 432 pages.

Psychopathologie en service de pédiatrie, par P. Duverger. 2011, 656 pages.

L'attachement : approche théorique, par N. et A. Guédeney. 2010, 3e édition, 256 pages.

L'attachement : approche clinique, par N. et A. Guédeney. 2010, 256 pages.

Le geste suicidaire, par V. Caillard, F. Chastang. 2010, 376 pages.

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azaïs. 2010, 4e édition, 488 pages.

La consultation avec l'enfant, par P. Delion. 2010, 280 pages.

Enfance et psychopathologie, par D. Marcelli et D. Cohen. 2012, 9e édition, 688 pages.

Adolescence et psychopathologie, par D. Marcelli, A. Braconnier. 2008, 7e édition, 720 pages.

Psychopathologie du sujet âgé, par G. Ferrey, G. Le Gouès. 2008, 6e édition, 384 pages.

Collection Les âges de la vie

Dirigée par Pr D. Marcelli

Psychiatrie légale et criminologie clinique

Jean-Louis Senon,

Professeur des universités, psychiatre des hôpitaux, DEA de droit pénal et sciences criminelles, codirecteur du master 2 de Criminologie, codirecteur du DIU de psychiatrie criminelle et médicolégale, Faculté de médecine, Université de Poitiers, CHU et CH Henri-Laborit, Poitiers.

Carol Jonas,

Psychiatre des hôpitaux, médecin légiste, docteur en droit, Service de psychiatrie A, CHU de Tours.

Mélanie Voyer,

Psychiatre, médecin légiste, master de droit pénal et sciences criminelles, PH, UCMP, CH Henri-Laborit, Poitiers.

ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-73163-1
e-ISBN : 978-2-294-7333-8

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Directeurs

Jean-Louis Senon. Professeur des universités, psychiatre des hôpitaux, DEA de droit pénal et sciences criminelles, codirecteur du master 2 de Criminologie, codirecteur du DIU de psychiatrie criminelle et médicolégale, Faculté de médecine, Université de Poitiers, CHU et CH Henri-Laborit, Poitiers.

Carol Jonas. Psychiatre des hôpitaux, médecin légiste, docteur en droit, Service de psychiatrie A, CHU, Tours.

Mélanie Voyer. Psychiatre, médecin légiste, master de droit pénal et sciences criminelles, PH, UCMP, CH Henri-Laborit, Poitiers.

Auteurs

Aubert Bernadette. Maître de conférence, codirectrice du master Recherche carrières judiciaires et sciences criminelles, faculté de droit de Poitiers, Institut de sciences criminelles, Poitiers.

Auclair Nathalie. M.SC., criminologue, institut Philippe-Pinel de Montréal.

Baron Laforet Sophie. Psychiatre des hôpitaux, PH, CH Thuir, RAVS et CRIAVS Languedoc-Roussillon, SMPR CH Perpignan.

Benbouriche Massil. Psychologie clinicien, chargé d'enseignement, doctorant, CRPCC-LAUREPS (EA 1285), Université européenne de Bretagne-Rennes 2, École de criminologie, université de Montréal, Laboratoire application de la réalité virtuelle en psychiatrie légale, institut Philippe-Pinel, Montréal, Canada.

Bénézech Michel. Psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de service SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, professeur de droit privé à l'université de Bordeaux-IV, expert judiciaire honoraire.

Botbol Michel. Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHRU de Brest, hôpital de Bohars.

Bouet Roland. Praticien hospitalier, Département information médicale, CH Henri-Laborit, Poitiers.

Bouyer-Richard Anne Isabelle. Médecin légiste, psychiatre, MD, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Canada.

Bouyssy Marie. Psychiatre, médecin légiste, PH, Service de consultations médicojudiciaires, CH intercommunal de Créteil.

Cano Jean-Philippe. Psychiatre, PH, CRIAVS, CHU Tours.

Cario Robert. Professeur de criminologie, codirecteur de l'unité Jean-Pinatel de sciences criminelles comparées, université de Pau et des Pays de l'Adour.

Casoni Dianne. Professeure de psycho criminologie, École de criminologie, université de Montréal, Canada.

Cordier Bernard. Psychiatre des hôpitaux, expert près la Cour d'appel de Versailles, responsable de pôle, EPS Érasme, hôpital Foch, Suresnes.

Cottencin Olivier. PU-PH. Responsable du service d'addictologie, université Lille-Nord de France, CHRU de Lille.

Coupey Marie Géraldine. Avocate, docteur en Droit, Angoulême.

Coutanceau Roland. Psychiatre des hôpitaux, PH, CMP, La Garenne Colombes.

Croteau Emmanuelle. Criminologue, École de criminologie, université de Montréal, Canada.

Dalle Marie Charlotte. Magistrat, conseiller à la Cour d'appel de Douai, Palais de justice, Douai.

Danti Juan Michel. Professeur de Droit, directeur de l'Institut de sciences criminelles, faculté de droit, Institut de sciences criminelles, Poitiers.

Davignon Guillaume. Psychiatre, CCA CH Henri-Laborit, CS 10587, Poitiers.

Delavenne Héloïse. Université fédérale du Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, Brésil.

Delbreil Alexia. Psychiatre, médecin légiste, CCA, Unité de médecine légale, CHU, Poitiers.

Dionot Thierry. PH, EPS Érasme, Hôpital Foch, Suresnes.

Ducrocq François. PH, psychiatre coordonnateur de la CUMP, CUMP SAMU, CHRU, Lille.

Duverger Philippe. PU PH, Département de psychiatrie, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU, Angers.

Fredette Chantal. M.Sc., candidate au doctorat, École de criminologie, université de Montréal, Canada.

Garcia Frederico. Université fédérale du Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, Brésil.

Gravier Bruno. Professeur de psychiatrie à l'université de Lausanne, chef du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), Prilly, Suisse.

Grihom Marie José. MCU, UFR de Psychologie, Codirectrice du master 2 de criminologie, université de Poitiers, Poitiers.

Guay Jean-Pierre. Ph.D., École de criminologie, Université de Montréal, Canada.

Harrault Alain. Psychologue clinicien, CRIAVS, CHU Tours.

Hugon Claudette. Psychologue clinicienne, CRIAVS, CH Niort.

Jehel Louis. PU PH, MD, PhD., université Antilles-Guyane, chef de service, Service de psychiatrie et psychologie médicale, psychotraumatologie et addictologie, CHU de la Martinique, Fort de France.

Juan-Chocard Anne Sophie. Pédopsychiatre, praticien hospitalier, Service de psychiatrie infanto-juvénile, Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay.

Lafleur Vicky. M.A., psychologue, institut Philippe-Pinel de Montréal, Canada.

Lafortune Denis, Ph.D., professeur de criminologie, École de criminologie, université de Montréal, Canada.

Laurencin Gérard. Psychiatre, praticien hospitalier, chef de pôle CH Toulouse, SMPR, maison d'arrêt Muret, rue Daniel-Casanova, Muret.

Le Bas Pascal. Psychologue clinicien, docteur en psychologie, EPSM JM-Charcot, Pôle Pinel, Unité de santé mentale, CP de Lorient Ploemeur, chargé d'enseignement à l'Université européenne de Bretagne, Rennes 2.

Le Bihan Patrick. Psychiatre, praticien hospitalier, chef de service, Unité pour malades difficiles, Centre hospitalier, Cadillac.

Leguay Denis. Psychiatre, praticien hospitalier, CHU, Angers.

Lemasson Anne-Christy. Service de psychologie légale UMONS, Belgique.

Leturmy Laurence. Professeur des universités, membre de l'EPRED (EA 1228), directrice du master II, professionnel, criminologie et victimologie, responsable du DU de sciences criminelles, Institut de sciences criminelles, Faculté de droit, Poitiers.

Lhuillier Jean-Paul. Psychiatre des hôpitaux, chef de service, expert près la Cour d'appel d'Angers, Chef de service de psychiatre adulte, Angers.

Lopez Gérard. Psychiatre, président fondateur de l'Institut de victimologie, Paris.

Manzanera Cyril. Psychiatre, praticien hospitalier, CRIAVS Languedoc-Roussillon et DSP, Département urgences et post-urgences psychiatriques, CHU Montpellier. cybla.manz@gmail.com

Massé Michel. Professeur émérite de droit pénal, Institut de sciences criminelles, Faculté de droit, Poitiers.

Mc Kibben André. Criminologue, Programme d'évaluation et de recherche pour les auteurs d'agression sexuelle (PETRAAS), Centre de Santé et services sociaux du Rocher-Percé, Canada.

Metton Agnès Psychiatre, EPS Erasme, 143 av. Armand-Guillebaud 085, Antony.

Millaud Frédéric. MD., psychiatre, directeur de l'enseignement, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Professeur titulaire de clinique, université de Montréal, Canada.

Molanda Sylvie. Psychologue, responsable de la Consultation régionale du psychotraumatisme, CHRU de Lille.

Moulin Valérie. MCU, Unité de recherche de l'Institut de psychiatrie légale, DP-CHUV, Lausanne, Suisse.

Palaric Ronan. Psychologue clinicien, doctorant en psychologie, ATER, Université européenne de Bretagne Rennes 2.

Parizot Raphaëlle. Professeur à l'université de Poitiers, Institut de sciences criminelles, Faculté de droit, Poitiers.

Pham, Thierry H. Professeur en psychologie, Centre de recherche en défense sociale, Tournai, Belgique, Centre de Recherche de l'institut Philippe-Pinel, Montréal, Canada, Service de Psychologie légale UMONS, Belgique. thierry.pham@crds.be

Ponton Nancy. Psychologue, École de criminologie, université de Montréal.

Richard Denis. Pharmacien chef, chargé de cours à l'université de Poitiers, CH Henri-Laborit, Poitiers.

Richard-Devantoy Stéphane. Psychiatre, Department of Psychiatry and Douglas Mental Health University Institute McGill Group for Suicide Studies, McGill University, Douglas Institute, Frank B, Montréal, Québec, Canada.

Roman Pascal. Professeur de psychologie clinique, psychopathologie et psychanalyse, LARPsyDIS, Institut de psychologie, université de Lausanne, Suisse.

Savin Bernard. Psychologue clinicien, docteur en psychologie, Fédération des soins aux détenus, Centre hospitalier interdépartemental, Clermont de l´Oise. bernard.savin@wanadoo.fr

Sechter David. Psychiatre, praticien hospitalier, SMPR, CHU, Nantes.

Suzanne Léveillée. Ph.D., psychologue, professeur, université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

Thibaut Florence. PU-PH, psychiatre, CHU Charles-Nicolle, université de Rouen, UFR de psychologie, Rouen.

Vaiva Guillaume. Psychiatre, PU-PH, chef de service de Psychiatrie adulte, CHRU de Lille.

Vanderstukken Olivier. Psychologue clinicien, SMPR Annoeullin-Sequedin, coordinnateur réseau URSAVS Nord Pas-de-Calais, CHRU, Lille.

Viaux Jean-Luc. Professeur de psychopathologie, UFR de Psychologie, université de Rouen, expert près la Cour d'appel de Rouen.

Vila Gilbert. Pédopsychiatre, UF de psychopathologie et Centre de victimologie pour mineurs, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP Paris.

Préface

Le psychiatre et la loi, de l'organisation des soins à la lecture du crime : une rencontre indispensable et actuelle

Dès Pinel et les pères fondateurs de la psychiatrie moderne, la psychiatrie s'est préoccupée de sa place dans le tissu légal et le procès pénal. Depuis le code pénal de 1810 qui définissait l'irresponsabilité pénale dans son article 64 et la loi sur les aliénés de 1838, la place du psychiatre dans les dispositifs législatifs est source d'inépuisables débats, toujours renouvelés.

L'ouvrage proposé par J-L Senon, C. Jonas et M. Voyer, traite exclusivement des lois qui structurent la pratique clinique et expertale en France mais aussi des questions liées aux régimes d'hospitalisation des malades psychiatriques, à leur protection, au respect des droits des patients, à la responsabilité pénale concernent tous les États de droit et soulèvent les mêmes interrogations sociétales.

Largement influencées par l'évolution de l'hôpital, qui, de lieu d'exclusion et de renfermement, s'est ouvert au point de se voir reprocher de ne plus remplir sa fonction d'accueil des souffrances psychiques, les législations sont aussi fortement tributaires de la manière dont est considéré le malade psychiatrique dans la société. L'aliéné est devenu maintenant un sujet de droit. Tout psychiatre doit donc être attentif aux droits du patient qui lui est confié, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation volontaire ou dans celui d'une hospitalisation imposée.

À ce titre, le changement législatif de juillet 2011 qui place le juge des libertés et de la détention en position centrale de la décision d'hospitalisation contre le gré de la personne – au delà des nombreuses critiques qui lui ont été faites – pose la question de la manière dont juge et psychiatre peuvent se rencontrer autour de telles situations.

Les psychiatres des hôpitaux en France savent depuis Daumézon que leur pratique ne peut se dispenser d'une connaissance et d'une compréhension fine de tous les enjeux légaux qui scandent leur pratique. Il ne s'agit pas d'une connaissance marginale qui s'apprendrait après la psychopathologie et la thérapeutique mais bien d'un élément central qui aide aussi le psychiatre à rendre compte de sa pratique. Élément structurant du cadre, garantie de la qualité de la pratique, rappel incessant que le colloque singulier entre patient et soignant s'exerce toujours sous un regard tiers, auquel il faudra rendre des comptes. Un livre de psychiatrie légale constitue ainsi une aide indispensable pour tout soignant qui doit pouvoir se repérer dans un corpus de textes complexe et sans cesse évolutif.

Miroir d'une société toujours mal à l'aise avec la folie, les lois pénales et civiles ont été fortement influencées, ces dernières décennies, par l'émotion sécuritaire qui saisit l'opinion publique et la classe politique à chaque fait divers. Le champ pénal a ainsi connu d'importants remaniements à l'instar de nombreux pays occidentaux européens et nord-américains. Ces remaniements ont indiscutablement conduit à un allongement des privations de liberté et, dans de nombreux pays dont la Suisse et le Canada, à faire porter un poids de plus en plus important sur le psychiatre autant dans la prévision du risque de récidive que dans la gestion de celui-ci.

D'où l'importance renouvelée d'une réflexion clinique dans ce champ particulier de la psychiatrie proche voisin de la criminologie et que les anglo-saxons appellent psychiatrie «*forensic*». Cette réflexion est d'une grande actualité et doit permettre de mieux définir l'espace de pratique du psychiatre confronté aux sujets délinquants et d'en apprécier les limites. La «pathologisation» de certains comportements déviants et la responsabilité d'un enfermement qui ne reposerait plus sur les actes commis mais sur la possibilité du délinquant de les réitérer, peuvent en effet être des pièges pour le praticien.

Dans cette perspective J-L Senon et ses collègues développent les questions essentielles de l'évaluation du risque de comportements violents, de la compréhension fine de ce qui est en jeu dans les différentes violences, qu'elles soient psychopathiques, homicides ou sexuelles. Ils appellent, ce faisant, à la prudence et à la retenue de l'expert qui doit rappeler sans cesse et avec humilité que l'expertise n'est pas un art divinatoire et que l'usage des instruments actuels de l'évaluation du risque de violence ne peut autoriser à formuler des pronostics définitifs. L'appréciation de la dangerosité reste une question complexe infiltrée d'éléments contextuels et émotionnels auxquels tout expert se doit d'être attentif pour relativiser ses conclusions.

Le lecteur mesurera en parcourant les différents chapitres de cet ouvrage combien les recherches et les réflexions cliniques sont riches et fournissent au clinicien des pistes pour accompagner les sujets qui lui sont confiés, notamment dans le contexte d'une obligation de soins. C'est un domaine qui bénéficie de nombreux apports et de l'éclairage d'une recherche dense qui donne corps à une démarche thérapeutique féconde tout en rappelant que le psychiatre est avant tout soignant et non gestionnaire des populations déviantes.

J-L Senon, C. Jonas et M. Voyer ont gardé cette préoccupation tout au long de la construction de cet ouvrage. Les nombreux collègues qui ont apporté leur contribution témoignent de la reconnaissance des directeurs de cet ouvrage en tant que leaders de leur domaine. Ils sont des interlocuteurs incontournables et incontestables de ce champ qu'ils ont contribué à développer et à enrichir par leurs écrits, leurs enseignements et leurs implications dans les grands débats, colloques, conférences de consensus et auditions publiques qui ont scandé autant la vie scientifique de la psychiatrie que le débat public de ces dernières années.

Bruno Gravier, professeur de psychiatrie à l'Université de Lausanne

Frédéric Millaud, professeur titulaire de clinique psychiatrique à l'Université de Montréal

Avant-propos

L'origine de la psychiatrie se confond sans doute avec le besoin pour les sociétés de comprendre les actes criminels réputés « fous ». Rapidement les civilisations ont compris que les actes commis par les insensés ne pouvaient pas être évalués ni punis de la même manière que des actes utilitaires, les vengeances ou les violences en lien avec les passions les plus communes.

La psychiatrie légale a intéressé nos aînés dès la naissance de la clinique et continue à alimenter des discussions et réflexions théoriques et pratiques aussi bien pour les professionnels du soin que pour les chercheurs en sciences sociales, les philosophes, les juristes et le grand public.

À l'aspect directement lié au crime, se sont ajoutés, au fil de ces dernières années, des concepts divers en rapport avec l'évolution sociale ; la fin du XX^{e} siècle et le début de ce millénaire ont vu s'améliorer les droits du patient (information, consentement, respect de la dignité…) et s'est affirmée une meilleure prise en compte des personnes vulnérables et des victimes (réparation du dommage, émergence de la notion de harcèlement). Parallèlement s'est développée la clinique du passage à l'acte, en dehors de toute pathologie psychiatrique, avec en corollaire une demande de la société de prise en charge, ou plutôt d'accompagnement, des auteurs.

Longtemps subjective et presque littéraire dans ses descriptions, la clinique psychiatrique s'appuie maintenant sur une méthodologie plus scientifique, ou encore sur des techniques associant biologie, informatique, ou imagerie. L'expertise n'en est pas exclue, loin de là.

La psychiatrie, sciences des maladies de ce qu'il y a de plus humain chez ce primate particulier que nous sommes, a toujours eu des liens forts et nécessaires avec la sociologie ou le droit qui balisent la vie sociale. Un ouvrage, tel que celui que vous tenez entre les mains, devenait donc une nécessité pour présenter l'état actuel de la question sur ces divers aspects indispensables à une pratique quotidienne de qualité pour les psychiatres, les psychologues, certains sociologues ou encore de nombreux travailleurs sociaux engagés dans la connaissance ou la prise en charge de missions aussi diverses que le soin ou la réinsertion des délinquants, l'aide aux personnes les plus vulnérables ou aux victimes, ou encore la prévention des violences au sein de la famille, de groupes sociaux particuliers, et bien sûr des transgressions à caractère sexuel enfin reconnues, après des siècles de ce qui pouvait ressembler à un déni inscrit dans la culture.

Dans cet ouvrage, nous avons choisi d'associer à des questions juridiques de psychiatrie quotidienne pour tout praticien, les développements actualisés et passionnants de la psychocriminologie, qui loin d'être une question de spécialistes, infiltre désormais les pratiques de nombreux professionnels. La maltraitance, les violences conjugales, les agressions sexuelles sont loin d'être l'apanage de chercheurs et de services spécialisés. Le personnel des ASE ou des SPIP, les éducateurs, les assistantes sociales, les enseignants, les médecins

généralistes les rencontrent fréquemment et doivent savoir les dépister pour éviter d'engager leur responsabilité, mais surtout remplir vis-à-vis des plus faibles la mission de protection que la société leur attribue. Ainsi est-il particulièrement utile de comprendre les notions de droit, de sociologie, de psychologie qui permettent de dépister et de soigner chacun de ces comportements.

Notre ouvrage se subdivise en deux parties :

- La première aborde une psychiatrie légale classique, débutant par un rappel historique de l'organisation actuelle des soins psychiatriques, traitant ensuite les aspects juridiques de la prise en charge aussi bien des adultes que des mineurs. Les dispositions de la récente loi de soins sans consentement sont bien sûr détaillées, de même que celles de protection des majeurs, aussi bien que la responsabilité des soignants, les droits du patient ou encore la rédaction si importante mais si risquée des certificats. L'intervention de l'hôpital dans la prison depuis la loi du 18 janvier 1994 est développée dans le sillage de la circulaire du 30 octobre 2012 précisant les niveaux d'intervention des secteurs de psychiatrie, des SMPR, des UHSA ou des UMD.
- Pour clore cette première partie, un vademecum permettant de comprendre et de pratiquer l'expertise est proposé, traitant des principes et détaillant les missions les plus fréquemment confiées aux psychiatres ou aux psychologues (pénales, civiles, CPAM, MDPH, réparation du dommage…).
- La seconde partie fait le point, sous la signature de spécialistes français et internationaux, sur les développements actuels de la psychocriminologie.

Les éléments de base de droit pénal indispensables aux soignants font l'objet d'un chapitre synthétique mais précis et très informatif. Puis sont traitées sous l'angle clinique, psychopathologique et méthodologique les situations le plus souvent rencontrées.

Les particularités de l'usage de la violence à l'adolescence, ses rapports avec la psychopathie ou avec les toxiques sont ainsi disséquées et expliquées.

Les violences sexuelles font l'objet de plusieurs textes rendant compte de l'hétérogénéité de la question : qui sont les auteurs ? quelles sont les spécificités de l'inceste, de l'exhibitionnisme ou de la pédophilie ? Ce chapitre se termine par une recension des techniques de soins reconnues comme efficaces.

Les outils d'évaluation de la dangerosité dont l'actualité est toujours brûlante sont eux aussi traités, de même que les divers types de violences et d'homicides intrafamiliaux (les plus fréquents dans notre pays), avant que ne soient décrites les violences extrafamiliales parmi lesquelles les homicides en série, qui, même s'ils sont rares, continuent à fasciner.

Pour terminer l'ouvrage, un long chapitre décrit les connaissances actuelles en victimologie allant de l'historique aux divers traitements selon les phases chronologiques de l'évolution des victimes, en passant par une clinique pragmatique.

Ainsi le lecteur pourra trouver, dans un seul ouvrage, matière à progresser dans sa pratique en même temps que connaître les activités de ses partenaires habituels, réfléchir sur l'avenir de sa spécialité et de comprendre les pistes suivies par les chercheurs dans ce passionnant domaine qu'est l'exploration du cerveau humain et des comportements.

Jean-Louis Senon, Carol Jonas, Mélanie Voyer

Chapitre 1

Données historiques de l'organisation des soins et de la législation en psychiatrie

Agnès Metton

De l'hôpital général à l'asile, de l'asile départemental à l'hôpital psychiatrique, puis de l'hôpital psychiatrique au secteur, l'histoire de l'organisation des soins en psychiatrie publique est fortement liée à l'histoire des idées, tant celles des théories sur la folie que celles du traitement politique de l'altérité. Après avoir situé la naissance de la discipline, nous évoquerons les antécédents que l'on peut considérer comme structurants de la politique de secteur, puis l'histoire même de l'invention du secteur. Le rappel des principaux textes législatifs et réglementaires concernant l'organisation de la psychiatrie et les soins sans consentement fera mentionner le rôle et le positionnement de l'État dans le traitement des questions.

Émergence de la psychiatrie en France

L'hôpital général en France date du milieu du XVII^e^ siècle. On y place les indésirables, asociaux, vagabonds, infirmes, insensés, prostituées… à qui l'on offre la charité, au prix de l'enfermement (Foucault, 1972). À la fin du XVIII^e^, tandis que l'hôpital évolue vers la « machine à guérir », la distinction des maladies mentales au sein de la médecine fait surgir le champ de la psychiatrie, terme qui naîtra en 1842 (Bloch, Von Wartburg, 1978). La dénonciation des conditions faites aux insensés aboutit à une circulaire (1875) définissant une double vocation de ségrégation et d'assistance aux « asiles qui leur sont destinés ». L'asile constitue un creuset pour l'observation des malades : c'est là la naissance de la clinique et la possibilité du changement de paradigme qui fera passer au milieu du XIX^e^ siècle de l'aliénation mentale unique aux diverses maladies mentales (Lanteri-Laura, 1998). Outre du mouvement philanthropique, le domaine épistémologique de la psychiatrie émerge de sa nosographie et de son organisation à partir de la loi du 30 juin 1838.

Les fondateurs classiquement reconnus sont Pinel (1745–1826) et Esquirol (1772–1840). À Pinel et son surveillant Pussin, on associe la libération des aliénés de leurs chaînes. Pinel pense que l'asile doit protéger l'aliéné, et devenir instrument de soin, grâce à l'isolement conçu comme thérapeutique, et à son cadre – sain, humain, et réglé. Il théorise le traitement moral (Pinel, 1996), critiqué par Foucault comme l'exercice d'un pouvoir, vu par d'autres comme un précurseur de la psychothérapie. Esquirol enrichit la sémiologie et la nosographie psychiatriques, mais c'est peut-être surtout sa contribution à la loi de 1838 que l'histoire retient.

La loi du 30 juin 1838 succède à la retentissante affaire du parricide de Pierre Rivière (1835) (Rivière, 1973). Cette loi fonde pour plus d'un siècle l'organisation de la psychiatrie en France. Il y a lieu de souligner la richesse des débats des députés et

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

des pairs, la modernité des réflexions, et le temps qui y a été consacré (ministère de l'Intérieur et des cultes, 1989). La loi dispose que chaque département doit se doter d'un asile pour accueillir les aliénés. Elle prévoit les conditions d'internement selon deux modes de placements et aménage l'incapacité civile de l'interné dont les biens sont gérés durant son séjour tandis que lui-même est représenté. Cette loi d'assistance et de protection de l'aliéné répond également aux questions de sécurité pour la société. Cette double valence de la psychiatrie la caractérise depuis l'origine, avec des déplacements du curseur accentuant plus ou moins son aspect sécuritaire ou sa dimension de soins.

La réflexion sur les conditions asilaires se poursuit et certains établissements se dotent de fermes où travaillent les hospitalisés. Déjà en Royaume-Uni, Tuke et Conolly avaient prôné « l'*open door* », et le « *no restraint* ». Vers la fin du XIX^{e} siècle, la théorie de la dégénérescence relance la question. Pour certains, il faut réserver l'asile, espace médical que l'on veut rendre plus efficace, aux « curables ». Des accueils en colonies familiales (Dun-sur-Auron 1892, Ainay-le-Château 1900) feront une alternative pour des « chroniques incurables ». La première formule d'assistance hors asile, fondant un modèle d'institution ouverte, se voit ainsi proposée aux plus lourdement malades (Pascal, Simonnot, Faucher, Garret-Gloannec, 2003).

Préhistoire du secteur

Le premier service libre, connu sous le nom d'hôpital Henri-Rousselle, est créé à Sainte-Anne en 1922 par Édouard Toulouse, psychiatre hygiéniste, alors que la loi de 1838 ne prévoit que l'admission par internement. La structure s'adjoint un dispensaire, un service social, des visites à domicile, et un centre de recherche et d'enseignement. Voilà le germe organisationnel d'une psychiatrie qui peut quitter les murs, même si l'optique de Toulouse est de réserver les soins aux curables seuls.

La circulaire Rucart en 1937, inspirée de la médecine sociale naissante, du courant hygiéniste et de l'expérience de la lutte contre la tuberculose, incite dans chaque département à l'installation d'un dispensaire d'hygiène mentale et d'un service social, à l'organisation d'un service libre d'observation et de soins précoces, ainsi qu'au développement et la modernisation des services fermés. Il s'agit de sortir pour prévenir, participer à soigner en ambulatoire ce qui peut l'être, surtout d'ouvrir la psychiatrie à la communauté et de placer des psychiatres là où la décompensation peut survenir. De fait, la circulaire que nombre de promoteurs du secteur reconnaissent comme son vrai précurseur (Fourquet, Murard, 1975) n'a guère le temps d'être appliquée avant que n'éclate la guerre.

À noter que la même année l'asile change de dénomination et devient « hôpital psychiatrique ».

La marche vers la politique de secteur

L'après-guerre fait le début de l'histoire du secteur. Le constat de la surmortalité de 40 000 malades (von Bueltzingsloewen, 2009) de froid et de dénutrition dans les asiles durant la guerre, la découverte de l'extermination des malades mentaux en Allemagne, l'horreur déshumanisante des camps dont quelques témoignages arrivent, s'associent au constat de l'échec de l'asile comme thérapeutique par l'isolement. Ils font réinterroger en profondeur les fonctionnements asilaires dans le climat de réaffirmation des droits humains. L'intérêt suscité par les retours d'expérience de quelques pionniers, par la perspective d'un sens possible à trouver à la maladie – grâce en particulier à la psychanalyse, et encore par l'arrivée de premières thérapeutiques efficaces (Fourquet *et al.*, 1975) convergent pour inciter à réformer méthodes et structures, dans un « plus jamais ça » généralisé.

Les journées de mars 1945 aboutissent à la première formalisation de l'intense travail de questionnement et de créativité qui va déterminer durant ces années d'après-guerre la « révolution psychiatrique ». Leurs conclusions affirment en premier lieu le principe de l'unité et de l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la postcure en psychiatrie. Parmi les innovations, il faut faire toute leur place aux CTRS[1], et citer les stages des CEMEA[2] en direction des infirmiers psychiatriques.

[1] Centre de traitement et de réinsertion sociale.

[2] Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active.

Plusieurs initiatives stimulent les réflexions : Saint-Alban, Fleury-les-Aubray, Ville-Evrard, L'Élan Retrouvé, le 13e… Dès 1936, Balvet s'attache à humaniser l'asile de Saint-Alban où pendant la guerre on accueille maquisards, clandestins, et où l'on croise des intellectuels (Éluard, Tzara, Canguilhem…). Réfugié du franquisme, Tosquelles, qui marquera la psychiatrie française de son enthousiasme militant, juge qu'il faut soigner l'hôpital avant de soigner les gens. Une exceptionnelle solidarité mêlant médecins, malades, et population s'organise à Saint-Alban face aux restrictions alimentaires. Les relations entre malades, soignants et monde extérieur se redéfinissent dans le sens d'une psychiatrie communautaire. La création d'ateliers coopératifs permet au malade d'exercer une « activité laborieuse et lucrative réelle » (Ey, 1952) et le travail, plus qu'occupationnel, redonne une place et une fonction dans le groupe social. Parallèlement, Tosquelles déploie la théorisation : il fera traduire H. Simon, l'un des fondateurs de la sociothérapie et s'appuiera aussi sur la psychanalyse. La « société du Gévaudan » sera un haut lieu d'élaboration de la « psychothérapie institutionnelle » qui rénove profondément la conception de l'accueil et de l'abord des malades au sein du groupe soignant. Daumezon, Le Guillant, Bonnafé, Oury… sont quelques grands noms de ce courant. Les discussions se poursuivent dans le groupe dit Batia, puis dans le groupe de Sèvres avec des figures aussi diverses qu'Ajuriaguerra, Ey, Lacan, Follin, Duchêne… et forgent le renouveau souvent remuant de la pensée.

En 1952, Daumézon, chef du service des admissions de Sainte-Anne, invente avec Le Guillant et Sivadon de nouvelles pratiques de redistribution des malades. La répartition s'organisera selon des « aires de recrutement » associées aux services, modèle qui anticipe le secteur dans son acception géodémographique. La même année, malgré la parution de la circulaire 148 d'août relative aux hôpitaux psychiatriques en vue de les moderniser et de les humaniser, plusieurs psychiatres choisissent de dénoncer crûment les réalités de l'hospitalisation dans la revue « Esprit » (« Misère de la psychiatrie »). Enfin, toujours en 1952, une place décisive doit être accordée à la découverte française du premier neuroleptique. Si le démarrage du mouvement de modernisation vers la sociothérapie, la psychothérapie, et les prises en charges groupales s'était certes déjà produit, appuyé seulement sur des thérapeutiques moins maniables (Ayme, 1995 ; Fourquet *et al.*, 1975), la sortie de la chlorpromazine représente clairement une avancée capitale : les effets sur la restauration d'un dialogue, et la possibilité d'écourter ou d'interrompre les hospitalisations sont déterminants.

Le « 13e », fondé en 1954 sous la houlette de Paumelle, Lebovici et Diatkine, représente clairement une préfiguration concrète du secteur. Paumelle, plus encore que de soigner l'institution, veille aux conditions de possibilité de la relation thérapeutique, et en construit l'ouverture vers la cité (Fourquet *et al.*, 1975, Pascal, *et al.*, 2003). Il installe une consultation, des visites à domicile, un service social. Il s'agit d'entrer en contact avec les patients le plus tôt possible, avant l'aggravation ou même l'installation des troubles, dans un environnement ordinaire. L'importance donnée à l'orientation psychodynamique marque jusqu'à aujourd'hui cette création.

Ainsi dans les 10–15 ans de l'après-guerre, la réflexion psychiatrique vit une effervescence productive. C'est sur ce fonds tonique que la politique de sectorisation psychiatrique se constituera, faite de la volonté de transformation de l'institution psychiatrique chez des psychiatres convaincus et convaincants, et de l'intérêt courageux et déterminé de quelques hauts fonctionnaires du ministère de la Santé, parmi lesquels Aujaleu, Jean, Mme Mamelet. L'implication de plusieurs psychiatres militants dans des fonctions de conseillers techniques sera souvent un élément facilitateur.

Principales références législatives et réglementaires

La circulaire du 15 mars 1960

Texte fondateur, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est la pièce maîtresse du renouveau de la psychiatrie. Elle affirme l'hospitalisation comme une « étape du traitement », établit qu'il faut « diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médicosociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le

traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure ». Les principes essentiels sont de « séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu », et d'« entreprendre le soin des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médicosocial efficace leur évitant des récidives. » Partant du surencombrement des hôpitaux psychiatriques existants, elle fait le point des besoins en lits à pourvoir, et donne des indications chiffrées respectant les recommandations contemporaines de l'OMS (trois lits pour 1 000 ha), soit un service de 200 lits (jugé alors optimal) pour un secteur 67 000 ha. Surtout, elle prévoit un dispositif ambulatoire composé du dispensaire d'hygiène mentale (en préférant son installation au sein d'un dispensaire polyvalent plutôt que dans des locaux indépendants), de l'hôpital de jour qui « évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet », du foyer de postcure qui fera « milieu de transition » surtout lors de difficultés d'ordre médicosocial, d'ateliers protégés où le malade, « tout en gagnant sa vie, reste sous surveillance médicosociale ». La circulaire insiste sur la nécessaire articulation de l'extra- et de l'intrahospitalier puisque « chaque membre de l'équipe intra- ou extrahospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres ». Le même médecin fonctionne dans et hors de l'hôpital pour accompagner la sortie. Le psychiatre se déplace donc dans la cité où il exerce un rôle de médiateur entre le sujet malade et la société, et la réinscription sociale du malade confère une dimension politique au projet de soin psychiatrique. Avec cette circulaire, l'essentiel est donc posé, mais certaines lenteurs, dont un changement ministériel, viendront freiner les mises en place avant que le secteur ne (re)démarre sous l'impulsion d'une série de textes.

Entre la circulaire et la légalisation du secteur paraissent plusieurs textes qui influent sur les pratiques psychiatriques

La psychiatrie se sépare de la neurologie et acquiert, au-delà d'une spécialité distincte, le rang de discipline autonome, ce qui consacre sa spécificité (1968). La loi du 3 janvier 1968 régit la protection des biens des incapables majeurs dont le droit est modifié. Les hospitalisés en psychiatrie, même en internement, ne sont plus systématiquement placés sous le régime d'administration provisoire institué par la loi de 1838. Des mesures, nuancées en fonction de l'état clinique peuvent être préconisées, et ce, indépendamment du fait de l'hospitalisation. Cette loi non spécifique sera réformée par celle du 5 mars 2007. Très importants car ils donnent le coup d'envoi des réalisations, l'arrêté et la circulaire du 14 mars 1972 cadrent les créations des secteurs par règlement départemental et conventions, tandis que l'arrêté du 16 mars 1972 définit les buts et moyens de la sectorisation en psychiatrie infantile. La circulaire du 9 mai 1974 fournit des normes d'équipement pour le secteur. Enfin, la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées concerne un grand nombre de personnes : inadaptés physiques, déficients mentaux, et « inadaptés sociaux » qui font une cohorte assez disparate. Des commissions départementales, CDES pour les enfants et COTOREP pour les adultes, statuent sur l'assistance et l'orientation à fournir. Ce texte sera accueilli avec une certaine défiance par les psychiatres : d'une part, parce que la distinction entre la pathologie chronique active et ce qui serait fixé dans le handicap heurte leur perspective thérapeutique ; d'autre part, parce qu'ils redoutent un champ médicosocial sous-doté en personnel formé à la clinique. En revanche, lors de la reconnaissance en février 2005 du handicap psychique à côté de la déficience mentale, sous la persévérante pression des associations de familles et de celles d'anciens patients, il n'y aura quasiment plus de débat : l'évolution des conceptions, la prise en compte des alliances, et les réformes de l'organisation des systèmes sanitaires et médicosociaux auront fait aborder les questions bien différemment.

À partir de la légalisation, un autre train de mesures sera publié

La légalisation du secteur intervient 25 ans après la circulaire fondatrice. La loi du 25 juillet 1985 donne au secteur sa base légale, et le définit dans sa double polarité intra- et extrahospitalière. Il institue le Conseil départemental de santé mentale qui donne des avis et fait des propositions d'organisation et de planification. La loi du 31 décembre 1985 permet

que des patients en placement soient accueillis dans un service de psychiatrie d'un CHG, et plus uniquement en CHS, dans le sens de la déstigmatisation. Essentielle, la loi de finances de janvier 1986 transfère à l'Assurance-maladie et à l'établissement hospitalier la charge des dépenses des structures extrahospitalières jusque-là prises en charge par le département. Ce budget global devait être à même de faciliter le développement des structures ambulatoires et les transformations de lits hospitaliers en structures alternatives. Mais force est de noter que retentissent déjà les mesures d'économie et que ceux des secteurs qui n'avaient pas déjà organisé leur (re)structuration resteront souvent à la traîne. Pourtant les arrêtés et décret du 14 mars 1986 complètent et incitent à l'application la loi du 25 juillet 1985. La circulaire de planification en santé mentale, assortie d'un guide méthodologique, paraît en décembre 1987 et met l'accent sur le redimensionnement à la baisse du parc hospitalier et le développement d'équipements alternatifs à l'hospitalisation. Enfin, la circulaire du 14 mars 1990 est une incitation argumentée pour tenter de corriger l'inégalité des équipements en matière de psychiatrie sur le territoire. Cependant le maître mot de redéploiement y est inscrit, entravant en pratique désormais régulièrement les demandes de créations.

Mentionnons ici des structures très spécifiques : les UMD, unités pour malades difficiles, créées par la circulaire du 5 juin 1950, restent indépendantes de l'organisation sectorielle. Elles tendent aujourd'hui à se régionaliser. Les SMPR, services médicopsychologiques régionaux pour les traitements psychiatriques en milieu carcéral, sont créés en 1985 et se verront inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales. Plus tard, l'arrêté du 20 juillet 2010 puis la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 prévoiront l'ouverture et le fonctionnement des UHSA, unités hospitalières spécialement aménagées pour les détenus souffrant de troubles psychiques.

La psychiatrie au sein du système de santé et de ses réformes

La loi hospitalière de 1970 instaurait la carte sanitaire sans inclure la psychiatrie qui devait définir la sienne séparément. Celle de 1991 rassemble psychiatrie et médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) sous le régime d'une seule carte, bien que les sectorisations psychiatrique et sanitaire ne se recoupent pas. De façon parallèle, c'est à la 3e génération du Schéma régional de l'organisation des soins (SROS) en 2004 que se verra unifiée la planification pour le MCO et la psychiatrie. Cette modification avait été prévue dans l'importante ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 portant sur le système de santé qui fixe la volonté d'inscription des missions des secteurs psychiatriques au sein des territoires de santé. La circulaire concernant le SROS 3 indique que « le secteur est désormais maintenu dans sa seule dimension fonctionnelle », ce que les professionnels ont lu, parfois avec retard, comme la première mise en cause du secteur.

Les ordonnances de 1996 dites Juppé et la création des Agences régionales d'hospitalisation (ARH) emportent des modifications de la vie hospitalière qui prennent également place dans les établissements psychiatriques où apparaissent la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, les contrats d'objectivité et de moyens (COM), la démarche qualité… ainsi que la possibilité de créer et de gérer des établissements sociaux ou médicosociaux, dont certains établissements commenceront à se saisir.

Par ailleurs, l'organisation sectorielle a évidemment été ébranlée par la loi recomposant à partir de janvier 2007 l'hôpital en pôles, dont la vocation est de rassembler plusieurs services, selon une ligne de pensée médicoéconomique. Les stratégies de réponse des établissements à cette exigence ont été variées, mais dans la grande majorité des cas a été réaffirmé l'attachement au secteur comme pratique de proximité, dans son aspect géopopulationnel, dans sa dimension d'équipe à taille humaine, ainsi que de territoire gérable pour des partenariats effectifs.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST), du 21 juillet 2009 devait s'accompagner de mesures spécifiques à la psychiatrie. Le rapport dédié sera finalement sans suite, les professionnels ayant réagi à la séparation de l'hospitalisation des dispositifs ambulatoires comme à une attaque frontale de leurs fondamentaux.

Ajoutons que la psychiatrie a suscité de nombreux groupes de travail et rapports. De façon non exhaustive, retenons que le rapport Massé s'est

résolument inscrit pour l'implantation de la psychiatrie à l'hôpital général. Piel et Roelandt (2001) ont milité pour accentuer le passage de la psychiatrie à la santé mentale, encourageant les coordinations avec les partenaires sociaux dans une volonté marquée de déstigmatisation, jusqu'à se prononcer en faveur d'une loi déspécifiée pour les soins sous contrainte. Les valeurs clés du secteur font l'armature de ce rapport qui accorde une place jusque-là inédite aux familles et aux usagers. Le rapport Clery-Melin, Kovess, Pascal (2003), confirme la place du secteur comme fondamentale, tout en promouvant les complémentarités avec la médecine générale, le privé et le médicosocial. Il a débouché sur un plan d'actions. Enfin, une nouvelle version du plan psychiatrie et santé mentale a été élaborée pour 2011–2015.

Législation de la contrainte aux soins

La loi du 30 juin 1990 vient, plus de 150 ans après, réformer la loi de 1838, pour le bicentenaire de la Révolution française. L'hospitalisation en service libre devient la règle, les hospitalisations sans consentement conservent deux modes de placement, l'attention portée au respect de la liberté individuelle du patient est très aiguë, et se traduit entre autres par l'augmentation du nombre des certificats médicaux et des médecins qui interviennent. La Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) est un organe de contrôle du droit et de la protection des personnes hospitalisées.

C'est dans un contexte politique bien différent – marqué initialement d'un mouvement vers le sécuritaire, puis contrebalancé par la réponse du Conseil constitutionnel à une QPC – que la révision prévue quinquennale a finalement abouti le 5 juillet 2011 à la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Références

Ayme, J. (1995). *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat.* (477p). Ramonville Saint-Agne : Erès.

Bloch, O., & Von Wartburg, W. (1975). *Dictionnaire étymologique de la langue française.* (682p). Paris : PUF.

Ey, H. (1952). À propos d'une réalisation d'assistance psychiatrique à Saint-Alban. *Evolution psychiatrique, III*, 579–582.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique.* (689p). Paris : Gallimard.

Fourquet, F., & Murard, L. (mars 1975). Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible (double). *Recherches, XVII*, 612p.

Lanteri-Laura, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne* (286p). Paris : Ed. du Temps.

Ministère de l'intérieur et des cultes. (1989). *Loi de 1838, discussions des députés et des pairs* (tomes. 5, 982p). Paris : Analectes, Théraplix.

Pascal, J. C., Simonnot, A. L., Faucher, L., & Garret-Gloannec, N. (2003). Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte. *Encyclopedia Medico Chirurgicale, Psychiatrie,* 37-930-N-10, 10p.

Pinel, P. (1996). *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.* (318p). Paris : Lilly France.

Rivière, P. (1973). *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère… présenté par Foucault M.* (424p). Paris : Gallimard, Folio histoire.

Von Bueltzingsloewen, I. (2009). La famine dans les hôpitaux psychiatriques Français sous l'occupation. In *L'Hécatombe des fous* (520p). Paris : Flammarion Champs Histoire.

Chapitre 2

Organisation et fonctionnement du système de soins psychiatriques français

Denis Leguay

Historique

Le concept de « secteur »

Le système de soins psychiatriques français est organisé, depuis les années 1970, sur les bases d'une politique conçue immédiatement après la Seconde Guerre mondiale. Cette politique fut inspirée par une réflexion collective qui associa en mars 1945 l'ensemble des associations scientifiques françaises, réunies en « journées nationales » (Ayme, 1995). Elle attribua d'abord une fonction au système public de soins, en lui assignant des objectifs d'humanisation et de désinstitutionalisation. La prévention, la continuité des soins et le développement des soins ambulatoires furent érigés en principes directeurs. Cette organisation prit le nom de « secteur psychiatrique » (Loi n° 85-1468, 1985) : une population déterminée par son territoire de résidence était suivie par une même équipe pluriprofessionnelle de médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux assurant aussi bien les soins hospitaliers que le suivi ambulatoire, en prévention comme en « postcure ». Une première fois formulée par une circulaire ministérielle du 15 mars 1960, cette organisation se déploya sur tout le territoire français entre 1975 et 1990, tant en psychiatrie d'adultes qu'en psychiatrie infantojuvénile. Elle constitue encore la base du maillage existant.

La psychiatrie privée

La psychiatrie libérale prit son essor en France à partir des années 1970. Elle fut pourvue par une génération beaucoup plus nombreuse que les décennies précédentes de psychiatres formés, après que la psychiatrie, comme discipline médicale enseignée, se fut détachée de la neurologie. Cette génération, dont la formation se fonda alors essentiellement de concepts psychodynamiques, s'installa en cabinet et assura principalement des suivis ambulatoires individuels, en se concentrant sur une pratique psychothérapique.

La psychiatrie libérale hospitalière connut un développement parallèle, mais moins prononcé, et plus hétérogène. Si elle investit significativement certaines régions (Sud-Ouest, Sud-Est, région parisienne), elle ne s'implanta en d'autres que faiblement.

Le secteur associatif

Enfin, une part non négligeable de l'offre de soins fut portée par des structures associatives, dans le champ de l'hospitalisation, mais plus souvent dans le champ de la postcure, sur des projets souvent caractérisés par des objectifs et des techniques de prise en charge particuliers. Aujourd'hui les initiatives associatives se focalisent essentiellement sur

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

le champ médicosocial, avec l'objectif de répondre aux besoins de compensation des personnes en situation de « handicap psychique ».

L'État des lieux des années 2010

Actuellement, l'offre de soins psychiatriques connaît des évolutions contrastées, déterminées autant par l'évolution des techniques et des conceptions que par celle des budgets, qui sont devenus comme partout en Europe nettement plus contraints, et souvent en diminution en termes réels.

L'hospitalisation privée

C'est la partie de l'offre de soins qui a le moins évolué. Elle représente 20 % des lits installés [pour 25 % des patients hospitalisés sur une année (taux de recours annuel : 1,5 pour 1 000)]. Elle n'accueille pas, sauf pour certains établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), de patients hospitalisés sans leur consentement. L'offre de soins libérale ambulatoire ne croît plus depuis le début des années 2000. On compte aujourd'hui neuf psychiatres libéraux pour 100 000 ha, avec de grandes inégalités territoriales (11 pour les psychiatres d'exercice public), avec une prévision de décroissance (point bas à moins 20 %) dans les dix prochaines années avant qu'une remontée n'intervienne (Conseil national de l'Ordre des médecins). Le taux de recours annuel aux psychiatres libéraux est de 2,5 % de la population générale, similaire aux taux de recours au système public, ce qui reste au total très en deçà de la proportion de la population générale justifiant de soins spécialisés (Alonso, *et al.*, 1995). En revanche, les patientèles ont des caractéristiques très différentes, sociodémographiques, diagnostiques et en matière de dépendance au système de soins. Le système libéral accueille des patients globalement plus jeunes, plus actifs, présentant des pathologies moins invalidantes, et faisant le choix d'effectuer une démarche de soins impliquant une ouverture au changement subjectif.

Le système public

Il prend davantage en charge les patients dont la pathologie nécessite l'intervention de l'ensemble des professionnels de l'équipe, et présentant plus fréquemment des pathologies psychotiques (30 % de la file active) ou des troubles graves de l'humeur (30 % de la FA) ou de la personnalité affectant leur autonomie sociale ou leur capacité de consentir aux soins. La file active globale du système public (2,7 % de la population générale chez les plus de 20 ans en 2009) a beaucoup augmenté dans les 15 dernières années (+ 90 %), alors que ses moyens en personnel ont diminué d'environ 10 %. Quinze pour cent des personnes suivies par le système public ont été hospitalisées dans l'année, dont 18 % sans consentement. Cet ajustement n'a pu s'effectuer que par le transfert de moyens des structures hospitalières vers les dispositifs ambulatoires. Le nombre de lits installés (38 000 lits en 2003, 60 lits/100 000 ha) a diminué de 60 % en 15 ans (Coldefy, 2007). Ce mouvement touche à sa fin. Beaucoup d'établissements constatent aujourd'hui un afflux de demandes de soins hospitaliers qui excèdent souvent leurs capacités d'accueil nominales. Pour les observateurs de ce phénomène, son interprétation ne peut être univoque, et ne peut se résumer à une augmentation de la morbidité dont on ne voit pas ce qui la justifierait intrinsèquement. On peut revanche incriminer la conjugaison de phénomènes multiples et intriqués tels la détérioration du lien social et de la solidarité en période de crise, le manque de globalité des réponses apportées par le champ social, ainsi que son défaut de réactivité, la rémanence du schéma culturel que constitue le recours à l'hospitalisation suggéré par un principe de précaution extensif, la tentation collective de la relégation des personnes présentant des troubles du comportement.

En creux, on voit se dessiner ce qui pourrait l'endiguer, en particulier des moyens croissants confiés au champ médicosocial, qui pourraient se substituer aux équipements hospitaliers, mais avec une mission différente. On voit poindre l'émergence de ce mouvement (Charzat, 2002), notamment depuis la loi du 11 février 2005 qui a reconnu les pathologies psychiques comme susceptibles d'induire une situation de handicap (Loi nº 2005-102, 2005), mais on est encore objectivement loin du compte, si l'on considère l'ampleur des besoins, le manque de savoir-faire et de protocoles validés, le manque de professionnels formés, et la rareté des acteurs associatifs en capacité de remplir cette fonction.

Constats et questionnements

Désinstitutionalisation…

L'évolution de l'activité du système de soins psychiatriques, à l'instar de celle de la plupart des pays européens, a donc été depuis 30 ans marquée en France par une vague de désinstitutionalisation. Cette dernière a résulté de facteurs conjugués. Les progrès dans l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses dans la prévention des rechutes, l'évolution des conceptions du soin, et parallèlement celle de la société dans l'exercice de la citoyenneté qu'elle permet ou favorise pour ses membres les plus fragiles, l'émergence des mouvements de représentation des usagers et des familles ont été les principaux. Cette désinstitutionalisation a été voulue, recherchée, mais elle est aussi intervenue à une période historique où un ralentissement de la croissance des dépenses de santé était souhaité. Elle a abouti à ce que depuis 15 ans les dépenses consacrées aux soins de psychiatrie ont crû deux fois moins vite que les dépenses consacrées aux autres pathologies et, compte tenu de l'augmentation des coûts, à une diminution globale des moyens disponibles (Coldefy, 2007).

Comme on l'a vu, cette désinstitutionalisation a surtout porté sur le système public. Une réglementation innovante a permis à partir de 1986 que se mettent en place des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation organisant le soutien et le suivi des patients en ambulatoire, et plus économe de moyens en personnel. Toutefois ce déploiement de structures s'est effectué sans s'appuyer sur une véritable évaluation de la nature et de la quantité des besoins des patients, une réflexion et une définition précise des actions de soins à mettre en œuvre, et sans que soient énoncés les objectifs de santé publique et élaborées les méthodes retenues pour y parvenir. Cette transformation s'est conduite en vertu d'une politique globale, conçue comme une direction générale à suivre (Rapport sur la santé dans le monde, 2001), qui fut appliquée au gré des acteurs locaux, donc de manière très hétérogène en figeant les inégalités d'offre existantes. Aujourd'hui il n'est pas équivalent, en termes de qualité des soins, de souffrir d'une pathologie psychotique en région parisienne, en zone rurale, ou dans une ville moyenne.

La désinstitutionalisation, à priori considérée comme porteuse de progrès pour les patients (Goffman, 1961), et que l'on doit en France à la politique de secteur, peut donc justifier certaines critiques.

Méthodes de soins…

Ainsi par exemple, les méthodes de prise en charge ont été essentiellement influencées par les options des responsables d'équipes de secteur en matière de théories explicatives de la pathologie, de stratégies thérapeutiques, et d'objectifs des soins. En dehors de l'utilisation relativement consensuelle des médicaments, l'importance relative accordée aux conceptions psychodynamiques, sociales, cognitivocomportementales, ou prenant en compte la dynamique institutionnelle, a beaucoup induit les pratiques et l'effet des soins pour les personnes souffrant de troubles chroniques et invalidants. La responsabilité directe donnée aux chefs de secteur sur l'organisation du service rendu à la population dépendant de leur équipe, si elle a permis que se déploie une certaine inventivité, eut aussi certains effets discutables. On peut citer un cloisonnement des pratiques entre différents services d'un même établissement, un certain retard à la mise en œuvre de données issues de la recherche, une tendance à l'entretien d'un « esprit d'équipe » pouvant cultiver la singularité, au détriment du recours aux méthodes thérapeutiques ayant montré leur efficacité. Longtemps, la psychiatrie publique française pensa ainsi assurer l'indispensable sauvegarde de l'engagement subjectif tant des patients que des soignants. Cette époque n'est pas totalement terminée, mais s'éloigne sous l'effet des recommandations des autorités de santé, des conférences de consensus, et de leur appropriation par une nouvelle génération de professionnels.

L'effet de l'organisation des soins sur les pratiques

La mise en œuvre d'une psychiatrie de secteur, généraliste, chargée de répondre à toutes les situations pathologiques rencontrées, eut également pour conséquence de donner dans les faits et pour chacune des équipes la priorité à la gestion des

situations d'urgence et de crise, requérant l'intervention immédiate et paradoxalement les soins hospitaliers. Les dispositifs ambulatoires durent souvent se limiter à organiser un suivi de routine, de consultations médicales ou de fréquentation de structures de jour, avec la seule ambition de fournir un soutien minimal préventif des rechutes. Disposant de trop peu de compétences diversifiées, ils furent dans l'incapacité de réaliser des bilans cliniques approfondis, d'organiser la prise en charge pour écarter les facteurs de décompensation, et permettre aux patients d'acquérir des ressources personnelles protectrices. Comme ailleurs dans le monde sans doute, les équipes de psychiatrie n'avaient pas encore tiré les conséquences de conceptions intégratives de la maladie telles le modèle « stress/vulnérabilité », et des apports du courant de la réhabilitation psychosociale, qui s'applique à élaborer et à valider des méthodes permettant aux patients de retrouver des capacités cognitives, relationnelles, sociales, propres à les aider à faire face aux situations existentielles stressantes susceptibles de provoquer des décompensations, des rechutes, et des réhospitalisations délétères.

Dans l'obligation de répondre à toutes les occurrences pathologiques les équipes de secteur se sont ainsi appliquées à se suffire à elles-mêmes, méconnaissant souvent les ressources thérapeutiques extérieures à leur périmètre d'action, et les besoins d'assistance et d'accompagnement dont les réponses se trouvaient dans le champ médico-social. La France est ici victime des distinctions idéologiques, juridiques, et budgétaires qu'elle fait entre le champ du soin, à la logique assurantielle (« l'Assurance-maladie »), et le champ du handicap, dont la correction relève pour elle de la solidarité nationale (la politique sociale, s'intéressant aux inégalités). À l'inverse d'autres pays, le « *cure* » et le « *care* » ne s'associent que difficilement. Il en résulte une ignorance réciproque entre acteurs, que les différences de formation, de culture, et de réalités de pratiques perpétuent.

Préoccupations sécuritaires

Un autre facteur a plus récemment modifié les pratiques et entravé la dynamique de progrès des prises en charge et de réinsertion des patients présentant des pathologies chroniques. Depuis une dizaine d'années, à l'instar de nombre d'autres pays européens, des préoccupations sécuritaires sont apparues, amplifiées par les médias et relayées par le personnel politique se saisissant de quelques faits divers spectaculaires. Une loi fut votée et promulguée en juillet 2011 (Loi n° 2011-803, 5 juillet 2011) durcissant les conditions de suivi et de sortie des patients supposés ne pas offrir toutes les garanties de respect de l'ordre public. En revanche, cette loi instaurait un contrôle judiciaire plus étroit des soins sans consentement, jusqu'alors principalement gérés par les autorités administratives. Il est encore trop tôt pour évaluer si cette législation fera régresser le sort des personnes ayant recours au système de soins ou s'il s'agit d'une étape de rigueur incontournable légitimement attendue par la société. Au quotidien, à tout le moins, elle ralentit et formalise les étapes des soins sans consentement, qui représentent 1/5e des hospitalisations. Il faut toutefois noter, comme nous l'évoquions plus haut, qu'un ralentissement, et même un arrêt de la diminution du recours aux soins hospitaliers était déjà intervenu depuis environ 5 ans, avec une saturation des lits existants, et que ce phénomène ne peut donc être trop simplement imputé à la nouvelle loi.

Le rôle de la psychiatrie libérale

La place prise par la psychiatrie libérale, comme nous le disions plus haut, est historiquement liée aux années 1970 et 1980 où la démographie des psychiatres fut en forte croissance. Elle en a été marquée, notamment par une pratique prévalente de psychothérapie, en référence aux théories psychodynamiques. Au fil des années sa patientèle a toutefois significativement évolué, avec la banalisation du recours au spécialiste, la déstigmatisation (Giordana, 2010) et la vulgarisation des concepts de santé mentale et de souffrance psychique, la prise en mains par les patients eux-mêmes, davantage acteurs de leur santé et préférant souvent choisir leur thérapeute.

Cette place peut aujourd'hui être interrogée au regard de plusieurs données. L'hétérogénéité géographique de l'installation des psychiatres libéraux, évidemment concentrés dans les zones attractives en termes de qualité de vie, pose le problème de la pertinence de leur réponse aux besoins

de soins. S'il existe des régions où l'on s'en passe sans dommage établi pour la santé publique, à quels besoins répondent-ils dans celles où ils sont nombreux ? Il existe bien entendu des réponses sérieuses (Kovess, 2001) à cette question provocante, mais cette dernière mérite évidemment d'être approfondie. Les modalités de leur intégration dans une logique de répartition des ressources soignantes et de permanence des soins, comme leur implication dans les soins sans consentement devront certainement être prochainement retravaillées.

Perspectives

Nous avons (trop succinctement) déjà abordé quelques perspectives d'évolution, inéluctables, ou souhaitables pour notre système de soins psychiatriques français. Dans cette dernière partie, nous aborderons, en guise de conclusion, quelques thématiques supplémentaires.

Quelle adaptation du système de soins ?

Nous avons déjà évoqué le manque d'adaptabilité du secteur psychiatrique à certains besoins spécifiques (prises en charge de certaines populations (adolescents, personnes âgées, pathologies addictives…), bilans approfondis, interventions requérant des techniques particulières, réhabilitation psychosociale, articulation avec le champ social (Leguay, *et al.*, 2008). Il apparaît aujourd'hui indispensable que se mettent en place des lieux de soins répondant à ces problématiques. Un consensus semble se dégager actuellement autour d'une solution à trois niveaux. Le premier niveau de recours serait précisément celui du secteur psychiatrique. Ce premier niveau ne semble pas, au regret de certains décideurs, pouvoir être assuré aujourd'hui par un autre acteur. Le « secteur » reste incontournable pour offrir la proximité et la continuité des soins spécialisés. Un deuxième niveau serait celui d'une « intersectorialité » correspondant à certains besoins spécifiques, mais encore fréquents à l'échelle d'un territoire (prise en charge des adolescents, gérontopsychiatrie, réhabilitation psychosociale, urgences psychiatriques ambulatoires, etc.). Un troisième niveau serait celui de centres « experts » ou « ressources », correspondant à des problématiques complexes, et/ou impliquant une dynamique de recherche et de technicité. On peut imaginer que ces espaces diversifiés intègrent une offre émanant du secteur libéral. Ces trois niveaux de soins seraient susceptibles de proposer des solutions plus complètes et ajustées. Bien entendu il faudrait définir précisément leurs voies de recours, et leurs articulations fonctionnelles, afin d'éviter l'ignorance réciproque ou la concurrence inutile, source de gaspillages de ressources.

Les usagers

Une autre thématique émergente est celle de la place des usagers et familles, dont la parole publique a pris ces dernières années un poids particulier et probablement décisif. On a pu observer comment l'abord de certaines questions (par exemple celle de la prise en charge des pathologies autistiques en France (Circulaire DGAS/DGS/DHOC/3C, 2005 ; Hochmann, 2009) avait fondamentalement évolué sous leur influence, tant en termes de pratiques de prise en charge que de théories explicatives, et malgré les résistances d'une grande partie de la discipline, ce qui ne laisse d'ailleurs pas d'étonner. Inéluctablement les usagers et proches, personnes directement concernées ou représentants institutionnels, s'intéresseront de façon croissante aux choix effectués par les professionnels, qu'ils soient gestionnaires ou du soin, et ils entendront que leurs avis et priorités soient pris en considération. Il apparaît déjà que leurs préoccupations vont d'abord à la qualité de la vie, à la souffrance que génère l'incertitude ou la solitude devant les problèmes quotidiens à résoudre, aux solutions concrètes pour y faire face. Cette modification des priorités doit être anticipée par les professionnels du soin, qui doivent s'intéresser encore davantage à ce registre, et aux modalités de concertation et de travail qu'il requiert (Roelandt, Desmons, 2002).

Le suicide

Le suicide constitue en France un problème majeur de santé publique. Assez curieusement il est rarement évoqué comme un problème à traiter

et à résoudre par les professionnels de la santé mentale. Les politiques de prévention engagées depuis les années 1990 se voulurent en priorité transversales. Symétriquement – et c'est sans doute une appréciation personnelle – les psychiatres ont eu tendance à le considérer davantage comme un accident secondaire aux pathologies qu'ils traitaient que comme un problème spécifique et à part entière. Personne ne peut dire précisément qui est en charge de cette question, sinon tout le monde au même degré, ce qui est sans doute un facteur de désorganisation et de désinvestissement. La persistance de ce grave problème au fil des décennies justifierait que de nouvelles stratégies soient élaborées et mises en œuvre, notamment en s'appuyant sur la recherche et sur une implication plus directe des professionnels de santé. Le champ de la prévention primaire, par exemple, paraît déserté, alors que les déterminants culturels du suicide semblent être au cœur de la surmortalité constatée par rapport à d'autres pays de développement comparable. A-t-on encore tiré toutes les conclusions de ce constat en termes de stratégies d'action ?

La « santé mentale »

Enfin le champ de la psychiatrie ne peut plus s'aborder dans notre pays sans qu'y soit associé celui de la santé mentale, plus vaste, mais encore imprécis. La question du suicide, évoquée ci-dessus en est un exemple, mais il n'est pas le seul. On peut mentionner les questions de la précarité, de l'exclusion, des comportements antisociaux, des conduites à risque, de l'échec scolaire ou professionnel… S'il est toujours plus délicat d'intervenir sur une aire plus large et plus ouverte, aux multiples déterminants, et échappant en partie au champ de la médecine, il nous semble que les psychiatres ne peuvent s'y dérober. De plus en plus ils sont requis à prendre une parole « citoyenne », à apporter leur éclairage, à décrypter pour l'opinion publique les logiques sociales où la dimension subjective est à l'œuvre. Bien entendu ils doivent le faire en respectant scrupuleusement les principes éthiques qui gouvernent leur métier. Bien entendu ils doivent limiter leurs interventions aux registres où ils sont compétents, et donc ceux de la pathologie et du soin. Mais dans un temps où les points de repère sont fragiles, les éléments qu'ils peuvent apporter au débat public sont clairement sollicités et s'avèrent souvent précieux (Leguay, 2002). Cette dimension « expertale » est l'une des composantes du « métier » et sans doute pas la moindre. Il sera d'autant plus nécessaire aux professionnels de s'y préparer et de s'y former spécifiquement.

Conclusion

Comme dans la plupart des pays occidentaux, le système de soins psychiatriques français est en profonde mutation. Passé en quelques décennies de la gestion charitable et prudente d'une population de personnes présentant des pathologies chroniques à une offre de soins largement ouverte à des problématiques psychologiques universelles, intervenant de surcroît sur un champ *à priori* pathologique mais à la délimitation toujours en débat, ce système va devoir se refonder. Pour cela, il lui faut définir ses objectifs, tracer ses limites, et affirmer ses besoins.

Références

Alonso, J., Angermeyer, Mc., Bernet, S., et al. (2004). Use of mental health services in Europe : results from european study of teh Epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum,* (420), 47–54.

Ayme, J. (1995). *Chroniques de la psychiatrie publique, à travers l'histoire d'un syndicat.* (477p). Paris : Erès..

Charzat, M. (mars 2002). *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* (138p). Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C no 2005-124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).

Coldefy Magali. (2007). La prise en charge de la Santé Mentale – Recueil d'études statistiques. In *La Documentation Française* (316p).

Conseil National de l'Ordre des médecins. *Atlas de la démographie médicale en France.* (Situation au 1er janvier 2011).

Giordana, J. Y., et al. (2010). La stigmatisation en santé mentale. In *Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, ouvrage collaboratif.* Masson.

Goffman, E. (1979). *Asiles - Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus 196; traduction*

de Liliane et Claude Lainé, présentation, index et notes de Robert Castel. Paris : Éditions de Minuit, coll. Le Sens Commun.

Hochmann, J. (2009). La Bataille de l'autisme – Réflexions sur un phénomène social contemporain. *Psychiatrie Sciences Humanies Neurosciences, 7*, 99–111.

Kovess, V. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale.* (210p). Paris : Flammarion.

Leguay, D. (Mai 2002). *Le Système de Soins Psychiatriques Français.* (312p). Paris : MF Éditions.

Leguay, D., Giraud-Baro, E., Lievre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Bantman, P., et al. (décembre 2008). Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. In *L'Information Psychiatrique* (Vol. 84), n° 10. (pp. 885–893). John Libbey.

Loi n° 85-1468 du 31/12/1985 relative à la sectorisation psychiatrique parue au, Journal Officiel du 1er janvier 1986.

Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 (Journal officiel du 12/02/2005).

Loi n° 2011–803 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 (Journal officiel du 6 juillet 2011).

Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001 : La Santé Mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la Santé.

Roelandt, J.l., & Desmons, P. (2002). Manuel de psychiatrie citoyenne : L'Avenir d'une désillusion. (227p). Sous presse.

Chapitre 3

L'hôpital et sa gouvernance : ce que change la loi HPST

Roland Bouet

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) promulguée le 21 juillet 2009 est issue, en ce qui concerne l'organisation interne des hôpitaux, d'un long processus qui a vu se dégager la fonction soignante des autres « utilités » de l'hôpital (Foucault, 1972) et se concentrer le pouvoir de décision entre les mains du directeur, lui-même sous le pilotage étroit de l'agence régionale de santé dont le directeur général est chargé d'appliquer directement les directives élaborées par le ministère.

De la charité à l'hôpital

L'hôpital a d'abord été un lieu d'hébergement et de charité pour les pauvres, malades ou non, avant de devenir progressivement, à partir du XIXe siècle, un établissement de soins.

Les premiers hôpitaux français sont apparus au début du VIe siècle, sur les routes de pèlerinage. Il s'agissait alors pour les évêques, en application du concile d'Orléans (511) de nourrir et héberger les pauvres et voyageurs. Avec le Code justinien en 529, l'hôpital devient une institution.

Ensuite, au XIIe siècle, les léproseries vont apparaître en périphérie des villes. Au Moyen Âge, les hôpitaux sont fondés par l'Église et administrés par des membres du clergé.

Au XVIe siècle, le roi investit des laïcs dans la gestion des hôpitaux (François 1er confie aux « officiers royaux » l'administration hospitalière, Henri II instaure une taxe communale, le « droit des pauvres », pour équilibrer les comptes hospitaliers) (Clément, 2006).

Le 27 avril 1656, au nom du pouvoir royal, est publié « un édit du roi portant établissement de l'hôpital général pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville et Faux-bourgs de Paris ».

Il sera complété par une ordonnance en 1662 promulguant la création d'un « hôpital général dans chaque ville du royaume ». Il s'agit de l'édit de création de l'hôpital général et de « l'isolement de tous ceux qui dépravent la société ».

Les hôpitaux seront nationalisés sous la convention (décret du 23 messidor au II-1794), puis municipalisés par la loi du 16 vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796).

Depuis, les hôpitaux sont restés rattachés à la commune. Une loi du 7 août 1851 a donné naissance à l'hôpital autonome (avec personnalité morale) rattaché à la commune. Auparavant, la loi du 30 juin 1838, à l'initiative de l'aliéniste Esquirol, avait fait obligation aux départements d'ouvrir des établissements destinés à recevoir les aliénés.

Les progrès de la médecine, ceux de la couverture sociale vont faire évoluer l'hôpital jusqu'à la loi du 21 septembre 1941 et au décret du 17 avril 1943 qui fixent les institutions modernes hospitalières.

L'hôpital a vu son rôle évoluer depuis une institution religieuse à caractère caritatif, reprise en main par le pouvoir royal en tant qu'institution de la régulation sociale, puis un établissement communal à finalité sociale et sanitaire au début du XIXe siècle, et enfin un établissement de soin organisé par l'État à partir de 1941.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Naissance de l'hôpital moderne (Vichard, 2007)

La loi de 1941 introduit :

- la hiérarchie hospitalière : centres hospitaliers régionaux, hôpitaux, hôpitaux-hospices, hospices ;
- le directeur, agent appointé par l'établissement ;
- la Commission médicale consultative ;
- les cliniques ouvertes ;
- la participation des personnels non médicaux à la Commission administrative ;
- l'organisation médicale en service.

À partir de cette date, le pouvoir à l'hôpital va s'organiser autour de trois pôles :

- la Commission administrative ;
- la Commission médicale consultative ;
- le directeur qui en 1941 est essentiellement un exécutant.

Une ordonnance de 1945 installe un représentant des caisses de Sécurité sociale dans la Commission administrative.

Trois ordonnances successives constituent une véritable réforme hospitalière :

- le 11 décembre 1958, portant réforme hospitalière ;
- le 13 décembre 1958, relative à la coordination des équipements sanitaires ;
- le 30 décembre 1958, portant réforme hospitalo-universitaire.

La Commission administrative voit se réduire le poids des représentants du conseil municipal de la commune de rattachement.

Le pouvoir du directeur s'élargit sur le plan financier.

Les décrets du 24 septembre 1960 et du 24 août 1961 vont créer un corps de médecins hospitalo-universitaires et instituer le temps plein médical dans tous les établissements.

Rationalisation du système hospitalier

La loi du 31 décembre 1970 s'affiche comme une loi exclusivement sanitaire. Elle propose une nationalisation du système hospitalier, et fonde le service public hospitalier.

Elle crée les conseils d'administration avec une compétence d'attribution limitée à 14 rubriques.

Elle donne une compétence générale au directeur, qui gère et valide tous les actes nécessaires à la vie de l'hôpital. Il est devenu le représentant légal de l'établissement dans tous les actes de la vie civile.

« Cette loi se caractérise par la volonté des pouvoirs publics de régenter l'ensemble des hôpitaux et cliniques afin de les réorganiser en système permettant l'égalité d'accès aux soins dans le cadre d'une médecine de grande qualité » (Safon, 2011) :

- elle permet le développement des services d'urgences avec les SMUR et SAMU ;
- la psychiatrie intègre le droit commun ;
- elle crée plusieurs instances participatives (Comité technique paritaire, Commission administrative paritaire ou Commission d'hygiène et sécurité) ;
- elle promeut le droit des malades, avec le libre choix du médecin et de l'établissement par le patient, ainsi que la possibilité d'accéder à son dossier médical hospitalier par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné par le demandeur.

De 1970 à 1991, le mouvement législatif marque la volonté des pouvoirs publics de recentrer les hôpitaux sur leurs plateaux techniques au détriment de leur mission hôtelière initiale.

Le mode de tarification (à la journée) va être modifié par une loi du 13 janvier 1983 et son décret d'application du 11 août 1983 qui mettent en œuvre la dotation globale de fonctionnement.

La loi du 3 janvier 1984 :

- crée les départements qui doivent se substituer aux services ;
- donne une compétence consultative en matière budgétaire au Comité technique paritaire ;
- accorde le pouvoir d'évaluer les soins aux Commissions médicales consultatives.

La loi du 31 décembre 1985 donne un cadre légal à la sectorisation psychiatrique.

La loi du 24 juillet 1987 accorde une plus grande participation des médecins à la gestion :

- restauration des services médicaux et des chefferies de service ;

- possibilité de créer des pôles d'activité à l'intérieur des services et des départements, regroupant plusieurs services ou des parties de ceux-ci ;
- création de la Commission médicale d'établissement (CME) se substituant à la Commission médicale consultative. Elle se voit reconnaître une compétence d'attribution en matière de choix médicaux.

La loi du 31 juillet 1991 modifie profondément la loi de 1970 à laquelle elle se substitue : en matière de gouvernance, on note la transformation du Comité technique paritaire en Comité technique d'établissement (CTE), entièrement composé de représentants élus du personnel et présidé par le directeur ainsi que la création d'une direction des soins infirmiers.

Elle supprime la tutelle sur tous les actes de gestion du Conseil d'administration avec seulement son maintien sur les actes financiers (budgets, comptes) et sur le projet d'établissement.

Elle modifie l'organisation médicale en offrant la possibilité de réunir les activités dans des départements ou des fédérations, voire de voter des formes d'organisation spécifiques. L'unité de base est l'unité fonctionnelle placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier : il s'agit de responsabiliser les praticiens hospitaliers non chefs de service au travers du pilotage de structures qui restent coordonnées par un chef de service (Lachèze-Pasquet, Stingre, 1999).

Remèdes à la « crise » de l'hôpital

Le 24 avril 1996, trois ordonnances relatives à la maîtrise des dépenses de santé paraissent. L'une d'entre elles « porte réforme de l'hospitalisation publique et privée ». Elle intéresse tous les aspects de l'organisation hospitalière ; la loi du 31 juillet 1991 n'est pas abrogée, les nouvelles dispositions s'ajoutent aux textes déjà applicables. Le droit des malades est renforcé avec « l'exigence d'une évaluation régulière du degré de satisfaction du patient » et la mise en place d'une commission de conciliation. Tous les établissements vont faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation : les certifications menées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES - nouvel établissement public national). Une ordonnance met en place les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avec lesquelles les établissements doivent signer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans le même temps, les établissements sont invités à mettre en place une contractualisation interne. Diverses formes de coopération entre établissements et des réseaux de soins sont développées et formalisées sous l'égide des ARH. Les structures internes de gouvernance sont modifiées :

- le CA n'est plus obligatoirement présidé par le maire et les usagers viennent y remplacer les représentants des caisses de Sécurité sociale ;
- la CME est chargée d'organiser la formation continue des médecins (Clément, 1997).

Les années suivantes vont voir se développer deux nouvelles dimensions de la vie institutionnelle à l'hôpital :

- l'évaluation :
  - qualitative avec la mise en place de l'ANAES (décret du 7 avril 1997), qui va mettre en œuvre l'accréditation des établissements après une période d'expérimentation en 1999 ;
  - quantitative avec la montée en charge du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- l'amélioration de la prise en compte des usagers en tant que partenaires.

La loi du 4 mars 2002 transforme notamment les droits des malades en droits des patients en engageant ces derniers à se constituer en associations pour mieux gérer les intérêts des consommateurs de soins.

Le plan hôpital 2007, mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, vise à moderniser les statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale.

Trois axes structurent ce plan :

- passer d'une régulation administrée à l'autonomie ;
- accompagner les évolutions de la recomposition hospitalière ;
- assouplir et moderniser les hôpitaux publics (gestion interne des hôpitaux, régime budgétaire, culture des résultats et de la qualité, contractualisation).

Une ordonnance du 2 mai 2005 « simplifiant le régime juridique des établissements de santé » instaure « la nouvelle gouvernance » :

- elle impose les pôles d'activités cliniques et médicotechniques ;
- elle instaure la tarification à l'activité ;
- le budget s'appelle désormais « l'état prévisionnel des recettes et des dépenses » ;
- la gouvernance est exercée par un conseil exécutif, présidé par le directeur, composé à moitié par des représentants de la direction et du personnel médical. On peut parler d'une véritable « cogestion médecin-administration.

Le plan hôpital 2012 vient relayer le plan hôpital 2007 : il propose un « accompagnement du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) », une « mise aux normes de sécurité » et renforce l'amélioration technique des établissements aux plans immobiliers et des systèmes d'information.

La loi HPST

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST) a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de soins. Le titre 1 est consacré aux établissements de santé dont il propose la modernisation en rénovant leurs missions et leur organisation interne. Cette loi exprime la volonté politique du gouvernement mis en place après l'élection de M. Sarkozy en 2007. Celui-ci avait annoncé son programme pour l'hôpital lors d'un discours tenu au CHU de Bordeaux le 16/10/2007.

Pour réaliser l'objectif d'un « hôpital moderne, performant, attractif », il affirme sa volonté que celui-ci soit dirigé par « un patron et un seul ».

Il installe une commission chargée de conduire une concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par l'ex-ministre Gérard Larcher. Celle-ci rendra ses conclusions le 10/04/2008. À partir de là, le projet de loi va commencer à s'élaborer.

Il est présenté par ses promoteurs comme s'inscrivant dans « la continuité des différentes réformes en cours ou réalisées ».

« Après la mise en place des pôles, le projet de loi continue à réformer la gouvernance des établissements publics de santé en mettant en place de nouvelles instances de pilotage ».

Son élaboration va mobiliser de nombreuses organisations, syndicales et autres, des professionnels de santé du secteur hospitalier : les principaux griefs concernent le risque d'un hôpital public « affaibli et déstructuré » et demandant une loi spécifique de réforme hospitalière, la loi HPST ayant un champ beaucoup plus large.

Le ministre précise, en amont du débat parlementaire, les principaux axes de la réforme :

- substitution du Conseil d'administration à un Conseil de surveillance constitué de trois collèges (élus personnes qualifiées dont un représentant des usagers, représentant des personnels), limité en nombre dont le président sera élu parmi les membres des collèges des élus et personnes qualifiées ;
- un pilotage des hôpitaux publics qui doit s'appuyer sur un chef d'établissement disposant de l'autorité et de l'autonomie ;
- un niveau régional (ARS) « à même d'apprécier la pertinence des actions engagées par l'établissement, tant en interne sur son territoire qu'en coopération avec les autres acteurs de santé ».

Une version intermédiaire d'un avant-projet de loi circule début septembre 2008 (après un arbitrage interministériel du 29 août) et fait l'objet de nombreux commentaires. Différentes hypothèses sont testées mais l'architecture générale de la loi apparaît déjà clairement.

Une concertation est prévue du 15 au 30 septembre avec une cinquantaine d'organisations dans un cadre très précis.

Le calendrier des débats parlementaire est annoncé.

La gouvernance hospitalière repose sur trois piliers :

- un directeur d'établissement, président du directoire, conforté et responsabilisé dans ses attributions ;
- un organe délibérant, le conseil de surveillance, recentré sur la définition d'orientations stratégiques ;
- un organe de conseil de l'exécutif, le directoire, qui implique la communauté médicale.

Le projet de loi prévoit un nouveau statut du praticien contractuel à rémunération variable. De même, il est prévu de faire évoluer le statut du praticien hospitalier avec la possibilité pour le directeur de « valoriser un engagement managérial ou institutionnel ».

Le projet de loi sera déposé par la ministre Roselyne Bachelot-Narquin le 22 octobre 2008.

Celui-ci consacre l'aboutissement d'un long mouvement de redistribution des pouvoirs à l'hôpital enclenché par la loi du 21/12/1941. Depuis celle-ci, dite « charte hospitalière », les commissions administratives (qui géraient les établissements au nom de la commune-siège avec une forte représentation des conseillers municipaux) perdent progressivement leur pouvoir au profit du Ministère.

Trois éléments étaient apparus les années suivantes :

- la mise en place du plan comptable en 1953, qui permet au directeur d'acquérir une certaine autonomie ;
- la promulgation en 1955 d'un statut du personnel ;
- la croissance des admissions liée à la socialisation de la dépense.

Ce mouvement avait été renforcé par les ordonnances de 1958 avec :

- l'augmentation du nombre des membres du conseil d'administration ;
- la limitation des pouvoirs du maire dans la nomination des personnels ;
- les nouvelles prérogatives du ministère, comme la nécessité d'un avis sur les créations et les extensions d'activité, le contrôle des programmes et les grandes orientations de la politique sanitaire ;
- les délibérations du conseil d'administration obligatoires dans des domaines limités ;
- l'augmentation des pouvoirs du directeur.

La loi de 1970 attribuait une délégation du pouvoir de gestion au directeur. L'hôpital devenait un service déconcentré de l'État.

La loi de 1991 donnait de nouvelles attributions au conseil d'administration et de nouvelles responsabilités au directeur (Domin, 2008).

La loi hôpital, patient, santé et territoire, en 2009, fait disparaître les conseils d'administration, remplacés par les conseils de surveillance aux compétences recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle.

Ils délibèrent dans cinq domaines contre 14 attribués aux conseils d'administration par l'ordonnance de 2005.

« Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé ».

« Le projet prévoit que l'équipe de direction devra tenir compte dans sa gestion interne, des éléments contenus dans les CPOM. Le directeur sera évalué en fonction du respect des objectifs fixés dans ces contrats ».

On peut conclure à un accroissement de l'intervention publique (*via* les agences régionales de santé) dans le fonctionnement des établissements.

Le décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé attribue à celle-ci des compétences générales en distinguant les domaines où elle est consultée (au nombre de neuf) et ceux où elle doit être informée (au nombre de 10). Il précise en un autre article ses attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il fixe sa composition avec des membres de droit, des membres élus répartis par catégorie, et liste des membres qui assistent avec voix consultative. Cependant, la CME ne traite plus des « affaires médicales », elle ne prépare plus avec le directeur et le conseil exécutif le projet médical d'établissement (désormais, elle n'est que « consultée » sur cette question) et elle n'est « qu'informée » sur la « politique des recrutements des emplois médicaux, ainsi que « l'organisation interne de l'établissement ». L'article concernant sa composition laisse une grande latitude aux établissements quant à la répartition quantitative des catégories de membres. Par ailleurs, les membres de droit sont désignés par le directeur (il s'agit des chefs de pôle). Le président de la CME, vice-président du directoire, bénéficie d'une définition de son rôle par un décret du 30 décembre 2009 qui en détaille les éléments, conjointement avec le directeur à propos de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de

prise en charge des usagers, de l'élaboration du projet médical de l'établissement et son rôle propre de coordination de la politique médicale de l'établissement dans les domaines suivants :

- diffusion et élaboration des bonnes pratiques médicales ;
- coordination de la prise en charge du patient ;
- promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;
- coordination du plan de développement continu des personnels médicaux.

On peut noter que son rôle est plus spécifique que celui de la CME qui n'est que consultée ou informée (projet médical, développement professionnel continu) ou ignoré (coordination de la prise en charge du patient).

Les syndicats de praticiens hospitaliers s'étaient inquiétés de la dissociation introduite par la loi entre le président et la CME. Il y avait en effet une crainte qu'un président mal élu par une CME réduite, dont certains membres étaient désignés par le directeur, ne devienne que le « faire-valoir médical » de celui-ci. Le « couple » directeur/président du directoire et président de CME/vice-président du directoire, risquait de se retrouver entraîné dans une dynamique largement pilotée par le calendrier de l'ARS et déconnectée de la nécessaire confrontation avec le corps médical figuré par la CME, le corps médical étant par ailleurs fragmenté par la multiplication des statuts.

Plus récemment, la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) par la voix du sous-directeur des ressources humaines du système de santé, a exprimé son souhait d'une gestion « combinée, intégrée, intelligente du personnel médical et non médical » qui nécessiterait une évolution des instances des représentants du personnel. Cela « réinterrogera le format à un moment donné de la CME » (dépêche APM du 27/09/2012). Par un communiqué du 2 octobre 2012, les trois conférences de présidents de CME (CHU, CH et CHS) se sont « étonnés de ces déclarations » et « s'interrogent sur le fait qu'une réflexion puisse être menée dans ce domaine sans qu'elles y aient été associées ». « Les trois conférences affirment que les médecins hospitaliers attendent plutôt un renforcement de la médicalisation de la gouvernance et une plus grande place des CME dans ce domaine » (dépêche APM du 2 octobre 2012).

Les compétences du CTE connaissent une évolution parallèle à celle de la CME : il est consulté sur les projets de délibération du conseil de surveillance, les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, la politique générale de formation du personnel.

Il est informé, et non plus consulté, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et sur les différentes modalités de coopération hospitalière.

Au total, « en supprimant les différentes légitimités, par essence conflictuelles, de l'hôpital, l'état devient seul arbitre ». L'affaiblissement des contre-pouvoirs et de l'exécutif collégial est inscrit dans le texte de la loi « qui délibérera, donnera un avis, sera consulté mais ne décidera jamais » (J. De Kervasdoué) (Madoire, 2010).

La réforme HPST affiche deux principaux objectifs politiques, organisationnels et administratifs :

- rendre effectif et efficace la politique de santé publique en région. La loi offre aux pouvoirs publics une simplification des circuits de décision avec le nouvel interlocuteur unique régional : le directeur général de l'ARS, véritable « décideur coordonnateur régional » (Wenger, 2009) ;
- rendre possible une régulation coordonnée de l'offre de santé et de services médicosociaux en région.

L'ARS devient un établissement public de l'État à caractère administratif auprès duquel sont transférés les personnels de sept organismes distincts dont l'ARH.

Le principe général est énoncé : « un seul décideur par région et par établissement » : le directeur général de l'ARS est chargé de la mise en œuvre de la politique régionale de santé, de la planification territoriale de santé, de la programmation d'objectifs et de moyens. Il autorise la création et les activités des établissements et services de santé.

Pour les établissements de santé autres que les CHU et les CHR, le directeur général de l'ARS participe à la procédure de nomination du directeur. Celui-ci sera nommé par le directeur général du Centre national de gestion (organisme mis en place par la loi HPST) sur une liste d'au moins trois noms proposés par le directeur de l'ARS, après avis du Conseil de surveillance. De même, il réalise l'évaluation du directeur.

Conclusion

On peut dire que la loi HPST actualise le projet initié par la loi de 1941 qui instituait l'hôpital comme établissement de soins organisé par l'État. Il n'y a plus de conseil d'administration, l'hôpital connaît un seul pilote : le directeur, qui lui-même dépend hiérarchiquement du directeur général de l'ARS. Par ailleurs, en séparant le rôle propre du président de CME des prérogatives antérieures de la CME, le texte confirme le déclin d'une spécificité de la représentation médicale confiant au président de la CME, aux médecins membres du directoire et aux chefs de pôles un statut de conseillers du directeur et d'exécutants de la politique négociée avec l'ARS.

Références

Clément, J. M. (2006). *Mémento de droit hospitalier.* (11e ed.) (204p) Paris : Berger-Levrault.

Clément, J. M. (1997). La Réforme Hospitalière. In *L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée* (228p). Bordeaux : Les études hospitalières.

Domin, J. P. (2008). Hôpital, patient, santé, territoire… cinquante ans de politique hospitalière. *Gestions Hospitalières, 481*, 698–702.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique* (583p). Paris : Gallimard.

Lachèze-Pasquet, P., & Stingre, D. (1999). *L'administration de l'hôpital.* (8e ed.) (261p). Paris : Berger-Levrault.

Madoire, A., Pean, S., Paty, A., & Prigneau, F. (2010). Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ? *Gestions hospitalières, 492*, 9–15.

Safon, M. O. (2011 septembre). *Historique des réformes hospitalières en France* (32p). In IRDES (En ligne). http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf. Consulté le 08/11/2012.

Vichard, P. (2007). La loi hospitalière du 21 décembre 1941 origines, conséquences. *History of Science and Medicine, 1*, 61–70.

Wenger, F. O. (2009). Les aspects Généraux. *Décision Santé, 259*, 6–9.

Organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

CHAPITRE 4

Gérard Laurencin

Créés en application de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire[3]. Chacun est rattaché à un établissement hospitalier public et comporte un Service médicopsychologique régional (SMPR), aménagé dans un établissement pénitentiaire et placé sous l'autorité d'un psychiatre assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement.

Depuis la loi n° 94-4 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues. Il assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, et concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. Toutes les personnes détenues sont immatriculées et affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général[4]. Chaque établissement pénitentiaire est rattaché par convention à un établissement public de santé, qui crée au sein de l'établissement pénitentiaire, une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), animée par une équipe composée de personnel hospitalier.

La création en 2002 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) ouvre sur l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux dans un établissement de santé, avec ou sans leur consentement[5].

La loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 affirme le respect du droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation et indique que ne peuvent être demandés au personnel sanitaire intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues ni une expertise médicale.

La prévalence élevée des troubles psychiatriques et mentaux chez les personnes détenues a contribué à poursuivre l'adaptation du dispositif d'offre de soins en santé mentale en milieu pénitentiaire[6], traduite dans le guide méthodologique

[3] Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales.

[4] Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

[5] La loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice, titre V : « Dispositions relatives à l'amélioration du fonctionnement et de la sécurité des établissements pénitentiaires ».

[6] Plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice et des Libertés, octobre 2010.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié en octobre 2012[7].

Les schémas régionaux d'organisation des soins et le projet régional de santé (SROS-PRS) doivent intégrer l'offre de soins en milieu pénitentiaire et en définir les objectifs et les moyens. L'organisation des soins en milieu pénitentiaire est une composante du projet d'établissement de chaque établissement de santé. Lorsque les soins psychiatriques et les soins somatiques sont sous la responsabilité de deux établissements de santé distincts, l'établissement de santé en charge des soins somatiques est l'interlocuteur privilégié de la direction de l'établissement pénitentiaire. Un protocole détermine les conditions de fonctionnement et rappelle les obligations respectives du ou des établissements de santé et de l'établissement pénitentiaire. Une convention précise les modalités de fonctionnement de ces deux dispositifs de soins.

Contexte

En 2003, la DREES a procédé à un recueil d'informations sur les facteurs de risque auxquels sont exposés les entrants, les pathologies constatées et les traitements en cours. Si huit entrants sur dix ont été jugés en bon état de santé général, un sur dix se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie[8]. La souffrance psychique en milieu pénitentiaire est attestée par les observations quotidiennes des personnels soignants exerçant en milieu carcéral[9].

La population détenue est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales en grande précarité, sans travail, sans domicile, sans soutien de l'entourage, au niveau éducatif peu élevé, avec un faible recours au système sanitaire avant l'incarcération. Les personnes détenues handicapées ainsi que vieillissantes ou âgées, les femmes détenues ont des besoins de santé plus spécifiques.

On observe une augmentation récente des actes autoagressifs dans les établissements pénitentiaires. Le taux de suicides sous écrou en France (17 pour 10 000 en 2011) reste un des plus élevé de l'Union européenne, à l'instar du taux de mortalité toutes causes confondues (40,5 pour 10 000).[10] Le risque suicidaire est quatre fois plus élevé pour les prévenus que pour les condamnés. Environ 15 % des suicides ont lieu dans les dix premiers jours d'écrou, 2/3 des suicides étant perpétrés au-delà des trois premiers mois. Les personnes détenues se suicident six fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans.[11] À noter l'absence de travaux en France sur le suicide en détention et ses rapports avec les troubles mentaux.

De longue date, on observe la fréquence élevée des pathologies psychiatriques en milieu pénitentiaire. En 2002, Fazel et Danesh retrouvent chez les hommes incarcérés 3,7 % de psychoses chroniques, 10 % de troubles dépressifs caractérisés et 65 % de troubles de la personnalité incluant 47 % de personnalités antisociales. Chez les femmes, ils font état de 4 % de psychoses chroniques, 12 % de troubles dépressifs et 42 % de troubles de la personnalité.[12] La prévalence des troubles schizophréniques dans les prisons françaises selon l'étude publiée en 2006 par Rouillon et Falissard est entre 3,8 et 8 %, celle des psychoses chroniques entre 1,6 et 8 %, les troubles dépressifs concernant 35 à 40 % des personnes détenues.[13] On ne retrouve d'études ni sur le lien entre maladies mentales et violences agies en détention ni sur les violences

7 Circulaire interministérielle nº DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

8 Mouquet MC. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », DREES, Études et résultats, Nº 386, mars 2005.

9 « L'évaluation de la souffrance psychique liée à la détention », Rapport final, GRESP-ADNSMPL, juin 2008.

10 Tournier P-Y. « Les décès sous écrou, réponses pénales, la criminalité en France », rapport 2012, INHESJ/ONDRP.

11 Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J-L. Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population 1 Sociétés, Nº 462, Décembre 2009.

12 Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners : a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002 ; 16 ; 359(9306) : 545–50.

13 Falissard B, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006. http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/33.

subies en détention par les personnes souffrant de troubles mentaux[14].

Organisation des soins en milieu pénitentiaire

Les personnes détenues doivent bénéficier du même niveau de soins médicaux que la population vivant en milieu libre, s'agissant de l'accès au médecin, de l'équivalence des soins, du consentement du patient et de la confidentialité, de la prévention sanitaire, de l'intervention humanitaire, de l'indépendance et de la compétence professionnelle[15].

Les personnes détenues bénéficient de toutes les dispositions en faveur des droits des patients. Le secret professionnel s'impose à toute personne exerçant au sein des structures sanitaires en milieu pénitentiaire. Le patient détenu prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui a fournies, les décisions concernant sa santé. Les soins mis en œuvre, sous réserve du consentement des patients, sont adaptés aux troubles psychiques présentés. Toute action favorisant l'alliance thérapeutique doit être recherchée[16].

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, structurés en trois niveaux[17] dissymétriques :

- Niveau 1. Seuls les soins ambulatoires somatiques peuvent également être assurés en milieu hospitalier lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés en milieu pénitentiaire.
- Niveau 2. Pour les soins somatiques, les soins en hospitalisation de jour sont assurés en milieu hospitalier, alors que pour les soins psychiatriques, l'hospitalisation de jour est organisée en milieu pénitentiaire au sein d'une unité sanitaire, le cas échéant d'un SMPR.
- Niveau 3. Alors que les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont concernées par les seules personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté de façon continue à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire[18], s'y ajoutent pour les UHSA les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon discontinue (personnes semilibres, bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire)[19].

Niveau 1 : soins psychiatriques ambulatoires dans les unités sanitaires et les services médicopsychologiques régionaux

Les unités sanitaires de niveau 1 incluent un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP). L'activité ambulatoire des services médicopsychologiques (SMPR) relève aussi du niveau 1. Les locaux sont fréquemment vétustes, parfois bien agencés, le plus souvent insuffisants.

Le DSP, ou le SMPR le cas échéant, assure l'ensemble des activités de consultations individuelles et de prises en charge de groupe à l'instar des CMP et CATTP. L'accès à l'ensemble de ces activités de soins doit pouvoir être assuré pour tous les hommes et les femmes détenus dont l'état de santé le nécessite. L'administration pénitentiaire doit veiller à optimiser les mouvements de détenus.

La réglementation ne prévoit pas l'accueil systé-

[14] Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, Rapport d'orientation de la commission d'audition, Haute Autorité de santé, mars 2011.

[15] Normes du CPT. Conseil de l'Europe, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010.

[16] Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011–2015. Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

[17] Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

[18] Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

[19] Circulaire interministérielle n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

matique des entrants par les DSP ou le SMPR. Les modalités concrètes de l'entretien d'accueil sont définies dans le cadre de protocoles locaux. Il est assuré par le personnel infirmier, parfois des psychologues ou des médecins, précocement après l'incarcération ou de manière différée.

Les prérequis aux soins sont le consentement de la personne et la garantie de la confidentialité des échanges. Le prise en charge et l'accompagnement des patients détenus est un élément atténuant la souffrance psychique. Les soignants ne se limitent pas à une seule posture d'attente de la demande du patient mais travaillent fréquemment à son émergence. L'incitation aux soins concerne notamment les personnes souffrant de pathologies mentales ou d'addictions ainsi que les auteurs de violences sexuelles[20].

Le juge de l'application des peines informe une personne condamnée à un suivi sociojudiciaire comprenant une injonction de soins de la possibilité d'entreprendre un traitement. Il peut aussi proposer à toute personne condamnée pour laquelle un suivi sociojudiciaire pouvait être encouru de suivre un traitement durant sa détention si un médecin estime que cette personne est susceptible d'en faire l'objet. En milieu pénitentiaire, il n'existe ni soins pénalement ordonnés (obligation ou injonction de soins) ni soins sous contrainte (programme de soins[21]).

Les décisions cliniques relatives à la santé des personnes détenues sont fondées sur des critères médicaux. Le personnel de santé exerce son activité en toute indépendance, dans la limite de ses qualifications et de ses compétences[22].

Les modalités de soins consistent en prises en charge individuelle et groupale. Celles-ci sont plus complexes à développer et nécessitent une bonne coopération de l'administration pénitentiaire ainsi que des locaux adaptés. Elles peuvent s'adresser à des groupes présentant des problématiques particulières. Les ateliers thérapeutiques s'appuient sur divers médias.

Le médecin remet au patient des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers. Une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux personnes condamnées qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en suivant une « thérapie destinée à limiter les risques de récidive » à l'instar du travail, de la formation ou du remboursement des parties civiles. De fait, le soin peut revenir à une formalité parmi d'autres dans le parcours d'exécution de la peine.

La régularité des prises en charge individuelles et groupales est nécessaire à la qualité des soins et prévient de certaines situations d'urgence. Le soin en milieu pénitentiaire intègre la continuité des soins à l'issue de leur période d'incarcération, en facilitant aux patients l'accès aux systèmes de droit commun et en les incitant à prendre en charge leur santé. L'accès aux soins en situation d'urgence doit être assuré pour les personnes détenues hors des heures d'ouverture, notamment la nuit et le week-end.

Niveau 2 : hospitalisation de jour

L'hospitalisation en SMPR répond à cette qualification d'activité d'hospitalisation de jour. À terme, l'ensemble de la population pénale d'un secteur géographique donné doit pouvoir avoir accès à cette offre de soins et chaque région disposer d'au moins une unité sanitaire de niveau 2, que ce soit au sein de l'établissement siège du SMPR ou dans un autre établissement.

L'hospitalisation de jour en psychiatrie suppose un accès facilité du patient aux différentes activités et consultations tout au long de la journée. Des cellules spécifiques sont dédiées à l'hébergement des patients pris en charge en hospitalisation de jour. Doubles dans la limite d'un tiers du nombre de places, elles sont gérées par l'administration pénitentiaire. Les admissions sont prononcées par le directeur de l'établissement de santé sur proposition médicale. La décision d'affectation au sein d'une cellule d'hébergement est prise par le directeur de l'établissement pénitentiaire sur demande exclusive du médecin responsable, qui décide de la date d'admission et de sortie. L'admission peut être prononcée pour toute personne détenue relevant de

[20] Michel L, Brahmy B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire.Paris : Heures de France ; 2005.

[21] Loi n° 2011-803 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.

[22] Recommandation N° R(98)7 du Comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire. Conseil de l'Europe, comité des Ministres, 8 avril 1998.

la zone géographique de son ressort. Le transfert est organisé par l'administration pénitentiaire dans les délais les plus brefs. Les structures d'hospitalisation de jour sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture y compris les dimanches et jours fériés[23].

Le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention. Les personnels de surveillance tiennent compte de la spécificité des malades détenus pris en charge, respectant le caractère médical de ce lieu de soins. La collaboration entre personnels de surveillance et professionnels sanitaires est indispensable. Des formations d'adaptation à la fonction sont organisées localement.

Coordination régionale

La spécificité des SMPR repose sur sa double mission de coordination au niveau régional et de conseil technique auprès des dispositifs de soins en psychiatrie du secteur. Ils promeuvent toute réflexion, animent toute réunion permettant de confronter les expériences et participent à des actions de formation et de recherche[24].

Mission concernant la prévention et l'éducation pour la santé

La mission d'éducation pour la santé (EPS) est mise en œuvre dans la grande majorité des établissements. Si les DSS des unités sanitaires sont au centre du dispositif, il existe souvent un partenariat de terrain notamment entre professionnels de santé et professionnels pénitentiaires, facilitant l'élaboration de programmes et la mise en œuvre d'actions nombreuses et variées, dont les thèmes reflètent les problématiques de santé les plus fréquentes des personnes détenues[25].

Expertise en milieu pénitentiaire

L'expertise médicale d'une personne détenue ne doit pas être réalisée au sein des structures de soins en milieu pénitentiaire et le médecin de l'unité sanitaire ou du SMPR étant médecin traitant ne peut pas être désigné comme expert. En raison du manque patent de psychiatres acceptant des missions d'expertise, les délais de leur réalisation peuvent être suffisamment longs pour conduire à la remise en cause de projets d'aménagement de peine.

Niveau 3 : hospitalisations à temps complet avec et sans consentement en milieu hospitalier

Les hospitalisations à temps complet intègrent les hospitalisations au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), les hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale et les hospitalisations au sein des unités pour malades difficiles (UMD).

La mise en œuvre d'une hospitalisation d'office en d'application de l'article D. 398 du Code de procédure pénale peut conduire à de vives tensions[26]. La féminisation des équipes de soins ainsi que la crainte d'une confusion entre les missions de soins et de garde et l'éventuelle recherche en responsabilité en cas d'évasion,[27] renforcés par leur constante augmentation, y participent, d'autant que les patients détenus sont souvent perçus comme dangereux ou perturbateurs, souffrant de troubles psychiatriques sévères ou à la recherche de bénéfices secondaires. Le recours très fréquent et souvent inadapté à la chambre d'isolement et à leur maintien durant la durée de l'hospitalisation souvent brève[28] ne leur permet pas d'avoir accès à

23 Article D6124-304 du Code de la santé publique.

24 Juan F. Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, qualification : psychiatrie, Université d'Angers, Faculté de médecine, 2005.

25 État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), juin 2012.

26 Rapport Masse. Bilan et perspectives de la politique de santé mentale en France ; 1992.

27 Kies L. La place du dispositif de santé mentale en prison, Prisons : entre oubli et réforme. Revue de Sociologie et d'Anthropologie 1998, 5 : 49–58.

28 Granier Thémines J. Approche des rapports entre psychiatrie et justice. Illustration à partir de l'étude de 92 patients détenus sur Toulouse hospitalisés d'office entre 2000 et 2006 selon l'article D398 du Code de procédure pénale et/ou l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université Toulouse III-Paul-Sabatier, Facultés de médecine, 27 juin 2007.

l'éventail des soins hospitaliers, sans évoquer le respect de leur dignité[29].

L'hospitalisation au sein d'une UHSA est le principe général pour toute hospitalisation complète en psychiatrie d'une personne détenue[30]. L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire. Elle accueille des personnes hébergées en établissement pénitentiaire, de façon continue discontinue, des deux sexes, y compris mineures, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement. La première tranche du programme de construction des UHSA comporte 440 places pour neuf unités[31], la seconde 265 places pour huit autres dont les établissements de santé d'implantation ne sont pas encore fixés. Le débat technique et éthique autour des UHSA n'est pas épuisé[32], dispositif de soins utile et pertinent dans le parcours de soins d'un patient ou maillon d'une filière de soins psychiatriques dédiée à la population sous mains de justice parallèle à l'organisation psychiatrique de droit commun.

Le projet médical et à sa mise en œuvre président à sa réalisation architecturale et à son fonctionnement. L'équipe pluridisciplinaire propose des modalités de soins équivalentes aux autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé. L'administration pénitentiaire assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties et n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf en cas de demande de prêt de main-forte du personnel soignant. Les modalités générales de fonctionnement ont été définies conjointement par les trois ministères impliqués (respectivement en charge de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur)[33] et sont déclinées localement dans un règlement intérieur.

L'hospitalisation de patients consentants n'est possible qu'en UHSA et représente entre la moitié et les deux tiers des admissions. Les hospitalisations sans consentement sont régies par la loi du 5 juillet 2011 et entrent dans le cadre de la mission de service public n° 11 de l'article L6112-1 du Code de la santé publique. Seules sont possibles les hospitalisations décidées par le représentant de l'État et la seule modalité possible de prise en charge est l'hospitalisation à temps complet. Dans l'attente de la finalisation des deux tranches du programme UHSA, les hospitalisations au titre de l'article D398 du CPP restent possibles au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie**.** Ces hospitalisations se déroulent sans gardes statiques ni surveillance de l'administration pénitentiaire ni des forces de l'ordre.

L'admission dans une unité pour malades difficiles (UMD) concerne les patients présentant une dangerosité psychiatrique et s'effectue dans l'UMD[34] la plus proche du lieu d'hospitalisation du patient, sous réserve des disponibilités.

Quelques spécificités

Quelques spécificités sont propres à l'intervention en milieu pénitentiaire : consultations postcarcérales, crises suicidaires, prise en charge des auteurs de violences sexuelles et partage d'informations

Consultations postcarcérales

En avril 2009[35], 23 consultations postcarcérales étaient identifiées dont 11 rattachées à des

[29] Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office.

[30] Lambert C-E, Bied C, Meunier F, Becache E, Massoubre C. Les Unités hospitalières spécialement aménagées : perspectives et appréhensions face à une nouvelle institution psychiatrique dans le paysage pénitentiaire français, *Psychiatrie et violence*, Volume 11, numéro 1, 2011–2012.

[31] Les UHSA du Centre hospitalier Le Vinatier à Bron, du CH départemental Georges-Daumezon à Fleury-les-Aubrais, du Centre psychothérapique de Nancy à Laxou et du Centre hospitalier Gérard-Marchant à Toulouse sont ouvertes. L'ouverture des UHSA du CHRU de Lille, du CH Guillaume-Régnier à Rennes, du Groupe hospitalier Paul-Guiraud à Villejuif, du CH de Cadillac et de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille est prévue à court ou moyen terme.

[32] Normes du CPT, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), Strasbourg, décembre 2011.

[33] Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

[34] Albi, Bron, Cadillac, Châlons-en-Champagne, Monestier-Merlines, Montfavet, Sarreguemines, Sotteville-lès-Rouen, Plouguernével et Villejuif.

[35] Séminaire « Politique de santé des personnes détenues - Organisation de la santé mentale et de pénitentiaire », DHOS, 29 et 30 avril 2009.

SMPR. La mise en place de ces consultations postcarcérales s'appuie sur la difficulté à mettre en œuvre la continuité des soins en milieu libre et la perception d'une compétence particulière au carrefour de la criminologie et de la santé mentale. Ces consultations peuvent être vues comme un dispositif utile d'évaluation ou de relais vers les dispositifs de droit commun, ou comme un maillon d'une filière de soins psychiatriques dédiée à la population sous mains de justice, ou l'ayant été, parallèle à l'organisation sectorielle psychiatrique de droit commun.

Crise suicidaire : prévention, repérage et prise en charge

« Pour avoir une atmosphère propice à la prévention, le stress et l'anxiété des personnes détenues sont à réduire au maximum en particulier grâce à de bonnes relations entre les détenus et le personnel pénitentiaire, à des conditions de vie décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien des liens familiaux ainsi qu'à des activités constructives et valorisantes »[36]. L'évaluation du potentiel suicidaire peut être effectuée par les personnels sanitaires, pénitentiaire, autres… et intègre trois dimensions : le risque, l'urgence et la dangerosité.[37] La coordination est essentielle. Un entretien avec un personnel de santé est proposé aux personnes repérées comme étant en crise suicidaire. La gestion des dispositifs de protection d'urgence et les cellules de protection d'urgence, qui ont pour objet l'urgence et la dangerosité, appartiennent à l'Administration pénitentiaire. Des formations sur la crise suicidaire à destination des professionnels de santé, du personnel de l'administration pénitentiaire et d'autres intervenants sont organisées.

Conduites addictives

La prise en charge globale intègre le repérage, le diagnostic, la définition d'un projet de soins adapté, la préparation à la sortie, la politique de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le personnel du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent assure la mise en relation du patient avec des partenaires extérieurs. Une dizaine d'établissements pénitentiaires de grande densité carcérale disposent d'un CSAPA en propre qui dépend de l'établissement de santé de rattachement. Le pilotage de la prise en charge des addictions est confié à un intervenant du DSS, mais peut l'être par convention à un professionnel du service assurant les soins psychiatriques.[38] Les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont paradoxalement aussi positionnés au premier plan[39]. Un protocole organisationnel local acte de la nomination de la personne coordinatrice, du CSAPA référent et de la place et du rôle des différents intervenants.

Prise en charge sanitaire des auteurs de violences sexuelles

Le principe d'un dispositif spécifique relatif à la prise en charge sanitaire des auteurs de violences sexuelles a été instauré en 1998 avec la création du suivi sociojudiciaire et l'injonction de soins.[40] Les lois relatives à la prévention de la récidive ou à la rétention de sûreté en ont élargi le champ d'application. La personne condamnée doit exécuter sa peine dans un établissement pénitentiaire lui permettant un suivi médical et psychologique adapté. Vingt-deux établissements pénitentiaires ont été désignés comme spécialisés dans l'accueil des auteurs de violences sexuelles, disposant de moyens sanitaires accrus permettant une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée. Leur prise en charge dans les établissements pénitentiaires non spécialisés ne fait pas l'objet d'une organisation de soins spécifique. Des thérapies et des activités

36 Rapport de mission du Professeur Terra, « Prévention du suicide des personnes détenues », décembre 2003 (p. 133).

37 ANAES, Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », octobre 2000.

38 Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.

39 Décret nº 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale (troisième partie : Décrets).

40 Loi nº 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

thérapeutiques de groupe, le cas échéant spécialisées, peuvent être proposées. Les auteurs de violence sexuelle représentent une population qui doit être prise en charge par le dispositif de soins psychiatriques de la même manière que tout patient tout en respectant les spécificités du cadre et des modalités de soins[41]. Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles[42] (CRIAVS) peuvent être sollicités par les équipes soignantes des établissements pénitentiaires.

Partage d'information

La commission pluridisciplinaire unique (CPU)[43] est un dispositif pénitentiaire présidé par le chef de l'établissement pénitentiaire. Elle a pour objet l'examen des parcours d'exécution de peine (PEP) des personnes condamnées. Sa consultation est facultative pour toute autre situation le justifiant. Les professionnels de santé représentants des unités sanitaires, désignés par l'établissement de santé de rattachement, y sont convoqués en fonction de l'ordre du jour dans le but d'une prise en charge plus adaptée des personnes détenues grâce à une meilleure articulation entre les professionnels, dans le respect du secret médical. Le cahier électronique de liaison (CEL) est mis en place par l'administration pénitentiaire. Les personnels hospitaliers ne doivent en aucune façon porter dans le CEL des éléments d'information couverts par le secret médical.[44] Ils peuvent accéder à certaines données après habilitation par le chef d'établissement.[45] Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements pénitentiaires, les personnels soignants y intervenant 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[46]. S'il est réitéré que le partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire s'exerce dans le respect du droit au secret médical, les dispositifs de partage d'information organisés écornent *in fine* l'indépendance des médecins et le secret médical.

Conclusion

Les besoins en santé mentale et en soins psychiatriques se sont fortement accrus au cours de ces dernières décennies. Depuis près de 40 ans, l'évolution de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire a eu pour but de se rapprocher du droit commun. L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire n'a pas tant pour objet de concourir au service public pénitentiaire que d'être durant le temps de son incarcération un des éléments du parcours de soins des patients, intégrant leur poursuite en milieu libre dans les dispositifs de droit commun et n'est possible que dans le respect de fondamentaux de la médecine. Le passage des soins « aux détenus » aux soins « à la population sous main de justice » est un changement de paradigme radical qui ouvre sur la construction d'une filière spécifique en rupture avec les fondements de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

41 Guide de l'injonction de soins, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 31 août 2009.

42 Circulaire DHOS/F2/F3/F1DSS/A1/2008/264 du 8 août 2008.

43 Décret nº 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale.

44 Circulaire interministérielle DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ nº 2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D90 du Code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D514 du même Code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

45 Décret nº 2011-817 du 6 juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE).

46 Article L6141-5 du Code de la santé publique.

Chapitre 5

Psychiatrie en milieu pénitentiaire : intérêt d'une intervention inspirée du modèle de la psychiatrie de liaison

Cyril Manzanera

L'intervention psychiatrique en milieu pénitentiaire, du fait des particularités du milieu, favorise l'apparition de situations complexes menaçant régulièrement la place et l'identité des soignants en psychiatrie, et dépasse les enjeux d'une simple activité de consultation.

Face à ces difficultés, un travail en lien avec les différents acteurs et les différentes structures, est indispensable afin de construire un cadre d'intervention adapté et cohérent.

L'intervention de type consultation-liaison

Le modèle de la psychiatrie de liaison permet de définir une intervention de consultation et de liaison en s'adaptant aux particularités du lieu d'exercice.

Du milieu hospitalier vers le milieu carcéral

Selon R. Zumbrunnen (Zumbrunnen, 1992) : « la psychiatrie de liaison se propose de mettre au service des patients et des soignants des services de médecine et de chirurgie, les compétences développées par la psychiatrie avec une notion d'extraterritorialité, hors des murs sécurisants des structures de la santé mentale ». L'intervention du psychiatre de liaison se structure autour de trois modalités distinctes et complémentaires : consulter, élaborer, enseigner.

J.-L. Senon (Senon, 1998) étend cette réflexion sur les objets de la psychiatrie en milieu carcéral et justifie une adaptation en sept points :

- exercer en dehors du milieu psychiatrique ;
- pour le psychiatre, faire reconnaître l'intérêt de son intervention, prévenir les risques de clivage et de rejet de la part des pénitentiaires et des soignants hospitaliers ;
- développer des liens étroits avec l'équipe du dispositif de soins somatiques ;
- adapter la clinique psychiatrique aux spécificités du lieu d'exercice, favoriser des travaux de recherche contextuels, de formations et d'enseignements ;
- préparer et former les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire psychiatrique ;
- prendre en compte les aspects institutionnels et individuels et restaurer la communication autour des malades ;

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

- respecter l'autonomie d'un point de vue éthique et déontologique vis-à-vis de l'administration pénitentiaire ;
- l'utilisation du modèle de la psychiatrie de liaison favorise l'intégration de l'équipe psychiatrique en détention et ses spécificités.

Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : spécificités

Liens avec le milieu d'exercice : la prison

La greffe d'un service hospitalier dans la prison ne va pas de soi, les deux institutions ayant des objectifs bien éloignés : soigner des personnes détenues pour les soignants, garder des détenus en maintenant l'ordre et la sécurité, pour les pénitentiaires. On parle de « paranoïa en miroir » quand les interactions sont marquées par des tensions répétées et une lutte de pouvoir entre les deux équipes, chacune pouvant vivre l'autre comme persécutrice. Le premier écueil pour le soignant est de résister à l'illusion de devoir ou de pouvoir changer la prison, de percevoir les manipulations de certains détenus ou personnels cherchant à instrumentaliser habilement le soignant dans la gestion de leurs propres conflits. Les conséquences désastreuses d'un tel engagement doivent céder la place à un travail d'élaboration, de recherche de sens et d'acceptation d'incontournables frustrations. D. Glezer (Glezer, 1983) insiste sur le fait que « l'absence d'interférence de la part de l'équipe psychiatrique sur le fonctionnement de l'équipe pénitentiaire apparaît comme l'un des fondements du travail en milieu carcéral » : pas d'intervention sur les problèmes disciplinaires, pas de certificats « partisans »…

Les situations conflictuelles (violence, suicide…) malmènent l'identité et la place des soignants. L'établissement d'une alliance véritable s'établit selon deux mouvements indissociables : comprendre l'autre et se faire comprendre de l'autre. R. Zumbrunnen précise que l'identité du psychiatre consultant doit être « régulièrement reprécisée, la place et le rôle ne sont jamais définitivement acquis et doivent être constamment consolidés et reconquis ». Il convient donc pour l'équipe psychiatrique de réaffirmer les objectifs de sa mission soignante en respectant déontologie et éthique.

Enfin, il faut souligner le respect du rôle et des missions des pénitentiaires. Profession en grande mutation depuis les années 1975 avec l'apparition de missions socioéducatives, leur rôle de surveillance a été réaffirmé depuis 1994 et s'est complété de missions spécifiques comme la prévention du suicide en milieu carcéral. L'équipe psychiatrique de liaison est à même d'apporter son expertise sur des thèmes comme la violence ou le suicide, à la demande du personnel pénitentiaire.

Liens avec le milieu d'appartenance : indispensables !

Le cloisonnement, la rupture avec le milieu de rattachement exposent au risque de « burn-out » et d'isolement l'équipe de psychiatrie. De même, la surspécialisation favorise le clivage entre bon et mauvais soignant. Le clivage, la défiance, la méfiance concernent autant le secteur hospitalier de rattachement que la collaboration avec l'équipe somatique du dispositif de soins somatiques et justifient d'une vigilance particulière pour l'équipe psychiatrique.

Lors d'hospitalisations contraintes de détenus selon l'article article D398 du CPP ou 3214-3 du CSP, la loi du 5 juillet 2011 favorise le lien entre les institutions en prévoyant la rédaction d'un certificat d'avis conjoint (article L3214-2 CSP), tandis que l'article D399 du CPP rappelle le devoir des médecins intervenant en milieu pénitentiaire de se tenir « informés de l'évolution de l'état de santé des détenus hospitalisés ».

Constitution et missions d'une équipe de liaison-consultation en milieu carcéral

L'équipe pluridisciplinaire de liaison consultation, construite autour d'un psychiatre référent coordonnateur de l'unité sanitaire, doit répondre aux multiples missions qui lui ont été confiées par le législateur (Manzanera, 2004). Le dispositif de soins psychiatriques face à la diversité des situations rencontrées en détention (maladies mentales, précarité, addictions…) s'arme de compétences complémentaires :

- psychologues cliniciens dans un travail d'évaluation psychométrique et de personnalité, d'abord et de suivi psychothérapique spécifique ou encore de régulation d'équipe ;

- infirmiers dans un travail de liaison, de mise en place d'activités par exemple groupales ou d'éducation thérapeutiques, de prévention.

D'autres professionnels soignants (ergothérapeutes) ou non soignants (domaine socioéducatif) peuvent être adjoints à l'équipe pluridisciplinaire.

Les missions de cette équipe s'inspirent directement de celles établies par S. Consoli (Consoli, 1995) en soins généraux :

- réalisation d'actes à caractère diagnostique : consultations classiques pour détecter les pathologies psychotiques, les troubles dépressifs… ;
- réalisation d'actes thérapeutiques spécifiques : ateliers thérapeutiques… ;
- réalisation d'actes impliquant des décisions concrètes : orientation d'un patient, etc. ;
- réalisation d'actes s'inscrivant dans une approche globale du malade : collaboration avec les équipes du dispositif en soins somatiques, soutien psychologique, etc. ;
- participation à des actions de conseils ou à caractère pédagogique : rôle de soutien avec les proches, travail de réinsertion, travail pédagogique, etc. ;
- participation à des actions de recherche scientifique, d'enseignement.

L'exercice thérapeutique en milieu carcéral

Il tient compte du lieu d'exercice et de l'expression particulière des pathologies rencontrées.

Particularités liées au lieu d'intervention

La pratique psychiatrique en milieu carcéral peut faire redouter une instrumentalisation à visée normative de son intervention. D. Glezer[47] souligne qu'il « incombe au psychiatre et à son équipe d'affirmer la finalité de leur intervention, tout en rejetant un quelconque rôle dans l'adaptation des détenus au milieu carcéral, de psychiatrisation du désordre et de l'indiscipline. » Et C. Balier (Balier, 1989) de rajouter : « savoir distinguer ce qui est de l'ordre du conflit et de la protestation […] et renvoyer à la justice et à l'administration pénitentiaire ce qui leur revient ».

À titre d'exemple, l'apparition en France de lois sécuritaires attire en consultation psychiatrique une nouvelle « patientèle » en quête de certificats « sésames », rendus nécessaire afin d'obtenir des remises ou des aménagements de peines pour certaines catégories d'infracteurs. Si ces rencontres peuvent augurer une ébauche de demande de soins, elles ne peuvent en aucun cas devenir un dû ou une quelconque obligation pour les soignants, et il convient de rappeler fermement les missions et prérogatives de chacun.

L'entretien d'accueil, formalisé depuis la loi de 1994, reste un temps privilégié de rencontre et de démystification, d'évaluation et de dépistage, d'éveil de demande de soins et d'orientation spécialisée :

- prise en charge des décompensations aiguës transitoires, notamment les problématiques adaptatives ou réactionnelles, les sevrages en partenariat avec les collègues somaticiens ;
- prise en charge de pathologies psychiatriques préexistantes ou non à l'incarcération avec et travail de relais ;
- prise en charge de pathologies de carences graves.

Le guide méthodologique de 2012 insiste sur la nécessité pour les équipes d'organiser la continuité des soins afin de « faciliter le retour vers des systèmes de droit commun et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé ».

Les missions de prévention et d'éducation de la santé sont réaffirmées et la prise en charge des problématiques addictives s'inscrivent dans un travail multipartenarial associant médecins somaticiens, psychiatres et psychologues, structures sanitaires (ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie, hospitalière) et socioéducatives (CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Modalités d'exercice

Conséquence des contraintes du milieu, l'exercice psychiatrique nécessite de multiples aménagements.

[47] Déjà cité.

Le cadre thérapeutique

Le triangle sécurité-sanction-discipline délimitant le cadre de l'institution pénitentiaire recèle en lui promiscuité, violence, et perversion des liens relationnels ne lui permettant pas de servir de rôle de pare-excitation sécure. Il incombe aux soignants de doubler ce cadre d'un cadre thérapeutique véritable restaurant compréhension et sens afin d'autoriser la mise en œuvre d'un travail psychothérapeutique.

La rencontre avec certains profils de personnalité « limite » nécessite de constants ajustements de prise en charge (élaboration de contrats de soins comme fonction de cadre et de responsabilisation) ou encore une vigilance particulière sur la distance relationnelle.

Enjeux de la prescription médicamenteuse

Source d'enjeux considérables outre ses vertus thérapeutiques, elle peut jouer un rôle mercantile, favoriser le mésusage (benzodiazépines, traitements substitutifs oraux), les troubles comportementaux, stigmatiser les détenus « fragiles ». Pour le personnel pénitentiaire, elle peut devenir le « mauvais objet », témoin d'un pouvoir médical concurrent. Régulièrement incriminée dans les tentatives de suicides, elle est suspectée de favoriser le trafic interne ou encore les situations de violence entre détenus ou envers le personnel. Enfin, entre soignants, elles peuvent devenir le lieu de conflits de pouvoir ou idéologiques (ex. : traitements substitutifs oraux).

La prescription et le choix médicamenteux doivent tenir compte des particularités du milieu, de ses enjeux mais également de ses risques.

Le travail psychothérapique

Le travail en équipe permet une répartition des investissements, une mise en commun du travail et un partage de réflexion en prenant garde aux risques de clivage et/ou de manipulation générés par certains détenus, témoignage fréquent d'un investissement émotionnel ou affectif inapproprié.

En parallèle se développent des prises en charge groupales en coanimation psychologue-infirmier ou psychologue-éducateur, pour des problématiques spécifiques (addiction, violences sexuelles).

La préparation de la séparation et d'un relais extérieur fait partie intégrante du travail psychothérapique.

Conclusion

La psychiatrie de liaison permet une intervention psychiatrique particulièrement adaptée aux contraintes du milieu pénitentiaire. Par sa réflexion multidimensionnelle, elle propose une approche intégrative tenant compte des particularités du milieu, des différents acteurs, des évolutions sanitaires et judiciaires.

Références

Balier, C. (1989). Psychiatrie en milieu carcéral : soins ou traitement ? *Persp psychiatr, 19*, 237–241.

Consoli, S. M. (1995). Psychiatrie de liaison. In J. L. Senon, D. Sechter, & D. Richard (Eds.), *Thérapeutique psychiatrique* (pp. 955–979). Paris : Hermann.

Guide méthodologique Soins aux personnes placées sous main de justice. (30 octobre 2012). Ministère de la Santé, Ministère de la Justice.

Glezer, D., Bianchi, H., & Penverne, D. (1983). La création d'intersecteurs de psychiatrie pénitentiaire : Aspects éthiques, déontologiques et médicolégaux. *Actua Psychiatrique*, *3*, 35–45.

Manzanera, C., & Senon, J. L. (2004). Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques*, *162*, 686–699.

Senon, J. L. (1998). *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire.* Paris : PUF.

Zumbrunnen, R. (1992). *Psychiatrie de liaison*. Paris, Masson : Consultation psychiatrique à l'hôpital général.

Les unités pour malades difficiles

Chapitre 6

Patrick Le Bihan

Les unités pour malades difficiles (UMD) sont des unités de soins hospitalières au cadre contenant et sécurisant pour les patients présentant une particulière dangerosité.

Les UMD actuelles en France

Les UMD ont longtemps été quatre en France, la première ayant été créée à Villejuif en 1910, précédant celles de Sarreguemines (1947), Montfavet (1957) et Cadillac (1963). Les demandes d'admission sont en augmentation constante. En 2000, 34 % des secteurs ont ainsi fait une ou plusieurs demandes de transfert en UMD (Coldefy, Salines, 2004). Après l'ouverture d'une UMD en Bretagne (2008), les UMD se développent actuellement dans notre pays avec la création récente de cinq nouvelles structures en 2011–2012 (Tableau 6.I).

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 précise que les UMD accueillent des personnes en soins psychiatriques en hospitalisation complète « *lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans une unité spécifique* » (art. L3222-3 CSP).

Cela concerne :

- des patients hospitalisés en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) ;
- des détenus admis en SDRE ;
- des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques suite à déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, sur décision judiciaire ou du préfet.

Le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 a introduit dans le Code de la santé publique plusieurs articles relatifs à la définition et au fonctionnement des UMD. Il précise que ces unités sont implantées dans des établissements participant à la mission de service public d'accueil des personnes en soins psychiatriques, ont une vocation interrégionale et ne font pas partie des secteurs de psychiatrie générale : « *Elles sont spécialement organisées à l'effet de mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté particulières adaptés à l'état des patients mentionnés à l'art. L3222-3* ».

Tableau 6.I. Les unités pour malades difficiles en France.

Les UMD historiques (1910–1963)
– CH Paul-Guiraud, Villejuif (80 lits)
– CH de Sarreguemines (166 lits)
– CH de Montfavet (80 lits)
– CH de Cadillac (86 lits)
Les nouvelles UMD (2008–2012)
– CH de Plouguernével (40 lits)
– CH Le Vinatier, Bron (40 lits)
– CH du pays d'Eygurande (40 lits)
– CH Pierre-Jamet, Albi (40 lits)
– EPSMD de la Marne, Châlons-en-Champagne (40 lits)
– CH du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen (40 lits)

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Présentation de ces unités de soins

Chaque UMD comprend plusieurs unités d'hospitalisation n'excédant pas 20 lits, dans une enceinte sécurisée permettant l'accès à des espaces extérieurs (cours, jardin…) ou à différents lieux d'activités.

Les équipes associent notamment infirmiers, aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs et assistantes sociales. La présence médicale et soignante, la qualité de la formation initiale et continue, l'expérience et la cohésion des équipes sont en réalité l'atout majeur de ces unités de soins.

Provenance des patients

La plupart des patients viennent de secteurs de psychiatrie générale, où ils sont déjà hospitalisés, en dehors du cas particulier des détenus ou personnes déclarées pénalement irresponsables en raison de leurs troubles mentaux. Le recrutement est national ou parfois régional pour les nouvelles structures.

Pathologies et motifs d'admission

Les UMD accueillent surtout de nos jours des hommes souffrant de schizophrénie, paranoïde ou indifférenciée, représentant plus de 70 % des admissions. D'autres patients présentent un délire paranoïaque, un trouble sévère de l'humeur ou l'évolution d'une pathologie de l'enfance, plus rarement des troubles liés à une maladie ou un dysfonctionnement cérébral. La comorbidité avec un trouble de la personnalité et/ou un abus de substances est fréquente. Les violences envers autrui parfois à dimension médicolégale sont les motifs principaux d'admission.

L'intensité des symptômes, le déni de la pathologie avec refus de soins, l'impulsivité et l'intolérance à la frustration, le risque de fugue, les conduites agressives envers eux-mêmes ou autrui caractérisent souvent ces patients. Il existe fréquemment une résistance au traitement pharmacologique et/ou une mauvaise observance.

Fonctionnement

Modalités d'admission

L'admission est prononcée par arrêté du préfet du département d'implantation de l'UMD, sur proposition d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient et avec l'accord du psychiatre responsable de l'UMD. Le préfet prend sa décision au vu d'un dossier qui comprend :

- un certificat médical détaillé du psychiatre demandant l'admission et en précisant les motifs, les éventuelles expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ;
- l'engagement signé par le préfet du département où est hospitalisé ou détenu le patient de le reprendre dans un délai de 20 jours à compter d'un arrêté de sortie de l'UMD ;
- le cas échéant, l'indication des mesures de protection des biens.

Le transfert du lieu d'hospitalisation ou de détention à l'UMD est ordonné par arrêté du préfet du département d'origine au vu de la décision d'admission. Il est pris en charge, à l'aller comme au retour, par l'établissement d'origine.

Préalablement à l'admission, les psychiatres de l'UMD peuvent examiner le patient, après accord du préfet.

En cas de désaccord du psychiatre responsable de l'UMD, le préfet peut saisir la Commission du suivi médical ou ordonner l'expertise psychiatrique de l'intéressé, aux frais de l'établissement de santé à l'origine de la demande d'admission.

Le séjour

Chaque patient bénéficie durant son séjour d'un projet de soins personnalisé. La prise en charge médicale et paramédicale s'organise autour d'axes diversifiés : observations et entretiens pour analyse clinique et diagnostique, traitement pharmacologique, contrats individuels adaptés suivant l'évolution des patients, activités thérapeutiques et d'expression. Des consultations psychologiques peuvent comprendre des tests neuropsychologiques, d'évaluation de l'intelligence ou de la personnalité. Le repérage des différentes comorbidités, l'utilisation d'instruments cliniques ou actuariels d'évaluation de la

dangerosité sont à encourager. Une assistante sociale est à la disposition des patients ou de leurs proches.

La prise en charge privilégie l'écoute de l'autre, le respect mutuel, le travail sur l'image de soi, la dimension éducative et de resocialisation portant sur les actes quotidiens. Un aspect spécifique porte sur l'abrasion des troubles du comportement et de la dangerosité du patient, l'intensité des symptômes et la résolution des problèmes conflictuels. Le traitement repose sur des médicaments antipsychotiques et/ou normothymiques, avec parfois recours à l'électroconvulsivothérapie (ECT). L'isolement ou la contention doivent suivre les recommandations de bonnes pratiques cliniques. Des sorties accompagnées de courte durée sont possibles, pour motif thérapeutique ou pour effectuer des démarches extérieures.

Les relations avec l'entourage sont encouragées en fonction de l'état de santé du patient (téléphone, visites).

La commission du suivi médical

La commission du suivi médical (CSM) de l'UMD donne un avis sur le maintien et la sortie des patients. Elle comprend quatre membres nommés par le directeur de l'Agence régionale de santé pour 3 ans renouvelables : un médecin inspecteur de santé publique, trois psychiatres hospitaliers et leurs suppléants. Ces psychiatres ne peuvent exercer dans l'UMD. La CSM élit son président en son sein.

La CSM peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé en UMD. Elle examine chaque dossier au moins tous les 6 mois, peut être saisie par le patient ou ses proches, son représentant légal, son médecin ou psychiatre et différentes autorités (procureur, préfet, directeur de l'établissement). Lorsqu'elle constate, notamment saisie par le psychiatre responsable de l'unité, que les conditions de maintien de l'hospitalisation en UMD ne sont plus remplies, elle en informe le préfet qui prononce par arrêté la sortie du patient de l'UMD. Elle visite l'UMD à tout moment et au moins une fois par semestre, un compte rendu étant adressé à la CDSP, au préfet et au procureur de la République.

Le séjour en UMD, dont la durée moyenne est de quelques mois à 1 an en dehors de cas particuliers, doit être envisagé comme s'inscrivant dans la trajectoire de soins d'un patient.

La sortie

Cette sortie peut être prononcée sous forme :

- d'un retour dans l'établissement de santé d'origine ;
- d'un transfert vers un autre établissement de santé ;
- d'une levée de la mesure de soins ou d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

Le préfet peut à tout moment ordonner une expertise de l'intéressé par un psychiatre extérieur choisi sur liste.

En dehors du cas des détenus retournant en milieu pénitentiaire, les sorties directes sont évitées afin de favoriser la continuité des soins.

Droits des patients

Les droits fondamentaux et concernant l'information des patients apparaissent renforcés par la loi du 5 juillet 2011 (Le Bihan, Salvetti, Bénézech, 2012). Les restrictions à l'exercice de leurs libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. Ils doivent être informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état des décisions qui les concernent, des raisons qui les motivent, de leur situation juridique, de leurs droits et voies de recours. Leur avis doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

Certains de ces droits sont énumérés (saisie des autorités, de la CDSP et la Commission des relations avec les usagers, communication avec le médecin ou avocat de leur choix, émission et réception de courriers…) (L3211-3 CSP). Des visites au moins annuelles des autorités (préfet, président du TGI, procureur, maire ou leur représentant) sont prévues. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté peut également visiter ces établissements.

Soulignons que plusieurs dispositions de la loi du 5 juillet 2011 pour les patients qui séjournent ou ont séjourné en UMD, impliquant l'avis d'un collège médicosoignant et/ou de deux experts psychiatres

n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, notamment pour la levée de la mesure de soins, ont été récemment abrogées (Le Bihan, Salvetti, Bénézech, 2012).

Intervention du juge des libertés et de la détention (JLD)

Le contrôle systématique par le JLD intervient avant l'expiration du 15e jour d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de réhospitalisation, puis à l'issue de chaque période de 6 mois continus à compter de la précédente décision judiciaire. Si les soins sont ordonnés par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les 6 mois de cette décision judiciaire. Le JLD peut toujours être saisi pour une demande de mainlevée ou se saisir d'office à tout moment.

L'audience se déroule dans une salle spécialement aménagée de l'hôpital, parfois au Tribunal de grande instance. Le recours à la visioconférence est possible en l'absence d'obstacle médical ou d'opposition du patient.

Le juge peut décider, au vu d'un avis médical attestant que des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition de l'intéressé, qu'il n'y a pas lieu d'entendre le patient qui est alors représenté par un avocat.

Références

Coldefy, M., & Salines, E. (2004). Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. *DREES, Études et résultats, 342*, 1–12.

Le Bihan, P., Salvetti, M., & Bénézech, M. (2012). Application de la loi du 5 juillet 2011 en Unité pour malades difficiles. *Annales médico-psychologiques*, 170 : 714–9.

Psychiatrie et justice : modèle intégratif *versus* modèle ségrégatif

David Sechter

Dans les sociétés européennes, la place attribuée à la psychiatrie dans l'articulation entre santé et justice augmente de façon constante ces dernières années. Elle y oscille entre soin et sécurité, dans une opposition entre un modèle intégratif lié à la psychiatrie générale et un modèle ségrégatif de défense sociale centré sur les concepts de « dangerosité » et de « prévention de la récidive ».

Le modèle intégratif français

Naissance

Durant le XX^{e} siècle, le nombre de personnes atteintes de troubles psychiques placées sous main de justice ne cesse d'augmenter, suite à leur responsabilisation pénale croissante et à la désinstitutionnalisation de la psychiatrie.

Avec l'ouverture de la psychiatrie à la société, des réseaux de soins se développent dans le champ judiciaire et définissent le modèle intégratif français d'articulation santé-justice.

En 1986, les soins psychiatriques intracarcéraux sont ainsi confiés au ministère de la Santé avec la création des services médicopsychologiques régionaux (SMPR), désormais directement rattachés à la psychiatrie générale (Senon, 2004). La réforme des soins aux détenus du 18 janvier 1994 consolide ce modèle et étend la protection sociale à l'ensemble des personnes détenues. L'hôpital pénètre ainsi au sein du milieu carcéral dans une véritable intégration des champs sanitaires et judiciaires, favorisée par une politique à vocation préventive fondée sur la solidarité et la réinsertion.

Ressources

L'indépendance des professionnels de santé au sein de la prison constitue en elle-même une avancée démocratique car elle en lève l'opacité. Elle y permet de plus la création d'un espace thérapeutique confidentiel où les soins ne peuvent être que librement consentis, favorisant une alliance authentique pouvant contribuer à une meilleure réinsertion.

Les liens avec la psychiatrie générale assurent d'autre part une qualité de traitement équivalente à tous les citoyens, libres ou détenus, et favorisent une continuité des soins participant à la réinsertion.

Ce modèle intégratif entraîne également certaines innovations, notamment au sujet des auteurs de violences sexuelles avec la loi du 17 juin 1998, première loi d'articulation santé-justice associée à un fondement clinique (Dubret, 2006). Le suivi sociojudiciaire y est créé, auquel une injonction de soin peut être adjointe si une expertise psychiatrique conclue à son indication, dans l'élaboration d'une complémentarité entre punir et soigner.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

L'articulation de la psychiatrie avec le champ judiciaire permet en outre une lecture clinique des passages à l'acte violents de malades mentaux et la mise en évidence de symptômes pouvant en constituer des facteurs de risque, tels que l'arrêt des traitements psychotropes, la perte du lien social, la prise de substances psychoactives et des symptômes spécifiques à certaines pathologies. Cette « dangerosité psychiatrique » peut alors être prise en charge dans une démarche empathique et déstigmatisante qui favorise l'insertion sociale et pourrait contribuer à prévenir de nouvelles décompensations de ce type.

Obstacles

Des difficultés de communication existent entre les disciplines sanitaires et judiciaires du fait de langages différents, de secrets professionnels et d'orientations diverses qui risquent d'entraîner des cloisonnements ou des attentes mutuelles inadaptées pouvant finalement mener à une confusion des rôles et à des instrumentalisations.

En milieu carcéral, les soignants se heurtent de plus à un fonctionnement favorisant les ruptures répétées au détriment d'une stabilité qui permettrait l'établissement et le maintien d'un travail thérapeutique efficient. Le contexte délabré de la prison a également des effets délétères sur l'état de santé des personnes détenues, et la surpopulation entrave leur accès aux soins.

Le développement de réseaux de soins dans le champ judiciaire souffre par ailleurs d'un manque de moyens lié à la situation critique de la psychiatrie publique. On observe une pénurie d'experts, et la continuité des soins lors de la libération est souvent menacée par un manque de personnels et de structures médicosociales.

S'il se révèle pertinent et bénéfique pour les patients et les soignants, le modèle intégratif d'articulation santé-justice est régulièrement remis en question par les politiques, dont la quête de résultats en matière de sécurité est accrue par la répétition d'affaires criminelles médiatiques. Il apparaît ainsi vulnérable face à la montée en puissance en France d'un système néolibéral, basé sur l'individualisme et le désengagement de l'État.

Vers un modèle ségrégatif de défense sociale ?

Au XIX^{e} siècle, l'école positiviste définit des principes de défense sociale dans une volonté de prévention du crime par la neutralisation des individus dangereux, et soumet pour cela le droit pénal à la science. La notion de dangerosité remplace alors celle de responsabilité et entraîne l'assimilation progressive du crime à la folie et de la punition au traitement, plusieurs expériences « pénitentiaro-psychiatriques » apparaissant notamment en France.

Aujourd'hui, notre pays reste moins touché par les effets du positivisme que d'autres en Europe, où des orientations politiques de défense sociale ont mis en place des modèles ségrégatifs instaurant des filières psychiatriques spécifiques aux personnes placées sous main de justice, hors du circuit sanitaire de la population générale. Des « hôpitaux-prisons » y visent à protéger la société des malades comme des criminels « dangereux », où la psychiatrie est perçue comme un simple facteur de réduction des risques pour la sécurité publique.

Depuis la fin du XX^{e} siècle, on assiste en France à une dégradation du lien social et à une généralisation de l'individualisme qui s'accompagnent d'un surinvestissement paranoïaque de la problématique sécuritaire. Le sentiment d'insécurité devient un enjeu électoral capital, et des politiques répressives de contrôle s'imposent en lieu et place des idées de réhabilitation, dans un principe de précaution absolu. Les concepts de « dangerosité » et de « mesures de sûreté » font leur apparition dans la ligne du positivisme du XIX^{e} siècle et sont désormais rattachés à de nouvelles figures de l'insécurité : le délinquant sexuel, le multirécidiviste, mais aussi le malade mental.

Une évolution ségrégative de l'articulation santé-justice se dessine depuis 2002 avec la création d'une filière psychiatrique spécifique aux détenus, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui coupent pour ces personnes tout lien avec leurs secteurs psychiatriques d'origine. Cette évolution remet en question les objectifs de continuité des soins et de réinsertion du modèle intégratif, et accroît le risque d'un clivage entre psychiatrie générale et psychiatrie exercée en

milieu pénitentiaire en différenciant leurs champs cliniques et leurs budgets.

Les nouvelles politiques entraînent de plus une augmentation de l'incarcération des malades mentaux en favorisant la judiciarisation des petits délits et en rendant souvent facultative l'expertise psychiatrique présentencielle. Le rôle de l'expert psychiatre est réorienté vers l'évaluation pronostique d'une « dangerosité » et s'éloigne ainsi des missions diagnostiques et d'évaluation de responsabilité capitales pour l'orientation thérapeutique des malades mentaux dans un modèle intégratif cohérent (Zagury, 2009).

La loi du 10 août 2007 « sur la récidive, les peines plancher et l'obligation de soin » implique encore davantage la psychiatrie dans la protection de la société par un mouvement de « psychologisation » des crimes les plus graves. L'injonction de Soin y perd tout son sens car elle est désormais associée de façon quasi-automatique au suivi sociojudiciaire dans des buts de surveillance et de « traitement psychique » des crimes. La loi du 25 février 2008 relative à « la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » amplifie encore ces attentes, des mesures de sûreté pouvant désormais être mises à exécution à l'issue de la peine devant la persistance d'une « dangerosité », si besoin par une rétention en centre « socio-médico-judiciaire » renouvelable sans limite.

Dans le champ judiciaire français, les attentes envers la psychiatrie glissent donc actuellement vers l'identification de l'homme criminel virtuel et sa « neutralisation », qu'il soit malade ou non, dans une volonté illusoire d'atteindre un « risque zéro » en matière de récidive criminelle. Cette spécialité médicale est ainsi intégrée à un projet sécuritaire de défense sociale où des orientations criminologiques remplacent sa fonction thérapeutique et ses missions de santé publique, en l'éloignant de la psychiatrie générale par un mouvement ségrégatif.

Perspectives

« Psychiatrie pénitentiaire », une nouvelle discipline ?

Dans le contexte sécuritaire actuel, le développement des UHSA semble témoigner de la volonté de nos gouvernants de faire progressivement de la prison le lieu d'un soin psychiatrique d'exclusion, et il pourrait conduire à terme à incarcérer pour « soigner » des troubles du comportement en dénaturant le concept d'irresponsabilité pénale. L'exercice psychiatrique en lien avec la justice risque ainsi de se transformer en une « psychiatrie pénitentiaire » coupée de ses origines, hyperspécialisée et stigmatisante, faisant des prisons le dernier endroit où l'on puisse soigner certains troubles psychiatriques.

Ces évolutions se manifestent en parallèle à l'essor de la notion de « santé mentale » dans un mouvement hygiéniste qui, avec l'appauvrissement des secteurs, risque d'aboutir à un fossé entre une psychiatrie privée en milieu libre réservée aux troubles psychiques « légers » et une psychiatrie de défense sociale pour tous les autres.

Maintien du modèle intégratif

Le rapport sénatorial du 5 mai 2010, « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? » (Barbier, Demontès, Lecerf, Michel, 2010), défend la dimension intégrative du système français en prônant le renforcement des liens entre les réseaux soignants du champ judiciaire et la psychiatrie générale. Il porte de plus un projet d'atténuation effective de la responsabilité pénale des personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement, entré en vigueur avec la loi du 25 janvier 2011 et permettant désormais de combiner les peines des malades responsabilisés avec des soins adaptés.

L'audition publique de 2007 recommande d'autre part de privilégier l'expertise diagnostique de responsabilité à l'encontre de l'évaluation de la dangerosité (Haute Autorité de santé, 2007), et elle affirme comme celle de 2010 (Haute Autorité de santé, 2011) la distinction entre la dangerosité psychiatrique, « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale », et la dangerosité criminologique « liée à de multiples facteurs qui n'ont aucune relation avec une quelconque pathologie ». Ces travaux rappellent ainsi que si la « dangerosité psychiatrique » est un symptôme pathologique appartenant bien au domaine du psychiatre, la « dangerosité criminologique » est quant à elle liée à des facteurs environnementaux et situationnels insensibles à ses seuls soins.

Les réorientations politiques actuelles remettent enfin en question le « tout sécuritaire » en axant leur réflexion sur la réinsertion et les alternatives à l'incarcération, comme dans la conférence de consensus « pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive » du 20 février 2013, ce qui pourrait accompagner un renforcement du modèle intégratif français.

Conclusion

L'intronisation récente du concept de « dangerosité » entraîne un double mouvement de judiciarisation des malades mentaux et de « traitement » de tous les autres qui menace d'utiliser la psychiatrie comme un outil sécuritaire.

Il est capital de redonner de la cohérence à l'ensemble du parcours de soins psychiatriques des personnes placées sous main de justice, en le reliant au système courant au sein d'un modèle intégratif dynamique. Cela enrichirait une réflexion commune aux différents champs de la psychiatrie, aidant à lutter contre toute confusion ou instrumentalisation et à limiter les ambitions collectives liées aux fantasmes du « risque zéro ».

On peut espérer qu'une articulation santé-justice stable puisse ainsi s'instituer dans le respect des places de chacun, afin de prendre en compte les sujets dans leur dimension humaine au sein d'un équilibre entre l'intérêt individuel et l'intérêt de l'ordre public, en termes de sécurité comme en termes de protection des plus faibles.

Références

Barbier, G., Demontès, C., Lecerf, JR., Michel, JP. Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? In *Rapport d'information, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 mai 2010*.

Dubret, G. (2006). L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin. *Annales Médico-Psychologiques*, *164*, 851–856.

Haute Autorité de santé. (25 et 26 janvier 2007). *Expertise psychiatrique pénale*. Audition publique.

Haute Autorité de santé. (mars 2011). *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*. Audition publique.

Senon, J. L. (2004). Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Annales Médico-Psychologiques*, *162*, 646–652.

Zagury, D. (2009). Pratiques et risques de l'expertise psychiatrique. In P. Chevallier, & T. Greacen (Eds.), *Folie et justice : relire Foucault* (pp. 87–102). Paris : Érès.

Chapitre 8

La protection de la personne malade, de la loi de 1838 à celle de 2011

Laurence Leturmy

Trois textes sur l'hospitalisation sous contrainte se sont succédé : la loi du 30 juin 1838 « sur les aliénés », celle du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » puis celle 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 ».

Le changement de siècle a imposé un nouveau vocabulaire. Des aliénés aux personnes atteintes de troubles mentaux, comme de l'asile à l'hôpital psychiatrique. Mais plus qu'un simple changement de terminologie, ce sont les modalités de prise en charge des malades qui ont été substantiellement reconsidérées. L'enjeu, déjà très prégnant lors des débats sur la loi de 1838, est depuis toujours le même : celui de la recherche d'un équilibre, difficile, entre nécessité des soins et autonomie de la volonté, entre sécurité publique et respect de la liberté individuelle.

La loi de 1838 détermine, pour la première fois, les conditions de l'internement qui résonnent comme autant de garanties de la protection des personnes qui en font l'objet : nécessité d'un certificat médical récent délivré par un médecin indépendant préalablement aux placements volontaires, lesquels doivent prendre fin aussitôt la guérison obtenue, exigence que les placements d'office répondent à un risque d'atteinte à l'ordre public ou à la sécurité des personnes, inspections régulières des établissements d'accueil, etc. Parallèlement, deux droits sont formulés. Le premier, réservé au malade interné, est celui de porter réclamation auprès des autorités habilitées à inspecter les lieux : le second, élargi au tuteur, curateur, tout parent et ami, permet de saisir, à tout moment, le juge afin qu'il se prononce sur le bienfondé de la mesure. Statuant en chambre du conseil et sans délai, celui-ci ordonne s'il y a lieu, sans que sa décision n'ait à être motivée, la sortie immédiate. Insérée dans le Code de la santé publique en 1953, la loi de 1838 est modifiée à plusieurs reprises, notamment par celle du 2 février 1981 dite « Sécurité-Liberté » pour imposer au juge, saisi d'une mainlevée d'une décision d'hospitalisation, de statuer en référé après avoir organisé un débat contradictoire. En revanche, les droits nouvellement reconnus, par le législateur de 1981, aux personnes soignées dans des établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux (art. L353-2 CSP), droit de visite, droit de communication, liberté de la pratique religieuse notamment, ne s'étendent pas, pas encore, à celles reçues dans des « établissements consacrés aux aliénés ».

Il faut attendre la loi du 27 juin 1990. Mettant un terme à plus d'un siècle et demi du texte fondateur, elle porte, comme son intitulé le souligne, l'accent sur les droits des personnes hospitalisées. C'est avec leur énoncé que s'ouvre cette nouvelle législation. Tous les malades hospitalisés en raison de

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

troubles mentaux bénéficient, désormais, des mêmes droits. Leur nombre est enrichi. S'y ajoute, au profit des patients en soins contraints, le droit d'être informés dès leur admission et, par la suite, à leur demande, de leur situation juridique et de leurs droits (art. L326-3 CSP). La loi de 1990 ne modifie, en revanche, que marginalement les conditions dans lesquelles le juge judiciaire peut être amené à se prononcer sur l'hospitalisation, qu'elle était été décidée d'office ou à la demande d'un tiers. L'énumération des personnes en droit de le saisir est corrigée. Sa faculté de se saisir d'office est nouvellement inscrite. Mais son contrôle demeure un contrôle facultatif (art. L351 CSP).

La réévaluation de la loi de 1990 qui devait intervenir dans les 5 ans suivant sa promulgation n'a pas eu lieu. La nouvelle codification du Code de la santé publique, opérée à droit constant en 2000, n'a rien changé.

La réforme a attendu 2011. La jurisprudence, qu'il s'agisse de celle du Conseil d'État ou de la Cour européenne des droits de l'homme, plus la pression du Conseil constitutionnel, ne laissaient d'autres choix au législateur. L'inconstitutionnalité, tour à tour, de l'hospitalisation à la demande d'un tiers puis de l'hospitalisation d'office menaçait de faire disparaître ces dispositions à compter du 1er août 2011. C'est donc à la hâte que la loi du 5 juillet est votée.

La protection du malade en ressort doublement renforcée. L'innovation majeure réside dans l'instauration de règles nouvelles relatives au contrôle du juge sur les décisions de soins contraints. Elle ne doit pas occulter l'élargissement des droits reconnus aux malades.

Des règles nouvelles relatives au contrôle de l'autorité judiciaire

La législation antérieure a été à plusieurs reprises mise en défaut :

- par la Cour européenne des droits de l'homme d'une part. Deux décisions, parmi les plus récentes, méritent d'être rappelées. L'arrêt Baudoin du 18 novembre 2010 condamne la France, sur le fondement de l'article 5 § 4, pour violation du droit au recours effectif en raison de l'articulation des compétences entre juge judiciaire et juge administratif : ce dernier, seul compétent pour statuer sur la légalité de la détention ne peut, s'il l'estime illégale, ordonner la libération que seul le juge judiciaire peut décider. L'arrêt Patoux du 14 avril 2011, sur le même fondement, reproche à la France de ne pas respecter l'exigence du « bref délai » dans le traitement des demandes de sortie immédiate ;
- par le Conseil constitutionnel d'autre part. Les dispositions de la loi de 1990 sont jugées contraires à l'article 66 de la Constitution faute de prévoir l'intervention systématique du juge, non seulement avant l'expiration du 15e jour d'hospitalisation, mais encore en cas de divergence entre l'autorité médicale, qui estime que l'hospitalisation n'est plus justifiée, et l'autorité administrative, qui refuse la levée de la mesure.

Le législateur prend acte :

- il unifie les règles de compétence pour connaître du contentieux généré par les mesures contraignantes. Cette modification, entrée en vigueur au 1er janvier 2013, érige le juge des libertés et de la détention en juge unique des recours exercés. Leur effectivité est accrue puisque désormais le même juge, constatant une irrégularité de la décision d'hospitalisation, peut en tirer les conséquences et ordonner la sortie ;
- il ajoute au contrôle facultatif du juge qui concerne toutes les mesures de soins sous contrainte des contrôles de plein droit qui n'intéressent, quant à eux, que la mesure d'hospitalisation complète.

Ces contrôles systématiques interviennent dorénavant dans deux hypothèses :

- celle visée par l'article L3211-12-1 CSP. Le contrôle s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète ainsi qu'aux décisions les renouvelant, quelle que soit l'autorité, préfet, directeur d'établissement ou juge pénal, qui en ait décidé. Le contrôle intervient, conformément à l'exigence constitutionnelle, avant l'expiration du 15e jour à compter de l'admission en hospitalisation complète, puis à l'issue de chaque période de 6 mois à compter de la précédente décision judiciaire ;

- celle visée par l'article L3213-5 CSP. Ce texte intéresse l'éventuel conflit d'appréciation entre le psychiatre qui estime, au-delà des 15 premiers jours, que les conditions de l'admission en soins psychiatriques ne sont plus remplies, et l'autorité administrative qui refuse d'ordonner la levée de l'hospitalisation complète. Dans ce cas, le directeur d'établissement doit saisir le juge qui arbitre.

Pour assurer l'effectivité de l'ensemble de ces contrôles, des délais sont impartis. Les modalités de l'audience, qui peut se tenir au palais de justice ou dans une salle de l'établissement psychiatrique, avec un éventuel recours à la visioconférence, sont précisées. L'exigence d'un débat contradictoire implique que si le malade ne peut, pour des motifs médicaux, y être entendu, sa représentation soit assurée par un avocat. L'ordonnance du juge peut toujours faire l'objet d'un appel, en principe non suspensif.

Des droits nouveaux reconnus aux patients

Ce renforcement résulte de la réécriture de l'article L3211-3 CSP sur plusieurs points.

Une définition plus étroite, d'abord, des restrictions dont peut faire l'objet l'exercice des libertés individuelles de la personne hospitalisée sans son consentement. Elles doivent dorénavant être « adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis ». A l'exigence de nécessité qui préexistait s'ajoutent celles de d'adaptation et de proportionnalité.

Un élargissement, ensuite, du droit à l'information. Désormais le patient doit être informé :

- « Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état », des décisions d'admission et de maintien des soins, mais également de la forme de sa prise en charge ainsi que des raisons qui les motivent.
- « Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions susmentionnées, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes ».

Le recueil et la prise en compte de son avis sur les modalités du traitement, enfin, sont nouvellement prévus. Ainsi, alinéa 2 de l'article énonce qu'avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, la personne, informée, est « mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ». Et l'alinéa 4 ajoute : « l'avis de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible ». « Avis » et non « consentement » puisque, très clairement aujourd'hui, ce n'est plus seulement l'hospitalisation mais les soins, quelles que soient leurs modalités, qui peuvent être prodigués sous contrainte et que, par définition, c'est bien l'impossibilité d'obtenir le consentement qui justifie la prise en charge.

Une réforme de la loi de 2011 est annoncée. Quel que soit son avenir, il ne pourra être fait l'économie d'une nouvelle réflexion sur l'énoncé de dispositions dérogatoires à l'adresse de certains malades. Elles existent depuis 2011 mais ont d'ores et déjà déclarées inconstitutionnelles. Elles visent trois catégories de patients : ceux dont la mesure de soins fait suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, ceux dont la mesure de soins est mise en œuvre dans une unité pour malades difficiles (UMD) et ceux qui, alors qu'ils sont sous le coup d'une mesure de soins sur décision du préfet, ont soit fait l'objet, dans les 10 ans qui précèdent, de soins contraints à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, soit séjourné en UMD pendant 1 an ou plus pendant les 10 dernières années. Les concernant, le juge ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis d'un collège de soignants. Sa décision de mainlevée de la mesure de soins suppose qu'aient été ordonnées deux expertises supplémentaires réalisées par deux psychiatres. Cette double exigence s'impose également à l'autorité administrative avant toute décision de mettre fin aux soins. Si le Conseil, dans sa décision du 20 avril 2012, ne conteste pas le principe d'un régime dérogatoire à visée sécuritaire, ce n'est que sous réserve que des garanties contre le risque d'arbitraire soient assurées. Elles ne le sont pas, en l'état, pour les malades placés en UMD dès lors que la loi n'encadre pas les formes ni ne précise les conditions dans lesquelles un tel placement peut intervenir. Elles ne le sont pas non plus, en l'état, pour

les patients auteurs d'infractions pénales dont l'hospitalisation complète résulte d'une décision préfectorale à la suite d'une information transmise par l'autorité judiciaire : cette transmission, opérée sans considération de gravité et de nature de l'infraction commise en état de trouble mental, ne fait l'objet d'aucune information du principal intéressé bien qu'elle risque d'emporter des conséquences importantes sur ses libertés.

Repoussant l'abrogation de ces dispositions au 1er octobre 2013, le Conseil fixe là un nouveau rendez-vous au législateur dont l'ouvrage, on l'a compris, dépasse les seules prévisions d'une loi, entièrement remaniée ou simplement corrigée, sur les soins sous contrainte.

Bibliographie

Douchy-Oudot, M. (octobre 2011). *Soins psychiatriques et droits de la personne, Procédures*. comm. 310.

Pechillon, E. (2011). Le nouveau cadre juridique des soins sous contrainte en psychiatrie : une réforme polémique. In La semaine juridique (JCP) (Ed.), *Administrations et collectivités territoriales*. étude n° 2295.

Senon, J.-L., & Voyer, M. (déc. 2012). Modalités et impact de la mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Annales medico-psychologiques*, 170, 693–8.

Senon, J.-L., Leturmy, L., Voyer, M. (2012). Les soins sous contrainte des malades mentaux. In J.-L. de, G. Senon, R. Lopez, Cario, et al. (Eds.), *Psychocriminologie* (pp. 295–308). Dunod.

Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011

Chapitre 9

Carol Jonas, Jean-Louis Senon

Une proposition de loi a été discutée et adoptée par l'Assemblée Nationale le 25 juillet 2013. Elle prévoit quelques modifications pratiques, notamment une intervention plus précoce du juge (à 12 jours) avec saisine obligatoire avant J8 et donc la disparition de l'avis conforme avant J12, des permissions jusqu'à 48 heures sans accompagnement reprenant la pratique antérieure à la loi du 5 juillet, des audiences préférentiellement à l'hôpital avec un « huis clos » de droit s'il est demandé par le patient ou encore l'assistance obligatoire du patient par un avocat. Surtout elle redéfinit la catégorie des patients les plus dangereux qui serait limitée à ceux ayant bénéficié des dispositions de l'article 122-1 du CP pour des infractions concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens, mais plus pour les patients ayant séjourné en UMD.

Parmi d'autres modifications moins importantes on peut citer la fourniture d'un certificat se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète ou non en cas d'appel à une décision du JLD ou encore le fait que l'avis du psychiatre à J8 devrait être motivé « au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. »

Le Sénat devrait examiner ce nouveau texte dans le courant du mois de septembre 2013.

Introduction : pourquoi cette réforme ? Quels sont les principes qui sous-tendent la loi ?

Pourquoi ?

La loi du 5 juillet 2011 a été votée en procédure d'urgence pour répondre à l'injonction du Conseil constitutionnel qui déclarait certains aspects de la loi du 27 juin 1990 inconstitutionnels en donnant au législateur jusqu'au 1er août 2011 pour la réformer et mettre en place une nouvelle loi.

Elle résulte de décisions du Conseil constitutionnel, du Conseil d'État et de la Cour européenne des droits de l'homme, plus que de la volonté sécuritaire exprimée par le gouvernement de l'époque.

Les arrêts qui en sont à l'origine soulignent une évolution constante de la jurisprudence allant dans le sens du renforcement des droits et des garanties du respect des libertés individuelles en se centrant sur trois points : l'obligation de recueillir les observations de la personne malade, le bref délai de recours et le respect de la dignité :

- Le Conseil constitutionnel dans des décisions du **26 novembre 2010** et du **9 juin 2011** relève une double inconstitutionnalité des textes de la loi de 1990 : pour le Conseil constitutionnel, la loi de 1990 permettait que l'hospitalisation contrainte en HDT et en HO soit maintenue au-delà de 15 jours sans l'intervention d'un juge de l'ordre judiciaire, au mépris des exigences de l'article 66

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

de la Constitution, qui précise que l'autorité judiciaire est la gardienne de la liberté individuelle. La loi de 1990 comportait aussi une autre inconstitutionnalité dans le fait que rien n'était prévu pour le réexamen à bref délai de la situation de la personne hospitalisée en cas de divergence entre le psychiatre traitant, estimant que l'hospitalisation n'est plus justifiée, et l'autorité administrative, qui refusait la levée de la mesure. L'inconstitutionnalité avancée par la QPC (question prioritaire de constitutionnalité) du 26 novembre 2010 concernait l'HDT et s'est élargie par la QPC du 9 juin 2011 relative à l'HO. Dans sa décision du 18 novembre 2008, le Conseil constitutionnel rappelle que la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au centre des droits inaliénables et sacrés de tout être humain et constitue un principe à valeur constitutionnelle.

- Dans une décision du **18 novembre 2011**, la CEDH condamne la France au motif que l'articulation des compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif quant aux voies de recours offertes à la personne hospitalisée viole le droit au recours effectif garanti par la Convention (**Baudoin contre France**). Quelques mois auparavant, le Conseil d'État avait considéré que le juge des référés et des libertés pouvait se prononcer sur la régularité d'une mesure d'hospitalisation sans consentement, par nature privative de liberté d'aller et de venir, même si cela le conduit à examiner le bien-fondé de la mesure et ainsi à exercer un office proche de celui du juge judiciaire (décision n° 335753 du 1er avril 2010).
- Le **27 mai 2011**, le Conseil d'État décide que les décisions de maintien d'une hospitalisation d'office sont au nombre des mesures de police qui doivent être motivées et qui supposent que la personne ait été mise à même de présenter des observations. Cet arrêt est dans le sillage de celui de la Cour administrative d'appel de Versailles qui, le 18 novembre 2008, estimait que l'hospitalisation sous contrainte « ne peut intervenir qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations écrites ou le cas échéant ses observations orales ».
- Le problème du délai de recours est posé par la CEDH le 14 avril 2011 (Patoux contre France) quand la cour condamne la France pour violation de l'article 5.4 de la Convention européenne qui prévoit que « toute personne privée de sa liberté par arrestation ou de détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale. » La cour considère qu'un délai de 46 jours entre la demande de sortie immédiate et l'audience devant le juge ne correspond pas à l'exigence d'un « bref délai » envisagé par la convention.

Avant de présenter les dispositions actuelles de la loi, il faut aussi faire sa place à **l'étude d'impact**, maintenant obligatoire avant tout vote du Parlement. Elle donne des éléments d'appréciation précieux. En 2008, environ 69 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement au moins une fois dans l'année. La part des hospitalisations sans consentement sur l'ensemble des hospitalisations reste stable entre 1998 et 2007 : elle varie entre 11 % et 13 %. En 2009, le rapport de l'IGAS de Mesdames Lalande et Lépine fait état de 80 235 hospitalisations sans consentement dont 62 155 en HDT et 15 570 en HO (IGAS, rapport N° RM2011-071P).

Près de la moitié des personnes hospitalisées sans leur consentement le sont pour des pathologies psychotiques, schizophrénie, troubles schizoptypiques et délirants, bouffées délirantes, troubles délirants persistants (29 427 patients), alors que les troubles de l'humeur, dépressions avec ou non idées suicidaires et états maniaques constituent le deuxième groupe des pathologies les plus représentées dans les soins sans consentement (12 043 patients concernés). Les troubles de la personnalité représentent 8 675 personnes et les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives 7 639 personnes.

Les principes de la loi

La loi 2011-803 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 depuis le 1er août 2011 le droit applicable en matière de soins sans consentement pour les patients ayant des troubles mentaux. En apparence, elle modifie relativement peu les régimes possibles d'hospitalisations. Persistent en effet deux modalités de soins hospitaliers sans consentement : celui qui s'appuie sur le risque

d'un trouble à l'ordre public et est désormais appelé soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SDRE) ; et celui qui est pris en principe dans l'intérêt du patient sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE), avec maintenant intervention ou non d'un tiers. Cette loi nouvelle instaure également une possibilité de soins sans consentement en dehors de l'hospitalisation complète qui doit s'appuyer sur un programme de soins (PDS) élaboré par un psychiatre de l'établissement. Une des modifications majeures de la loi par rapport à ses devancières est de placer l'ensemble de la procédure sous le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) de manière systématique dès les premiers jours de l'hospitalisation ou à la demande du patient dans d'autres circonstances. À partir du 1er janvier 2013, tout le contentieux relatif à cette hospitalisation est jugé par le JLD alors qu'auparavant une répartition complexe était opérée entre le juge administratif pour certains aspects et pour le juge judiciaire pour d'autres. Ce point concernant les sanctions et les responsabilités éventuellement encourues méritera quelque développement en fin de chapitre.

Pour bien comprendre les modifications apportées par cette loi à celles qui l'ont précédée et les aspects qui doivent désormais être privilégiés et le seront notamment par le regard du JLD, il est important d'apporter quelques informations sur le contexte juridique dans lequel une telle loi peut être adoptée dans un pays comme le nôtre (Pechillon, 2012).

La France est un pays de droit. En ce sens, toute norme juridique doit être conforme à sa constitution mais également aux conventions internationales qui ont été adoptées et ratifiées par le pays. Pour ce qui nous intéresse, il convient donc de donner quelques informations sur ce que dit la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) ainsi que sur le droit constitutionnel.

La CEDH est destinée à protéger la liberté individuelle des ressortissants européens. Chaque État doit pouvoir justifier les limitations qui sont apportées à cette liberté. La jurisprudence de la Cour de Strasbourg est néanmoins pragmatique et apporte une limite à cette liberté : la capacité d'une personne à s'opposer à une décision extérieure et donc sa capacité ou non à consentir. Cela justifie des privations de liberté pour certains malades mentaux, à priori dans leur intérêt. Cependant, pour limiter le risque d'arbitraire, la Cour européenne impose de prévoir une intervention de l'autorité judiciaire (CEDH, 24/10/1979, Winterwerp). Cette procédure doit pouvoir être engagée à tout moment et éventuellement à plusieurs reprises (CEDH, 02/09/2010, SHOPOV contre Bulgarie). Le patient doit pouvoir disposer d'un contrôle judiciaire à intervalles réguliers et dans un court délai (CEDH, 18/11/2010, Baudouin contre France, précité). De manière très pragmatique la recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe (Recommandations du Comité des ministres, 2004) détaille les différents droits du patient et notamment son droit à l'information ainsi que le principe de restriction minimale que les soins doivent revêtir (Jonas, Recommandations, 2004).

Pour sa part, la Constitution française apporte d'autres précisions importantes. On les retrouve dans les décisions prises sur questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) échelonnées entre la fin de l'année 2010 et la fin de l'année 2011, qui ont joué un rôle majeur dans la modification de la loi et sa rédaction actuelle (Jonas). Le conseil affirme que le législateur se doit « d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeurs constitutionnelles, et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties » et un peu plus loin une phrase particulièrement importante reprise dans la loi « les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** aux objectifs poursuivis ». En d'autres termes, une loi prévoyant des soins sans consentement est constitutionnelle. Elle est destinée à assurer une conciliation entre la protection de la santé de personnes souffrant de troubles mentaux et les préventions à l'atteinte de l'ordre public et de la sécurité des tiers mais il faut qu'elle apporte suffisamment de garanties au patient pour que ces libertés constitutionnelles soient préservées. Ainsi il n'est pas étonnant que l'architecture de la loi en dehors d'une description précise des conditions dans lesquelles peuvent être décidés SDDE et SDRE ainsi que les soins ambulatoires proposent dans un premier chapitre de détailler les droits du patient. Nous suivrons ce plan particulièrement logique.

Les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

Il s'agit d'un long chapitre préliminaire de la loi qui détaille les garanties offertes au patient. Dans le Code de la santé publique, il correspond à des articles numérotés L3211-1 et suivants.

Les droits généraux des patients

La loi énonce d'abord dans l'article L3211-1 du CSP le principe de base : celui du consentement nécessaire de toute personne avant les soins qui est inscrit à l'article 16-3 du Code civil. À ce droit s'ajoute celui du libre choix du médecin ou de l'équipe de santé mentale publique ou privée à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur psychiatrique.

L'article suivant confirme que le patient, hospitalisé librement en psychiatrie, dispose des mêmes droits concernant sa liberté individuelle que tout autre malade soigné pour une autre cause. Lorsqu'un patient qui souffre de soins psychiatriques est hospitalisé dans un autre établissement, son transfert vers un établissement habilité doit être organisé au plus tard sous 48 heures (article L3211-2-3 du CSP).

L'article L3211-3 revêt une importance particulière et doit être bien connu des professionnels. Il définit largement les droits et libertés des patients soignés sans leur consentement. Ainsi précise-t-il, comme l'avait mis en avant le Conseil constitutionnel, que les restrictions à la liberté individuelle doivent être « adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis ». Il impose le respect de la dignité de la personne mais aussi la recherche de sa réinsertion.

Il impose une obligation d'information qui doit survenir avant chaque décision après que le patient a été à même de faire valoir ses observations par tout moyen. Une limite existe cependant : « dans la mesure où son état le permet ». L'information doit notamment porter sur les décisions d'admission, sur la situation juridique du patient et sur ses voies de recours (de la jurisprudence existe déjà à ce propos). Comme cela a été le cas auparavant, ce long article définit certains droits et libertés qui doivent être maintenus en tout état de cause :

- communiquer avec les autorités ;
- saisir la CDSP ;
- prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de libertés, des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- émettre ou recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- exercer son droit de vote ;
- se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Comme auparavant, ces droits, à l'exception des 5, 7 et 8e, peuvent être exercés à leur demande par les parents du sujet ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Mesures de protection spécifiques

Dans cette partie de la loi, la législation rappelle les obligations du médecin du fait de la vulnérabilité particulière des malades mentaux. Ainsi est-il écrit que le patient conserve son domicile durant l'hospitalisation mais aussi et surtout (art. L3211-6) que lorsque l'état du patient requiert une mesure de protection, le placement sous sauvegarde de justice par simple déclaration au procureur de la République est une **obligation** pour le médecin travaillant en établissement.

La loi prévoit également une situation particulière où le mineur dont on sait qu'il peut être placé en SDRE mais pas en SDDE, l'admission ou la levée de la mesure sont demandées par les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur. Ceci a d'ailleurs fait réagir certains acteurs et notamment le Syndicat de la magistrature, qui estime que de ce fait le mineur a plutôt moins de garanties qu'un majeur.

Garanties offertes aux patients soignés sans leur consentement

On sait qu'une des innovations de la loi est de prévoir deux modes de prises en charge :

- l'hospitalisation complète ;
- une autre forme de soins qui peut inclure des soins ambulatoires, mais également des « séjours ».

Garanties en cas d'hospitalisation complète

Elles sont de trois ordres :

- Des certificats réguliers. De façon générale, l'admission suppose une période d'observation avec, après les certificats nécessaires à l'entrée, une première évaluation au bout de 24 heures puis une autre dans les 72 heures. Dans les premières 24 heures, un examen somatique complet doit être réalisé. Selon le consensus actuel découlant d'une recommandation de l'HAS d'avril 2005, il faut au moins un examen de la vigilance, une mesure de la tension artérielle, du pouls, de la température, une évaluation de la fréquence respiratoire, une glycémie capillaire. À l'issue de la période des 72 heures, le patient peut sortir, rester hospitalisé ou bénéficier de soins sous une autre forme que l'hospitalisation.
- Le psychiatre a la possibilité de modifier à tout moment le mode de prise en charge en établissement à un certificat médical « circonstancié ».
- Le patient peut obtenir des permissions (art. L3211-11-1). Cette garantie est indirecte pour le patient mais elle doit lui permettre de conserver des liens avec le milieu extérieur. En l'état actuel de la loi, elles ne peuvent être que de courte durée, c'est-à-dire n'excédant pas 12 heures et le patient doit être accompagné soit d'un membre du personnel soignant, soit par la famille ou la personne de confiance si le sujet en a désigné une. L'accompagnement doit être effectif pendant toute la durée de la sortie. Si le patient est en SDRE, un certificat doit être transmis au préfet dans un délai d'au moins 48 heures avant la date prévue de la sortie accompagnée, de manière à ce que le représentant de l'État puisse éventuellement faire part de son opposition.

Les soins sous une autre forme que l'hospitalisation complète

Cette nouveauté introduite dans la loi s'accompagne de garanties particulières pour le patient, d'abord la nécessité de lui apporter une information précise avant l'établissement de ce programme de soins, ensuite de recueillir son avis lors de la définition de ce dernier et avant toute modification de celui-ci. Cet avis doit être recueilli à l'occasion d'un entretien avec le psychiatre.

Autre garantie, seul le psychiatre qui participe à la prise en charge a la possibilité d'établir et de modifier le programme de soins (PDS). En aucun cas, ni un autre médecin ni le directeur ni le représentant de l'État ni même le JLD ne peuvent établir un PDS.

Un décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 précise les conditions de rédaction et le contenu de ce programme de soins (art. R3211-1 du Code de la santé publique). Il doit indiquer les modalités de soins en hospitalisation à temps partiel, soins ambulatoires, soins à domicile avec existence ou non d'un traitement médicamenteux. Il peut également préciser la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile, la durée pendant laquelle les soins sont dispensés si celle-ci est prévisible. Il mentionnera les lieux où se déroulent les prises en charge. Pour des motifs de confidentialité, il ne comporte pas d'indication sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni sur les résultats d'examens complémentaires. Il ne mentionne pas les traitements médicamenteux, leur forme ou leur modalité d'administration.

À la suite de la contestation de certains articles de cette loi, le Conseil constitutionnel s'est prononcé dans une QPC le 20 avril 2012 (Jonas). Le conseil a validé cette nouvelle modalité de soins, même si des hospitalisations complexes séquentielles sont réalisées durant celle-ci. Cependant, il précise que le patient a alors retrouvé sa liberté d'aller et de venir. Il est donc interdit de le contraindre à rester à l'hôpital s'il ne le souhaite pas. En ce cas, la seule solution pour l'équipe médicale est de réinstaurer une nouvelle hospitalisation sans consentement avec réouverture d'un nouveau délai de 15 jours à la suite duquel un JLD se prononcera.

Le collège prévu à l'article L3211-9 du CSP

Il intervient dans deux types de situations : soit lors des interventions du JLD pour les patients réputés les plus dangereux, soit pour les SDDE qui durent plus d'1 an.

Il est composé d'un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, d'un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. La loi et son décret d'application précisent les conditions

de sa réunion, les délais dans lesquels il doit rendre des avis.

Un nouvel acteur majeur : le juge des libertés et de la détention (JLD)

Son intervention est désormais la règle. Elle est précisée et définie par les articles L3211-12 et suivants du CSP et par les articles R3211-7 et suivants. Il intervient dans deux types de circonstances : il peut être saisi dans des conditions fixées par la loi, mais surtout de manière systématique avant l'expiration de délais qui sont clairement définis à l'article L3211-12-1.

Le recours facultatif

Il est ouvert au patient mais aussi à de nombreuses personnes qui lui sont proches et dont la liste figure dans le Code de la santé publique pour toute mesure de soins sans consentement, qu'il s'agisse d'une hospitalisation complète ou d'un autre mode de prise en charge, et à tout moment. Il permet au juge de décider de la main levée immédiate d'une mesure. Le juge doit statuer à bref délai, fixé à 12 jours, lequel est porté à 25 jours dans le cas où une expertise est nécessaire. Le JLD a même la possibilité de se saisir d'office à tout moment.

Lorsqu'il ordonne la main levée d'une mesure à l'occasion d'une hospitalisation complète, le juge peut assortir sa décision d'un délai de 24 heures afin de permettre au psychiatre assurant la prise en charge de proposer éventuellement un PDS.

Pour certains patients, le juge ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège précité. Ce sont les patients réputés les plus dangereux, définis dans la loi comme ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement à la demande du représentant de l'État ou d'une décision judiciaire, après bénéfice d'une irresponsabilité pénale ou ayant fait l'objet d'une telle mesure dans un délai pouvant aller jusqu'à 10 années, ainsi que les patients séjournant en UMD ou y ayant séjourné pour une durée de plus d'1 an depuis un délai inférieur à 10 ans. Les définitions concernant cet aspect de la loi ont semblé insuffisamment précises au Conseil constitutionnel. Une modification doit être votée avant le 1er octobre 2013.

Lorsque le juge envisage la levée de la mesure pour des patients de ce type, il doit en plus recueillir deux expertises établies par des psychiatres inscrits sur des listes spécifiques qui lui remettront un rapport dans un délai qui ne peut excéder 15 jours.

Le recours de plein droit

C'est une innovation essentielle de la loi qui va dans le sens des prescriptions de la CEDH et des décisions du Conseil constitutionnel de 2010 et 2011. Ainsi est-il prévu que le juge doit intervenir dans un délai de 15 jours à compter de l'admission d'un patient, mais aussi dans ce même délai à la suite d'une modification de la prise en charge aboutissant à une nouvelle hospitalisation complète du patient, puis à l'expiration d'un délai de 6 mois suivant toute décision judiciaire prononçant une hospitalisation.

La procédure est assez complexe et ne peut pas être détaillée dans un court chapitre d'ouvrage. Le juge doit être saisi par le directeur de l'établissement pour les hospitalisations qui relèvent de sa compétence et par le préfet pour celles qui sont décidées par lui. La saisine doit être accompagnée d'un certain nombre de documents. Pour les patients réputés les plus dangereux, l'avis de deux psychiatres (avis conjoint) est remplacé par l'avis du collège précité. Pour ces patients, le juge doit également s'appuyer sur des expertises dans le cas où il envisage la main levée. Les délais proposés aux experts sont courts (10 jours au maximum).

Les délais de 15 jours et 6 mois prescrits par la loi étant des garanties relatives à la préservation de la liberté individuelle, à valeur constitutionnelle, ils sont absolument impératifs. Ainsi, si le juge n'a pas statué dans les délais mentionnés, la main levée est acquise et ce quel que soit le type d'hospitalisation, y compris pour les patients les plus dangereux.

La procédure devant le JLD est complexe. On retient que les débats sont publics sauf si l'une des parties demande qu'ils aient lieu « en chambre du Conseil », c'est-à-dire à huis clos. Le JLD siège en principe au tribunal de grande instance, mais il est possible d'aménager une salle d'audience dans les établissements de soins et la loi a même prévu la possibilité de visioconférences. En ce cas, un avis médical doit attester que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé et le directeur de l'établissement doit s'assurer que le patient ne s'y oppose pas.

Le patient peut être assisté ou représenté par un avocat. Dans le cas où après avis médical il est attesté que son audition est contre-indiquée, la

représentation par avocat est obligatoire (art. L3211-12-2).

Il est important de souligner que rien n'impose que les soignants accompagnants le patient soient entendus, bien au contraire. Ils restent tenus à l'obligation de secret professionnel. Il est donc préférable qu'ils ne participent pas directement à l'audience et ne donnent aucune information couverte par le secret ni au juge ni à fortiori à des tiers.

L'ordonnance du JLD est susceptible d'appel devant le premier président de la Cour d'appel. Cet appel n'est pas suspensif, sauf s'il y a un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. En ce cas, les délais d'appel sont très restrictifs. Le procureur a ainsi un délai de 6 heures à compter de la notification de l'ordonnance de main levée et le premier président doit décider sans délai s'il donne un effet suspensif ou non à cet appel et se prononcer sur la demande d'appel dans un délai de 3 jours, prorogé jusqu'à 14 jours si une expertise est nécessaire.

Ces diverses garanties et notamment l'intervention systématique du JLD conduisent selon les premières statistiques disponibles à ce qu'environ 5 % des hospitalisations se terminent par une main levée, prononcée par le juge à l'occasion du recours de plein droit. Une analyse des quelques décisions qui ont déjà été prononcées montre qu'assez souvent ce sont des questions de forme qui conduisent à cette main levée mais ce peut être pour défaut d'information ou de recueil de l'avis du patient ou encore parce que les certificats ne sont pas assez circonstanciés et ne démontrent pas que les conditions prévues par la loi sont remplies. Les rédacteurs doivent donc être particulièrement attentifs et comprendre que les certificats sont les documents les plus importants pour asseoir la décision du juge.

Les deux régimes de soins sans consentement

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (art. L3212-1 et suivants du CSP)

Elles viennent remplacer les soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers. On peut les définir très brièvement en disant que ce sont les soins sans consentement décidés par un directeur d'établissement. La loi fonctionne d'une manière qui est assez superposable à ce qui existait auparavant avec cependant une multiplication des certificats obligatoires et surtout une nouvelle modalité d'admission.

Conditions nécessaires à l'admission

Elles sont prévues aux articles L3212-1 et L3212-3 en cas d'urgence. Le principe repose sur la constatation par un ou plusieurs certificats médicaux d'un état de santé justifiant des soins psychiatriques. Deux conditions doivent être réunies.

- les troubles mentaux rendent impossibles le consentement ;
- l'état mental du sujet impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète ou une surveillance médicale régulière.

Le certificat doit être suffisamment précis et circonstancié pour que le juge puisse vérifier que ces deux conditions sont bien réunies.

Trois situations autorisent désormais l'admission en soins sans consentement :

- Dans le cas classique, la demande d'admission doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours, le premier établi par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement accueillant le malade, le second pouvant être rédigé par un médecin exerçant dans cet établissement.
- Comme auparavant les médecins ne peuvent être ni parents ni alliés jusqu'au 4e degré inclusivement ni entre eux ni du directeur de l'établissement ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne qui fait l'objet des soins.
- La demande d'admission doit être rédigée par un membre de la famille ou une personne justifiant de l'existence de relations antérieures avec le malade (Conseil d'état, 3 décembre 2003), à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement. En principe, ceci n'empêche pas les assistants de services sociaux de rédiger de telles demandes à la condition de démontrer des relations antérieures avec le patient. La demande doit être manuscrite (article R3212-1 du Code de la santé publique, datée et signée).

- En cas d'urgence, lorsqu'il existe un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**, à titre exceptionnel, les soins sans consentement peuvent être prononcés au vu d'un seul certificat qui peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement. Cette procédure existait déjà depuis la loi du 27 juin 1990.
- Enfin, une troisième possibilité est maintenant ouverte, « **lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande formulée par la famille ou un tiers et qu'à la date d'admission un péril imminent pour la santé de la personne est constaté** dans un certificat médical (art. L3212-1, II, 2e). En ce cas, un certificat établi par un médecin qui n'exerce pas dans l'établissement d'accueil, constate le péril imminent et la nécessité de recevoir des soins. Le directeur doit informer dans un délai de 24 heures, sauf difficulté particulière, la famille de la personne qui fait l'objet de soins ou la personne chargée de sa protection juridique ou toute personne justifiant de l'existence de relations avec celle-ci. Il est à noter que cette obligation d'information ne conduit pas à ce que la personne contactée ait à signer une demande.

Le séjour du patient et le maintien dans les soins sans consentement

Pour garantir les droits du patient, de nombreux certificats sont nécessaires. Comme auparavant, un certificat est réalisé dans les premières 24 heures et désormais un autre doit être rédigé avant la fin de la période d'observation des 72 heures. C'est en fonction des conclusions de ces certificats que le directeur maintient l'hospitalisation, propose un autre mode de soins ou laisse sortir le patient. Par ailleurs, pour préparer le travail du JLD, un nouveau certificat est nécessaire entre le 5 et le 8e jour à compter de l'admission. Au vu de ce certificat, le directeur maintient ou non les soins pour une durée maximale d'1mois. Au-delà, ils peuvent être maintenus pour des périodes maximales d'1 mois renouvelable. Le certificat doit être établi dans les trois derniers jours de chaque période. Lorsque la durée de soins excède une période continue d'1 an à compter de l'admission, le maintien est subordonné à une évaluation approfondie réalisée par le collège prévu à l'article L3211-9 du CSP. L'absence de certificats dans les délais prévus entraîne une main levée immédiate. Pour saisir le JLD, un avis conjoint donné par deux psychiatres, dont l'un ne participe pas à la prise en charge du patient, doit être fourni avant J12.

La main levée des soins sans consentement

Dans l'immense majorité des cas, elle résulte d'une décision médicale qui conduit le directeur à prononcer immédiatement la levée. Le certificat peut être rédigé à tout moment. Il est possible dès le certificat de 24 heures puis à celui des 72 heures ou à l'occasion du certificat entre J5 et J8 et chaque certificat obligatoire, mais dans l'intervalle le psychiatre peut toujours demander la main levée. Le certificat doit être circonstancié, mentionnant l'évolution de l'état du patient et/ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

Dans certains cas, le préfet peut ordonner la main levée immédiate (art. L3212-8 du CSP).

Dans d'autres cas, la sortie peut être décidée par la CDSP (*cf. infra*). Elle peut évidemment résulter d'une décision du JLD, soit de plein droit, soit après recours facultatif. Enfin les personnes qui ont qualité pour rédiger une demande de soins sans consentement ont également la possibilité de demander la main levée de celle-ci. Cependant, le directeur n'est pas toujours tenu de faire droit à leur demande. Trois hypothèses sont désormais ouvertes (art. L3212-9 du CSP).

- le directeur suit la demande ;
- le directeur demande à un psychiatre de rédiger un certificat ou de donner un avis en cas d'absence du patient. Si ce document datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt de soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient, le directeur refuse la main levée, mais indique les voies de recours possibles au demandeur ;
- si le certificat atteste que l'état du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur informe le représentant de l'État qui peut prendre une mesure plus contraignante (SDRE).

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (art. L3213-1 et suivants du CSP)

Les soins sans consentement à la demande du représentant de l'État ne sont pas très différents de ce qu'ils étaient auparavant, si ce n'est les conditions plus rigoureuses prévues pour une catégorie de patients définis comme ayant une dangerosité particulière. Cet aspect a cependant fait l'objet de la décision précitée du Conseil constitutionnel (20 avril 2012) et de nouvelles définitions concernant ces populations doivent être proposées dans la loi avant le 1er octobre 2013.

Admission dans le dispositif de soins

Elle est prévue par les articles L3213-1 ou L3213-2 s'il y a danger imminent. En pratique, c'est plus souvent ce dernier article qui est utilisé sur demande du maire de la commune ou du commissaire de police à Paris. Dans sa rédaction initiale, la loi prévoyait que la décision puisse être prise sur le fondement de la notoriété publique, mais dans sa décision QPC du 6 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a rendu cette modalité illégale. La décision est donc prise soit sur le fondement d'un certificat médical, soit sur celui d'un avis médical lorsque le patient ne peut pas être examiné. Le certificat doit constater les troubles mentaux et l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes. Dans sa forme classique, le SDRE découle d'un arrêté préfectoral motivé au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Ce certificat constate l'existence de troubles mentaux qui nécessitent des soins d'une part et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public d'ordre part. En matière de SDRE, il est désormais fait obligation au psychiatre qui prend en charge le patient d'apporter au directeur de l'établissement des informations permettant de déterminer si ce dernier fait partie de la catégorie des patients réputés les plus dangereux (par exemple bénéfice d'une irresponsabilité pénale ou passage en UMD dans les 10 années antérieures).

Séjour du patient et modes de prises en charge alternatives à l'hospitalisation

Ils ne sont pas très différents de ce qui est prévu dans les SDDE. Néanmoins le préfet dispose de prérogatives permettant de limiter un peu plus rigoureusement la liberté d'aller et de venir du patient afin de préserver l'ordre public et la sécurité des personnes.

La période d'observation de 72 heures est la même avec les deux certificats qui y sont inscrits. Le préfet dispose en principe d'un délai de 3 jours francs pour décider de la forme de la prise en charge en fonction des certificats. Dans l'attente, le patient reste en hospitalisation complète. Lorsque le patient entre dans la catégorie de ceux qui sont réputés dangereux, le préfet ne peut décider d'une prise en charge alternative à l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collège.

Un nouveau certificat rédigé entre J5 et J8. Il doit être circonstancié, confirmant ou infirmant les précédents certificats et précisant l'évolution des troubles et leur disparition. Il doit mentionner si le mode de prise en charge doit rester identique ou être modifié. Il est également prévu un certificat mensuel, rédigé dans les trois premiers jours du 1er mois suivant la décision d'admission, et non 1 mois après J5 et J8 comme en SDDE. Par la suite, la mesure peut être maintenue par le préfet pour des périodes maximales de 6 mois renouvelables. L'absence de décision du préfet à l'issue de chacun des délais prévus entraîne une main levée immédiate de la mesure. Il est à noter que l'article R3213-3 du CSP impose que les certificats et avis médicaux destinés au préfet soient dactylographiés.

Mainlevée d'une mesure de SDRE

La situation n'est pas très différente à ce qu'elle était dans la loi précédente. La sortie n'est pas décidée par le psychiatre traitant et encore moins par les proches. Elle résulte en principe d'une décision du représentant de l'État mais elle peut être sollicitée par la CDSP et bien entendu le JLD a toujours pouvoir de prononcer une main levée, même contre l'avis du préfet.

Le préfet a la possibilité d'ordonner une expertise et son délai de 3 jours francs pour se prononcer est

alors prolongé au maximum de 14 jours. Lorsqu'il décide de ne pas ordonner la sortie, il en informe le directeur de l'établissement, qui a une compétence liée, pour saisir le JLD sans délai.

La situation est en fait plus complexe en raison de la décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011 qui a introduit au dernier moment dans la loi un article L3213-9-1. Il définit la conduite à tenir dans le cas où existe un désaccord entre préfet et médecin. Le préfet a l'obligation d'informer le directeur de l'établissement qui demande immédiatement un examen du patient à un deuxième psychiatre. Ce deuxième avis est rendu dans un délai maximal de 72 heures. Si les deux avis sont concordants, le préfet a l'obligation de prononcer la mainlevée. Lorsque le deuxième avis propose le maintien de l'hospitalisation complète, la décision revient alors au JLD en application des dispositions de l'article L3213-5 du CSP.

Concernant les patients réputés les plus dangereux (sous réserve d'une définition plus claire apportée par une modification de la loi avant le 1er octobre 2013), la décision du préfet doit être précédée de l'avis du collège ainsi que de l'avis concordant de deux psychiatres experts.

Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Elle succède à la CDHP et a un rôle sensiblement équivalent à cette dernière. Sa mission, sa composition et son rôle sont définis par l'article L3223-1 et suivants du Code de la santé publique, ainsi que par les articles R3223-1 et suivants du même Code pour la partie réglementaire.

Composition

Comme auparavant elle est composée de deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la Cour d'appel et l'autre par le préfet du département, un seul des deux psychiatres peut exercer dans un établissement public. Y figurent également un magistrat, deux représentants d'associations agréées représentant respectivement les personnes malades et les familles de malades mentaux désignés par le préfet et un médecin généraliste.

Rôle et mission de la CDSP

- elle est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques et de renouvellement de cette décision ;
- elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;
- elle examine la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques notamment lorsque les soins se prolongent au-delà d'1 an ;
- elle saisit si besoin le représentant de l'État et le procureur de la République, en particulier pour obtenir une sortie ;
- elle visite les établissements psychiatriques ;
- elle adresse chaque année un rapport d'activité à plusieurs autorités (JLD, ARS, procureur de la République, contrôleur des lieux de privation de libertés) ;
- elle peut proposer au JLD la main levée d'une mesure d'hospitalisation sans consentement ;
- elle statue sur les modalités d'accès aux informations du dossier du patient lorsque celui-ci fait l'objet de soins sans consentement. Pour exercer sa mission, elle peut avoir accès à toute information de la part du personnel des établissements mais est tenue au secret professionnel. Elle doit se réunir au moins une fois par trimestre sur convocation de son président ;
- elle visite les établissements de soins psychiatriques au moins deux fois par an.

Sanctions et responsabilités

S'agissant d'une dérogation aux principes sacrés de la liberté individuelle, la loi prévoit des sanctions pénales qui sont manifestement suffisamment dissuasives puisqu'elles n'ont jamais été appliquées. Plus largement, les patients peuvent contester leur hospitalisation, en obtenir éventuellement l'annulation et une réparation s'ils en ont subi un préjudice.

Les sanctions prévues par la loi

Elles s'appliquent aux directeurs d'établissements et aux médecins. Est puni d'1 an d'emprisonnement

et de 15 000 euros d'amende, le directeur qui maintiendrait une mesure de soins sans consentement alors que la levée a été ordonnée par le préfet ou le JLD. La même peine s'applique au directeur ou au médecin qui supprimerait ou retiendrait une requête ou réclamation adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par le patient.

Les peines sont diminuées de moitié pour le directeur qui a mis une personne en soins sans consentement sans avoir obtenu la demande d'admission et le certificat prévu par la loi et qui ne transmet pas au préfet dans les délais prescrits les documents et certificats prévus. Il en est de même pour le médecin qui refuserait ou omettrait d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité.

Les responsabilités encourues

Elles ne peuvent pas être détaillées dans un court chapitre (Senon, Jonas, Voyer, 2012). La loi, constatant la complexité de la situation qui répartissait le contentieux entre les tribunaux administratifs et judiciaires, a décidé que seuls ces derniers seraient compétents à compter du 1er janvier 2013. Il est encore prématuré de déterminer si cela aura une incidence majeure sur la question. Ce sont désormais les JLD qui, en première instance, auront à traiter toutes les questions contentieuses soulevées par les patients à l'occasion de leur hospitalisation.

On peut néanmoins faire un rapide panorama de la jurisprudence antérieure qui n'évoluera sans doute que progressivement. Jusqu'à maintenant l'autorité judiciaire était saisie en cas d'atteinte à la liberté individuelle (5, n° 130 et suivants pour des développements plus longs).

La grande majorité du contentieux porte sur deux aspects particuliers : la motivation de l'acte et la notification de ce dernier au patient. La motivation est le seul moyen de vérifier que la loi a été bien appliquée sur le fond et sur la forme. Elle résulte essentiellement du contenu du certificat médical.

De ce fait, il est quasi nécessaire que le certificat médical soit intégré en entier à la décision du préfet. Cette décision doit être notifiée à l'intéressé dès que possible pour le mettre en état de contester sa privation de liberté, cependant, l'absence de notification n'entraîne pas l'illégalité des soins mais elle est fautive et engage donc la responsabilité de l'État. Surtout pour ce dernier, elle ne fait pas courir les délais de prescription et le patient peut donc la contester pendant un temps indéterminé.

Un autre grand chapitre relatif à la responsabilité concerne les actes commis par les patients soit contre eux-mêmes soit contre les tiers. Quelques aspects en sont détaillés dans le chapitre de cet ouvrage consacré à la responsabilité.

La responsabilité dans la rédaction des certificats est encore peu développée mais risque de le devenir du fait de leur place majeure dans les décisions du JLD.

On doit s'interroger de savoir comment évoluera la jurisprudence puisque le droit administratif utilisait certains concepts qui ne font pas actuellement partie du vocabulaire de la juridiction judiciaire. Il en était ainsi pour les sorties à l'essai que le Conseil d'État examinait sous l'angle d'un « risque spécial pour les tiers » (13 juillet 1967). Lorsqu'on sait que la sortie à l'essai n'existe plus et est remplacée par les soins ambulatoires obligatoires avec PDS, on peut se poser la question de savoir comment une telle jurisprudence évoluera, compte tenu notamment des situations très diverses de prises en charge avec contrôle plus ou moins important des allées et venues du patient (voir à ce propos la décision du Conseil d'État, 17 février 2012).

À titre exceptionnel, il n'est pas exclu qu'un psychiatre puisse voir sa responsabilité pénale engagée du fait d'un acte de ses patients (tribunal correctionnel de Marseille, 18 décembre 2012), mais cela devrait rester exceptionnel.

En guise de conclusion, il n'est pas inutile de souligner que les données figurant dans ce chapitre peuvent être particulièrement évolutives au fil du temps. La jurisprudence est beaucoup plus importante qu'auparavant (désormais, au moins 60 000 décisions par an), la place du JLD accentue un regard juridique et formel sur le travail du psychiatre et les recours vont sans doute se multiplier. Il convient donc d'être très attentif à chaque étape des soins et notamment à la qualité de rédaction des certificats.

Références

Décision QPC-235. (20 avril 2012).

Jonas, C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011, *EMC Psychiatrie*, 37–901-A-15.

Jonas C. *Dictionnaire permanent de l'action sociale. Étude « Santé mentale ».* Paris : Éditions législatives.

Pechillon, E. (dec. 2012). Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte. *Annales medico-psychologiques*, *170*, 706–710.

Senon, JL., Jonas, C., & Voyer, M. (2012). Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Annales medico-psychologiques*, *170*, 211–215.

Recommandation 10 du Comité des ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. (2001). www.coe.int.

Conseil d'État. (13 juillet 1967). *Département de la Moselle.*

Justice et soins aux mineurs

CHAPITRE 10

Michel Botbol

L'immaturité de l'enfant et son étroite dépendance au contexte éducatif dans lequel il vit ont d'importantes conséquences sur les modalités de ses soins. Ainsi, dans les situations ordinaires, demander ou consentir à ces soins est une des prérogatives des dépositaires de l'autorité parentale c'est-à-dire généralement les parents. C'est aux représentants de l'État et à la justice qu'il revient de suppléer aux parents lorsque ceux-ci sont défaillants ou qu'ils sont empêchés de remplir les devoirs que cette autorité leur confère. C'est ce qu'illustre la place des Conseils généraux et de la justice des mineurs dans les dispositifs de protection et les modalités particulières qui judiciarise les soins psychiatriques sous contraintes chez les mineurs.

L'autorité parentale

Elle est définie par le Code civil (art. 371-1) comme « un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant ». Elle « appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne ». Le juge des affaires familiales est en règle générale le juge compétent en matière d'autorité parentale. Il peut, si la situation l'exige, limiter son exercice par les parents.

La garde et l'éducation

Le Code civil (art. 371-3) précise également ces deux dimensions essentielles dans l'exercice de l'autorité parentale :

- **La garde de l'enfant** est un droit et un devoir des parents. L'enfant doit demeurer avec ses parents, dans le domicile familial s'ils vivent ensemble, ou selon l'accord des parents ou les décisions du juge s'ils vivent séparément. Mais la garde est également un devoir car les parents doivent l'exercer dans l'intérêt de l'enfant et ne peuvent s'y soustraire en le délaissant ou en l'abandonnant, sous peine de condamnation pénale (art. 277-1 et suivants du CP).
- **L'éducation de l'enfant** est, elle aussi, un droit et un devoir : un droit car elle donne le droit aux parents de déterminer des aspects importants de la vie de l'enfant, par exemple le choix de la religion ou du métier, ou de le corriger « en cas d'infraction à la discipline familiale » dès lors qu'ils restent dans le cadre des « sanctions qu'approuve la coutume » (Weca, 2006). Cependant, l'autorité parentale ne peut en aucun cas justifier des actes violents.

Conséquences de ces devoirs

L'autorité parentale peut se perdre ou se retirer quand les parents ne l'assurent pas dans l'intérêt de l'enfant, c'est-à-dire lorsqu'ils ne remplissent pas de façon adéquate les devoirs liés à la garde et à l'éducation de l'enfant. Elle peut ainsi se perdre du fait de la **déclaration judiciaire d'abandon** qui est une possibilité donnée au tribunal de Grande Instance lorsqu'il constate que les parents d'un enfant recueilli par un particulier, un établissement ou un service de l'aide sociale à l'enfance, se sont manifestement désintéressés de lui depuis plus d'1 an (art. 350 CC). Cette action

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

a pour effet de rendre l'enfant adoptable sans que ses parents aient à consentir à son adoption. Elle s'accompagne obligatoirement d'une délégation de l'autorité parentale à un tiers (*cf. infra*). Cependant, la **mise en œuvre directe de la délégation de l'autorité parentale** est également possible (art. 377 CC) offrant une solution moins radicale que l'article 350 puisqu'elle ne touche pas aux liens de filiation et ne remet pas en cause la qualité de parent. Cette deuxième solution s'impose d'ailleurs si le recours à l'article 350 du CC ne s'inscrit pas dans un projet d'adoption (auquel le délégataire de l'autorité parentale n'a pas le pouvoir de consentir).

L'autorité parentale peut être également retirée par la justice. C'est le **retrait de l'autorité parentale** (nouvelle dénomination de la déchéance de l'autorité parentale). Il concerne les parents qui sont condamnés pour un crime ou un délit commis sur la personne de leur enfant (art. 374 et 378 CC). Il peut être partiel ou total et peut également concerner d'autres ascendants (comme les grands-parents par exemple), dans des conditions analogues. À défaut d'autres déterminations, il s'étend à tous les enfants mineurs déjà nés au moment du jugement » (art. 379 CC). Il est précisé que le délit d'abandon de famille ou d'abandon moral ne peut suffire pour permettre à la juridiction pénale de prononcer le retrait de l'autorité parentale.

Le retrait peut être également prononcé par la juridiction civile (art. 378-1 CC) si elle constate que l'enfant est en danger et que son intérêt est mis en cause par ses parents.

Les atteintes à l'autorité parentale

Comme nous l'avons vu plus haut, la justice peut limiter l'exercice de l'autorité parentale par les parents, sans pour autant remettre en cause leur autorité parentale comme principe. Ceci couvre la délégation parentale et l'assistance éducative (art. 375 et suivants CC).

La délégation d'autorité parentale : est un « acte par lequel le tribunal de grande instance transfère totalement ou partiellement à un particulier digne de confiance, à un établissement agréé à cette fin, ou au service départemental de l'aide sociale à l'enfance, l'exercice de l'autorité parentale sur un enfant » (Weca, 2006). Elle est volontaire lorsque ce sont les titulaires de l'autorité parentale qui délèguent volontairement cette autorité au profit de la personne qui exerce en fait les pouvoirs d'éducation de l'enfant. Même dans ces cas, une intervention judiciaire est nécessaire par le biais d'un jugement rendu à la demande du ou des parents concernés, ce qui donne au juge un pouvoir de contrôle. La délégation est forcée en cas d'empêchement ou de désintérêt manifeste des parents. Elle est réversible et n'interdit pas d'accorder un droit de visite aux parents.

L'assistance éducative a pour but de protéger l'enfant en danger tout en conservant aux parents l'autorité parentale et son exercice. L'assistance éducative suppose donc « que l'on estime pouvoir raisonnablement assurer la protection de l'enfant en changeant le moins possible et le moins longtemps les éléments de la situation » (Weca, 2006). Les parents conservent en effet les prérogatives d'autorité parentale, les services éducatifs n'en exerçant aucune. Ces services ont simplement la charge « d'apporter aide et conseils a la famille » (art. 375-2 du CC) dans la mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO).

En découlent les principes sur lesquels se fondent les mesures d'assistance éducatives en pratique : la concertation, la continuité des liens avec la famille, le maintien aux parents de l'obligation d'entretien qui leur incombe, le droit des parents à être informés

Ces principes n'ont cependant pas une valeur absolue, le magistrat conservant la possibilité d'en suspendre tout ou partie lorsque le maintien de ces droits « n'est pas compatible avec la mesure en cours ».

La protection des mineurs

Sur fond d'autorité parentale qui en détermine les contours juridiques, la protection des mineurs est une mission essentielle des institutions publiques. Elle se caractérise en France par une « double dualité » (Botbol *et al.*, 2012) :

- concernant la protection des enfants en danger, elle s'appuie sur deux dispositifs séparés l'un administratif dépendant des Conseils généraux, l'autre judiciaire, relevant de la compétence civile des juges des enfants (loi du 5 mars 2007) ;

- la protection judiciaire des enfants s'articule quant à elle autour des deux compétences du juge des mineurs : la compétence civile qui, comme nous venons de le voir, concerne la protection des enfants en danger, et la compétence pénale qui concerne les mineurs délinquants (ordonnance du 2 février 1945). La justice pénale des mineurs a d'ailleurs l'obligation de s'inscrire sous le primat de l'éducatif. Si bien qu'il est habituel de considérer que la justice pénale des mineurs s'inscrit d'abord dans une logique « protectionnelle » (Youf, 2006), comme en témoigne la dénomination de l'administration qui en est le pivot : la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). (Botbol *et al.*, 2010).

La protection administrative de l'enfance en danger

Comme on l'a vu, elle est essentiellement assurée par les Conseils généraux et les services placés sous leur autorité : services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), services de Protection maternelle infantile (PMI), services sociaux de prévention. Pour s'exercer, cette protection requiert l'accord des titulaires de l'autorité parentale, c'est-à-dire en général les parents. La loi du 5 mars 2007 envisage quatre cas de figure :

- Le mineur est en danger (on parle d'information préoccupante), mais les parents acceptent l'intervention du service de l'ASE et les mesures proposées, il n'y a dès lors pas lieu de faire un signalement à l'autorité judiciaire, car la protection administrative suffit.
- Lorsque cette intervention ne peut se mettre en place en raison :
  - du refus ou de l'impossibilité de coopérer pour les titulaires de cette autorité ;
  - ou lorsque l'action des services de l'ASE n'a pas permis d'améliorer la situation ;
  - ou lorsqu'ils sont dans l'impossibilité d'évaluer la situation, la situation doit être signalée à la justice afin que la protection soit assurée par l'autorité judiciaire.

La protection judiciaire de l'enfant en danger

C'est aujourd'hui la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui en est la base juridique. Cette loi précise la notion de danger : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par décision de justice ».

La loi prévoit une amélioration du circuit de l'information concernant la connaissance des enfants en danger ou suspectés de l'être, en incitant les départements à la création d'une *cellule de signalement* chargée du recueil, de l'analyse et du traitement des *informations préoccupantes* relatives à la situation des mineurs concernés. C'est à cette cellule que les citoyens en général et les professionnels de l'enfance doivent adresser leur signalement sauf dans les cas où la gravité et l'urgence du danger exigent un signalement immédiat au procureur de la République.

Le président du Conseil général se voit attribuer un rôle central de coordination des mesures prises en faveur d'un mineur placé judiciairement ou suivi en assistance éducative ; il est destinataire du rapport circonstancié sur la situation et sur l'action ou les actions déjà menées.

Au vu de tous les éléments en sa possession, le juge des enfants s'efforce de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée, en présence des parents et si possible du mineur. Il peut prendre quatre types de décision : le classement de l'affaire, une ordonnance d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) ou une mesure de placement. Il peut subordonner le maintien au domicile au suivi d'obligations particulières, parmi lesquelles peut notamment figurer la mise en place de soins médicaux, psychologiques ou psychiatriques pour l'enfant. Dans l'esprit de la loi, le placement ne doit intervenir qu'en dernier recours, lorsqu'il paraît indispensable. Dans ce cas, le juge peut confier l'enfant à une personne digne de confiance ou un établissement ou service, ordinaire ou spécialisé habilité pour l'accueil des mineurs.

Chacune des parties peut faire appel de la décision du juge. En pratique, ces recours sont exceptionnellement utilisés en matière civile.

Protection judiciaire des mineurs dans le cadre pénal

« La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger ce qui peut en faire des êtres sains ». Ce préambule de l'ordonnance du 2/2/1945 témoigne de la philosophie qui a guidé le législateur dans la création de cette loi pénale qui est la principale base légale de la protection judiciaire de la jeunesse en matière de délinquance.

Il en découle que, comme nous l'avons déjà indiqué, la justice pénale des mineurs a la particularité de devoir s'inscrire sous le primat de l'éducatif, y compris quand elle est amenée à prendre des sanctions pénales ou des peines à l'encontre du mineur. Ceci marque la reconnaissance d'un droit à l'éducation pour les mineurs délinquants sans pour autant exclure les sanctions pénales y compris l'incarcération, qui doit cependant rester exceptionnelle. Dans ces conditions, ces peines peuvent concerner tout mineur de plus de 13 ans ayant commis un acte qui le justifie légalement, dès lors qu'il est reconnu capable de discernement. Dans cette hypothèse, et en vertu de l'excuse atténuante de minorité, la peine maximum ne peut être supérieure à la moitié de celle encourue par un majeur pour la même infraction. Cette excuse atténuante de minorité ne peut être écartée qu'à titre exceptionnel et seulement pour les mineurs âgés de plus de 16 ans.

Depuis 1945, diverses lois ont modifié le texte initial ; ainsi, par exemple, la loi du 9 septembre 2002 est venue renforcer les mesures répressives et contraignantes en élargissant les possibilités de recours à l'incarcération pour les mineurs âgés de plus de 13 ans et de moins de 16 ans.

Mais parallèlement la même loi :

- a renforcé la présence éducative dans les lieux d'incarcération des mineurs, notamment en créant les établissements pénitentiaires pour mineurs qui disposent d'une équipe éducative complète qui dépend de la PJJ ;
- a développé une alternative crédible à l'incarcération en créant les centres éducatifs fermés, structures strictement éducatives qui associent un projet éducatif renforcé (les mineurs doivent bénéficier chaque jour de six à huit heures de médiations éducatives ou pédagogiques) à une fermeture « juridique » obligeant le mineur à rester dans l'établissement sous peine de se voir placé en détention. Un nombre significatif de ces structures dispose d'un renforcement en personnel de santé mentale, généralement dans le cadre de projets communs avec les équipes de secteur psychiatrique de proximité.

Malgré ces évolutions, un principe est resté cependant intangible : l'obligation faite au juge de prendre en compte la personnalité du mineur qu'il doit juger, ce qui lui impose le plus souvent de recourir à un examen de la personnalité du mineur voire, si besoin, à ordonner une expertise. Cette obligation, déjà suggérée par la loi de 1912, est l'un des points sur lesquels insiste l'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 février 1945, ce qui, en somme, la justifie aux yeux du législateur. L'intensité de l'intrication entre psychologie (ou psychiatrie) et justice pénale des mineurs est donc une des conséquences de la logique protectionnelle dans laquelle s'inscrit ce dispositif législatif.

Dans ces différents cadres, les décisions ordonnées par les juridictions pour mineur peuvent être : **des mesures éducatives** (analogues à celles du civil), **des sanctions éducatives** (plus exigeantes, à partir de 10 ans seulement), **des peines** (conditionnelles ou effectives, à partir de 13 ans seulement).

Chacune de ces décisions peut être accompagnée d'une **obligation de soin,** et l'est en fait fréquemment. Dans certains cas, cette obligation peut même constituer l'une des conditions du sursis ou de la probation, mais le non-respect de cette condition n'est quasiment jamais invoqué pour mettre fin à ce sursis ou à cette probation.

Justice des mineurs et soins

Les spécificités précédemment évoquées ont évidemment des conséquences sur les modalités d'abord thérapeutiques des mineurs, en particulier pour ceux concernant la santé mentale.

C'est particulièrement le cas pour les obligations de soin, qui, comme on vient de le dire, sont largement utilisées en matière de soins psychiatriques aux enfants et adolescents, en danger ou délinquants. En pratique, la notion d'obligation de soin

prend en psychiatrie deux formes bien différentes : l'ordonnance de placement provisoire (OPP) dans une institution assurant des soins psychiatriques, et les autres obligations et injonctions de soin, au civil ou au pénal (Botbol *et al.*, 2010 b).

Contexte général : la spécificité de la justice des mineurs dans ses rapports avec la psychiatrie

L'approche traditionnelle de la régulation des rapports entre justice pénale et psychiatrie s'inscrit généralement dans une logique qui oppose soin et sanction, judiciarisations et psychiatrisation. Cette logique a certes été nuancée par la multiplication des situations pénales où peuvent s'appliquer les obligations et injonctions de soin chez les adultes, mais elle reste encore dominante dans le droit pénal des majeurs.

Bien que marquée par cette tradition, la justice des mineurs pose les choses de façon différente car, comme nous l'avons vu, elle tend au contraire à intriquer profondément réponse judiciaire et abord médicopsychologique tant au civil qu'au pénal, et ceci pour les raisons même qui fondent les missions protectionnelles de la justice des mineurs. Au point qu'il ne peut y avoir, s'agissant d'un mineur, de réponse judiciaire qui ne comporte pas un volet éducatif et « protectionnel », parce qu'il ne peut y avoir, le concernant, d'acte délinquant qui ne soit pas en même temps la manifestation d'une difficulté éducative et psychique (Botbol *et al.*, 2010 a).

S'agissant d'intervention à visée éducative, le juge des enfants doit certes rechercher l'adhésion des mineurs et/ou de leur famille aux soins qu'il envisage, notamment dans le cadre de procédures civiles où cette recherche d'adhésion est prévue dans le code. Mais les décisions qu'il prend sont en réalité contraignantes pour eux comme pour les services auxquels les mineurs sont confiés. En ce sens, la justice intervient toujours sous la forme d'une **« aide contrainte »** à l'égard des mineurs et/ou de leur famille, y compris au civil. La part dévolue à la contrainte est évidemment plus importante lorsqu'il s'agit de mesures pénales, tout particulièrement lorsqu'elles aboutissent au placement dans des structures psychiatriques.

Les soins sous contrainte judiciaire chez les mineurs, de l'OPP à l'obligation de soins en psychiatrie (Botbol *et al.*, 2010 b)

Quand on parle d'obligation de soins concernant les mineurs, plusieurs principes sont à rappeler : Tout d'abord le principe général de la nécessité du consentement du patient à toute intervention médicale, principe si bien établi qu'il souffre peu d'exceptions, qui demeurent très encadrées. Mais il y a lieu de tenir compte également de la minorité du sujet qui implique, en principe, l'intervention d'un titulaire de l'autorité parentale. C'est pourquoi l'obligation de soins s'impose au mineur comme elle s'impose aux titulaires de l'autorité parentale si elle n'entraîne pas leur adhésion.

En pratique, cette complexité conduit l'OPP en psychiatrie et les différentes formes d'obligation de soin à faire de fait exception au principe du consentement du patient aux soins.

L'ordonnance de placement provisoire (OPP)

L'OPP en psychiatrie dans les procédures civiles

L'OPP constitue chez les mineurs une alternative aux modalités d'hospitalisation sous contrainte relevant de la loi du 5 juillet 2011 à la suite de la loi du 27 juin 1990. La loi de 1990 précise d'ailleurs que l'hospitalisation à la demande d'un tiers (devenue l'hospitalisation sur demande d'un tiers [HSDT]) ne s'applique pas au mineur car, à peu de chose près, elle renvoie à la forme habituelle que prend toute hospitalisation d'un mineur : l'hospitalisation a la demande des titulaires de l'autorité parentale. Des dérogations sont certes prévues pour permettre à un mineur d'accéder seul aux soins, c'est-à-dire lorsque le mineur s'oppose à l'information de ses parents. En dehors de l'accès à l'IVG, à la contraception, à l'accouchement sous X et au dépistage anonyme et gratuit du VIH/VHC, cette dérogation est incomplète puisqu'elle ne précise rien concernant la prise en charge des coûts engagés, ce qui en limite la portée car les modalités administratives de remboursement des coûts peuvent être à l'origine d'une levée de la confidentialité à l'égard des parents. En dehors de ces exceptions explicitement prévues par la loi, le respect de cette opposition du mineur à

l'information de ses parents est soumis à l'appréciation discrétionnaire du médecin auquel la loi enjoint de s'efforcer d'abord d'obtenir le consentement du mineur à cette information des parents. Mais ces dérogations ne s'appliquent pas à l'hospitalisation psychiatrique (alors qu'elles peuvent être applicables aux suivis psychiatriques ambulatoires). Un mineur ne peut donc être concerné par l'hospitalisation libre en psychiatrie.

En revanche, l'hospitalisation sur demande d'un représentant de l'État (SDRE) des mineurs est possible, mais ne doit être appliquée que dans des circonstances très exceptionnelles comme le précisent les fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990.

Instituée par l'article 375-3 du Code civil l'OPP permet à un juge d'enfant, statuant en assistance éducative (c'est-à-dire dans une des situations de danger prévues par la loi), de confier un mineur à un « établissement sanitaire » s'il l'estime nécessaire. Mais la loi du 4 mars 2002 a encadré cette hospitalisation lorsqu'elle concerne des établissements psychiatriques ; elle prévoit que la décision de placement d'un mineur dans ces établissements ne peut être ordonnée qu'après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement. La première hospitalisation s'impose aux psychiatres de l'établissement d'hospitalisation mais seulement pour les 15 premiers jours. Au-delà, elle ne peut être maintenue qu'avec leur accord par tranches d'1 mois renouvelables. Le juge est ici à la place occupée par l'administration en matière de HSDRE et par les titulaires de l'autorité parentale en matière d'HSDT ou d'hospitalisation ordinaire. C'est pourquoi l'intervention d'un placement médicoadministratif sur le fondement de la loi du 5 juillet 2011 devient inutile, en règle générale, dès lors que l'institution judiciaire a toute compétence pour assurer cette charge en ce qui concerne les mineurs. Persistent néanmoins quelques situations ou le recours à l'HSDRE paraît inévitable ; mais, pour les mineurs, ce sont en général des situations qui s'inscrivent dans le contexte pénal d'une peine privative de liberté.

L'OPP en psychiatrie dans le cadre pénal

L'OPP peut être utilisée à tous les stades de la procédure pénale chez les mineurs. Comme en matière civile, elle peut s'appliquer à l'hospitalisation psychiatrique qu'elle impose au mineur avec ou sans l'accord de sa famille. Contrairement à ce qu'il en est au civil, la loi du 4 mars 2002 n'a pas modifié les modalités de l'OPP au pénal. Le juge peut donc prendre une OPP sans l'encadrement auquel il est soumis au civil, c'est-à-dire sans certificat médical préalable et pour une durée non limitée. En pratique, rien n'interdit aux psychiatres de l'établissement d'hospitalisation de considérer que cette OPP est injustifiée médicalement. Ce qui pourrait conduire à en obtenir la levée avant le délai des 15 premiers jours incompressibles au civil.

L'obligation de soins

L'obligation de soin au civil

Dans le cadre d'une mesure de protection d'un mineur en danger, le juge a par ailleurs la possibilité de se substituer au parent pour demander un soin pour un enfant lorsque ce soin lui paraît indiqué et que les parents s'y refusent (art. 379). Il doit au préalable avoir tenté de convaincre les parents et d'entraîner leur adhésion à ces soins. Cette décision de justice peut être contestée devant la juridiction d'appel, à l'initiative d'un des titulaires de l'autorité parentale, mais ces recours sont en fait peu fréquents.

L'obligation de soin au pénal

Il existe dans le Code pénal et le Code de procédure pénale ce qu'on appelle **les soins pénalement obligés** (injonction et obligation de soin, injonction thérapeutique, prise en charge médicale ou médicopsychologique obligée, stage de sensibilisation aux risques de la toxicomanie) qui sont des obligations prononcées par un magistrat ou une juridiction de jugement. Une personne pénalement responsable peut, sous certaines conditions, être soumise à de telles obligations, ce qui ne signifie pas qu'elle pourra être soignée sans son consentement mais qu'elle pourra faire l'objet de poursuites, d'un emprisonnement ou de l'abandon d'un aménagement de peines, si elle ne se soumet pas à ladite obligation.

Dans ce domaine, c'est, en pratique, le droit pénal général qui s'applique aux mineurs dans la grande majorité des cas, avec simplement quelques adaptations procédurales aux spécificités du droit pénal des mineurs (**l'accord des représentants légaux du mineur**).

Conclusion

Force est de constater l'importance toute particulière qu'occupent la justice et la loi pour assurer la protection des mineurs sur le fond que constituent les lois régissant l'autorité parentale et son exercice. La complexité du système est par ailleurs révélatrice des tensions qui traversent ce domaine entre les droits et les devoirs liés à cette autorité. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les dispositions relatives à l'hospitalisation sous contrainte des mineurs. En proposant pour les mineurs une alternative aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011, elle offre l'exemple d'un autre modèle articulant psychiatrie et justice avec ses avantages et ses limites, notamment en ce qui concerne l'obligation de soins.

Références

Botbol, M., Choquet, L. H., & Sweig, C. (2012). Protection judiciaire et sociale de l'enfant. In P. Ferrari, & O. Bonnot (Eds.), *Traité Européen de Psychiatrie et Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Cachan : Lavoisier.

Botbol, M., Choquet, L. H., & Grousset, J. (2010a). Éduquer et soigner les adolescents difficiles. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Vol. 58, n° 4.

Botbol, M., Choquet, L. H., Hamon, H., & Grousset, J. (2010 b). Ordonnance de Placement Provisoire et Obligation de Soin en Psychiatrie de l'Adolescent. *EMC Pédopsychiatrie*, 142, n° 37 216 G 20.

Youf Dominique. (octobre 2006). Éduquer et punir. L'évolution de la justice pénale des enfants. *Esprit*, pp. 156–178.

WEKA. (2006). *Protection de l'enfance et de l'adolescence*. Paris : Weka.

Chapitre 11

La protection juridique du malade mental (loi 2007-308 du 5 mars 2007)

Carol Jonas

Le malade mental, en raison de sa pathologie, est vulnérable dans la vie sociale. Une des fonctions du droit est d'apporter un équilibre, voire la meilleure égalité possible entre les citoyens. Il n'est donc pas étonnant de trouver dans l'arsenal législatif un certain nombre de textes destinés à assurer cet équilibre en protégeant le mieux possible les personnes les plus faibles. De nombreux textes existent en droit français qui assurent cette protection et cherchent à s'adapter à chaque type de situation. Dans un court ouvrage comme celui-ci, il n'est pas possible de tous les passer en revue. On doit cependant retenir que le Code civil affirme « pour faire un acte valable, il faut être sain d'esprit » (art. 414-1). Ainsi chacun a-t-il la possibilité de démontrer à posteriori que l'acte qu'il a réalisé doit être annulé faute d'avoir été capable de discerner correctement ce qu'il faisait. Il faut alors cependant intenter une action devant un tribunal dans un délai de 5 ans et apporter les preuves de l'insanité d'esprit, ce qui n'est pas simple. On peut également retenir que la loi cherche à sanctionner les abus de faiblesse et de vulnérabilité. Elle le fait dans un texte général (art. 223-15-2 CP) et dans un texte particulier inscrit dans le code de la consommation et réprimant spécifiquement les abus commis par des professionnels dans le démarchage à domicile (art. L122-8 du Code de la consommation). Cependant, la protection du malade mental repose essentiellement sur une loi qui organise une protection à priori pour les personnes qui, bien qu'étant majeures (c'est-à-dire ayant 18 ans révolus), présentent une altération importante de leurs facultés mentales. Cette loi a été promulguée le 5 mars 2007 et est applicable depuis le 1er janvier 2009 (Fossier *et al.*, 2009 et 2011). La réforme de la loi précédente (3 janvier 1968) était nécessaire du fait de l'évolution en nombre et en qualité des populations qui justifiaient de cette mesure de protection, mais aussi afin de mieux maîtriser les aspects financiers et l'organisation de cette protection qui touche maintenant dans notre pays près d'un million de personnes.

Principes généraux de la loi

Les trois concepts qui guident le juge

- **Le principe de nécessité** : la loi s'applique quand est démontrée une altération des facultés qui met la personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts. La protection devient donc nécessaire mais elle est limitée dans le temps en fonction de l'état de la personne.
- **Le principe de subsidiarité**. Une mesure de protection n'est ouverte qu'à la condition qu'aucun autre moyen de protection soit suffisant. Un régime n'est mis en place que si on peut

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

démontrer que le régime limitant la liberté n'est pas suffisant. C'est ainsi que le juge vérifiera avant de prononcer une mesure que des figures juridiques comme la gestion d'affaire (art. 1371 et suivants du Code civil), la procuration ou le mandat (art. 1984 et suivants du Code civil) ou encore le régime matrimonial ne peuvent pas apporter une protection suffisante.

- **Le principe de proportionnalité**. Il a la même logique que le précédent. Le juge doit démontrer que la mesure qu'il prend est proportionnée à l'état du sujet et à la diminution de son autonomie.

La protection a pour finalité l'intérêt de la personne protégée

La mesure doit favoriser dans la mesure du possible l'autonomie de celle-ci. Cette protection est d'un devoir des familles et de la collectivité publique. Tous ces éléments devront toujours figurer dans les motivations de la décision du juge. C'est pourquoi ce dernier se tourne d'abord vers la famille pour choisir l'organe de protection.

Les conditions de mise en place

Elles sont précisées par l'article 425 du Code civil :

- une altération des facultés mentales ;
- ou une altération des facultés corporelles lorsqu'elle entraîne une entrave à l'expression de la volonté ;
- et seulement dans le cas où cela empêche la personne de pourvoir seule à ses intérêts.

On notera que l'altération des facultés mentales est à soi seule suffisante alors que s'il s'agit d'une altération corporelle, il faut démontrer que celle-ci entrave l'expression de la volonté. Dans les deux cas, la conséquence doit être que la personne ne peut pas se gouverner correctement elle-même et risquerait d'agir contre son intérêt.

L'entretien avec un juge

Afin de favoriser la dignité et l'autonomie du sujet, il est prévu qu'à l'occasion de chaque décision il soit entendu par le juge. Les exceptions prévues par la loi sont strictement définies et il faudra démontrer l'incapacité absolue du sujet de comprendre ce qui lui est dit, ce qui ne pourra résulter que du certificat d'un médecin spécialiste.

Les responsabilités

On retrouve d'abord des éléments concernant la responsabilité civile de la personne protégée. Prévue auparavant par l'article 489-2 du Code civil, elle est désormais exposée dans l'article 414-3 : « **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** ». Le Code civil veut que toute personne qui subit un préjudice lié à l'action d'autrui puisse en demander réparation. Peu importe l'état mental de l'auteur des faits au moment de ceux-ci. C'est une conception logique. En effet, autant il ne sera pas justifié de sanctionner un sujet qui n'a pas compris ce qu'il était en train de réaliser (c'est le principe d'irresponsabilité en droit pénal), autant il serait illogique de ne pas permettre à une personne qui a subi un dommage de la part d'une autre, privée de discernement, de ne pas obtenir une réparation alors qu'elle pourrait l'obtenir si le dommage provenait d'un autre individu. Ce principe général a une conséquence pratique évidente : la nécessité de la mise en place d'une assurance de responsabilité adaptée aux majeurs protégés.

C'est aussi la responsabilité des organes de fonctionnement. Le tuteur, curateur ou mandataire encourt une responsabilité en cas de mauvais fonctionnement lorsqu'il est mis en évidence des fautes de sa part, les curateurs ayant une responsabilité moindre. Elle n'est engagée que lorsque l'on démontre ce que le droit appelle un dol ou une faute lourde.

Une protection renforcée du logement

Enfin comme en 1968, le législateur a prévu une protection renforcée du logement. Celui-ci, ainsi que les meubles dont il est garni, doivent être conservés à la disposition de la personne, aussi longtemps qu'il est possible (art. 426 du Code civil). Lorsque la personne n'a plus intérêt à vivre dans son logement, c'est le juge qui peut donner l'autorisation d'en disposer. La loi prévoit

désormais que lorsque la disposition du logement a pour finalité le placement de l'intéressé dans un établissement, cela ne peut se faire qu'après avis d'un médecin inscrit sur la liste prévue à l'article 431 du Code civil. Dans tous les cas, les souvenirs et les objets à caractère personnel et ceux qui sont indispensables aux personnes handicapées doivent être gardés à la disposition du patient.

Ces divers principes s'appliquent quel que soit le régime de protection choisi.

Les différents régimes de protection

C'était une des raisons de modifier la loi du 3 janvier 1968. En effet, les dispositions de celle-ci se superposaient à celles d'une loi ultérieure concernant la tutelle aux prestations sociales adultes (TPSA) et il fallait mieux différencier ce qui était de l'ordre des problèmes de santé et du registre de difficultés sociales. Par ailleurs, dans la droite ligne d'autres lois qui permettent au sujet de maîtriser le mieux possible son avenir, une mesure spécifique a été introduite visant à permettre à une personne de choisir d'une certaine manière celui ou celle qui aura la possibilité de le prendre en charge lorsque son autonomie aura disparu. C'est le mandat de protection future. On peut donc dire qu'il existe maintenant six régimes possibles de protection.

La mesure d'accompagnement social personnalisée (MASP)

Elle est prévue aux articles L271-1 et suivants du Code de l'action sociale et de la famille (CASF). C'est une mesure à caractère social qui résulte d'un contrat entre un individu et la collectivité publique représentée par le président du Conseil général. Les frais de fonctionnement sont en principe à la charge de l'intéressé. Le contrat peut être mis en place pour toute personne majeure dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources. Elle n'est ouverte qu'à des personnes percevant des prestations sociales (ex. : AAH, RSA, allocation parent isolé). Le contrat est conclu pour 6 mois renouvelables, sans que sa durée totale puisse excéder 4 ans. Il prend fin lorsque l'état de la personne est amélioré ou au contraire s'il s'aggrave et qu'une mesure plus contraignante est nécessaire.

La mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)

Sur le fond elle n'est pas différente de la précédente mais elle a un caractère autoritaire décidé par le tribunal. Dans le principe, les frais sont également à la charge du majeur protégé. Comme la précédente, elle n'entraîne aucune incapacité dans la vie civile et ne suppose pas la constatation d'une altération des facultés mentales mais simplement la difficulté à gérer ses ressources. Elle est sollicitée par le procureur de la République qui saisi le juge des tutelles, c'est ce dernier qui fixe la durée de la mesure qui ne peut excéder 2 ans et est renouvelable une fois.

Ces deux mesures qui sont sous la responsabilité et le financement des Conseils généraux sont très inégalement appliquées sur le territoire en fonction de critères politicoadministratifs.

Le mandat de protection future (MPF)

C'est une des innovations de la loi. Il est prévu aux articles 477 et suivants du Code civil. Il vient combler une sorte de vide juridique puisqu'auparavant il n'était pas possible de désigner par avance une personne chargée de sa protection dans le cas où on perdrait son autonomie. Il est également ouvert aux parents prenant en charge un enfant gravement handicapé, ce qui leur permet de déterminer qui s'occupera de ce dernier après leur mort.

Toute personne majeure, y compris lorsqu'elle est sous curatelle, a la possibilité de rédiger un tel mandat. C'est également le cas pour le dernier vivant des père et mère ayant la charge matérielle et affective d'un enfant majeur ayant perdu son autonomie. Dans ce second cas, le mandat doit obligatoirement être signé devant notaire. Dans le premier il peut s'agir d'un acte sous seing privé qui fait intervenir simplement un avocat ou respecte les conditions d'un texte préétabli rédigé par le Conseil d'État (arrêté du 30 novembre 2007).

Le choix du mandataire est totalement libre, il doit cependant avoir accepté le mandat. Celui-ci est mis à exécution lorsque le mandant a perdu son autonomie. Ceci se fait par déclaration au greffe du tribunal d'instance avec présentation d'un certificat médical établi par un des médecins spécialistes inscrit sur la liste spéciale établie par le procureur de la République (art. 431 du Code civil). On notera que la loi n'a en revanche pas prévu la nécessité d'un examen lors de la signature du mandat.

Les effets du mandat sont inscrits dans celui-ci. Chacun peut ainsi les choisir, les faire porter sur des actes à caractères patrimoniaux ou des actes à caractère personnel (*cf. infra*). Ils peuvent être plus ou moins larges ou limités. Le mandat fonctionne comme n'importe quelle procuration. Le mandataire devra rendre compte de sa gestion à un notaire si celui-ci a rédigé l'acte ou au juge qui a toujours le pouvoir de mettre fin au mandat s'il estime que celui-ci est insuffisant.

La main levée du mandat est prévue par l'article 483 du Code civil si le sujet a recouvré ses facultés personnelles, s'il est décédé, si le mandataire décède ou encore sur décision du juge qui placera la personne sous une mesure plus complète (tutelle ou curatelle).

La sauvegarde de justice

Cette mesure très novatrice en 1968 a bien sûr été maintenue. Comme on le sait, elle est de mise en place facile mais n'est pas destinée à durer. Des modifications ont cependant été introduites dans le texte pour lui donner plus d'efficacité.

L'ouverture d'une sauvegarde est possible pour tout sujet présentant une altération des facultés mentales ou corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté et dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts, selon la formule de l'article 425 du Code civil.

La sauvegarde peut être décidée directement par un juge mais elle peut aussi faire suite à un simple certificat médical adressé au procureur de la République. Celui-ci doit être rédigé par un des médecins inscrit sur la liste prévue à l'article 431 du Code civil ou accompagné d'un certificat d'un de ces médecins. Il est important de retenir que pour tout médecin, c'est une faculté qui lui est ouverte pour apporter une protection à son patient mais que lorsque le patient est hospitalisé dans un établissement de santé, il y a obligation de rédiger ce certificat sous peine d'engager sa responsabilité (art. L3211-6 du Code de la santé publique).

La sauvegarde de justice peut désormais être prononcée pour une durée allant jusqu'à 1 an et renouvelable une fois.

Dans le principe, le majeur conserve l'intégralité de ses droits et sa capacité. Il a simplement une possibilité plus facile de faire annuler les actes qui lui auraient été préjudiciables ou de les faire réduire s'ils étaient excessifs. L'article 435 du Code civil précise que le tribunal prend alors en compte l'utilité ou l'inutilité de l'acte, l'importance ou la consistance du patrimoine de la personne protégée ainsi que la bonne ou la mauvaise foi des cocontractants.

Cependant depuis de nombreuses années, l'application de la sauvegarde se double fréquemment de la désignation par le juge d'un mandataire spécial, ce qui permet de réaliser dans l'urgence des actes qui sont nécessaires à la sauvegarde des intérêts du sujet. La mesure devient donc ainsi intermédiaire avec une mesure plus durable. La désignation du mandataire ne peut émaner que du juge et celui-ci n'agira en ce sens que s'il est simultanément saisi d'une demande de protection plus durable. Désormais le mandataire a une possibilité plus large d'intervention. Le juge peut décider qu'il réalise aussi bien des actes d'administration que de disposition, voire des actes à caractère personnel.

La mainlevée de la mesure survient soit à la fin de la période qui avait été définie, soit à tout moment sur décision du juge et notamment quand celui-ci décidera d'ouvrir une mesure plus durable.

Les mesures de protection durables : tutelle et curatelle

Il est logique et nécessaire de les traiter en même temps car la procédure qui aboutira à la mise en place de la mesure est identique. C'est le juge qui après instruction décide laquelle est la mieux adaptée en appliquant notamment les principes de nécessité et de proportionnalité.

Les aspects communs

Les conditions d'ouverture de la mesure sont celles qui sont prévues à l'article 425 du Code civil

(*cf. supra*). L'altération doit être constatée par un médecin spécialiste inscrit sur la liste prévue à l'article 431 du Code civil. Cependant, si l'examen est empêché par le refus du sujet que des éléments d'appréciation médicale sont apportés au juge, celui-ci peut se prononcer (ex. : CA Douai, 9 juin 2011) au risque cependant d'une censure de la Cour de cassation.

La décision s'oriente vers une curatelle lorsque le sujet a seulement besoin d'être conseillé ou assisté, et vers une tutelle lorsqu'il y a nécessité d'une représentation permanente.

Pour que le juge puisse être valablement saisi, il faut qu'une requête soit formulée par une personne appartenant à une liste détaillée à l'article 430 du Code civil :

- l'intéressé lui-même ;
- son conjoint ;
- le partenaire d'un PACS ou un concubin ;
- un parent ou allié ;
- une personne résidant avec le majeur et entretenant avec lui des liens étroits et stables ;
- le mandataire de protection future ;
- le ministère public peut également présenter la demande soit d'office, soit à la demande d'un tiers.

La liste a donc été notablement élargie par rapport à celle qui existait dans la loi précédente. Néanmoins, le juge des tutelles n'a plus la possibilité de se saisir d'office.

Le juge doit systématiquement entendre le majeur accompagné ou non d'un avocat, la dispense d'audition n'est envisageable que si cette dernière est de nature à porter atteinte à la santé du sujet ou s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté (cela doit être attesté par le certificat d'un médecin spécialiste). Le jugement sera notifié au sujet et il a la possibilité de faire appel désormais devant une Cour d'appel et non plus devant le tribunal de grande instance comme auparavant.

La durée de la mesure est désormais limitée à 5 ans mais elle est renouvelable. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, lorsqu'il est démontré médicalement que l'état du sujet n'est pas susceptible d'évoluer, que le juge peut prononcer la mesure pour une durée indéfinie.

La mesure prend fin soit à l'expiration du délai de 5 ans ou le plus souvent par une nouvelle décision du juge des tutelles. Celle-ci peut être demandée à tout moment par le sujet ou une des personnes habilitées à faire une requête. Désormais un certificat d'un médecin spécialiste n'est nécessaire que s'il y a lieu à aggravation de la mesure ; dans le cas où un élargissement est demandé, un simple avis médical est suffisant.

La curatelle

Elle a pour effet d'apporter une assistance et un conseil à un majeur. Celui-ci garde en partie sa capacité juridique. Il peut réaliser seul les actes d'administration mais doit être accompagné de son curateur pour les actes de disposition (Annexe 11.3). *A contrario*, le curateur ne peut pas réaliser seul ce type d'acte et doit obtenir la contresignature du sujet. Dans la curatelle, les actes préjudiciables peuvent être annulés ou réduits selon la même procédure qui est prévue pour la sauvegarde de justice.

Le principe de la prééminence familiale doit conduire le juge à privilégier le choix du curateur dans la famille ou chez les proches. En ce cas, il est bénévole. Si cela n'est pas possible, le juge désigne un mandataire qui a le droit de percevoir une rémunération définie par un texte réglementaire.

Le juge peut adapter la curatelle à l'état du sujet. Il peut ainsi l'alléger en prévoyant que le sujet pourra réaliser seul certains actes de disposition ou au contraire l'alourdir en lui imposant l'assistance de son curateur pour certains actes d'administration. Une curatelle spécialement renforcée, prévue par l'article 472 du Code civil, est très fréquemment utilisée. Le rôle du curateur est alors de percevoir seul les revenus de la personne, d'assurer le règlement des dépenses courantes et de verser l'excédent sur un compte bancaire spécifique rémunéré.

On retiendra qu'un sujet sous curatelle n'a pas de représentant légal. C'est pourquoi il peut prendre seul toutes les décisions que la loi ne lui interdit pas explicitement (ex. : actes de soins).

La tutelle

Elle aboutit à la représentation totale du sujet réputé incapable de pourvoir seul à l'ensemble de ses intérêts civils. Tous les actes qu'il réaliserait seraient nuls de droit quelles que soient leurs conséquences,

favorables ou défavorables. Cependant, comme on le verra, pour un certain nombre d'actes à caractère personnel, la situation est plus complexe (*cf. infra*). Le tuteur peut réaliser seul les actes d'administration, il a besoin de l'autorisation du juge ou d'un conseil de famille pour les actes de disposition.

Selon le principe déjà énoncé, le tuteur est choisi à priori parmi les membres du cercle familial ou à défaut c'est un mandataire judiciaire à la protection des majeurs appartenant à un organisme associatif ou agissant à titre privé qui est désigné. En ce cas, il bénéficie d'une rémunération. La distinction qui existait auparavant entre tuteurs, administrateurs légaux et gérants de tutelle disparaît. Désormais le corps professionnel des mandataires judiciaires à la protection des majeurs bénéficie d'une formation spécifique et d'un agrément et est encadré par le juge. Ce professionnel peut être rattaché à un établissement de santé.

La loi prévoit que plusieurs tuteurs peuvent être désignés, notamment un tuteur aux biens et un tuteur à la personne, qui devront collaborer entre eux. La mise en place d'un conseil de famille est facultative. Elle n'est justifiée que lorsque le patrimoine est particulièrement important.

Droit de vote

Comme on le sait, en 1968, un sujet sous tutelle perdait sa capacité civique et il n'était pas possible de la lui restituer. Déjà par une loi du 11 février 2005, sur requête, le juge des tutelles pouvait rendre le droit de vote à un sujet sous tutelle. Désormais le magistrat a systématiquement l'obligation de se prononcer sur le maintien ou non du droit de vote du sujet sous tutelle lors de chacune de ses décisions. Un avis sur ce point doit nécessairement figurer dans le certificat rédigé par le médecin spécialiste.

Les actes à caractère personnel

Pendant longtemps, nombreux ont été les professionnels de santé et même parfois des juristes qui affirmaient que la loi de 1968 n'avait prévu que la protection des biens du sujet et non pas de sa personne. En fait, la Cour de cassation dès une décision du 18 avril 1989, puis régulièrement ensuite, avait montré que la protection de la personne était également prise en compte. Dans la loi nouvelle, cet aspect fait l'objet d'articles spécifiques qui permettent de comprendre la marche à suivre. On retiendra par ailleurs qu'un certain nombre de situations sont réglées par des textes (*cf.* Annexe 11.2 pour les principales) qui figurent soit dans le Code de la santé publique, soit dans d'autres codes. Il n'en est ainsi du mariage, du divorce ou encore des recherches biomédicales, du don d'organes, du prélèvement de tissus.

Les actes à caractère personnel sont en fait nombreux. Ce sont ceux qui engagent la personne et non son patrimoine. Il en est certainement ainsi des choix concernant la santé, mais aussi la résidence ou encore la reconnaissance d'un enfant et même l'exercice de l'autorité parentale. Le principe retenu par la loi est celui de l'autonomie de chacun jusqu'à preuve du contraire. Cinq articles successifs en traitent dans le Code civil (art. 457-1 à 459-2). Dans ce court chapitre, il n'est pas possible d'être exhaustif sur un sujet complexe. En plus d'informations, on peut se reporter à des études plus approfondies (Actualités juridiques famille, 2011 ; Droit de la famille, 2007). Dans le principe, des actes à caractère personnel ne peuvent jamais donner lieu à assistance ou représentation. Le rôle de l'organe de protection est d'apporter une information au sujet sur sa situation, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part. Ensuite la personne prend seule sa décision si son état le permet. Dans le cas contraire, le juge peut prévoir que la personne bénéficie d'une assistance et c'est seulement lorsque cette assistance est insuffisante qu'un tuteur est désigné et peut alors prendre une décision après autorisation du juge, notamment si la décision a pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle ou à l'intimité de la vie privée.

Ainsi, en matière de santé, la situation est réglée lorsqu'existent des dispositions spécifiques dans le Code de la santé publique (prélèvement d'organes, stérilisation, recherche biomédicale ou encore hospitalisation sans consentement). Il est admis que l'article L1111-2 du Code de la santé publique est une disposition spécifique et que c'est donc lui qui s'applique en matière de consentement ou de refus de soins, c'est-à-dire que le tuteur a alors un rôle prépondérant. En revanche, pour le sujet en curatelle, ce sont les articles précités du Code civil qui s'appliquent. La situation est donc

complexe dans la pratique. Il conviendra d'être très attentif et de bien différencier la situation de chaque patient en fonction de son statut.

L'article 459 alinéa 2 du Code civil précise que la personne protégée choisit le lieu de sa résidence et entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non. Elle a le droit d'être visitée et hébergée par ceux-ci.

Protection juridique et poursuite pénale

Cet aspect n'avait pas été abordé dans la loi précédente. Il fait désormais l'objet de dispositions prévues aux articles 706-12 et suivants du Code de procédure pénale. Si un patient sous tutelle ou sous curatelle fait l'objet d'une poursuite, le juge des tutelles est obligatoirement avisé par le procureur ou le juge d'instruction. De plein droit, le tuteur ou le curateur bénéficie d'un permis de visite si le sujet est incarcéré. C'est également de plein droit qu'un examen médical doit être réalisé avant tout jugement ou fond. Malheureusement cependant cette disposition a été un peu amoindrie pour des motifs pratiques et peu justifiés puisque dans certains cas cet examen médical pourrait être remplacé par l'utilisation de certificats médicaux antérieurs. Ces nouvelles dispositions devraient ainsi éviter que des sujets présentant des troubles mentaux soient incarcérés et condamnés en comparution immédiate sans avoir pu correctement se défendre et fait valoir leur vulnérabilité.

Conclusion : le choix raisonné d'une mesure de protection

L'importance de la mesure sur l'évolution de la pathologie du sujet est indéniable (Jonas). Décidée trop tôt, trop restrictive ou au contraire insuffisante, elle peut conduire à une aggravation. Utilisée à bon escient, elle peut être un des éléments efficaces de la prise en charge. La loi a essayé de favoriser une collaboration efficace entre médecins et magistrats. C'est ainsi que l'article 1219 du Code de procédure civile ébauche les grandes lignes de la rédaction du certificat attendu par le juge (*cf.* Annexe 11.1). Pour terminer ce chapitre, il n'est donc pas inutile de poser quelques jalons quant au raisonnement qui doit conduire à proposer la mesure la plus adéquate à chaque patient en s'appuyant sur quatre paramètres.

- un regard juridique qui consiste à bien connaître les caractéristiques de chacune des mesures pour pouvoir les adapter à chaque patient ;
- un regard médical qui doit prendre en compte les conséquences cognitives, émotionnelles, affectives de chaque pathologie, prévoir l'évolution probable de la maladie et ainsi pouvoir renseigner le juge sur les capacités réelles de discernement et de décision de chacun en fonction des divers secteurs de l'existence, aussi bien patrimoniaux que personnels ;
- un regard social qui prend en compte la qualité de l'environnement familial, la présence ou non de services sociaux, la confiance que l'on peut avoir dans les tiers entourant le sujet. Ils sont parfois des aides inestimables et d'autres fois constituent un risque majeur pour des patients suggestibles, vulnérables et fortement troublés par leurs carences affectives ;
- un regard psychologique qui tentera de prendre en compte l'impact de la mesure sur la personnalité du sujet et sur l'évolution possible de sa pathologie.

Dans cette loi, le législateur maintient donc un rôle important pour le médecin, ce qui est heureux car le texte peut être un formidable outil thérapeutique s'il est bien utilisé.

Annexe 11.1 Article 1219 du code de Procédure Civile

Article 1219 du Code de Procédure Civile

Le certificat médical circonstancié prévu par l'article 431 du code civil :

1 décrit avec précision l'altération des facultés du majeur à protéger ou protégé;

2 donne au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération;

3 précise les conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel, ainsi que sur l'exercice de son droit de vote.

Le certificat indique si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Le certificat est remis par le médecin au requérant sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles

Annexe 11.2 Actes à caractère personnel

Curatelle

- Mariage : autorisation du curateur.
- PACS : idem mais rupture possible par le sujet.
- Donation avec curateur.
- Testament libre.

Tutelle

- Mariage : autorisation du juge ou du conseil de famille (avis médecin traitant plus nécessaire).
- PACS : idem mais rupture à l'initiative du sujet ou du tuteur.
- Donation, autorisation du juge avec assistance ou représentation du tuteur.
- Testament après autorisation du juge.
- Testament fait avant ouverture de la mesure reste valable.

Actes de disposition, actes d'administration

Les actes d'administration

Ce sont des actes de mise en valeur du patrimoine :

- déclaration fiscale;
- bail de moins de 9 ans pour une habitation appartenant au majeur protégé;
- gestion du patrimoine immobilier (assurance, réparation…);
- actions en justice relative aux droits patrimoniaux;
- acceptation d'un legs, d'une donation sans charges ou d'une succession sous bénéfice d'inventaire.

Annexe 11.3 Les actes de disposition

Ce sont des actes de transfert d'un bien ou d'un droit, qui mettent ainsi en cause le patrimoine de la personne protégée :

- gestion du patrimoine bancaire
- vente d'un immeuble, vente de meubles précieux, vente de valeurs mobilières et actes de gestion concernant cette vente qui dépassent la simple administration, vente de droits incorporels - propriété littéraire, artistique, créances
- souscription d'un emprunt;
- donation, don manuel, emprunt, partage, dons et legs grevés de charges;
- bail de plus de 9 ans, résiliation d'un bail;
- actions en justice relevant des droits extrapatrimoniaux : divorce, reconnaissance d'un enfant naturel, désaveu de paternité;
- acceptation d'une succession…

Références

Fossier, T., Dalle, M.-C., Pécaut-Rivolier, L., Verheyde, Th., Caron-Deglise, A., & Batteur, A. (2009). *Curatelles, tutelles et accompagnements*. Paris : Litec.

Fossier, T., Bauer, M., & Vallas, E. (2011). *Tutelles et curatelles* (5e éd.). Paris : ESF.

Actualités juridiques famille. (avril 2011), numéro spécial.

Droit de la famille, Vol. 5. (2007), numéro spécial.

Jonas C. *Les aspects médicaux de la protection des majeurs, Droit de la famille précité* (8–11p).

Chapitre 12

Qu'attend le magistrat du médecin ?

Marie-Charlotte Dalle

La réforme de la loi du 5 mars 2007 fut précédée d'études et de rapports dénonçant les dysfonctionnements et les dérives du système de protection juridique des majeurs. Les lois votées en 1966 et 1968 alors applicables n'étaient plus adaptées : prévues pour concerner quelques milliers de personnes, elles s'appliquent en 2006 à plus de 700 000 personnes dans notre pays, soit plus de 1 % de la population française, sachant qu'entre 1990 et 2004, le nombre de personnes placées sous protection juridique a crû de plus de 56 %.

Cette croissance du nombre de personnes protégées s'explique par différentes évolutions dans notre société :

- l'allongement de l'espérance de vie qui entraîne le vieillissement de la population et une augmentation de la prise en charge médicale et sociale des troubles liés à l'âge, en particulier la maladie d'Alzheimer, qu'il s'agisse des personnes maintenues à domicile ou placées en établissement de santé ou médicosocial ;
- un regard nouveau et une attention plus importante progressivement portés au handicap par les pouvoirs publics, ainsi qu'en témoigne la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dont les revendications à être protégées dans le respect de leurs droits ont pris plus nettement place dans l'espace judiciaire ;
- la psychiatrie a évolué depuis la fin des années 1960, participant à une approche plus ouverte de la maladie mentale, favorisant le développement de thérapeutiques qui permettent aux malades de vivre dans la cité tout en bénéficiant à la fois d'un suivi psychiatrique (secteurs et psychiatrie ambulatoire) et d'une protection dans leur vie civile ;
- les crises économiques successives depuis celle de 1973 ont généré le développement de phénomènes de précarité et d'exclusion sous la pression desquels la protection judiciaire a pris sous son aile de plus en plus de personnes dont les difficultés d'ordre social ou économique ne justifient pourtant pas toujours la diminution ou la suppression de leur capacité juridique.

C'est dans ce contexte d'une société aux mutations plurielles que la loi du 5 mars 2007 relative à la protection juridique des majeurs est venue réformer notre droit civil, étant souligné qu'elle est aussi une réforme sociale et financière et a modifié le Code de l'action sociale et des familles.

Le Code civil modifié réaffirme les principes fondamentaux de la protection juridique que sont les principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité. En application de ces principes, le juge des tutelles :

- ne peut plus se saisir d'office, notamment à la suite d'un signalement des services sociaux ou médicaux, qui doivent désormais saisir le procureur de la République ;
- avant de prononcer une mesure de sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle, doit non seulement vérifier que la personne souffre d'une altération médicalement constatée de ses

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

facultés, mais encore qu'aucune autre solution de protection n'est suffisante ;

- doit adapter l'étendue et le contenu de la mesure aux stricts besoins de la personne ;
- doit choisir le curateur ou du tuteur en tenant compte de la volonté exprimée par la personne, et en priorité dans son entourage familial et affectif ; ce n'est que subsidiairement que le juge doit envisager de désigner un tuteur professionnel.

Le Code civil consacre désormais la protection de la personne, et non plus seulement celle de ses biens. Cela signifie que la volonté de la personne et la recherche de son consentement sont primordiales dans toutes les questions qui concernent sa santé, son logement, ses relations avec les tiers. Cela impose la révision régulière des mesures par le juge et la fixation d'une durée de 5 ans maximum, sauf exception médicalement justifiée, ce qui permet ainsi de vérifier périodiquement que la protection est toujours nécessaire et adaptée, et qu'elle est exercée dans le respect de la personne. Or, au cœur de ces nouvelles exigences, la place du médecin est énoncée comme centrale, les nouveaux textes décrivent son rôle, et les attentes du juge à son égard sont plus précises.

L'article 425 du Code civil dispose : « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique. »

Il s'agit donc pour le médecin, sans qui rien ne peut aboutir, de diagnostiquer une altération soit des facultés mentales, soit des facultés corporelles, mais ces dernières doivent être de nature à empêcher l'expression de la volonté, la personne ne disposant donc d'aucun moyen de faire connaître ses besoins et désirs.

L'article 431 du Code civil impose à tout requérant d'une demande de mise sous protection juridique, y compris au procureur de la République, d'accompagner la demande « à peine d'irrecevabilité », du certificat médical circonstancié visé l'article 431.

Ce certificat est établi par tout médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République, quelle que soit sa spécialité. Le procureur de la République peut retenir sur cette liste la candidature de tout médecin qui lui paraît qualifié, non plus seulement en raison d'une spécialité médicale mais également en considération d'une expérience acquise sur le terrain et d'un intérêt particulier à l'égard des personnes vulnérables.

L'article 1219 du Code de procédure civile décrit le contenu incontournable du certificat médical et prévoit ainsi :

« Le certificat médical circonstancié prévu par l'article 431 du Code civil : décrit avec précision l'altération des facultés de la personne à protéger ou protégée, donne au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération, précise les conséquences de cette altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation de la personne dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel, ainsi que sur l'exercice de son droit de vote.

Ce certificat indique si l'audition de la personne est de nature à porter atteinte à sa santé ou si elle est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Ce certificat est remis par le médecin au demandeur sous pli cacheté à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles. »

Le juge attend du médecin qu'il décrive donc :

- les éléments du diagnostic de l'altération, et ce, de façon suffisamment claire et précise (origine de troubles, pathologie, antécédents, facteurs environnementaux ou familiaux, traitements éventuels, conséquences sur le discernement ou sur la motricité, sur l'expression de la volonté), afin de permettre au juge d'envisager d'une part, l'étendue de la restriction de la capacité juridique et donc du droit d'agir dans et sur sa vie, d'autre part, quel tiers choisir pour exercer la mesure de protection ;
- des éléments de pronostic de l'altération, afin que le juge puisse fixer la durée de la mesure, au regard de la possible ou de l'improbable évolution de l'altération constatée (altération « structurelle et pérenne » ou « conjoncturelle et provisoire »).

Les conséquences de ce diagnostic et de ce pronostic sont très différentes sur l'autonomie laissée au majeur ensuite. Il s'agit de savoir si la personne aura besoin d'une mesure d'assistance ou de

représentation, le juge n'étant pas lié par la préconisation du médecin quant au choix de la mesure juridique.

Le médecin doit apporter des éléments sur la santé de la personne afin que le juge puisse répondre aux interrogations suivantes : l'altération est telle que la personne ne peut plus rien faire elle-même (tutelle), ou ne peut pas gérer son argent seule mais peut encore décider sur le reste avec l'accord d'un tiers (curatelle renforcée), a seulement besoin de l'accord d'un tiers sur les actes graves (curatelle simple). Les éléments médicaux doivent ensuite permettre au juge d'adapter le contenu de la mesure, c'est-à-dire d'adapter l'étendue des restrictions aux aptitudes effectives de la personne, et de faire, en quelque sorte, une mesure « à la carte ».

Ces distinctions juridiques ont des conséquences différentes sur les actes de gestion du patrimoine et sur les actes relatifs à la personne ; le juge devra en effet préciser le régime de la protection de la personne elle-même, y compris en matière de tutelle (autonomie, assistance ou représentation totale), et le discernement exigé pour les actes patrimoniaux n'est pas tout à fait identique à celui nécessaire pour les actes à caractère personnel ; le médecin doit donc aider le juge à faire la part des choses et à envisager si la personne placée sous tutelle, et dont les biens seront totalement gérés par son tuteur, peut quand même exercer sa volonté et disposer de son libre arbitre sur les actes à caractère personnel.

La loi prévoit aussi l'avis du médecin sur les conséquences de l'altération quant à l'exercice du droit de vote par la personne protégée, puisque le juge doit lors de l'ouverture ou du renouvellement d'une mesure de tutelle, statuer sur le maintien ou la suppression du droit de vote de la personne protégée.

Enfin, le médecin doit se prononcer sur une contre-indication éventuelle de l'audition de la personne protégée par le juge, si cette audition est de nature à porter atteinte à sa santé, ou si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. Mais dans ce dernier cas, il importe que le médecin indique si cette audition, bien que peu utile en apparence faute d'expression du majeur, est néanmoins possible, voire souhaitable pour permettre au juge de mesurer dans quel contexte vit la personne (entourage, lieu de vie, contraintes médicales), et ce qu'elle peut exprimer malgré son handicap physique alors qu'elle dispose de sa conscience et de ses facultés intellectuelles ; cela devrait permettre d'éviter que certaines personnes dans l'incapacité de s'exprimer « normalement », ne puissent être informées dès le début qu'elles font l'objet d'une procédure de mise sous protection (exemple de personnes atteintes du *lock in syndrome*).

Le médecin doit remettre ensuite le certificat au demandeur (personne à protéger, famille, procureur de la République ou juge) et ce, sous pli cacheté, en raison des exigences de confidentialité que requiert le contenu même du certificat.

Ces exigences sus-décrites du contenu du certificat médical ne s'imposent qu'au médecin choisi sur la liste du procureur de la République, dans les hypothèses d'ouverture, d'aggravation, de fixation de la durée de la mesure au-delà de 5 ans et de dispense d'audition de la personne à protéger par le juge des tutelles ; ces exigences ne s'appliquent pas aux certificats rédigés par ce même médecin ou par d'autres médecins sollicités à l'occasion d'un maintien, d'un allégement ou d'une mainlevée de la mesure de protection. Cependant, elles peuvent inspirer utilement le médecin saisi, le juge saisi disposera ainsi de l'ensemble des éléments utiles à sa décision.

Au-delà des exigences désormais posées par la loi, le juge des tutelles, parce qu'il va fonder sa décision en grande partie sur ce certificat médical, attend qu'il soit plus précis que long, et qu'il donne des éléments essentiels sur les enjeux et conséquence pour le majeur en termes de perte d'autonomie juridique.

Le juge pourra trouver très utile que dans le certificat médical figurent des éléments de contexte « non médicaux » sur le déroulement de l'examen : où et en présence de qui s'est-il déroulé, quelle a été l'attitude du majeur (attentiste, opposé, inquiet), quelles informations ont été apportées par les tiers présents (événements de vie récents ou anciens, liens avec la famille, solitude sociale), quelle relation semble entretenir le majeur avec ses proches.

Le médecin doit en outre avoir présent à l'esprit que le certificat médical est susceptible d'être lu par le majeur protégé qui a accès au dossier à tout instant de la procédure ; **si le médecin estime que cette lecture peut avoir des conséquences**

préjudiciables graves sur son état de santé psychique, il doit l'indiquer afin que le juge écarte le certificat médical des pièces du dossier en cas de demande de consultation par le majeur lui-même.

Si ce certificat est un élément incontournable de la mise sous protection juridique, il n'est pas pour autant suffisant pour prononcer cette protection. En effet, parce que le juge est plus qu'auparavant tenu par le principe de subsidiarité, il doit vérifier que, malgré la réalité médicalement constatée d'une altération des facultés de la personne, celle-ci ne peut être protégée autrement que par une mesure judiciaire. Ainsi, par exemple, si la personne est mariée, son conjoint peut disposer de droits et pouvoirs légaux de représentation qui lui permettront de protéger l'époux défaillant dans les actes de la vie civile, financière ou sociale, et ce, sans qu'une mesure de tutelle ou de curatelle soit prononcée.

Le médecin inscrit sur la liste du procureur peut, dans le cadre de la rédaction de ce certificat, solliciter l'avis du médecin traitant dans les situations les plus importantes de la vie du majeur protégée : lors de l'ouverture ou du renouvellement d'une mesure et lorsqu'il est envisagé de vendre l'habitation de la personne protégée ou de résilier son bail en raison du départ de celle-ci dans un établissement.

Si la personne ne répond pas à la convocation du médecin pour l'examen ou si elle n'ouvre pas sa porte à celui-ci, le médecin doit rédiger un **certificat de carence** : il y indique les diligences effectuées pour tenter d'entrer en contact avec la personne, les courriers simples puis recommandés restés vains, et les motifs qui justifient son impossibilité d'établir le certificat circonstancié demandé. Ce certificat a beaucoup d'importance car, d'une part, il rend la requête en protection formellement recevable, d'autre part, en présence d'autres éléments médicaux transmis au juge par des tiers ou par le médecin traitant sur l'état de santé de la personne concernée, il permettra au juge des tutelles d'ouvrir la mesure de protection.

Lors de l'entretien entre le médecin et la personne à protéger, celle-ci doit normalement être reçue seule ; mais le médecin reste seul juge de la nécessité de pratiquer son examen en présence d'un tiers, tenant compte notamment des perturbations de la personne concernée, ou de son impossibilité à donner des informations sur sa situation.

Afin d'harmoniser les tarifs des certificats médicaux pratiqués sur l'ensemble du territoire national, la tarification du certificat médical circonstancié est désormais prévue et fixée par décret à 160 € et le certificat de carence est tarifé à 30 €, frais de déplacement en sus. Ce tarif s'impose aux médecins inscrits sur la liste du procureur de la République. Il est par principe payé par la personne protégée, mais peut être avancé par l'État s'il est demandé par le procureur de la République ou par le juge des tutelles.

Ce tarif ne concerne pas l'intervention du médecin dans les situations suivantes :

- dans le cadre de la mise en œuvre du mandat de protection future ;
- lorsque le juge des tutelles demande une expertise à d'autre fin que celle d'une mainlevée ou d'une modification de la mesure (par exemple, dans le cadre d'une demande de mariage ou d'acte médical particulier demandé pour le compte du majeur).

La loi du 5 mars 2007 a répondu à certaines attentes mais pas à toutes, tant chez les juristes, qu'auprès des médecins ou chez les acteurs tutélaires. Elle connaîtra sûrement des modifications mais il s'agit d'une loi qualitative qui a bousculé certaines pratiques et obligé chacun à reconsidérer son approche d'un dossier, d'une personne, d'une vie.

Le doyen Jean Carbonnier, préfaçant l'ouvrage de Jacques Massip sur la réforme de 1968, indiquait : « Gardons-nous de la mauvaise humeur si la loi du 3 janvier 1968 dérange un peu nos habitudes ». Il pourrait certainement quarante ans après, écrire ces mêmes mots à propos de la loi de 2007. Mais, peut-être, pourrait-il ajouter qu'il en va d'une loi comme d'une personne : celle qui dérange, mérite, plus qu'une autre, que l'on s'y attarde.

La responsabilité médicale en psychiatrie

Chapitre 13

Carol Jonas

La responsabilité est le corollaire de la liberté et de la capacité de chacun à décider ce qu'il fait ou ne fait pas. Elle est également la traduction et la conséquence des règles de tous ordres qui organisent le fonctionnement social dans une société de droit comme la nôtre. Elle n'est pas l'apanage de la psychiatrie ni même de l'exercice d'une activité professionnelle. Le risque de son engagement ne devrait pas orienter les pratiques mais la connaissance de ses fondements est utile pour agir correctement et dans l'intérêt de ses patients dans chaque type d'acte que le psychiatre peut être conduit à réaliser. Lorsqu'on s'intéresse aux statistiques judiciaires ou à celles des compagnies d'assurances, on se rend compte que la psychiatrie est loin d'être la spécialité la plus exposée. Les risques de procès sont finalement minimes mais paradoxalement l'activité du psychiatre, parce qu'elle est en permanence en prise avec la vie sociale et relationnelle, croise fréquemment des interrogations juridiques qui peuvent faire craindre une mise en cause : risque suicidaire pour le patient, potentielle hétéroagressivité de certains, rédaction de certificats dans des situations familiales complexes et conflictuelles (divorce ou maltraitance à enfant par exemple) et depuis peu rédaction de plus en plus complexe des certificats conduisant à des soins sans consentement. Dans le court chapitre d'un ouvrage général, il n'est pas possible d'aborder chaque problème de façon approfondie et dans les situations les plus complexes, il est utile de se référer à des ouvrages complets (Jonas, 1997 ; Jonas, 1990). Néanmoins, on peut faire un panorama des principales situations à risque en précisant tout d'abord quels sont les principes et les juridictions compétentes.

Principes et juridictions

Répondre de ses actes peut s'entendre de deux manières différentes. Ainsi chacun est responsable devant la société qui se dote de règles précises afin d'assurer sa cohésion, protégeant les plus vulnérables et interdisant ce qui est néfaste à autrui. Afin de parvenir à ses fins, la société édicte des sanctions auxquelles s'expose le contrevenant. Cette responsabilité sanction, qui peut aller jusqu'à des peines, est dénommée responsabilité pénale. Dans un groupe plus restreint que constitue par exemple une association, un hôpital ou encore un ordre professionnel, les sanctions ne peuvent aller jusqu'à la privation de liberté mais elles auront des conséquences sur l'activité du contrevenant, voire sur son appartenance au groupe. On parle alors de responsabilité disciplinaire.

Les infractions pénales sont divisées en droit français entre contraventions, délits et crimes en fonction d'une gravité croissante. Comme on le verra ci-après, le médecin s'expose avant tout à des délits. Ces derniers sont jugés par le tribunal correctionnel qui est une chambre particulière d'un tribunal de grande instance. En appel, ce sont des chambres correctionnelles des cours d'appel qui sont compétentes et en cas de contestation de la décision, non pas sur le fond mais sur la forme, c'est la chambre criminelle de la Cour de cassation qui se prononce.

À côté de cette responsabilité vis-à-vis du fonctionnement social, chaque individu doit également répondre de ses actes en fonction des conséquences qu'ils ont pu avoir sur un individu

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

donné. Il est en effet différent de condamner quelqu'un à une sanction parce qu'il n'a pas respecté une règle et de permettre à sa victime d'obtenir une réparation du fait de la faute de l'auteur. Ce deuxième type de responsabilité ne cherche donc pas à punir mais à réparer. En droit français, il est subdivisé en deux catégories selon que l'acte a été réalisé dans un cadre administratif ou non. En effet, l'administration en général bénéficie de juridictions spécifiques et de règles qui ne sont pas exactement les mêmes que pour les autres activités. Ainsi en médecine doit-on clairement différencier les activités qui sont réalisées dans un cadre hospitalier, peu importe d'ailleurs de savoir s'il s'agit d'une hospitalisation complète ou d'une activité extrahospitalière rattachée au secteur, et celle qui revêtent un caractère libéral, soit du fait de l'exercice du médecin, soit parce qu'un médecin hospitalier a un secteur libéral.

C'est dans le cadre de cette responsabilité-réparation que l'on affirme en général que l'obligation du médecin est une obligation de moyens et non de résultats. De manière stricte, cela ne devrait être employé qu'en matière de responsabilité civile et non de responsabilité administrative mais les raisonnements sont assez superposables. La signification de ce concept est que l'on demande au médecin de mettre en œuvre tous les moyens connus pour parvenir aux meilleurs résultats possibles concernant son patient et non pas de parvenir à un résultat préétabli.

Globalement les principes qui régissent l'engagement d'une responsabilité-réparation sont relativement simples. Il est nécessaire de démontrer la faute de l'auteur, le préjudice de la victime et un lien de causalité entre les deux. La faute se définit en fonction des connaissances professionnelles acquises (arrêt Mercier), le préjudice est le plus souvent déterminé par une expertise. Quant au lien de causalité, il s'agit d'un concept complexe mais sans doute logiquement compréhensible.

En matière civile, pour la pratique libérale, les tribunaux compétents sont le tribunal de grande instance puis une chambre civile de la Cour d'appel en cas de recours et au niveau de la Cour de cassation, la première chambre civile en général. En matière administrative, c'est le tribunal administratif puis la cour administrative d'appel et la juridiction de cassation est le Conseil d'État.

La responsabilité pénale

Elle suppose que le psychiatre a enfreint un article du Code pénal ou encore un des articles sanctionnateurs d'un autre Code, par exemple le Code de la santé publique. Ainsi existe-t-il deux articles de la loi du 5 juillet 2011 qui prévoient des sanctions pour les médecins s'ils ne respectent pas les prescriptions de la loi. Les poursuites pénales peuvent être engagées à la suite de la plainte d'un patient ou d'une famille mais aussi sur décision du ministère public (procureur de la République). En cette matière, comme dans toutes les autres, un délai de prescription existe : le délai au-delà duquel on ne peut plus rechercher la responsabilité d'une personne. Pour les délits, ce délit de prescription est de 3 ans. En théorie, le médecin s'expose à de nombreuses infractions pénales : refus de déférer à une réquisition, délivrance de faux certificats ou corruption pour faux certificats, violation des réglementations concernant les substances stupéfiantes mais aussi complicité de violation des règlements en matière d'exercice illégal de la médecine ou usurpation de titre. En pratique, les condamnations des médecins sont très rares. Les risques les plus fréquents existent concernant la violation du secret professionnel (*cf. infra*), mais aussi pour non-assistance à personne en péril ou encore atteinte involontaire au corps humain. Nous examinerons un peu mieux ces deux infractions.

Non-assistance à personne en péril (NAPP)

Cette infraction n'existe pas dans toutes les législations. Elle a été introduite en France en 1941 sous la pression de l'occupant mais a été maintenue en 1945 dans une optique humanitaire et solidaire. Elle est volontiers résumée par les juristes à travers un aphorisme simple : éviter l'égoïsme sans imposer l'héroïsme.

Elle est définie à l'article 223-6 alinéa 2 du Code pénal « sera puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ». Il s'agit au départ de demander à chaque citoyen de ne pas rester

indifférent devant un danger auquel autrui est exposé. Pour le médecin, la situation est toujours plus complexe car il est censé avoir une connaissance de ce danger, même lorsqu'il n'est pas directement face au patient. Il n'en reste pas moins que la définition contenue dans cet article est particulièrement précise et ne permet pas l'incrimination si toutes les conditions indiquées ne sont pas réunies. L'analyse de l'article conduit à retenir quatre conditions qui sont cumulatives, c'est-à-dire qu'elles doivent toutes être présentes pour permettre que les poursuites soient couronnées de succès contre le médecin. Avant de les examiner, il faut retenir qu'il s'agit d'une infraction intentionnelle, ce qui explique la lourdeur de la peine d'emprisonnement encourue.

- **l'existence d'un péril.** Il doit s'agir d'une menace imminente pour la santé ou pour la vie du sujet. Il en est certainement ainsi du risque suicidaire à condition qu'il apparaisse immédiatement. Le délai entre la consultation avec le médecin et le suicide éventuel peut faire tomber l'existence de l'imminence et ne pas permettre l'incrimination ;
- **une possibilité d'assistance**. En règle générale, on estime que le médecin a cette possibilité. La loi prévoit que l'assistance peut se faire personnellement ou en provoquant un secours mais la jurisprudence estime que le médecin ayant des compétences spécifiques doit avoir une action personnelle ;
- **une abstention**. L'infraction suppose qu'il y ait eu inaction totale. Dès l'instant où le médecin tente d'intervenir, même de manière maladroite, il n'y a plus abstention. Le délit ne peut pas être constitué. En revanche, comme on le verra ci-après, celui d'homicide involontaire reste ouvert et c'est souvent cette qualification que retiendront les magistrats, faute de pouvoir caractériser la non-assistance à personne en péril dans ses quatre composantes ;
- **le refus d'agir**. Infraction intentionnelle, la non-assistance à personne en péril suppose que l'on démontre que le médecin a décidé de ne pas agir. L'interprétation de cette partie du texte est souvent complexe pour les magistrats. Un refus de se déplacer ou de prendre en compte les propos alarmants d'une famille peut parfois être suffisant. En revanche, le « refus obstiné et même agressif » du patient est exonératoire (chambre criminelle de la Cour de cassation, 3 janvier 1973). Il n'en demeure pas moins que les condamnations de psychiatres de ce chef sont particulièrement rares.

Atteintes involontaires au corps humain

Il peut s'agir de blessure ou d'homicide. Plusieurs articles du Code pénal en traitent. La particularité de l'infraction est que l'auteur n'a pas voulu l'atteinte au corps humain d'une part et d'autre part que ce n'est pas obligatoirement lui qui directement a créé cette atteinte. En effet, les principes du droit pénal conduisent à ce que la démonstration d'un lien de causalité direct et certain soit suffisante pour engager la responsabilité pénale. Ainsi, sous certaines conditions, l'acte commis par un patient peut être imputé au médecin parce qu'il a contribué à le permettre. Deux situations doivent être retenues.

La faute simple

Il s'agit selon les prescriptions du Code pénal d'une maladresse, d'une inattention, d'une imprudence ou encore d'une négligence. On peut reprocher au psychiatre de ne pas avoir pris les précautions nécessaires dans son activité ou de ne pas avoir apporté tous les moyens pour aboutir au diagnostic ou pour choisir le traitement. En matière psychiatrique, on a eu un exemple récent pour un patient qui présentait un syndrome de Guillain-Barré non diagnostiqué par son psychiatre (cassation criminelle, 25 septembre 1996).

C'est également la qualification qui peut être retenue en matière de suicide, la négligence étant beaucoup plus facile à démontrer que le refus intentionnel de porter secours.

Le manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou un règlement

L'article 121-3 du Code pénal précise « il y a également délit lorsque la loi le prévoit, en cas de faute, d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences

normales compte tenu le cas échéant de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait. »

La justice doit alors démontrer que la loi ou le règlement imposait des mesures de sécurité particulières. Cela existe par exemple pour les anesthésies mais cela peut également reposer sur ce que l'on appelle une faute caractérisée. En ce cas, l'auteur a exposé autrui à un risque qu'il ne pouvait ignorer. La démonstration n'en est certainement pas simple. En matière psychiatrique, un exemple est néanmoins retrouvé dans une décision toute récente du tribunal correctionnel de Marseille (18 décembre 2012) à la suite d'un meurtre commis par un patient qui était en sortie à l'essai d'une hospitalisation d'office. Cet exemple montre bien que le lien de causalité est caractérisé s'il est certain, c'est-à-dire que les négligences commises sont en rapport avec le décès de la victime et qu'il est direct mais qu'il n'a pas à être immédiat.

La responsabilité disciplinaire

Comme la précédente, elle est sanctionnatrice. Elle peut s'appliquer à des praticiens hospitaliers selon une procédure qui fait intervenir une commission nationale mais c'est surtout devant le Conseil de l'Ordre des médecins qu'elle est fréquente. C'est d'ailleurs probablement le risque le plus important qu'encourt un psychiatre en matière de responsabilité durant son activité professionnelle.

Les motifs de sanctions

Ils résultent en fait de la mauvaise observation des dispositions du Code de déontologie médicale, lequel fait l'objet d'un texte réglementaire inclus dans le Code de la santé publique aux articles R4127-1 et suivants. On retiendra par exemple la violation du secret professionnel (article 4), une non-assistance à personne en péril (article 9). Dans les deux cas, on peut imaginer qu'une procédure pénale soit engagée parallèlement. En ce cas, la juridiction ordinale décide d'un sursis à statuer et attend la décision pénale. Ce peut être également pour la rédaction d'un certificat (article 50) et de plus en plus souvent pour le non-respect de l'article 51 : « le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients », ou encore pour le non-respect du consentement libre et éclairé avec éventuel défaut d'information (articles 35 et 36). Les experts doivent savoir qu'ils peuvent également encourir une responsabilité disciplinaire, notamment parce que les articles 105 à 108 du Code de déontologie leur sont spécifiquement consacrés.

Les sanctions

Elles sont prévues à l'article L4124-6 du Code de la santé publique. Ce sont dans l'ordre croissant : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une ou plusieurs fonctions médicales, l'interruption temporaire d'exercer la médecine et la radiation du tableau de l'ordre.

La procédure

Elle suppose la plainte d'un patient qui doit être transmise au Conseil départemental de l'Ordre dont dépend le praticien. Dans un délai d'1 mois, le président de ce conseil organise une réunion de conciliation entre médecin et plaignant. Ce n'est qu'en cas d'échec de cette conciliation qu'il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance qui est une émanation du Conseil régional de l'Ordre. La plainte est transmise avec l'avis motivé du conseil. La chambre disciplinaire désigne un rapporteur puis une audience est organisée, de manière contradictoire et une décision est prise qui peut faire l'objet d'un appel, lequel a un effet suspensif. L'appel est porté devant la chambre disciplinaire du Conseil national de l'Ordre. Les décisions rendues par cette chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours devant le Conseil d'État puisque les conseils de l'ordre sont considérés comme des organes administratifs.

La responsabilité-réparation

Elle est la voie la plus souvent choisie par les patients qui s'estiment victimes. Comme on l'a vu, elle est répartie entre deux ordres de juridictions selon que le médecin travaille ou non en milieu public.

Principes

Chaque acte ou omission peut éventuellement engager la responsabilité d'un médecin si une faute a été commise, dont il résulte un dommage. Le médecin libéral en cabinet est évidemment responsable de ses actes et doit obligatoirement être assuré (loi Kouchner du 4 mars 2002). Lorsqu'un médecin pratique en établissement, que celui-ci soit privé ou public, la situation est plus complexe car les responsabilités se répartissent entre le médecin et l'établissement selon les compétences et prérogatives de chacun. Comme on le sait, à l'hôpital public, la responsabilité du médecin, agent de service public, est pratiquement complètement absorbée par celle de l'administration. Seuls les cas où serait démontrée une faute détachable du service peuvent engager la responsabilité personnelle du praticien. Ce type de situation est très rare. On retiendra essentiellement le fait de refuser de se déplacer pendant une garde, les autres exemples sont anecdotiques.

La loi Kouchner précitée a apporté un certain nombre d'innovations en matière de responsabilité afin de protéger le mieux possible les patients. On retiendra tout d'abord que le délai de prescription des actions en responsabilité pour les dommages sur la santé, est désormais uniformisé contre le système libéral et le système public. Il est fixé à 10 ans à compter de la consolidation du dommage. Surtout cette loi a affirmé que le médecin ou l'établissement n'était responsable qu'en cas de faute démontrée, les dommages liés à des accidents médicaux non fautifs (aléa thérapeutique) sont pris en charge par la collectivité. Ont alors été créés d'une part un organisme chargé d'indemniser les victimes de ces aléas, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et de l'autre des structures chargées d'évaluer le dommage et son lien avec l'activité médicale qu'elle soit de prévention, de diagnostic ou de soins : les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Toute personne qui s'estime victime a la possibilité de saisir cette formation. Les délais d'expertises et d'instruction sont notablement raccourcis par rapport à la voie judiciaire mais cette dernière n'est pas fermée à la victime pour le cas où elle ne serait pas satisfaite de la décision de la CRCI et de la proposition de l'ONIAM. L'organisme répare ce qui est l'aléa thérapeutique à la condition qu'il ait une certaine importance. Par décret, il est admis que l'aléa est réparé par la collectivité si le taux d'incapacité est supérieur à 24 % ou qu'il est résulté de l'accident un arrêt de travail de plus de 6 mois ou encore un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %.

Sinon, n'y aura pas de réparation en cas d'aléa. Par ailleurs la CRCI peut mettre en évidence l'existence d'une faute et demander à l'assureur du fautif (médecin ou établissement) de faire une offre d'indemnisation à la victime, que celle-ci accepte ou refuse, auquel cas elle saisit le tribunal. En définitive, il existe maintenant trois voies de réclamations particulières, tribunaux administratifs, tribunaux civils ou CRCI.

La responsabilité se répartit entre médecin et établissement. Fort heureusement, notamment en matière psychiatrique, les jurisprudences de chacune de ces juridictions s'appuient sur des principes qui ne sont pas fondamentalement différents, ce qui nous autorise à examiner la situation globalement en fonction des situations les plus fréquentes d'engagement de la responsabilité pour les psychiatres. Le principe est en règle générale celui de l'obligation de moyens. S'il n'est pas respecté, cela constitue une faute, il faut ensuite déterminer si celle-ci est en lien direct, certain et exclusif avec le dommage qui est constaté. C'est le rôle de l'expertise.

Enfin, retenons que depuis le 1er janvier 2013, tout le contentieux relatif aux hospitalisations sans consentement est du ressort du juge judiciaire et donc du JLD qui pourra se prononcer, non seulement sur la validité d'une hospitalisation mais également sur la réparation qui serait due aux patients pour atteinte à sa liberté individuelle.

Les situations à risque

Elles sont nombreuses et peuvent concerner tout type d'acte. Nous retiendrons simplement les plus importantes et les plus fréquentes.

À l'occasion d'une hospitalisation sans consentement

La responsabilité incombe pratiquement uniquement à l'établissement ou à l'État. Cependant, le médecin qui rédige les certificats d'admission engage sa responsabilité propre. Il doit donc

suivre les règles de rédaction habituelles des certificats. La responsabilité découle d'une privation de liberté jugée illégale (ce qui ne signifie pas illégitime ni arbitraire). Il suffit qu'un des éléments prescrits par la loi n'ait pas été respecté pour que la décision du directeur ou celle du préfet soit annulée, ce qui donne un droit à réparation pour le patient. Il est également nécessaire que les décisions soient motivées. Ceci se fait par le biais du certificat médical. Elles doivent également être notifiées dans les délais prescrits au patient. On aura l'occasion de voir au fur et à mesure des années que l'intervention systématique du JLD conduira à de nouveaux risques d'engagement de responsabilité, nombreuses étant les mainlevées liées au défaut d'information du patient, au non-recueil de son avis ou à l'oubli d'une formalité dans le parcours procédural.

Lorsque le patient est à l'hôpital, les dommages qu'il subit ou qu'il crée peuvent être imputés à la négligence ou au mauvais fonctionnement de l'établissement à tout moment, y compris pendant les permissions. Des jurisprudences déjà anciennes, aussi bien du Conseil d'État que de la Cour de cassation conduisent même parfois à engager la responsabilité d'un établissement sans faute démontrée lorsque cet établissement contrôle habituellement le comportement d'un patient vulnérable et ayant perdu son autonomie à titre permanent (Conseil d'État, 19 octobre 1990, Cour de cassation, 29 mars 1991). Cette situation est rare mais peut être imputée par exemple à des cliniques institutionnelles. Il incombe en fait à l'établissement qu'il soit public ou privé une obligation de surveillance sur laquelle nous reviendrons ci-après.

La responsabilité peut également être engagée après la sortie du patient lorsque celle-ci a été décidée sans précaution suffisante. On en trouve des exemples pour des sorties de patients hospitalisés d'office qui ont commis ensuite des actes graves. En ce cas, la responsabilité est en général partagée entre l'État et l'hôpital. Mais on a pu reprocher à un médecin de ne pas avoir donné suffisamment d'informations à la femme d'un patient, au moment de sa sortie, ce qui aurait permis d'éviter qu'il s'empare d'une arme et tue une tierce personne (CA Aix-en-Provence, 18 janvier 1962).

La prescription médicamenteuse

Il s'agit bien évidemment d'un acte important, fréquent, encadré de façon stricte par une réglementation précise. Le psychiatre n'est pas particulièrement exposé à engager sa responsabilité dans cette situation mais il doit respecter toutes les règles de prescription, connaître les associations dangereuses ou interdites et les modalités de rédaction de certaines ordonnances pour des produits particuliers.

La responsabilité du fait des actes des patients (Jonas, Senon, 2004 ; Jonas, 2012 ; Jonas, 1997)

Ce sont clairement les situations les plus problématiques mais également les plus spécifiques à la psychiatrie. Elles recouvrent essentiellement les actes hétéroagressifs mais surtout les gestes suicidaires. En cette matière la jurisprudence est abondante, complexe et parfois contradictoire. Elle n'est pas notablement différente selon qu'il s'agit d'actes auto- ou hétéroagressifs. Les risques d'engagement de responsabilité sont plus importants lorsque le patient est pris en charge dans un établissement que lorsqu'il est suivi en ambulatoire puisque la possibilité de contrôler son comportement est évidemment meilleure. Il semble également qu'une sévérité plus importante soit appliquée aux établissements spécialisés par rapport à ceux qui reçoivent tous types de patients.

Pour être le plus synthétique possible, les critères retenus par la jurisprudence sont d'abord la prévisibilité du comportement du patient qui repose sur les antécédents connus de celui-ci, les informations apportées par la famille et la qualité du diagnostic que l'expertise pourra ou non confirmer. Sur ce sujet, des recommandations de l'HAS, aussi bien en matière de suicide (Haute Autorité de santé, 2000), qu'en matière de dangerosité (Haute Autorité de santé, 2010) existent et doivent être bien connues des professionnels, car c'est sur elles que s'appuieront les magistrats pour vérifier la qualité de la prise en charge. Le deuxième critère important concerne la nature de la surveillance exercée. Seront prises en compte la fréquence et la précision des observations médicales, le type et le nombre de personnels présents, l'adéquation de la mise en œuvre des consignes médicales à l'état du

patient ou encore l'organisation du service. Il est donc impératif que les consignes médicales à ce propos soient claires, précises, écrites et renouvelées en fonction de l'évolution de l'état du patient.

La jurisprudence différencie les obligations qui incombent au médecin de celles qui incombent à l'établissement. En pratique hospitalière, cela n'a pas une importance considérable puisque c'est l'assurance de l'hôpital qui absorbe la quasi-intégralité de la responsabilité. En pratique libérale en clinique, les assureurs sont différents et la connaissance du rôle et des obligations de chacun est plus importante.

On retient que le médecin a l'obligation d'établir un diagnostic correct, de proposer un traitement adapté, de rédiger clairement des consignes de surveillance et de les renouveler et de gérer les rapports avec les proches mais aussi lorsque cela est justifié de prendre toutes les mesures qui permettent d'aboutir à des soins sans consentement.

L'établissement quant à lui doit fournir un personnel en nombre suffisant et de qualité adaptée à la prise en charge. Il doit prévoir une organisation matérielle de bonne qualité, notamment en ce qui concerne la prévention du risque suicidaire (cage d'escalier et fenêtres défendues, prévention des risques d'incendies, limitation des moyens de pendaison). Il doit enfin faire en sorte que les consignes rédigées par le médecin soient respectées à la lettre par le personnel.

En définitive, la connaissance des règles de responsabilités ne doit pas aboutir à des craintes permanentes et à l'exercice d'une médecine défensive mais au contraire montrer au médecin quelles sont ses obligations sociales et comment il peut s'appuyer sur des règles de bonne pratique pour éviter le procès mais surtout pour donner à son patient les soins de la meilleure qualité possible.

Références

Haute Autorité de santé. (novembre 2000). *La crise suicidaire ; reconnaître et prendre en charge.*

Haute Autorité de santé : audition publique. (décembre 2010). *Dangerosité psychiatrique ; étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur.*

Jonas, C. (1997). *Le psychiatre face aux juges.* Paris : Ellipses.

Jonas, C., & Senon, J. L. (2004). La responsabilité en psychiatrie adulte. *EMC Psychiatr*, 37-900-A-30.

Arrêt Mercier, civ1 20 mai 1936, D.1936, 1, 88 concl. Matter, rapp. Josserand ; S. 1937, 1, 321 note Breton ; JCP 1936, 1079.

Jonas, C. (1990). La réparation des dommages causés aux tiers par les malades mentaux : Évolution et perspectives. *RTDSS*, *26*(1), 1–20.

Jonas, C. (2012). Responsabilités du médecin et de l'intervenant en matière de suicide et de geste suicidaire. *EMC Psychiatrie*, 37-501-A10.

Droits du patient en psychiatrie

Chapitre 14

Carol Jonas, Jean-Louis Senon

La question du droit des patients peut paraître théorique et n'avoir qu'une incidence mineure sur la pratique. Chacun sait qu'en psychiatrie, il n'en est rien et l'application des nouvelles dispositions relatives aux soins sans consentement (*cf. supra*) apporte une actualité nouvelle à cet aspect de la prise en charge. Dans le court chapitre d'un ouvrage généraliste comme celui-ci, il n'est pas envisageable d'étudier l'ensemble du droit dont un patient bénéficie (Jonas, Senon, 2012). Il est cependant utile à travers la compréhension des principes qui sont à l'œuvre et des principales sources qui fondent ces droits, de comprendre la logique qui préside aux soins dispensés aux patients présentant des troubles mentaux dans la mesure où cela a une incidence directe sur la pratique psychiatrique.

Principes et sources

Les principes

Notre époque se situe à la charnière entre une dialectique dans laquelle le soin est considéré comme un devoir de la collectivité envers les plus faibles et une autre qui met en avant la liberté de chacun et l'importance du libre choix. Après des siècles marqués dans notre pays et sur le continent européen par la primauté d'un principe de bienfaisance (encore appelé paternalisme) reposant notamment en matière de santé sur le fait que c'était les ordres religieux qui prenaient en charge cet aspect de la vie sociale, est apparue progressivement une conception plus égalitariste des rapports entre soignants et soignés, reposant sur le principe dit du consensualisme mais supposant l'autonomie de chaque sujet dans les décisions qu'il prend. C'est l'opinion qui prévaut à l'heure actuelle comme on pourra le voir dans les principaux textes nationaux et internationaux encadrant les relations interhumaines, mais en France il existe toujours des éléments reposant sur la philosophie de la bienfaisance dont un des témoins les plus emblématiques est la loi autorisant les soins sans consentement. En effet, à côté des situations où les soins sont imposés parce que le sujet pourrait porter préjudice à autrui, existent toujours les cas dans lesquels c'est dans l'intérêt même du sujet qu'une prise en charge est décidée car on fait l'hypothèse que la personne n'est pas suffisamment autonome pour prendre la décision et on ne veut pas la laisser livrer à elle-même.

Le principe de liberté est le plus important. Il a été décliné dans de très nombreux textes internationaux émanant des Nations Unies, du Conseil de l'Europe, de l'association médicale mondiale et bien d'autres encore. Actuellement en France, la Constitution du 4 octobre 1958 fait référence dans son préambule (qui a valeur constitutionnelle) à la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 dont l'article 1er précise bien «*les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits*» mais il inclut également le préambule de la précédente constitution du 27 octobre 1946 qui affirmait notamment que la République «*garantit à tous* (…) *la protection de la santé* (…)». C'est ainsi que dans ses récentes décisions, le Conseil constitutionnel rappelle clairement à propos des hospitalisations sans consentement qu'il incombe au législateur de concilier d'une part la protection de la santé des personnes souffrant de troubles

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

mentaux, ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaires à la sauvegarde des droits et principes de valeurs constitutionnelles et d'autre part l'exercice des libertés constitutionnellement garanties. Ainsi existe-t-il en droit français la nécessité de maintenir un équilibre entre la liberté du patient, sa protection et celle des tiers. Parmi les libertés reconnues par la Constitution, figure celle d'aller et de venir mais également du respect de sa vie privée (articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789).

Les principaux textes protégeant les droits des patients

On a d'abord considéré que la liberté de chacun étant un principe supraconstitutionnel, elle n'avait pas besoin d'être inscrite dans la loi. Puis progressivement, elle y a fait son entrée pour préciser un certain nombre de droits.

De façon très générale, l'article 9 du Code civil affirme « chacun a droit au respect de sa vie privée ». En découlent notamment dans l'exercice de la médecine les principes sur lesquels repose par ailleurs la notion de secret professionnel (*cf. infra*).

Sont venus ensuite (loi du 29 juillet 1994) divers principes de protection de la personne et du corps humain qui figurent aux articles 16 et suivants du Code civil et par exemple :

- article 16-1 « chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable… » ;
- ou article 16-3 « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Ce très important article fonde les obligations de consentement et donc corrélativement d'information qui sont un des droits fondamentaux du patient.

En psychiatrie, il est également nécessaire de citer parmi les sources encadrant le droit des patients l'article L3211-3 du Code de la santé publique, qui détaille les droits minimaux dont les patients doivent bénéficier lors de leurs soins en psychiatrie (*cf.* chapitre 11).

Le mouvement législatif entamé dans les années 1990 a trouvé son couronnement en matière de soins dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, connue sous le nom de loi Kouchner, qui détaille les droits de la personne malade.

- droit fondamental à la protection de la santé ;
- droit à la solidarité pour toute personne handicapée ;
- droit au respect de la dignité ;
- droit à la dignité des détenus malades ;
- droit à l'information ;
- droit au respect de la vie privée et au secret ;
- droit au traitement de la douleur et aux soins palliatifs ;
- droit à la scolarité de l'enfant malade hospitalisé ;
- droit de recevoir des soins appropriés.

On le voit, ce texte ne fait que traduire et préciser les grands principes que nous venons de balayer rapidement.

Pour être complet, il faudrait y ajouter beaucoup d'autres textes mais on retiendra seulement le Code de déontologie médicale qui, indirectement, apporte des précisions sur la manière dont le médecin doit préserver les droits des patients.

Sans être exhaustif, il est indispensable dans ce chapitre de traiter d'une part la nécessité du consentement découlant de l'article 16-3 du Code civil, et donc son corollaire, l'information préalable, et d'autre part le respect de l'intimité du patient qui se traduit dans l'exercice médical par une obligation très stricte au secret professionnel. À l'intersection de l'un et l'autre de ces droits, figure un document fondamental de l'exercice professionnel qui est le dossier du patient colligeant les informations sur la santé et devant être protégé contre la curiosité des tiers. Ce point doit également être abordé dans ce chapitre.

Information et consentement du patient

Généralités

Si pendant longtemps la nécessité de consentement et surtout la définition de l'information ont

été imprécises, depuis maintenant plus d'une vingtaine d'années, la situation est nettement clarifiée à la fois en ce qui concerne la loi depuis 2002 et la déontologie, déjà dès 1995.

Actuellement, c'est l'article L1111-4 du Code de la santé publique qui précise l'obligation du consentement « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment », ce que confirme le Code de déontologie (art. R4127-36 du CSP) « le consentement de la personne examinée ou soigné doit être recherché dans tous les cas ». L'article précise également que lorsque le malade refuse, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Lorsque le malade est incapable d'exprimer sa volonté, l'intervention ne peut avoir lieu sans que les proches aient été prévenus et informés sauf urgence ou impossibilité. Pour aller plus loin, on retient que l'article L1111-4 précise que les décisions relatives à la santé sont prises par le patient avec le professionnel de santé. Ces éléments révèlent à la fois la nécessité de recueil préalable d'un consentement avant toute information, quelle qu'elle soit mais aussi le rôle de conseil du médecin. Le consentement n'est valide que s'il a pu être éclairé, c'est-à-dire précédé d'une information dont la qualité a été progressivement définie par la jurisprudence puis par la loi.

L'information est due en toutes circonstances sauf urgence ou impossibilité d'informer. Cette limite est difficile à préciser. On en retrouve un avatar dans certains articles de la loi du 5 juillet 2011 mais les JLD semblent très attentifs à ce que la médecine ne se retranche pas derrière des arguties pour ne donner aucune information au patient.

L'information est due par les professionnels de santé. Chacun doit l'apporter au patient en fonction de l'acte qu'il réalise et du moment. La jurisprudence a maintes fois relevé que l'information apportée par un professionnel de santé n'exonérait pas les autres de leurs propres obligations. L'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel précise l'article L1111-2 du CSP.

Elle porte sur :

- Les investigations, les traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les autres solutions possibles et enfin sur les conséquences prévisibles en cas de refus. L'article 35 du Code de déontologie, légèrement modifié en 2012, précise que l'information doit être « loyale, claire et appropriée » mais également que le médecin doit tenir compte de la personnalité du patient dans les explications qu'il donne et veiller à leur compréhension. Tout comme le prévoit la loi, le médecin doit aussi respecter la volonté d'un patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic et la déontologie rappelle qu'un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection.
- On peut donc souligner quelques aspects importants et souvent oubliés.
- L'obligation de renseigner sur les traitements alternatifs, c'est-à-dire ceux qui pourraient être indiqués dans la maladie en cause mais que le médecin choisit d'écarter. Ceci doit permettre au patient de décider en toute connaissance de cause.
- La nécessité de bien préciser les conséquences qui peuvent advenir lorsque le patient refuse le traitement.
- L'information doit être adaptée à chaque patient en fonction de sa personnalité et des circonstances. Dans notre spécialité, peut être encore plus que dans d'autres, il doit s'agir d'un processus continu et non d'une obligation ponctuelle et formelle.
- Des limites existent à cette obligation qui n'a pas lieu d'être toujours exhaustive. Outre les situations d'extrême urgence, la personnalité fragile d'un patient, les difficultés à apporter des informations précises en raison de son état mental à un moment donné ou encore son refus pure et simple, sont des arguments à prendre en compte.

Cette information doit être apportée au patient avec quelques difficultés particulières pour ce qui concerne les mineurs ou les majeurs protégés. Les principes du secret professionnel interdisent de la donner à des tiers. Cependant des dérogations existent dans des circonstances exceptionnelles et notamment comme on l'a vu en cas de diagnostic ou de pronostic grave. Dans cette situation, la famille, les proches ou la personne de confiance définie à l'article L1111-6 du CSP, peuvent recevoir

« les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci (la personne) sauf opposition de sa part ». En ce cas, seul un médecin est habilité à délivrer ces informations, ou les faits délivrer sous sa responsabilité (art. L1110-4 du CSP). La loi précise que l'information peut être orale ou écrite. En psychiatrie, sauf exception (ECT car cela suppose une anesthésie), aucun écrit n'est obligatoire pour l'instant.

Les prescriptions hors AMM

Dans le contexte actuel de pharmacovigilance accru et compte tenu de l'imprécision qui règle encore en ce domaine, il n'est pas inutile de souligner les conditions très précises qui autorisent un médecin à prescrire à son patient un médicament qui n'a pas obtenu son autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication propre à la pathologie du patient. Ceci fait désormais l'objet d'une loi du 17 décembre 2012 (art. L5121-12-1 du CSP).

- La prescription hors AMM elle-même n'est envisageable que si une recommandation temporaire d'utilisation est établie par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité au regard des données acquises de la science.
- Le médecin prescripteur doit informer le patient que la spécialité n'est pas prescrite dans une indication conforme à son AMM, ainsi que des risques encourus, des contraintes ou des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament.
- Il doit porter sur l'ordonnance la mention « Prescription hors autorisation de mise sur le marché ».
- Il informe le patient sur les conditions de prise en charge par l'Assurance-maladie. En principe, un médicament hors AMM n'est pas remboursé par cette dernière.
- Le praticien doit enfin motiver sa prescription dans le dossier médical du patient.

Le psychiatre doit être très attentif à cette nouvelle loi dans la mesure où nombre de molécules psychotropes sont actuellement employées dans des indications pour lesquelles les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas demandé des AMM, alors que le médicament est utilisé parfois avec succès dans des pays étrangers.

La réparation du défaut de consentement ou d'information

Depuis le fameux arrêt Hédreul de 1997 qui avait renversé la charge de la preuve en matière de consentement et d'information et précisé les caractères de celle-ci, les décisions judiciaires ont été particulièrement nombreuses. En effet, les patients (et leurs avocats surtout) cherchent parfois à obtenir réparation d'un dommage en se fondant sur le non-respect de leurs droits autant, voire plus que sur une faute technique commise par le médecin. Sur ce point, la jurisprudence est maintenant complexe, difficile à décrypter, d'autant plus qu'elle n'est pas toujours absolument superposable devant les juridictions judiciaires pour les praticiens libéraux et les juridictions administratives pour les hôpitaux. Nous ne chercherons pas à entrer dans le détail de cette réparation et de ses conditions. Il s'agit d'un aspect trop technique et dont les conséquences pratiques ne sont pas d'un intérêt majeur. En revanche, on peut souligner une évolution. Pendant longtemps, on a estimé que le seul défaut de consentement ou d'information, même s'il était fautif, n'entraînait aucune réparation s'il n'y avait pas eu de préjudice. Ensuite, il est apparu qu'un préjudice existait du fait même que la dignité du patient n'avait pas été respectée puis, de façon complexe, les juges tentaient de déterminer quelle aurait été la décision du patient s'il avait été mieux informé. Dans toutes les situations où il aurait pu choisir de ne pas accepter l'intervention, une partie des conséquences dommageables de celle-ci était mise à la charge du praticien ou de l'hôpital par application du principe juridique de la perte de chance. En d'autres termes, le fait de n'avoir pas donné une information complète avait fait perdre une chance au patient de prendre la bonne décision. Les conséquences de ce type de jugement étaient d'entraîner une réparation, non pas de l'intégralité du préjudice mais d'une portion de celui-ci qui était variable selon chaque situation. Cet aspect persiste mais l'évolution de la réparation s'oriente vers un préjudice spécifique, qui n'est plus directement lié à la relation qui s'instaure entre patient et médecin, mais à l'obligation de ce dernier dans

la vie sociale. En témoigne sur les dernières décisions à partir de 2010, le fait que les articles qui sont visés par la Cour de cassation pour entraîner la responsabilité des praticiens, ne sont plus obligatoirement ni ceux qui définissent la relation contractuelle, ni ceux qui précisent l'obligation d'information dans le Code de la santé publique mais plus généralement les articles 16 et 16-3 et tout récemment une décision du 12 juin 2012 (Civ. 12 juin 2012, n° 11-18327) fait référence à l'article 1382 du Code civil, c'est-à-dire à une responsabilité délictuelle. L'obligation d'information est donc maintenant détachée de la relation contractuelle qui s'instaure entre médecin et patient. On peut dire qu'elle devient une obligation générale du professionnel de santé, comme s'il s'agissait de l'application de son rôle social, quelles que soient les circonstances et quels que soient les patients.

Le dossier médical

Son existence résulte du droit du patient à obtenir communication de l'ensemble des informations concernant sa santé, telles qu'elles sont définies à l'article L1111-7 du Code de la santé publique. On en retrouve une conséquence dans le Code de déontologie médicale puisque le médecin doit établir un dossier pour chaque patient mais également dans tout établissement de santé. C'est le rôle du directeur de faire en sorte que la communication des informations puisse être apportée selon les prescriptions de la loi (art. R1112-1 du Code de la santé publique).

Composition du dossier

Selon l'article L1111-7 du CSP, ce sont notamment les résultats d'examens, les comptes rendus de consultations ou d'interventions et d'hospitalisations bien sûr, les protocoles et prescriptions thérapeutiques, les feuilles de surveillance, les correspondances entre professionnels de santé. Très rapidement après le vote de la loi du 4 mars 2002, un décret du 29 avril de la même année avait encore précisé les éléments que ce dossier pouvait contenir. Il employait cependant l'adverbe « notamment », ce qui signifiait que la liste n'était pas exhaustive. Actuellement, pour les établissements publics ou privés, c'est un décret du 6 février 2006 qui propose une liste (art. R1112-2 du CSP). Il ne résume cependant pas tout ce qui doit être dans le dossier. En psychiatrie, on retiendra, comme on l'a vu un peu plus haut, la nécessité de tracer les motifs d'une prescription hors AMM, mais aussi les conditions d'un isolement ou encore les éléments de la surveillance du patient.

Il faut retenir que dans ce dossier doivent être clairement individualisées les informations concernant directement le patient et celles qui ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. On sait qu'en matière de droit d'accès, ces dernières n'ont pas le même statut. Le patient ne pourra pas en avoir connaissance et ce, afin de protéger les tiers.

Une discussion s'est rapidement établie pour savoir si dans ce dossier certaines informations étaient considérées comme des notes personnelles du médecin et en ce cas intransmissibles. Il avait été admis qu'une note n'était personnelle que si elle était établie par le professionnel pour son seul usage, non transmise à des tiers et détruite lorsque le professionnel ne cesse d'intervenir et qu'elle n'avait, de plus, pas contribué à la prise en charge. Cela vidait complètement de son sens la notion de note personnelle. Récemment, un décret a modifié le Code de déontologie médicale (décret 2012-694 du 7 mai 2012). L'article R4127-45 qui en est issu précise « les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles, ni accessibles au patient et aux tiers ». Il n'est pas encore évident de déterminer si cela contredit la définition précédente et si cela autorise le médecin à avoir dans son dossier des notes qu'il considérera comme personnelles, ou si cela ne fait que le compléter. Il faudra sans doute attendre une jurisprudence pour déterminer comment interpréter ce nouvel article.

Conservation

La durée de conservation du dossier a fait l'objet d'un décret en 2006, suivi d'une instruction interministérielle du 14 août 2007. Dans l'immédiat, ils sont le plus souvent conservés dans les établissements de santé mais la législation permet qu'ils le soient également chez des hébergeurs agréés, situation qui tend à se multiplier à l'heure actuelle. Le principe est que le dossier doit être conservé pendant une durée de 20 ans, à compter de la date du dernier séjour de son

titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe. Lorsque le patient était tout jeune au moment de ce dernier séjour, la conservation doit avoir lieu jusqu'à ses 28 ans. Lorsqu'un patient est décédé, le dossier doit rester consultable jusqu'à 10 ans après le décès. À l'issue d'un de ces délais, c'est le directeur de l'établissement, après éventuellement avis de l'administration des archives, qui décide ou non de la destruction du dossier.

Le droit d'accès

Il s'agit d'un droit personnel, réservé aux patients (avec les particularités que l'on peut comprendre, concernant les mineurs et les majeurs sous tutelle). Il est également prévu que le patient puisse décider d'accéder à ces informations par l'intermédiaire d'un médecin, qu'il aura lui-même désigné. La loi a prévu qu'il puisse ainsi donner mandat à une tierce personne, d'obtenir son dossier. Cet aspect a été validé par le Conseil d'État à l'occasion d'une contestation du Conseil national de l'Ordre des médecins (26 septembre 2005).

La psychiatrie connaît une certaine spécificité pour les patients dont les soins ont été dispensés dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement. Le législateur estime en effet que l'accès direct pourrait avoir des conséquences néfastes. Il encadre donc ce droit en subordonnant éventuellement l'accès à la présence d'un médecin désigné par le demandeur, si sont mis en évidence « des risques d'une gravité particulière ». Si le demandeur refuse cette solution, la Commission départementale des soins psychiatriques doit être saisie. Elle donne son avis dans un délai de 2 mois. Cet avis s'impose ensuite au patient, comme au détenteur de l'information.

La communication du dossier lorsqu'elle est demandée doit se faire dans des délais précis. Elle ne peut être effective avant une période de 48 heures qui constitue une sorte de délai de réflexion. Elle doit survenir dans un délai maximum de 8 jours lorsque les dossiers sont récents (ils datent de moins de 5 ans, ce délai étant porté à 2 mois pour les dossiers les plus anciens et lorsque la CDSP a dû être saisie). La consultation du dossier peut se faire sur place ou par l'intermédiaire de copies qui sont adressées au patient. La consultation sur place est gratuite. La délivrance de copies entraîne des frais qui ne doivent pas excéder le coût de reproduction, affirme le texte de la loi. La présence d'une tierce personne est recommandée lors de la consultation. Cependant le patient a le droit de refuser et ce refus ne fait pas obstacle à la communication des informations. Les éléments du dossier du patient peuvent également être connus de ces ayants droit après sa mort, sous la condition que le malade ne s'y soit pas opposé de son vivant d'une part et d'autre part que cette demande corresponde à un objectif déterminé et précis :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- faire valoir ses droits.

Rappelons que la définition de l'ayant droit est celle d'une personne tirant des droits du défunt, il s'agit donc le plus souvent de ses héritiers ou encore des bénéficiaires d'un contrat d'assurances. En dehors d'un des trois cas précités, il n'existe pas de dérogation permettant à un tiers, fut-il très proche, d'avoir des informations sur la santé d'une personne décédée.

Sur un plan très pratique, le droit d'accès, que ce soit pour le patient ou les ayants droit, est réalisé sous la forme d'une demande écrite. Une vérification de l'identité doit avoir lieu par le détenteur de l'information avant toute remise.

Le secret professionnel

Aspect important de l'exercice de la médecine, il est de mieux en mieux reconnu comme étant avant tout un droit du patient (Jonas, Senon, 2012 ; Bulletin de l'Ordre national des médecins, 2012). Pierre angulaire de l'exercice médical, il repose sur des textes législatifs ou réglementaires ainsi que sur une jurisprudence abondante. Il ne peut pas être total et connaît donc un certain nombre de dérogations. Dans le court chapitre d'un livre généraliste, il ne sera pas possible de donner des précisions sur chaque situation. On pourra se reporter à nos publications antérieures (Jonas, Senon, 2012 ; Jonas, 2010).

Les principes et les textes applicables

Le principe est simple. Il s'apparente en partie au droit à l'intimité reconnu dans le Code civil mais il est également inscrit depuis longtemps dans le Code pénal. Le secret imposé à certaines catégories professionnelles est destiné à instaurer la confiance entre ces derniers et les personnes qui viennent les consulter. Il est bien formulé par une phrase de Louis Portes, président du Conseil de l'Ordre des médecins durant la Seconde Guerre mondiale : « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret ». Trois textes principaux résument cette règle et son application.

- Code pénal, article 226-13 : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'1 an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende* ».
- Le texte est laconique et n'apporte pas de précisions sur le type d'informations qui sont secrètes. Il confirme cependant que la révélation d'un secret est une infraction pénale et montre que c'est un devoir social du médecin.
- Article R4127-4 du Code de la santé publique (Code de déontologie) : « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.
- Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu et entendu ou compris ».
- Cet article donne quelques précisions, issues de la jurisprudence, sur les contours du secret. Il précise à la fois que la notion est instaurée dans l'intérêt des patients mais également que la sanction peut être disciplinaire en plus d'être pénale.
- Article L 1110-4 du Code de la santé publique. Cet article est particulièrement long. Il est apparu plus récemment dans l'arsenal législatif puisque sa première version remonte à la loi Kouchner du 4 mars 2002. Il apporte des précisions supplémentaires.

On en retiendra :

- « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention ou aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ».
- Le secret couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance du professionnel de santé mais également de tout membre du personnel des établissements ou organismes et de toute autre personne en relation avec ces établissements ou organismes.
- Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible, **sauf opposition de la personne dûment avertie.**
- Lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.
- Les deux points précédents dessinent ce qu'on appelle habituellement « le secret partagé ». On voit qu'il ne l'est que lorsque deux professionnels soignent le même malade, à priori pour la même maladie.
- Enfin cet article précise les circonstances dans lesquelles les proches, la famille ou la personne de confiance peuvent éventuellement obtenir des informations, uniquement pour leur permettre d'assurer un soutien direct au patient et encore une fois sauf opposition de sa part. Il précise également le sort des informations après le décès du patient (*cf. infra*).

L'existence de textes législatifs aussi bien dans le Code pénal, le Code de déontologie que le Code de la santé publique, explique que la responsabilité du médecin peut se trouver engagée, à divers titres et aboutir à des condamnations pénales disciplinaires, civiles ou administratives selon les circonstances.

La règle en pratique

Les personnes tenues au secret

En règle générale, on retient que c'est le médecin dans l'exercice de sa profession, ce qui signifie à

contrario qu'un médecin n'est pas toujours tenu au secret lorsqu'une information est connue en dehors de son exercice professionnel.

On pourrait y ajouter qu'y sont également tenues des personnes en raison d'une mission temporaire. C'est le cas par exemple lorsque l'on participe aux travaux de la CDSP.

Il faut retenir également que le médecin est responsable des personnes qui l'assistent dans son exercice. Il doit les instruire de leurs obligations en matière de secret professionnel et vérifier qu'elles s'y conforment (art. 72 du Code de déontologie).

Les révélations punissables

La règle est simple. La jurisprudence pénale a affirmé à de nombreuses reprises que le secret professionnel du médecin est général et absolu :

- général, signifie qu'il couvre tous les éléments venus à la connaissance du médecin, peu importe donc de savoir s'il s'agit d'informations ayant un caractère en rapport avec la santé ou non. Il suffit que l'information ait été connue à l'occasion de l'exercice de la profession ;
- absolu, il doit être maintenu vis-à-vis de quiconque. Comme on le verra ci-après, sauf dérogation très précisément exprimée dans la loi, cela est vrai pour les proches (sauf les situations prévues à l'article L1110-4 du CSP), pour les autres professionnels de santé (sauf lorsque l'on est dans le cadre du secret partagé défini par ce même article), et même vis-à-vis des autorités de police ou de justice ;
- le secret professionnel est une notion de droit pénal. Elle a donc une définition claire et précise.

Il doit s'agir d'une révélation. En ce sens, elle doit être intentionnelle. Une simple négligence n'est pas une violation de secret. Elle est cependant susceptible d'entraîner une responsabilité civile ou administrative mais pas une condamnation pénale ou déontologique.

La révélation est une infraction à caractère formel. En ce sens, le simple fait de donner l'information constitue l'infraction, même s'il n'y a aucun préjudice. Dans la mesure où l'infraction est destinée à protéger la société, les poursuites peuvent être engagées par le procureur de la République sans intervention du patient lui-même.

La lecture de la jurisprudence révèle d'autres éléments intéressants, notamment le fait que la violation doit être effective, une simple tentative n'est pas punissable (Cour d'appel de Nancy, 14 février 1952, par exemple).

La forme de la révélation importe peu, elle peut être écrite, orale et maintenant bien entendu par l'image et tous les moyens modernes de communication. Peu importe également que cette révélation soit faite à une seule personne ou à un très large public à travers une publication ou une émission de télévision.

Le contenu de la révélation importe peu, qu'il ait ou non un rapport avec la santé. On retient même que la révélation d'information qui sera déjà connue par ailleurs n'en constitue pas moins la violation du secret par le simple fait qu'elle émane d'une personne qui y était tenue selon la loi.

De façon un peu plus subtile, il faut retenir que la révélation de faits négatifs est tout aussi punissable. Ainsi un médecin affirmant que tel patient ne souffre pas de telle maladie commet une violation de secret. La seule réponse possible dans cette situation est le refus de répondre.

Quelques dérogations importantes

Il serait long et fastidieux de chercher à toutes les énumérer. Le lecteur intéressé pourra se reporter à des publications plus étoffées en se référant à la bibliographie. Il faut comprendre que des dérogations sont nécessaires car le médecin dispose parfois d'une information utile au fonctionnement social, sans dommage particulier pour l'individu, voire dans son intérêt. La loi a progressivement essayé de définir précisément ces situations. Elle impose parfois au médecin de parler. Dans d'autres situations, elle lui en donne la faculté, sans le rendre obligatoire.

Dérogations dans l'intérêt de la santé publique

Elles sont nombreuses, allant de la déclaration de naissance à celle des décès, en passant par certaines maladies contagieuses. D'autres concernent les certificats d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou encore ceux qui sont nécessaires à l'application de la loi du 5 juillet 2011.

On en rapprochera les dérogations qui sont nécessitées par la médecine de contrôle et en particulier les possibilités de donner des informations sur un patient au médecin de la CPAM. Un peu moins claire est la dérogation qui permet le contrôle de l'aptitude physique dans le cas de la médecine du travail ou de la santé des fonctionnaires. En ce cas, le médecin du travail a une dérogation très limitée lui permettant d'affirmer ou non l'aptitude d'un employé à son poste sans donner aucune information précise. Il est à noter que le psychiatre reste tenu au secret professionnel vis-à-vis du médecin du travail quelles que soient les circonstances.

Dérogations en faveur des mineurs et les personnes vulnérables

Dans le principe, les informations concernant la santé d'un mineur peuvent être apportées à chacun de ses représentants légaux. Dans certaines circonstances prévues par la loi (contraception, IVG et maintenant situations définies par l'article L1111-5 du CSP), le mineur peut demander que le secret soit conservé vis-à-vis de ses représentants légaux.

Dans ce chapitre, l'aspect le plus important est constitué par les situations de vulnérabilité, de danger ou de maltraitances face auxquelles le médecin a des obligations particulières vis-à-vis de la société pour protéger le mineur. Les règles à appliquer figurent aux articles 226-14 du Code pénal, ainsi qu'à l'article 44 du Code de déontologie. Le partage d'information concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être est clairement une dérogation au secret. Le médecin est à l'abri des poursuites comme le précise l'article L226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles, à condition d'avoir respecté les règles de partage de cette information. Depuis peu sont bien différenciés les mineurs pour lesquels il existe un danger immédiat avec un certain caractère de gravité qui relève de la juridiction pénale. En ce cas, l'interlocuteur est le procureur de la République. Lorsqu'il existe une simple suspicion, sans certitude, le médecin doit informer la Cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP) rattachée au président du Conseil général, qui prendra les mesures adéquates.

Dérogations et rapports avec la justice ou la police

Le principe du secret absolu demeure. Ainsi un médecin cité comme témoin doit accepter de se déplacer mais ne donner aucune information concernant un patient, en rapport avec son activité professionnelle. En revanche, si l'information n'est pas en rapport avec l'activité professionnelle ou n'est pas en rapport avec un patient, il n'est plus tenu au secret. L'exemple type est celui d'une information qui concernerait l'organisation du travail dans son service, sans lien direct avec la prise en charge d'un patient donné.

À l'occasion d'enquêtes de police, la simple révélation de l'identité d'un patient, et encore plus d'un nombre important de patients, reste couverte par le secret. Elle n'a donc pas à être donnée.

Dans le cadre des expertises, le médecin ne doit révéler que les informations qui sont en rapport avec les questions qui lui sont posées (après avoir informé la personne examinée de sa mission de manière à ce qu'elle puisse déterminer quel type d'informations elle donne ou non).

Le médecin bénéficie d'une dérogation qui lui permet de se défendre lorsqu'il est attaqué en justice. À cette occasion (mais uniquement dans le cadre de la procédure judiciaire), il peut donner des informations relatives à un dossier de patient pour exercer les droits de la défense avec les mêmes garanties que tout autre justiciable.

Secret et compagnies d'assurances

Cette situation est de plus en plus fréquente dans la pratique des psychiatres avec la multiplication des contrats d'assurances (prêt à l'habitat, assurance-vie, assurance voyage, etc.). La solution devrait être simple puisqu'il n'existe aucune dérogation. Toute information doit passer par le patient par le biais d'un certificat qui lui est remis en mains propres (ou à ses ayants droit après sa mort selon les conditions prévues par la loi), ou par remise d'une copie de son dossier. Le fascicule consacré à cette question par le Conseil national de l'Ordre des médecins (Bulletin de l'ordre national des médecins, 2012) donne des réponses pragmatiques. On retiendra notamment qu'il n'y a pas lieu de communiquer directement avec le

médecin-conseil d'une compagnie d'assurances, qu'il ne faut jamais remplir le questionnaire médical en lieu et place du patient, que ce soit à l'occasion de son adhésion au contrat ou de la survenue d'un sinistre mais aussi qu'il est déontologiquement interdit d'accepter d'être mandaté par une compagnie d'assurances pour examiner son propre patient puisque nul ne peut être à la fois médecin traitant et médecin expert.

Références

Jonas, C., & Senon, J. L. (2012). Droits du patient en psychiatrie. *EMC,* 37-900-A-10.

Bulletin de l'Ordre national des médecins. numéro spécial (novembre décembre 2012).

Jonas, C. (2010). *Le secret professionnel.* Paris : EISAi.

La rédaction des certificats

Chapitre 15

Carol Jonas

Cette activité peut paraître accessoire à l'exercice de la médecine. Elle est de plus en plus fréquente, utile et parfois nécessaire, voire obligatoire dans une société où l'état de santé a des conséquences sociales et parfois financières importantes. Certains certificats sont obligatoires du fait d'un texte législatif (certificat de naissance, de décès, maladie professionnelle…). La plupart sont facultatifs, rédigés sur papier libre et nécessitent que le médecin en maîtrise bien la rédaction.

Les textes à retenir

Il n'existe pas de définition précise du certificat médical sinon celle que l'on pourrait trouver dans un dictionnaire : attestation écrite de ce qu'une personne a pu voir, entendre, connaître ou comprendre. Certifier, c'est aussi s'engager.

Parmi les textes qu'il faut retenir, figurent ceux que l'on retrouve dans le Code pénal, même s'ils n'auront le plus souvent pas de réelle incidence sur la pratique médicale. Il s'agit notamment des articles 441-7 et 441-8, le premier punissant l'attestation faisant état de faits matériellement inexacts et le second aggravant les peines si le certificat a été rédigé par le membre d'une profession médicale. On pourrait y ajouter l'article 222-37 qui prévoit des peines encore plus importantes lorsque l'écrit a permis de faciliter l'usage illicite de stupéfiants ou encore l'article 313-2 qui punit les escroqueries.

Les textes les plus importants figurent dans le Code de déontologie médicale (www.conseil-national.médecin ; Bulletin de l'Ordre des médecins, 2011).

L'article principal est l'article 76 (art. R4127-76 du Code de la santé publique).

« *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs réglementaires.*

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci ».

Cet article donne déjà la plupart des indications permettant de rédiger correctement les certificats qui peuvent être demandés au psychiatre.

Pour être complet, on y ajoutera l'article 28 : « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite* ».

L'article 29 : « *Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits* ».

Et l'article 50 : « *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de Sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables* ».

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Règles de rédaction des certificats

Elles sont en apparence simples et logiques (Bulletin de l'Ordre des médecins, 2011, Roubertie, Jonas, Gravot, Ruaux, 2011) :

- le certificat doit être justifié. Il peut être rendu obligatoire par une loi ou un règlement. Il peut être nécessaire pour que le patient obtienne un avantage social ou n'en perde pas un (*cf.* art. 50 du Code de déontologie) ;
- le certificat ne peut être rédigé qu'après examen du patient ;
- l'examen doit être réalisé personnellement par le médecin certificateur ;
- le médecin doit en principe refuser la rédaction d'un certificat pour lequel il n'est pas compétent. Il doit alors orienter son patient vers un autre praticien compétent en ce domaine ;
- le certificat ne peut être remis qu'au patient lui-même, sauf exception. C'est le cas pour les mineurs. Le certificat est alors remis à un ou deux représentants légaux. Il en est ainsi certains certificats obligatoires et notamment pour les certificats autorisant les soins sans consentement. Sous certaines conditions, il pourra être remis aux ayants droit lorsqu'il s'agit de faire valoir un droit ou de connaître les causes de la mort pour des motifs légitimes.

Un cas particulier est celui des réquisitions (*cf. infra*) :

- certains certificats sont établis sur des imprimés ou formulaires spéciaux (certificat de décès, accident du travail, maladie professionnelle, demande d'entente préalable, allocation d'éducation spéciale…) ;
- la plupart des certificats sont rédigés sur papier à en-tête du médecin selon une forme qui doit être la mieux protocolisée possible pour éviter les erreurs, les carences ou les glissements qui pourraient constituer des risques d'engagement de la responsabilité du rédacteur.

Quatre points importants, les quatre parties du certificat

Les informations formelles

Doivent figurer sur le certificat les nom, prénom, qualification et adresse du médecin rédacteur, ainsi que les nom, prénom, date de naissance et domicile du patient.

Il est important de retenir également la règle des trois dates.

La date de rédaction du certificat doit figurer, de même que la date de rédaction des constatations (elle peut être différente, voire très éloignée dans le temps) et enfin la date de survenue des faits lorsque c'est cet aspect que le patient demande de certifier. Ainsi est-il possible de rédiger un certificat en date du 1er janvier 2013 pour des constatations réalisées au mois de novembre 2012 sur des faits dont le patient affirme qu'ils ont eu lieu en octobre de la même année.

Les allégations ou doléances du sujet

Le certificat énonce les dires de la personne, ses plaintes d'une manière qui ne soit pas ambiguë. L'idéal est d'utiliser les guillemets ou, ce qui est moins satisfaisant, le conditionnel.

Les constatations du médecin

Il s'agit d'un travail clinique classique qui peut se compléter par des résultats d'investigations paracliniques s'il y a lieu. Il n'est pas toujours nécessaire, voire inutile de proposer un diagnostic et notamment un diagnostic étiologique. Ce dernier constitue déjà une interprétation. Il peut n'être qu'évoqué par exemple avec la formule : ces symptômes sont compatibles avec tel diagnostic.

Les conséquences des constatations

Cette partie n'est pas toujours nécessaire. Elle peut être dangereuse. Elle engage la responsabilité du rédacteur. Elle peut faire appel à des compétences médicolégales que tous les médecins n'ont pas. Ainsi en est-il de l'évaluation d'une ITT ou d'une incapacité.

Le certificat doit être signé par le rédacteur.

Il n'est pas inutile que figure sous la signature une formule attestant que la remise a bien été réalisée dans les mains du demandeur et de faire valoir le motif pour lequel le certificat a été demandé.

Une formule du type « certificat délivré à la demande de Monsieur X, pour être produit en justice (ou à une administration) et remis en mains

propres à l'intéressé sur sa demande » est utile. En ce cas, on peut aller jusqu'à demander au patient de contresigner en dessous de cette formule.

Enfin, il est indispensable de toujours garder un double de ce document dans son dossier.

Certificat et réquisition

La réquisition est l'acte par lequel une autorité judiciaire ou administrative fait appel à un citoyen dont elle a besoin des compétences en général en urgence. Elle peut concerner le médecin bien entendu. La personne requise devient alors auxiliaire de justice dans le cadre d'une mission précise qui doit être écrite.

La réquisition comporte l'identité et la fonction du requérant, l'article du Code (en général Code de procédure pénale) qui fonde la demande, l'énoncé précis de la mission et la nécessité de prêter serment ainsi que la date de cette demande. La réquisition est nominative.

En principe, une personne ne peut pas se soustraire à une réquisition d'une autorité judiciaire ou administrative. Il en est ainsi pour les médecins mais une dérogation existe pour le médecin traitant dès l'instant où la réquisition va au-delà d'une simple constatation (ex. : mesure de l'alcoolémie) et nécessite un minimum d'interprétation. Cela est lié au Code de déontologie, qui affirme qu'on ne peut pas être à la fois médecin traitant et médecin expert.

Le certificat est rédigé selon la forme qui vient d'être décrite. Il est nécessaire de rappeler la mission qui a été confiée. Le médecin doit répondre à cette mission, toute cette mission mais rien que cette mission.

Dans le cadre de celle-ci, il est relevé de son obligation au secret professionnel. En dehors de la mission, le secret réapparaît.

La particularité du certificat sur réquisition est qu'elle demande souvent des conclusions nécessitant une interprétation à la suite des constatations réalisées. Parmi les plus fréquentes figure la compatibilité de l'état de santé du sujet avec une garde à vue (HAS, 2004) ou encore l'évaluation d'une ITT.

L'ITT au sens pénal (HAS, 2011)

Il s'agit en principe d'une incapacité totale de travail personnel. La définition n'est établie que par la jurisprudence. Elle signifie que le sujet est dans l'impossibilité d'accomplir seul les tâches qui sont nécessaires à une vie banale. Elle n'est pas superposable à l'arrêt de travail. Elle existe aussi bien pour les personnes qui ont un emploi que pour celles qui n'en ont pas, pour les enfants que pour les personnes âgées. Elle est le plus souvent en lien avec des troubles physiques mais les pathologies psychiques n'en sont pas exclues.

L'ITT a une incidence en matière de poursuite concernant l'auteur éventuel de violences soit volontaires soit involontaires. La durée de l'ITT est proposée par le médecin mais elle est fixée par un magistrat. Il n'existe aucun barème indicatif des ITT.

On sait que le Code pénal différencie les ITT supérieures à 3 mois qui constituent un délit passible du tribunal correctionnel en matière de blessures involontaires, alors que l'ITT jusqu'à 3 mois est une simple contravention. En matière de blessures volontaires, la limite se situe à 8 jours.

Dans les faits la situation est encore un peu plus compliquée par des critères de vulnérabilité de la victime, du type de violences ou de circonstances aggravantes (HAS, 2011).

Il existe bien d'autres demandes de certificats complexes, délicates parfois mal définies. Le psychiatre doit toujours faire preuve de discernement, savoir refuser, connaître ses limites et appliquer les règles de rédaction précitées. Les principes à retenir sont certes l'intérêt du patient mais également la légitimité du document, son utilité, le respect du secret professionnel et la capacité à soutenir les informations que l'on fait figurer sur le document.

Chaque psychiatre doit retenir que la rédaction du certificat est susceptible d'engager sa responsabilité pénale, disciplinaire, voire civile.

Références

Bulletin de l'Ordre des Médecins n° 20. (novembre décembre 2011).

Haute autorité de santé. (décembre 2004). L'intervention du médecin auprès d'une personne en garde à vue.

Haute autorité de santé. (décembre 2011). Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. *Recommandation*.

Roubertie, E., Jonas, C., Gravot, J. F., & Ruaux, A. (2001). Docteur, c'est juste pour un certificat. éditions : L et C.

www.conseil-national.médecin. Fr. Commentaires du Code déontologie médicale.

Principes généraux de l'expertise

Chapitre 16

Carol Jonas

De façon générale, l'expertise est un dispositif d'aide à la décision, sollicité par un décideur, confronté à des questions qui sont en dehors de sa compétence. Elle suppose une mission qui est définie par le décideur et comporte des opérations allant au-delà de simples constatations. La réalisation de cette mission se conclut par un rapport remis au décideur. Même en limitant le propos aux expertises qui peuvent être confiées à des psychiatres, la variété des expertises est grande et la complexité des situations n'est pas simple à appréhender. Il vient d'abord à l'esprit de chacun les expertises qui peuvent être diligentées par une juridiction, mais on sait que la demande peut provenir d'une administration (ex. : préfet à l'occasion de soins sans consentement ou CPAM). D'autres expertises peuvent être demandées par des organismes privés tels les compagnies d'assurances. Dans ce chapitre de généralités, nous nous limiterons à donner les indications les plus importantes en matière d'inscription sur une liste officielle d'experts, l'esprit des textes qui président aux règles procédurales à appliquer lors des opérations d'expertises ainsi que les critères déontologiques auxquels l'expert doit se conformer en toutes occasions.

Conditions d'inscription sur la liste des experts

Elles résultent des dispositions du décret 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires. C'est l'inscription sur cette liste qui donne le droit au titre d'expert. L'utilisation de ce titre par un médecin ou toute autre personne non inscrit selon la procédure prévue dans ce décret est considérée comme une usurpation de titre et peut faire l'objet de poursuites pénales. En revanche, de nombreux professionnels peuvent être conduits à réaliser des expertises à la demande d'une juridiction, d'une administration, d'un autre organisme public ou d'une institution privée, sans disposer de ce titre.

Le décret précise qu'il est dressé chaque année une liste nationale des experts et une autre liste par Cour d'appel. Ces listes sont dressées en conformité avec une nomenclature résultant actuellement d'un arrêté du 10 juin 2005. Pour être inscrit sur la liste, un médecin doit réunir un certain nombre de conditions attestant notamment de sa compétence, d'une qualification suffisante mais également de son indépendance (article 2 du décret). Les inscriptions initiales sont valables pour une durée de 3 ans et désormais des réinscriptions sont nécessaires, valables pour une durée de 5 ans. À l'occasion de ces réinscriptions, le candidat doit apporter des informations concernant son expérience acquise ainsi que sa connaissance des principes directeurs du procès, les règles de procédure applicables aux missions qui peuvent lui être confiées ainsi que des formations qu'il a suivies dans les domaines assurant sa qualification. Parmi les obligations des experts figurent celle de prêter serment, d'apporter son concours à la justice, d'accomplir sa mission, de faire son rapport et de donner son avis en son honneur et en sa conscience mais également de faire connaître chaque année le nombre de missions qu'il a réalisées.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Déontologie de l'expertise

Il faut tout d'abord retenir que le médecin expert est avant tout médecin et comme tel tenu à respecter l'intégralité des articles du Code de déontologie, notamment en ce qui concerne ses devoirs envers les patients ou ses confrères.

Quatre articles lui sont spécifiques :

- **Article 105 :** « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services* ». On en retient qu'il s'agit de toutes les circonstances dans lesquelles le médecin expert n'aurait pas toute son indépendance. Il faut y être très attentif. On peut également retenir qu'à contrario, cela signifie qu'il n'est pas exclu de devenir médecin traitant après avoir été médecin expert. Il convient cependant d'être très prudent avant d'accepter de prendre en charge un patient que l'on a expertisé précédemment.
- **Article 106 :** « *Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code de déontologie* ». Ne jamais aller au-delà de ses compétences, ne pas se prêter à des missions qui vont au-delà des connaissances médicales.
- **Article 107 :** « *Le médecin expert doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé* ». Cet article est particulièrement important, non seulement dans la réalisation des expertises pénales, mais également dans tout type d'évaluation et de contrôle. La personne doit comprendre qu'elle est face à un médecin qui devra rendre compte de sa mission à un tiers. Il est impératif d'expliquer les questions auxquelles le médecin aura à répondre et de vérifier que le patient les a bien comprises.
- **Article 108 :** « *Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces cas limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.* » ; En d'autres termes, cet article rappelle au médecin qu'il est tenu au secret professionnel. Dans certaines missions et notamment en psychiatrie, il n'est pas simple de respecter cet article à la lettre. Ainsi la responsabilité de certains médecins experts a pu être engagée pour avoir donné des informations couvertes par le secret à un tiers (voir par exemple, Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 6 mai 2011). Actuellement, il est admis en matière d'expertise pénale, notamment de l'auteur, que des éléments biographiques parfois assez précis peuvent figurer dans le rapport. Il en va tout autrement lorsqu'il s'agit d'expertises de la victime. La situation est encore plus restrictive dans les expertises diligentées par d'autres juridictions ou des administrations. Il est le plus souvent indispensable de respecter à la lettre cet article et de ne répondre que de manière laconique aux questions qui sont posées (*cf. infra*, expertise pour la CPAM par exemple).

Les règles procédurales

Chaque type d'expertise connaît une procédure spécifique à laquelle l'expert doit se conformer de manière précise. Elles sont notablement différentes d'une situation à une autre, rappelons simplement ici les deux procédures principales auxquelles l'expert psychiatre peut se trouver confronté lors de missions qui lui sont confiées par la justice.

Les expertises du Code de procédure pénale

Les règles sont inscrites aux articles 156 et suivants de ce Code. Tout expert devrait connaître parfaitement chacun de ces articles. La mission, on le sait, est en général confiée par un juge d'instruction. Elle peut maintenant très souvent être directement confiée par un magistrat du parquet. Elle peut aussi venir d'un président de Cour d'assises ou d'un président de tribunal correctionnel par exemple. L'expert est en principe choisi parmi les personnes inscrites sur la liste nationale ou

une des listes de Cour d'appel mais par décision motivée, le magistrat peut choisir un spécialiste ne figurant sur aucune liste à qui il demandera de prêter serment. La mission est précisée par le magistrat, elle est assortie d'un délai en principe impératif pour l'expert. Dans ce type de mission, le principe du contradictoire est assuré par le fait que le magistrat communique aux parties, ainsi qu'au procureur de la République copie de la décision et ensuite leur fait connaître les conclusions du rapport. Dans ce type de procédure, lorsque l'expert a besoin d'être éclairé sur une question qui échappe à sa spécialité, c'est au juge de l'autoriser ou non à s'adjoindre une personne qui sera spécialement désignée. La procédure prévoit que l'expert peut recevoir à titre de renseignement les déclarations de toute personne autre que la personne mise en examen. Il est même prévu que les médecins ou psychologues experts chargés d'examiner la personne mise en examen, un témoin assisté ou la partie civile peuvent leur poser directement des questions hors la présence du juge et des avocats (art. 164 du CPP). Lorsque plusieurs experts ont été désignés, il est possible qu'ils aient des avis différents, chacun d'eux indique alors son opinion et les réserves qui motivent ses différences par rapport à des conclusions communes. Avec l'accord du juge d'instruction, l'expert peut communiquer les conclusions du rapport aux officiers de police judiciaire chargés de l'exécution d'une commission rogatoire ainsi qu'au procureur de la République et aux avocats des parties. Depuis la loi du 25 février 2008, lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'application de l'article 122-1 du Code pénal, une notification doit être effectuée à la partie civile qui dispose d'un délai de 15 jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. La contre-expertise demandée par la partie civile est de droit et doit être accomplie en ce cas par au moins deux experts (article 167-1 du CPP).

Les règles de procédure civile

Elles figurent aux articles 232 et suivants du Code de procédure civile.

Les règles en sont complexes. Elles sont identiques, quel que soit le type d'expertise qui peut parfois être très éloigné de l'activité médicale ou psychiatrique.

De façon très générale, le juge fixe une mission, impartit un délai. L'expert doit accomplir sa mission avec conscience, objectivité et impartialité. Il n'a pas pour rôle de tenter de concilier les parties (art. 240 du Code de procédure civile). L'expert a toujours la possibilité de recueillir des informations orales ou écrites, de se faire remettre des documents et lorsqu'il n'y parvient pas de demander au juge de l'ordonner, éventuellement sous peine d'astreinte. Dans tous les cas il doit respecter la règle principale du procès civil, à savoir le principe du contradictoire. Ceci suppose que chacune des parties connaisse sa mission, soit convoquée aux opérations d'expertise, bénéficie d'une possibilité d'expression, puisse assister à l'ensemble des opérations et soit destinataire des conclusions sur lesquelles elle peut donner un avis, voire réclamer des explications. À ce propos, l'article 247 du CPC est très clair : « *L'avis du technicien dont la divulgation porterait atteinte à l'intimité de la vie privée ou à tout autre intérêt légitime, ne peut être utilisé en dehors de l'instance si ce n'est sur autorisation du juge ou avec le consentement de la partie intéressée* ». Il est parfois utile de s'assurer que chacune des parties a bien compris cette particularité.

Lorsque les parties formulent des observations ou réclamations, l'expert doit y répondre dans son rapport définitif. Contrairement à ce qui se passe en matière pénale, il peut prendre seul l'initiative de recueillir l'avis d'un autre technicien en dehors de sa spécialité. Il a seulement à en informer le juge et non pas à attendre que celui-ci désigne lui-même ce nouvel expert. En revanche, la personne qu'il a choisie intervient sous son contrôle et sa responsabilité.

On le voit, il existe des différences notables dans le travail de l'expert entre les missions diligentées par la justice pénale et la justice civile. Elles sont tout aussi importantes si l'on s'intéresse à d'autres situations d'expertises et seules les règles de déontologie s'appliquent en permanence à tout type de mission.

Chapitre 17

L'irresponsabilité pénale des malades mentaux : principe et nuances

Laurence Leturmy

Le droit pénal français ne punit pas les fous. Aussi loin que l'on remonte, il ne l'a jamais fait. Il n'y avait, certes, jusqu'au début du XIX[e] siècle, aucun texte qui affirmait leur irresponsabilité pénale. Elle résultait de la pratique. Elle s'imposait de la conception de la responsabilité pénale exigeant qu'une faute morale, une intention – culpabilité pour le juriste – ait été commise.

Le premier texte apparaît avec le Code pénal de 1810. C'est le « célèbre » article 64 selon lequel « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque l'individu était en état de démence au temps de l'action…* ».

L'affirmation, catégorique, est directement inspirée des travaux de Pinel qui insistait sur l'opposition entre le malade mental, irresponsable et relevant d'une prise en charge psychiatrique, et le criminel, responsable et donc punissable. La responsabilité pénale n'est pas ou elle est entière. Tout est question de conscience, de liberté, d'imputabilité dit le juriste.

Le deuxième texte est inscrit dans le Code pénal actuel, entré en vigueur en 1994. Placé en tête d'un chapitre consacré aux causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité, l'article 122-1 est ainsi rédigé :

« *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. »

La formulation est toute en nuances, entre maladie mentale qui exclut la responsabilité pénale et celle qui, en écho à l'intitulé du chapitre dans lequel l'article prend place, l'atténue. Le message est important. Tous les malades mentaux, bien que reconnus comme tels, ne sont pas pénalement irresponsables. Seuls certains le sont.

L'étant, ce n'est pas pour autant qu'ils sont hors du champ de la justice pénale. L'irresponsabilité pénale ne peut être proclamée sans respecter les règles de procédure pénale qui dictent au juge la manière dont il doit procéder. Ces règles, récemment, ont été modifiées. Obligeant dorénavant à la tenue d'un procès pénal, elles aboutissent à ce que les magistrats jugent de l'acte d'un fou. S'il ne peut être puni, entendu au sens strict, puisque le malade ne peut se voir infliger une peine, il n'exclut toutefois plus une réponse à caractère pénal par le biais du prononcé de mesures dites de sûreté.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tous les malades mentaux ne sont pas pénalement irresponsables

De l'ancien article 64 à l'actuel article 122-1, le vocabulaire a changé. Le mot « démence » a laissé place aux termes de troubles psychiques ou neuropsychiques. L'expression est plus large, elle ne s'enferme pas dans des maladies identifiées. Elle est aussi plus imprécise, la cause du trouble, pathologique ou non, n'étant plus indiquée. Les effets des troubles sont également repensés. Au système antérieur du tout ou rien est substituée une distinction en fonction de l'intensité des troubles : abolition ou altération du discernement.

Le nouveau texte, pourtant, ne bouleverse pas le droit tel qu'il était appliqué antérieurement. D'abord, le terme de démence, bien qu'il désignait une pathologie particulière, était volontiers perçu comme un terme générique, synonyme d'aliénation mentale. Ensuite, la pratique judiciaire, s'emparant de l'idée, développée par les aliénistes, d'une graduation de la maladie mentale, plus précisément d'une lésion possible de la seule volonté compatible alors avec la conscience, réservait, dès le cours du XIX[e] siècle, l'application de l'article 64 à certaines maladies en fonction de leurs effets sur la conscience de l'individu au moment du passage à l'acte[48]. La circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 la consacre, invitant les experts psychiatres à rechercher si l'accusé révèle « des anomalies physiques, psychiques ou mentales » qui, bien que ne relevant pas de l'aliénation mentale au sens du Code pénal, justifient une « *responsabilité atténuée* ». Bien que la lettre de l'article 64 n'ait pas été retouchée, l'état mental tient alors lieu de circonstances atténuantes, lesquelles avaient fait, entretemps, l'objet d'une loi en 1832 qui, autorisant le juge à prononcer une peine inférieure au minimum légal, l'amenait à s'intéresser « aux circonstances particulières de l'infraction et à la personnalité ou aux motivations de son auteur ».

L'article 122-1 du Code pénal actuel s'inspire de l'esprit de la circulaire Chaumié.

Sont pénalement irresponsables les malades mentaux dont les troubles ont aboli le discernement ou le contrôle de leurs actes

Deux précisions sur ce point :

- S'agissant de l'application d'un texte du Code pénal, seul le juge décide de l'irresponsabilité. Mais il ne peut le faire sans qu'au préalable il n'ait fait appel à un expert (ou plusieurs), sachant que sa mission, déterminée par le magistrat, est de répondre à diverses questions parmi lesquelles : l'examen psychiatrique du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? L'infraction qui lui est reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- La loi impose à l'expert de se situer « au moment des faits ». Ni avant, ni après. L'exigence temporelle marque toute la difficulté, au-delà même de la question de la science et du savoir psychiatrique, de la tâche assignée à l'expert. Elle montre aussi toute l'importance de la réactivité de la justice afin qu'il soit procédé à l'expertise dans les meilleurs délais dès qu'un élément, quelque chose dans le déroulement des faits, dans les apparences ou le discours de la personne en cause, attire l'attention.

Sont responsables pénalement les malades mentaux dont les troubles ont altéré le discernement ou entravé le contrôle de leurs actes

Leur responsabilité demeure mais « la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Comprenons « doit tenir compte ». C'est en effet une obligation qui est énoncée et non une simple possibilité offerte aux juges. Elle porte sur le choix de la peine : décider de sa nature et de sa durée (par ex. un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins). Elle porte

[48] Ainsi, un arrêt de la Cour de cassation de 1885 retient qu'« Il n'y a pas violation de l'article 64 du Code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée ».

aussi sur son régime (par ex. prévision ou non d'une période de sûreté, d'un sursis).

Ce que le texte ne dit pas c'est en quel sens la juridiction doit individualiser la peine : *in favorem* ? *in defavorem* ? La réponse semblait s'imposer de l'esprit du texte qui n'était pas de modifier la pratique antérieure en revenant sur la circulaire Chaumié et l'idée d'une circonstance atténuante ; elle paraissait également découler du contexte du texte, autrement dit de l'intitulé du chapitre du Code pénal « Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité » qui s'ouvre avec l'article 122-1. Pourtant, dès 1995, la Chambre criminelle de la Cour de cassation l'a interprété différemment en décidant que les dispositions du texte ne prévoyaient pas une cause légale de diminution de la peine. De l'avis général des acteurs de terrain, il apparaît ainsi que les juridictions, loin de tenir compte *in mitius* des dispositions de ce second alinéa, renforcent au contraire le quantum des peines prononcées dans un souci apparent de défense sociale. L'esprit de l'article 122-1 alinéa 2 est ainsi détourné au point, paradoxalement, qu'il vaudrait mieux « bénéficier » d'une responsabilité totale plutôt que d'une soi-disant punissabilité atténuée.

Fort de ce constat, et dans l'intention de renverser la tendance, deux propositions ont été formulées pour réécrire cet alinéa 2. La première, en 2007, résulte des travaux de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale[49]. Ils recommandaient, s'inspirant de ce qui prévaut pour les mineurs, qu'y soit inscrite une excuse atténuante de responsabilité partielle et de prévoir que la peine privative de liberté ne puisse être supérieure à la moitié de la peine encourue. La seconde, 4 ans plus tard, résulte d'une proposition de loi relative « à l'atténuation de la responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré son discernement au moment des faits » qui suggérait que l'alinéa soit ainsi rédigé : « Toutefois, la peine privative de liberté encourue est réduite du tiers. En outre, la juridiction tient compte de cette circonstance pour fixer le régime de la peine ». Adopté par le Sénat, en première lecture, le 25 janvier 2011, le texte n'a jamais été transmis à l'Assemblée nationale.

[49] *L'expertise psychiatrique pénale* (sous la dir. de J.-L. Senon, J.-C. Pascal et G. Rossinelli), Paris : John Libbey, 2008.

L'irresponsabilité pénale du malade mental n'exclut pas une réponse pénale

Longtemps, la législation a tiré les conséquences de l'irresponsabilité pénale en décidant, suivant le moment procédural auquel l'abolition du discernement était reconnue, que « l'affaire » se clôturait par un classement sans suite, un non-lieu, une relaxe ou un acquittement. Ni l'acte commis, ni son auteur, ne relevait de la justice pénale.

Les règles procédurales ont été modifiées et ce « principe », peu à peu, s'est effrité.

- Loi du 8 février 1995 : on prévoit que, lorsque les conclusions de l'expert sont de nature à conclure à l'application de l'alinéa 1er de l'article 122-1, la partie civile dispose d'un délai de 15 jours pour présenter ses observations ou formuler une demande de complément ou de contre-expertise. La contre-expertise sollicitée est de droit, le juge ne peut la refuser et il doit désigner au moins deux experts (art. 167-1 du Code de procédure pénale non modifié depuis).
- Loi du 15 juin 2000 : la question posée à la Cour d'assises est modifiée. À la question unique : « l'accusé est-il coupable ? », qui englobait toutes les données de la responsabilité pénale, s'y substituent deux questions (art. 349-1 du Code de procédure pénale) :
  - « l'accusé a-t-il commis tel fait ? » ;
  - « l'accusé bénéficie-t-il pour ce fait de la cause d'irresponsabilité pénale prévue par l'article 121-1 alinéa premier… ». Ce faisant, une dissociation s'impose entre imputation matérielle (1re question : l'accusé est bien celui qui a fait, qui est la cause de) et imputabilité morale (2e question : il est responsable de ce qu'il a fait et, pour cela, doit être puni).
- Loi du 9 mars 2004 : l'ordonnance de non-lieu du juge d'instruction doit faire apparaître les deux aspects de l'imputation. Ainsi, motivée par l'abolition du discernement, elle doit préciser s'il existe néanmoins des charges suffisantes que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés. Le non-lieu ne doit plus occulter les faits, mais, au contraire, les affirmer. Cette exigence (art. 177 du Code de procédure pénale), si elle demeure pour les autres causes d'irresponsabilité pénale, a été

supprimée s'agissant du trouble psychique ou neuropsychique. Le concernant, des dispositions plus spécifiques encore ont été introduites 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.

Le contexte de la loi de 2008

Le discours politique a changé. Du sanitaire au sécuritaire ; du patient qu'il faut prendre en charge à l'auteur qu'il faut neutraliser ; de la question de la responsabilité ou de l'irresponsabilité au débat sur la dangerosité. Sans oublier la nécessité grandissante, sous la pression des associations et d'une politique qualifiée par Denis Salas de populisme pénal, de prendre en compte les victimes, plus encore que la justice pénale, et non seulement civile, les reconnaisse en leur qualité de victimes, les « officialise » en tant que telles.

Trois rapports, en 2 ans, se sont succédé : 2005 : Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive, dit rapport Burgelin ; 2006 : Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses, dit rapport Goujon-Gauthier et Réponses à la dangerosité, dit rapport Garraud.

Au titre des propositions, l'une franchissait un pas supplémentaire dans l'évolution des règles procédurales. Il s'agissait de la tenue d'une audience devant une chambre spécialisée du tribunal de grande instance aux fins de « statuer sur l'imputabilité des faits reprochés à une personne déclarée irresponsable ». Une autre préconisait qu'il puisse être décidé, à l'issue de cette audience, de mesures de protection sociale, en milieu ouvert ou fermé, sur le seul fondement de la dangerosité des personnes.

La loi de 2008 s'en inspire. Comme son intitulé l'indique, elle comprend deux volets. Le premier, la rétention de sûreté, ne concerne pas ceux qui ont été déclarés pénalement irresponsables. Il faut, au contraire, avoir été reconnus responsables et condamnés à une peine au moins égale à 15 ans de réclusion criminelle pour l'un des crimes énumérés par l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale. Cette mesure d'enfermement dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté n'est pas réservée aux malades mentaux, le texte vise ceux qui « souffrent » d'un « trouble grave de la personnalité », mais inclut potentiellement les auteurs pour lesquels une expertise aura conclu à l'altération de leur discernement au moment du passage à l'acte en application de l'alinéa 2 de l'article 122-1. Le second, la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, ne s'adresse qu'aux malades auxquels l'alinéa 1er de l'article est appliqué.

Nouvelles conséquences de l'abolition du discernement

Elles sont d'abord procédurales. Désormais, la décision d'irresponsabilité pénale est prononcée par une juridiction collégiale aux termes d'une audience publique. C'était déjà vrai au stade du jugement (tribunal correctionnel ou Cour d'assises). Ca ne l'était pas, en revanche, au stade de l'instruction, le juge d'instruction rendant sa décision, seul, dans son bureau. Dorénavant, il suffit que le procureur de la République ou une partie – la victime partie civile ou la personne poursuivie – en fasse la demande pour que le juge d'instruction doive se dessaisir et transmettre le dossier à la chambre de l'instruction. Ces juges ne prononcent plus, du fait de l'abolition du discernement, des décisions de non-lieu (juridictions d'instruction), de relaxe (tribunal correctionnel) ou d'acquittement (Cour d'assises). Le vocabulaire a changé. Ce sont maintenant des décisions « d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » dans lesquelles ils « déclarent » à la fois que la personne est irresponsable mais qu'elle a commis les faits qui lui sont « reprochés ».

Elles sont ensuite de fond. Conséquence de l'imputation matérielle des faits et de la dangerosité du malade qu'ils révèlent, les juges (exception faite du juge d'instruction) peuvent lui imposer un certain nombre de mesures dites de sûreté. Résurgence des idées du positivisme, elles constituent une nouvelle forme de pénalité à l'encontre de celui qui, par définition puisqu'il est irresponsable, ne peut se voir infliger de peine. On joue sur les mots car certaines de ces mesures présentent un caractère répressif, notamment (art. 706-136 du Code de procédure pénale) l'interdiction de rentrer en relation avec la victime, de fréquenter certains lieux, de détenir ou de porter une arme, d'exercer une activité professionnelle ou bénévole ou encore la suspension ou l'annulation du permis de conduire. Leur durée peut aller jusqu'à 10 ans

en matière délictuelle, 20 ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de 10 ans. Une seule s'en distingue, dès lors du moins que l'on admet qu'il puisse y avoir des enfermements qui ne soient pas punitifs : l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète (art. 706-135) dont le régime obéit au Code de la santé publique.

Bibliographie

Giudicelli-Delage, G., & Lazerges, C. (Eds.). 2011. *La dangerosité saisie par le droit pénal*. PUF, coll, Les voies du droit.

Guignard, L. 2010. *Juger la folie. La folie criminelle devant les assises au XIX^e siècle.* PUF, coll. Droit et justice.

Leturmy, L., Senon, J., Senon, J-L., Voyer, M. (2012). La responsabilité pénale en droit français et l'irresponsabilité pénale des malades mentaux. In: J.-L. de, G, Senon, R. Lopez, Cario, et al. (Eds.), *Psychocriminologie* (2nd ed.). (pp. 133–47). Dunod.

Masse M. Sens et contresens du progrès en matière de responsabilité pénale des malades mentaux, In de F. Chauvaud. (Ed.). Le droit de punir, du siècle des Lumières à nos jours (pp. 185–194). PUR.

Salas, D. (2012). La responsabilisation des fous criminels à l'ère néolibérale. *L'Information psychiatrique, 88*(6), 423–9.

Senon, J.-L., & Manzanera, C. (2005). Psychiatrie et justice pénale: la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir. *Actualité Juridique Pénal*, 353–357.

Chapitre 18

L'expertise psychiatrique pénale

Jean-Louis Senon, Mélanie Voyer,
Guillaume Davignon, Alexia Delbreil

L'expertise psychiatrique pénale a un rôle majeur en permettant un équilibre indispensable entre l'hôpital et la prison, c'est-à-dire entre santé et justice. L'expertise psychiatrique a longtemps eu une vocation principale, celle de diagnostiquer la maladie mentale de l'auteur d'infraction et donc de faire en sorte à ce qu'il bénéficie de soins plutôt que d'une peine. Il s'agit là de l'expertise présententielle qui existe depuis le Code pénal de 1810.

Depuis 2005, on constate un développement régulier des demandes d'expertise de prélibération où l'objectif est tout autre dans la mesure où il s'agit d'évaluer la dangerosité de celui qui termine sa peine. Les expertises de prélibération se situent donc très à distance du travail habituel du psychiatre, les expertisés ne présentant que très rarement des troubles mentaux.

L'expertise psychiatrique pénale est dans notre pays essentiellement réalisée par des psychiatres des hôpitaux. Actuellement, sur les 13 000 psychiatres inscrits à l'ordre, on dénombre sensiblement 5 500 psychiatres des hôpitaux : 800 étaient inscrits sur les listes d'experts dans les années 2010 et nombre de démissions récentes, du fait du surcroît de demandes et des modifications des missions, font que 537 psychiatres seraient inscrits sur les listes des cours d'appel en 2011. Soixante-dix pour cent seraient praticiens hospitaliers. Cette situation très préoccupante d'élargissement du champ de l'expertise psychiatrique et du désarroi des experts a été à l'origine d'une audition publique réalisée à la demande du ministère de la Santé par la Haute Autorité de santé : expertise psychiatrique pénale, audition publique du 25 et 26 janvier 2007, Fédération française de psychiatrie.

L'expertise psychiatrique pénale est réalisée conformément aux articles 156 et suivants du Code de procédure pénale, qui établissent qu'une expertise peut être ordonnée par toute juridiction d'instruction ou de jugement. Une expertise peut aussi être ordonnée par le tribunal correctionnel ou par le tribunal de police, en application des articles 434 et 536 du Code de procédure pénale. Les expertises postsententielles de prélibération concernant les aménagements de peine et les mesures de sûreté sont sollicitées conformément à l'article 712-16 du Code de procédure pénale.

Les expertises réalisées au décours de la garde à vue, en réquisition à des médecins qualifiés ne sont pas considérées comme des expertises pénales au sens strict du terme. Elles ne devraient être sollicitées que pour déterminer si l'intéressé présente une pathologie psychiatrique, si celle-ci nécessite des soins et sous quelles modalités.

Nous aborderons dans un premier temps le regard apporté par l'histoire sur la place de l'expertise pénale entre santé et justice et sa place en droit pénal, puis nous développerons :

- l'expertise en garde à vue ;
- l'expertise présententielle d'évaluation et de responsabilité ;
- l'expertise de prélibération pour l'aménagement de peine.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Une clinique psychiatrique qui s'est développée autour d'une clinique médicolégale

La naissance de la clinique portée par Pinel dans son traité de 1801 s'est fait dans le sillage des travaux de la constituante et marqués par le sceau de la création de la République française. Pour Pinel, il s'agit bien, grâce à la clinique qu'il fonde, de reconnaître le malade mental pour lui donner des soins en le soustrayant à la rigueur de la justice : « *Ces aliénés sont loin d'être des coupables qu'il faut punir, ce sont des malades dont l'état mental pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante. Les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues, dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux* ».

Le premier temps est donc pour Pinel de donner les bases d'une clinique permettant de reconnaître un malade pour le soigner dans l'asile, tel qu'il sera structuré par son élève Esquirol. Le traité de Pinel sera complété par celui d'Esquirol sorti en 1838. Parallèlement, le Code pénal napoléonien de 1810 établira dans son article 64 « qu'il n'y a ni crime ni délit quand la personne était en état de démence au moment des faits ».

Le premier équilibre entre santé et justice imposera la mise en place d'une loi d'internement : la loi du 30 juin 1838, portée par Esquirol et Jean Pierre Falret, de façon à ce que celui qui a été reconnu irresponsable, parce que dément au sens de l'article 64 du Code pénal, puisse être soigné sous contrainte avec la mise en place d'un placement d'office. Dans les mêmes temps, Esquirol avançait des principes d'organisation de l'asile pour que celui-ci soit départemental et apporte des réponses appropriées, en termes de prise en charge.

Cet équilibre entre santé et justice ne sera remis en cause qu'un siècle et demi après, par la loi de 1990, qui réforme la loi de 1838, et par le Code pénal de 1994 qui renouvelle celui de 1810. Dans le Code pénal de 1994, l'appréciation de la responsabilité est réalisée en deux degrés :

- l'abolition du discernement au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal qui prévoit 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* » ;
- l'altération du discernement prévue par l'article 122-1 alinéa 2 qui établit que « *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 ou en fixe le régime.

Principes légaux de l'irresponsabilité pénale

L'irresponsabilité pénale s'appuie dans le Code pénal de 1994 sur l'article 121-3 qui prévoit « qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre ». En application de cet article, on perçoit que tout crime est intentionnel, tout délit est normalement intentionnel sauf imprudence, négligence ou mise en danger, et il n'y a point de contravention en cas de force majeure.

Les exclusions de la faute sont envisagées en droit pénal français en deux types (Tableau 18.I) :

- les causes objectives d'irresponsabilité pénale ;

Tableau 18.I. Exclusions de la faute et causes d'irresponsabilité en droit pénal français.

Causes objectives d'irresponsabilité
Justification fondée sur une injonction :
ordre donné par un texte
ordre provenant de l'autorité légitime
Justification fondée sur une permission :
permission fondée sur la légitime défense
permission fondée sur l'état de nécessité
lois et coutumes
Causes subjectives d'irresponsabilité
Cause présumée : minorité
mineurs de moins de 13 ans irréfragablement irresponsables
mineurs de plus de 13 ans : présomption d'irresponsabilité
Causes non présumées
erreur : absence de connaissance
contrainte : absence de liberté
trouble mental : absence de discernement

- les causes subjectives d'irresponsabilité dont fait partie le trouble psychique ou neuropsychique en rapport avec l'abolition du discernement de l'article 122.1 alinéa 1.

Les principes de l'irresponsabilité pénale sont précisément indiqués par la loi : leur nature juridique est la non-imputabilité, qui doit être déterminée impérativement au moment des faits. Dans l'esprit du Code pénal français, l'irresponsabilité pénale découle de la perte du libre arbitre, quelle que soit la nature du trouble mental qui en est à l'origine.

L'expertise en réquisition au stade de l'enquête

Au stade de l'enquête, le Code de procédure pénale organise les examens médicaux indispensables :

- l'article 63-3 du Code de procédure pénale permet un examen médical pendant la garde à vue, à la demande de l'intéressé, de l'officier de police judiciaire, du Parquet ou de la famille ;
- l'article 63-4 alinéa 4 offre à l'avocat la possibilité de faire toute observation et de suggérer un examen médical ;
- les articles 60 et 77-1 du Code de procédure pénale permettent de procéder à des examens techniques et scientifiques sur réquisition du Parquet. Certaines catégories d'infractions imposent un examen médical, notamment la criminalité organisée et surtout les infractions sexuelles. La personne en garde à vue pour meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, actes de tortures ou de barbarie, agressions sexuelles ou proxénétisme à l'égard d'un mineur, doit être soumise à une expertise médicale et l'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire (art. 706-47 du Code de procédure pénale).

L'audition publique de la Haute Autorité de santé sur l'expertise psychiatrique pénale recommande instamment que les expertises psychiatriques demandées en réquisition, se limitent à trois questions :

- la personne présente-t-elle des troubles mentaux ? Dire lesquels ;
- ces troubles mentaux nécessitent-ils des soins ?
- selon quelles modalités ?

L'expertise présententielle de responsabilité

L'expertise présententielle de responsabilité a pour objet de repérer les pathologies psychiatriques éventuelles et de déterminer si celles-ci engagent la responsabilité de la personne dans son passage à l'acte criminel. L'expert doit déterminer si l'intéressé était atteint d'un trouble mental susceptible d'avoir aboli soit son discernement, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, soit altéré son discernement au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal.

L'irresponsabilité pénale n'est acquise que quand il existe une abolition du discernement en rapport avec une pathologie psychiatrique identifiée. Dans notre pays, comme dans les autres pays démocratiques, aucune pathologie psychiatrique ne peut être à priori considérée comme une pathologie « irresponsabilisante ». Néanmoins, dans la plupart des pays, l'irresponsabilité est souvent acquise quand le passage à l'acte a été inspiré par une pathologie schizophrénique, une bouffée délirante, des troubles bipolaires en phase aiguë, une psychose paranoïaque ou une confusion mentale… L'expert doit précisément relever les éléments cliniques de la maladie, détailler celle-ci et éventuellement en donner le code CIM-10 ou DSM-IV TR, en précisant l'existence de la symptomatologie qui a pu influer sur le passage à l'acte : injonction hallucinatoire, hallucinations auditives ou visuelles, automatisme mental, idées délirantes de persécution avec dénonciation du persécuteur… L'analyse sémiologique de la clinique du passage à l'acte doit être détaillée.

La mission d'expertise la plus couramment proposée par l'instruction est la suivante :

- l'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent ;
- l'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?

- le sujet présente-t-il un état dangereux pour lui-même ou pour autrui ?
- le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (au sens de l'art. 122.1 al. 1 du Code), soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes (au sens de l'art. 122.1 al. 2 du Code pénal ?
- le sujet doit-il faire l'objet d'un suivi spécialisé ou d'un traitement spécifique nécessité par son état ?
- une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire est-elle opportune ?

Cette expertise peut être sollicitée au stade de l'instruction, selon l'article 81 alinéa 8 du Code de procédure pénale, qui prévoit qu'un examen médical et un examen psychologique peuvent être ordonnés par le juge d'instruction. Les parties peuvent faire une demande en ce sens. L'expertise devient obligatoire, conformément à l'article 167-1 du Code de procédure pénale « *lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire le juge d'instruction à déclarer qu'il n'y a pas lieu à poursuivre en application des dispositions de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal* ».

L'expertise peut être sollicitée au stade du jugement. Par exemple en comparution immédiate, le président peut procéder à un supplément d'information avec une obligation d'expertise psychiatrique pénale. L'affaire est alors renvoyée en attente de l'expertise.

Toujours au stade du jugement, l'article 238 du Code de procédure pénale permet au président de la cour d'Assises d'ordonner, s'il l'estime utile, une expertise. Cela peut être pour se prononcer sur la nécessité d'une injonction de soins. Cela peut être aussi dans le cas où l'expertise présententielle figurant au dossier est trop ancienne pour traduire l'évolution de la personne jugée par les Assises depuis celle-ci.

L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ?

Le cas échéant, l'expert doit les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

La réponse à la première question de l'expertise pénale requiert une attention particulière du psychiatre qui fait là un travail diagnostique : l'expertisé présente-t-il des troubles mentaux anciens ou récents ? De quelle nature et comment ont-ils évolués dans la période contemporaine des faits ? Il s'agit là d'une démarche diagnostique qui doit être rigoureuse, quitte à prendre contact avec les équipes qui prennent en charge le patient pour avoir des éléments sur la pathologie de l'expertisé.

Il est rappelé que l'expert ne peut pas obtenir, de droit, d'éléments du dossier de l'expertisé, qu'il s'agisse du dossier du SMPR, du secteur de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire ou d'un tout autre secteur. L'expert peut demander à l'expertisé l'autorisation de consulter son dossier pour autant que le praticien traitant accepte cette consultation. En cas de problème, l'expert peut solliciter le juge d'instruction pour une saisie de dossier qui sera faite en présence d'un représentant du Conseil de l'ordre.

L'infraction reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?

Cette question posée à l'expert est particulièrement délicate puisqu'il s'agit de déterminer au plus près l'état mental dans lequel devait se trouver l'expertisé au moment de son passage à l'acte. Si cela est réalisable dans l'évolution d'une schizophrénie paranoïde ou d'un trouble bipolaire dont on connaît l'évolutivité, cela est beaucoup plus difficile quand la pathologie de l'expertisé commence à s'installer ou est à la phase de prodrome. Il s'agit là de reconstituer les conditions du passage à l'acte dans les rapports de celui-ci avec les éléments sémiologiques précis de la clinique.

Le sujet présente-t-il un état dangereux ?

L'audition publique de la Haute Autorité de santé sur l'expertise psychiatrique pénale recommande de séparer l'analyse de la dangerosité psychiatrique et de la dangerosité criminologique.

L'analyse de la dangerosité psychiatrique se fait par la prise en charge de la clinique précise présentée par le malade auteur d'infraction en repé-

rant la nature du délire, la constance éventuelle du persécuteur ou la cyclicité de troubles du comportement en rapport avec un trouble bipolaire.

L'analyse de la dangerosité criminologique doit bien au-delà prendre en compte les éléments environnementaux du passage à l'acte criminel et l'analyse de celui-ci. L'utilisation d'un guide d'entretiens semistructurés comme l'HCR-20 est possible, et éventuellement une évaluation actuarielle de 3e ou 4e génération.

Le sujet est-il curable ou réadaptable ?

La réponse à cette question se fait souvent en l'éludant tellement elle est difficile. La curabilité a un rapport direct avec les soins, la réadaptabilité avec l'organisation sociale et les réponses sociétales permettant l'accueil du malade, de la personne présentant un trouble de la personnalité ou en situation d'extrême précarité. L'expert répond précisément quand la curabilité passe par la mise en place d'une prise en charge et d'un traitement codifié pouvant comporter hôpital à temps complet, hôpital de jour, CATTP ou consultation en CMP.

Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou altéré celui-ci, ou encore entravé le contrôle de ses actes ?

L'expert s'appuie pour la réponse à cette question sur l'analyse clinique proposée dans les questions ci-dessus. La réponse est quasiment sous-tendue par l'analyse sémiologique.

Dire l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire

Pour le jury de la conférence de consensus de 2001 sur la clinique de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, « la négation des faits poursuivie doit être considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins ». Cette position est discutée actuellement dans la mesure où nombre d'auteurs de violences sexuelles évoluent en détention du fait de leur prise en charge.

Dans le cas où l'expert retient une abolition du discernement, la loi du 28 février 2008 prévoit que si le sujet doit faire l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, il sera entendu, ainsi que l'expert, par la Chambre de l'instruction avec un débat contradictoire et éventuellement à l'issue une hospitalisation prononcée par le président de la Chambre, en SDRE. Il s'agit là de la troisième modalité de l'hospitalisation d'office, devenue, depuis la loi du 5 juillet 2011, « Soins sous décision de représentant de l'État » (SDRE).

Il est rappelé que les déclarations d'irresponsabilité pénale en application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal représente entre 200 et 700 irresponsabilités prononcées chaque année, ce qui représente sensiblement un peu plus de 0,40 % des affaires judiciaires au pénal.

L'expertise de prélibération

Depuis la loi du 13 décembre 2005 sur la récidive des infractions pénales et surtout la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive, mais aussi la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale, le législateur a multiplié à l'infini les situations dans lesquelles est imposée au juge de l'application des peines une expertise psychiatrique postsententielle ou de prélibération ayant pour objet d'évaluer la dangerosité du détenu en fin de peine.

Conformément à l'article 712-16 du Code de procédure pénale, la mission est habituellement la suivante :

- prendre connaissance de tous documents utiles contenus dans son dossier pénitentiaire et notamment des précédentes expertises psychiatriques et médicopsychologiques dont il a fait l'objet ;
- analyser l'état actuel de la personnalité du détenu ;
- préciser son évolution entre le moment des faits et aujourd'hui ;

- rechercher si l'intéressé a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis ;
- apprécier l'état de dangerosité actuelle du détenu, et se prononcer sur les risques de récidive ;
- dire si un suivi psychiatrique ou médicopsychologique est actuellement utile en détention et lui sera nécessaire après sa libération ;
- dire si ce condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement ;
- dire si le prononcé d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire est opportun, pour des faits d'agression sexuelle (art. 222-48-1 CP) ou pour des infractions prévues par les articles 221-9-1, 227-31 du Code pénal, sous réserve que ces faits aient été commis après le 18 juin 1998 (loi du 17/06/1998).

L'expert doit réaliser là une expertise longitudinale prenant en compte, à partir des expertises présententielles qui lui sont communiquées, l'évolution du sujet en détention, notamment en ce qui concerne sa représentation des faits, sa prise de responsabilités, l'authentification de ses figures criminogènes et surtout l'évolution de l'éventuelle empathie vis-à-vis de la victime. L'expert apporte une attention particulière à l'évolution des rapports du détenu avec la famille quand ils sont maintenus, avec les amis, les employeurs éventuels, et relève les soutiens possibles à la réhabilitation.

L'expert porte une attention particulière à l'évolution de la prise en charge depuis le jugement : psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe, ateliers thérapeutiques mais aussi autres démarches de scolarisation ou de formation professionnelle qui ont pu être réalisées en détention.

Une question carrefour est celle de savoir si l'intéressé a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis. L'expert doit aussi indiquer si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Pour cela, il prend en compte la nature de la prise en charge et du traitement réalisé en détention par le SMPR ou le secteur de psychiatrie intervenant. Là aussi, l'expert n'a pas actuellement, de par la loi, accès à ces éléments du dossier médical comme noté ci-dessus en présentiel.

Cette expertise, conforme à l'article 712-16 du Code de procédure pénale, est obligatoire pour toute mesure d'individualisation de la peine : réduction de peine, permission de sortie, placement à l'extérieur, ou semi-liberté…

L'expertise pénale est actuellement en crise et la nature de cette crise s'est déplacée. S'il y a une quinzaine d'années était avancé le fait qu'elle était un mauvais filtre en présentiel, ce qui expliquait en partie la fréquence des troubles mentaux en détention, elle est devenue très problématique par la multiplication des demandes d'expertise de prélibération ayant comme objectif principal d'évaluer la dangerosité. Nous sommes donc passés de l'expertise de responsabilité à l'expertise d'évaluation de la dangerosité et dévaluation du risque de récidive. Cette évaluation de la dangerosité ne devrait-elle pas être pluripartenariale, impliquant travailleurs sociaux et éducatifs, pénitentiaires, CPIP, dans une évaluation collégiale sur une période de plusieurs semaines, comme cela avait été avancé dans la loi pénitentiaire avec la mise en place des CNE, qui faire une évaluation pluripartenariale sur 6 semaines. Après la conférence de consensus sur la prévention de la récidive, on attend les mesures qui devraient être prises dans ce champ, réformant le droit pénal comme la probation et clarifiant la place de l'expert en postsententiel.

Bibliographie

David, M. (2006). *L'expertise psychiatrique pénale*. Paris : L'Harmattan.

Gravier, B., Moulin, V., & Senon, J. L. (2012). L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. *L'Information Psychiatrique,* 88(8), 599–604.

Jonas, C., & Senon, J. L. (2008). Droit et psychiatrie : bouleversements annoncés. *Annales Médico-Psychologiques,* 166, 550–551.

Jonas, C., & Senon, J. L. (2013). *Expertises en psychiatrie, Manuel de Psychiatrie.* In J. D. Guelfi, & F. Rouillon (Eds.), Paris : Masson.

Moulin, V., Sévin, A.-S., & Senon, J. L. (2009). Confictualisation psychique des positions professionnelles des surveillants en établissement pénitentiaire. *Pratiques Psychologiques,* doi : 10.1016/j.prps, 2009.10.001.

Richard-Devantoy, S., Duflot, J. P., Chocard, A. S., Lhuillier, J. P., Garre, J. B., & Senon, J. L. (2009). Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. *Annales Médico-Psychologiques, 167,* 616–624.

Richard-Devantoy, S., Voyer, M., Gohier, B., Garré, J. B., & Senon, J. L. (2010). La crise homicidaire : un pendant de la crise suicidaire? Particularités chez le schizophrène. *Annales Médico-psychologiques*, *168*, 62–68.

Senon, J. L. (2009). Un bilan en demi-teinte de l'interface santé justice, in Loi du 17 juin 1998 : l'obligation de soins, 10 ans après. *Actualité Juridique Pénal Dalloz*, 2, 64–67.

Senon, J. L. (2012). *Du concept de responsabilité et d'irresponsabilité en droit pénal français comme fondement de l'expertise psychiatrique pénale.* (Vol. 7) (pp. 67–81). Centre d'Analyse Stratégique Premier Ministre.

Senon, J. L., & Jaafari, N. (2008). La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice? *L'Information Psychiatrique*, *84*, 811–818.

Senon, J. L. (2012). La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *L'Information Psychiatrique*, *88*(6), 407–412.

Senon, J. L., & Manzanera, C. (2008). *Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté.* In Actualité juridique pénal 4. Paris : Dalloz.(pp. 176–180). .

Senon, J. L., & Manzanera, C. (2007). États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociales comme source de la stigmatisation des malades mentaux. *L'Information Psychiatrique*, *83*, 655–662.

Senon, J. L., & Manzanera, C. (2007). Prisons Troubles mentaux et prison. *Actualité Juridique Pénal Dalloz*, *4*, 155–160.

Senon, J. L., & Manzanera, C. (2007). Psychiatrie et justice : évolutions contemporaines de la clinique et de l'organisation des soins. *Actualité Juridique Pénal Dalloz*, *3*, 123–126.

Senon, J. L. (2007). Manzanera L'obligation de soins dans la loi renforçant la contre la récidive. *Actualité Juridique Pénal Dalloz*, *9*, 367–371.

Senon JL, Pascal JC, Rossinelli G. *Expertise psychiatrique pénale* (308p). Audition Publique HAS FFP 2007 Paris : John Libbey.

Senon, J. L., Voyer, M., Paillard, C., & Jaafari, N. (octobre 2009). Dangerosité criminologique, données contextuelles, enjeux cliniques et expertaux. *L'Information Psychiatrique*, *85*(N° 8), 719–725.

Senon, J. L. (2009). Dangerosité psychiatriques et criminologiques : de peurs sociales au questionnement sur l'évaluation actuarielle et les mesures de sûreté 173–189. In M. Massé, J. P. Jean, & A. Giudicelli (Eds.), *Un droit postmoderne? Mise en perspective des évolutions et ruptures contemporaines, Droit et Justice*. Paris : PUF.

Senon, J. L. (2008). De peurs en insécurité : comment articuler justice et santé dans notre démocratie. In P. Mbanzoulou, H. Bazex, O. Razac, & J. Alvarez (Eds.), *Les nouvelles figures de la Dangerosité : l'Harmattan Sciences criminelles*.

Senon, J. L. (Septembre octobre 2007). Des hôpitaux prison pour les auteurs de violences sexuelles : Quelles prises en charge et dans quels champs? *Revue Hospitalière de France*, 518, 66–67.

Senon, J. L. (2009). *L'expertise psychiatrique pénale après l'audition publique de la haute autorité de santé : état des lieux et questionnement prospectif 187-202 in Collectif, L'irresponsabilité pénale, Regards croisés.* Paris : Cujas.

Senon, J. L. (2008). Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives. *L'Information Psychiatrique*, *84*, 1–7.

Voyer, M., Senon, J. L., Paillard, C., & Jaafari, N. (octobre 2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'Information psychiatrique*, *85*(N° 8), 745–751.

Chapitre 19

L'application en France de l'article 122-1 du Code pénal et ses conséquences

Cyril Manzanera

En France, le sort pénal des malades mentaux criminels dépend de l'article 122-1 du Code pénal et divise les opposants à une non-justice pour les victimes face aux auteurs irresponsabilisés aux opposants à un enfermement psychiatrique ou à une surpénalisation pénale pour ses bénéficiaires.

Son application connaît ces dernières années des modifications importantes.

Modalités d'application de l'article 122-1 et perspectives évolutives

Héritier de l'article 64 du Code napoléonien et de la circulaire Chaumié de 1905, l'article 122-1 participe à l'équilibre entre peine et soins pour les malades mentaux criminels.

Article 122-1 et orientation du détenu malade mental

L'article 122-1 du Code pénal se compose de deux alinéas :

- « *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.* »

Son application est liée à la réalisation préalable d'une expertise pénale psychiatrique, tandis que son prononcé, soumis à la souveraineté du magistrat, entraîne deux conséquences en fonction de l'alinéa choisi :

- 1er alinéa, irresponsabilité pénale : la juridiction pénale se dessaisie du dossier et, si l'état mental de la personne le justifie (art. L3213-7 du CSP), avise la commission départementale des soins psychiatriques (art. L3222-5 CSP) et la juridiction administrative qui prend les mesures nécessaires sur la base d'un certificat médical circonstancié actualisé et peut prononcer la mise en œuvre de soins à la demande du représentant de l'état (art. L3213-1 du CSP) dans un établissement autorisé en psychiatrie (art. 3222-1 CSP). Le juge des libertés et de la détention, introduit par la loi du 5 juillet 2011, a un droit de regard sur le déroulement de la mesure, mais il ne s'agit pas de soins pénalement ordonnés pour d'autres pays européens.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

- 2e alinéa, l'atténuation de responsabilité : le bénéficiaire est confondu avec l'ensemble des condamnés, l'atténuation de responsabilité n'entraînant aucune réduction ou aménagement automatique de la peine. En cas de peine privative de liberté, les soins sont dispensés selon les mêmes modalités et conditions que pour les autres détenus (dispositif de soins psychiatriques, service médicopsychologique régional, unité d'hospitalisation spécialement aménagée).

Évolutions juridiques autour de l'article 122-1 : influence de la dangerosité sur la responsabilité

Sur fond de courant sécuritaire, deux textes de loi ont introduit des particularités dans l'application de l'article 122-1.

La loi du 25 février 2008 relative à « la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » inaugure la possibilité d'un jugement d'imputabilité matériel de la faute, donc de juger de la culpabilité des actes pour l'auteur en cas d'application du premier alinéa de l'article 122-1 (art. 706-119 et suivants du CPP). Ce jugement peut s'accompagner d'une ou plusieurs mesures de sûreté dont le non-respect rend possible une peine d'emprisonnement (art. 706-125 du CPP).

Enfin, la juridiction de jugement ou la chambre de l'instruction peuvent ordonner l'admission en établissement autorisé en psychiatrie le bénéficiaire de l'article 122-1 1er alinéa sous conditions[50] et par décision motivée sous le régime de l'article 3213-1 du CSP.

Pour les personnes accueillies en établissement de santé mentale en application de l'article 3213-7 du CSP ou de l'article 706-135 du CPP, la loi du 5 juillet 2011 relative aux « droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » instaure un certain nombre de particularités :

- contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention des mesures d'hospitalisation complète et leur renouvellement ;
- avis du collège définit par l'article L3211-9 du CSP en cas de modification des modalités de prise en charge autres que l'hospitalisation complète ;
- le représentant de l'Etat peut à tout moment demander une expertise psychiatrique (art. 3213-5-1 du CSP) ;
- jusqu'au 30 septembre 2013, en cas de proposition de fin de la mesure psychiatrique : avis du collège précédent complété de l'avis concordant de deux experts psychiatres extérieurs à l'établissement psychiatrique d'accueil (art. 3213-8 du CSP[51]). La proposition de loi discutée au parlement en juillet 2013 restreint cette procédure aux patients ayant commis les faits les plus graves.

Le nouvel arsenal législatif privilégie une stratégie protectrice de la société en renforçant obligations, contraintes et évaluations pour les bénéficiaires de l'article 122-1 premier alinéa sans toutefois modifier la dichotomie initiale séparant peine et soins. Le sort de ceux qui bénéficient du second alinéa n'a toujours aucune traduction concrète sur le quantum de peine et l'articulation santé-justice.

Les conséquences chiffrées de l'application de l'article 122-1

En termes de chiffres, les deux alinéas de l'article 122-1 connaissent une appréciation différente de leur évolution.

[50] L'article 706-135 du CPP prévoit les modalités suivantes : « expertise psychiatrique figurant dans le dossier de procédure » établissant que « les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

[51] Déclaration d'inconstitutionnalité effective à partir du 1er octobre 2013 – article abrogé. La proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie déposée à l'assemblée nationale le 03 juillet 2013 envisage de reformuler l'article 3213-8 du CSP en supprimant l'alinéa faisant référence au passage en Unité pour Malades Difficiles et en limitant la mesure énoncée aux « personnes ayant commis des faits pour lesquels les peines encourues sont d'au moins cinq ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes à la personne et de dix ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes aux biens.

Évolution chiffrée du recours à l'article 122-1 en fonction de ses alinéas

Le prononcé du premier alinéa reste stable avec un chiffre brut d'environ 200 prononcés par an soit environ 0,40 % des affaires criminelles (AC). Sur une période de 20 ans, l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux a été prononcée pour : 444 dossiers en 1987, soit 0,46 % des AC, 211 dossiers en 1998 soit 0,45 % des AC et 159 en 2008 soit 0,38 % (Annuaires statistiques de la justice). En rapportant leur taux à ceux de l'évolution des ordonnances de non-lieu, l'article 122-1 premier alinéa représente un peu plus de 4 % des causes en 2008 (6 % en 2003 et 2,3 % en 1998). Les classements sans suite pour irresponsabilité mentale ou pour état mental déficient ont connu une lente progression pour se stabiliser autour de 3000 cas par an pour les premiers et 5000 cas par an pour les seconds (4946 en 1998, 5330 en 2008). Ces chiffres confirment un prononcé faible mais stable du premier alinéa.

Les chiffres officiels de l'évolution du prononcé du second alinéa ne sont pas connus car ces jugements demeurent indifférenciés des autres jugements des tribunaux de droit pénal. L'évaluation chiffrée de son application devient une extrapolation des études réalisées auprès de détenus incarcérés présentant des troubles mentaux qui englobent : altération de responsabilité, défaut d'expertise (qualitatif ou quantitatif par exemple dans les procédures pénales « rapides »), décompensation *in situ*, etc.

La plupart des auteurs s'accordent néanmoins sur une augmentation régulière du prononcé du second alinéa notamment depuis les années 2000 (Leturmy, Senon, 2008). La création de nouvelles structures de soins tend à justifier ces orientations au risque de renforcer l'amalgame « détention et soins » par des appellations de type « hôpitaux-prisons ». Des magistrats cèdent à cette tendance et il n'est plus rare d'accueillir de nouveaux détenus pour lesquels est « demandée » une orientation en UHSA ou en SMPR dès l'arrivée en détention.

Nivellement par le bas des recours au premier alinéa et interrogation pour le prononcé du second alinéa, les conséquences s'évaluent au niveau des prévalences de malades mentaux en détention.

Malades mentaux en détention : une réalité connue

La présence de malades mentaux en détention est dénoncée de longue date. Dès 1844, Baillarger (Baillarger, 1844) s'insurgeait face à ce constat, regrettant l'absence de solution une fois le jugement passé.

Les études récentes révèlent une prévalence importante de troubles psychiatriques en détention. Les métaanalyses de Fazel (Fazel, 2002 ; Fazel, 2012) et, en France, l'étude multicentrique de Rouillon et Falissard (Falissard, Loze, Gasquet, Duburc, Beaurepaire, Fagnani, *et al.*, 2006) confirme :

- **Les troubles de la personnalité.** Prédominance du cluster B, en particulier les personnalités *borderline* ou limite à expression psychopathique, antisociale. Leur proportion dans les études varie de 15 à 60 % de la population carcérale et ils représentent près de 80 % des tentatives de suicide ou d'automutilation, et plus de 60 % des incidents graves survenant en détention (Durand-Viel, Dauver, Crasnier, 2000).
- **Les troubles psychiatriques graves ou d'axe I. I**ls vont de 12 à 24 % pour les troubles dépressifs majeurs et de 4 à 17 % pour les troubles psychotiques chroniques. L'étude française révèle quatre fois plus de troubles schizophréniques ou dépressifs majeurs en détention qu'en population générale.
- **Les conduites addictives.** L'étude de Fazel *et al.* (Fazel , 2006) donne une prévalence de 18 à 30 % pour l'abus et la dépendance à l'alcool (11,7 % pour Rouillon et Falissard) et de 10 et 48 % concernant les autres drogues (14,6 % Rouillon et Falissard).

L'ensemble de la nosographie psychiatrique se rencontre en détention à des taux supérieurs à ceux rencontrés en population mentale justifiant d'un côté une intervention psychiatrique structurée en milieu carcéral, et de l'autre une réflexion sur les moyens d'endiguer cette présence.

Des conséquences spécifiques au second alinéa de l'article 122-1 ?

L'altération du discernement entraînerait des conséquences négatives pour le condamné : J.-P. Michel (Rapport n° 216, 2012) rappelle que « l'altération du discernement représente souvent un

facteur d'aggravation de la peine, sinon en correctionnelle du moins devant les cours d'assises. » Le recours au second alinéa s'assimilerait-il à une « circonstance aggravante » implicite, sorte de double lecture alarmiste : responsable et malade donc dangereux ? Le jury investi d'un rôle protecteur vis-à-vis de la société associerait malade mental responsable et risque de récidive et dangerosité. L'alourdissement de la peine en serait l'adaptation cohérente. À leur décharge, le Code pénal ne prévoit aucune conséquence concrète à l'application du second alinéa de l'article 122-1, incitant simplement la juridiction de jugement à « tenir compte » de cette circonstance. J.-L. Senon conclue : « C'est là un des problèmes majeurs que connaît notre pays pour ce qui concerne les réponses pénales aux troubles psychiques. »

Conclusion

Les conséquences de l'application de l'article 122-1 en France masque en toile de fond des critiques portant sur un exercice de l'expertise pénale jugé frileux et une défaillance du système de soins en santé mentale. Le premier est accusé de favoriser l'accumulation de malades mentaux en détention en privilégiant le second alinéa de l'article 122-1. Le second, séquelle de la désinstitutionnalisation, participerait par un désinvestissement progressif de ses malades les plus fragiles à leur précarisation et à transformer la prison en nouvel asile (Senon, Manzanera, 2006). Pourtant, au-delà de ces accusations, il existe un véritable débat à mener sur l'application de l'article 122-1 en particulier en donnant une cohérence pénale à l'atténuation de responsabilité dans le sens de la proposition de loi adoptée par le sénat en janvier 2011 renouant avec l'esprit, certes humaniste, mais réaliste de la circulaire Chaumié de 1905.

Références

Annuaires statistiques de la justice des années. (2002), 2006, 2010 et 2012.

Baillarger, M. J. (1844). Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. *Annales Médico-Psychologiques, 4*, 74–80.

Durand-viel, F., Dauver, B., & Crasnier, S. (2000). Suicides et tentatives de suicide en milieu pénitentiaire. *Forensic, 4*, 56–59.

Fallissard, B., Loze, J. Y., Gasquet, I., Duburc, A., Beaurepaire De, C., Fagnani, F., et al. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC *Psychiatry*, *6*, 33 (6p).

Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners : a systematic review. *Addiction, 101*, 181–191.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners : a systematic review of 62 surveys. *Lancet, 359*, 545–550.

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide : systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373.

Leturmy, L., & JL. Senon (2008). La responsabilité pénale en droit français. In J. L. Senon, G. Lopez, R. Cario, et al. (Eds.), *Psycho-criminologie* (pp. 113–124). Paris : Dunod.

Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits. Adoptée par le sénat en janvier 2011 (n° 48) et enregistré à l'assemblée nationale le 2 juillet 2012. Consultable sur Sénat.fr.

Rapport n° 216 (2010–2011) de Michel JP. fait au nom de la commission des lois, déposé le 12 janvier 2011. Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits. Consultable sur Sénat.fr.

Senon, J. L., & Manzanera, C. (2006). Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Annales Médico-Psychologiques, 10p. doi : 10.1016/amp. 08. 017.

Les expertises pour le juge des tutelles

Chapitre 20

Carol Jonas

La collaboration entre le juge des tutelles et le psychiatre est clairement prévue par la loi. En ce sens, le Code civil dans son article 431 prévoit l'établissement par le procureur de la République d'une liste de praticiens désignés comme médecins spécialistes, avec un rôle particulier d'éclairage du juge des tutelles dans les diverses décisions à prendre pour la population dont l'altération des facultés mentales justifie une mesure de protection. Depuis la réforme du 5 mars 2007 (*cf. supra*), l'article 1219 du Code de procédure civile apporte un certain nombre de précisions utiles. Autant pour des motifs de fond que pour des aspects purement matériels, la plupart des interventions du psychiatre, même lorsqu'il est inscrit sur cette liste prévue à l'article 431 du Code civil, ne sont pas à proprement parler des expertises. Il n'est pas désigné par le juge. Il n'a pas une mission particulière. Il rédige donc un certificat qu'il remet par dérogation au secret à un tiers mais, l'exprime maintenant clairement la loi, sous pli cacheté à destination du juge des tutelles ou du procureur de la République. Il doit être très attentif car il risque dans le cas contraire d'engager sa responsabilité. On a vu par le passé quelques situations où des certificats mal rédigés, imprécis, ont pu être utilisés par les tiers pour d'autres motifs qu'une demande de protection. Le médecin rédacteur a vu sa responsabilité engagée.

Le juge ne désigne un expert que lorsqu'il s'estime insuffisamment renseigné par le certificat qui lui est apporté en même temps que la requête ou encore lorsqu'il dispose de certificats ayant des conclusions divergentes. C'est le cas lorsque l'avis du médecin traitant n'est pas superposable à celui du médecin spécialiste par exemple. D'autres situations peuvent justifier une expertise lorsqu'une question particulière est posée au magistrat pour laquelle il a besoin de l'avis et de la compétence d'un technicien.

Les questions auxquelles il faudrait répondre

Certaines juridictions proposent des rapports types qui ne sont pas toujours totalement satisfaisants. Certains psychiatres inscrits sur la liste ont mis en place leur propre protocole. En pratique, la connaissance de la loi et notamment des dispositions de l'article 1219 du Code de procédure civile, doit permettre d'orienter l'examen du sujet et de façonner la rédaction du rapport destiné au magistrat.

L'article 1219 :

- il précise la nécessité de décrire avec précision l'altération des facultés mentales du majeur à protéger ou déjà protégé (en cas de renouvellement par exemple) ;
- le rapport doit donner au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de l'altération ;
- il précise également les conséquences de l'altération sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, aussi bien sur le plan patrimonial que pour ce qui concerne les actes à caractère personnel, mais également sur le droit de vote ;

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

- il est également nécessaire d'indiquer si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé ou s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté ;
- c'est le dernier alinéa de cet article qui dispose très clairement que le médecin remet le document au requérant, sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles.

L'évaluation attendue

Sur la forme

Elle suit les prescriptions de l'article 219. Ainsi le rapport doit-il précisément conclure à l'existence d'une altération qui empêche l'expression de la volonté, expliquant clairement si l'empêchement est total (suggérant au magistrat une tutelle) ou partiel (s'orientant alors vers une curatelle). Il est également souhaitable de déterminer si cet empêchement concerne seulement les intérêts patrimoniaux et ou les décisions à caractère personnel ou l'ensemble des deux.

Il n'est pas inutile de préconiser au juge la mesure qui apparaît la mieux adaptée, sachant que la tutelle comme la curatelle, peuvent être modulées avec l'introduction de certaines capacités qui ne sont pas prévues dans la mesure de base ou au contraire des restrictions supplémentaires liées à des particularités du sujet.

Il est utile de se prononcer sur la contre-indication éventuelle à ce que la mesure soit exercée par un membre de la famille. On sait en effet que la loi oriente le magistrat vers le choix d'un organe de protection choisi à l'intérieur de la famille, sauf avis contraire et motivé. Lorsque le médecin spécialiste se prononce sur cet aspect, il ne doit le faire que s'il dispose d'éléments fiables qu'il a pu obtenir grâce à son examen, ses constatations ou des rencontres précises avec la famille et en aucun cas sur de simples affirmations non étayées. Il pourrait alors s'agir d'une faute déontologique, voire civile, ouvrant droit à réparation, et même pénale pouvant constituer une diffamation. Le certificat doit se prononcer, quel qu'il soit (demande d'ouverture, renouvellement, modification sollicitée ou non…) sur la capacité de la personne à exercer le droit de vote. Il n'existe sur ce point pas d'autre critère que la logique et la capacité du certificateur à évaluer la compétence du sujet dans le choix particulier que constituent le vote et l'exercice de la vie civique.

Dans certaines situations, il peut être nécessaire de préciser si une personne est susceptible d'être maintenue à son domicile ou doit être admise en établissement.

Enfin, il faut répondre clairement à la question de savoir si le sujet est apte à exprimer sa volonté, ce qui autorisera son audition par le juge au siège du tribunal ou à son domicile selon les situations. Cette question n'est pas redondante avec la toute première concernant l'altération plus ou moins profonde des facultés mentales. Elle signifie que dès l'instant où un sujet peut s'exprimer, même pour démontrer la profondeur de l'altération de ses facultés, il doit être entendu par le juge. C'est un droit fondamental et le respect de sa dignité. Il n'y a que les situations où cette audition n'aurait aucun sens, ou encore lorsqu'elles pourraient avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé du sujet que le juge a l'autorisation de s'en dispenser (Jurisclasseur civil, articles 415 et 432, fascicule n° 10, Santé mentale, C. Jonas).

Sur le fond

Afin de pouvoir répondre de manière utile et pédagogique au magistrat sur chacun de ces points, le médecin spécialiste doit développer une clinique à la fois classique et particulière.

Elle est classique dans la mesure où elle recherche chez la personne examinée les pathologies qui sont susceptibles de constituer des altérations des facultés mentales de nature à empêcher l'expression de la volonté selon les termes mêmes de la loi. Il n'existe pas en ce domaine une liste impérative. Un diagnostic précis ne constitue pas à lui seul le critère permettant d'affirmer cette altération. Ainsi en est-il d'une maladie d'Alzheimer qui pendant longtemps peut laisser persister des capacités de discernement suffisantes. On peut faire la même remarque pour une schizophrénie ou un trouble bipolaire. À l'inverse, on peut découvrir dans certains troubles de la personnalité des altérations telles qu'elles vont constituer une grave vulnérabilité justifiant la mise en place d'une mesure de protection. Il en est de même des maladies addictives.

Il convient donc au-delà d'un diagnostic d'apporter une description symptomatique éclairant le juge sur les altérations. Chacun a bien compris que ce ne sont pas seulement des altérations cognitives qui empêchent l'expression de la volonté. Parfois, d'importants troubles affectifs ou émotionnels, une forte suggestibilité, une dépendance au sens très large du terme, peuvent constituer une altération grave justifiant la mise en place d'un des régimes prévus par la loi.

Parmi les questions sur lesquelles le juge doit se prononcer figure celle de l'évolution probable puisque la mesure peut être prise pour une durée allant jusqu'à cinq années, et dans certaines circonstances de manière indéfinie si l'évolution n'est pas susceptible d'amélioration. Ces aspects doivent figurer dans la description préparant les conclusions.

Il n'est évidemment pas possible dans un cours chapitre de décrire les symptômes des pathologies les plus fréquemment rencontrées qui justifient une altération. Cela est d'autant moins utile que doivent être confrontés à cet aspect, d'autres points qui tiennent au contexte du patient. Cela n'est pas la même chose pour celui qui vit en couple, celui qui est seul, celui qui a un patrimoine important, celui qui a une activité professionnelle prenante…

L'efficacité d'un traitement et l'adhésion du patient à ce traitement sont également des points importants à noter. Enfin, bien qu'il s'agisse d'un aspect en général jugé accessoire, il peut être utile de proposer des développements sur les conséquences attendues de la mesure. Celle-ci peut avoir un rôle thérapeutique, rassurant le sujet, le protégeant contre les situations de dérive alors que dans d'autres situations une mesure trop précoce par exemple pourra être antithérapeutique, aggravant la dépréciation que le patient ressent déjà ou mettant en place un sentiment d'aliénation qui lui sera préjudiciable.

Il s'agit donc bien d'un travail d'expertise spécifique qui va au-delà d'une simple analyse sémiologique.

Expertise et permis de conduire

Chapitre 21

Carol Jonas

Il n'existe pas à proprement parler d'expertises concernant le permis de conduire mais des textes réglementaires imposent dans un certain nombre de circonstances, aussi bien pour la conduite des véhicules légers que pour celle des véhicules lourds (en ce cas, les règles sont plus contraignantes), des conditions à certaines personnes soit parce qu'elles ont fait l'objet d'une annulation ou d'une invalidation de leur permis à la suite d'une infraction ou encore d'une suspension ou parce qu'une situation particulière a été portée à la connaissance de la préfecture de leur département. Les textes actuels sont un décret du 17 juillet 2012, complété par un arrêté du 31 juillet 2012 relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite, ainsi que par un autre arrêté du 31 août 2010 qui fixe une liste d'affections incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire.

Dans ce cadre, une commission constituée de deux médecins généralistes est établie au siège de chaque préfecture. Lorsque c'est nécessaire, elle peut s'appuyer sur l'avis de médecins spécialistes dont des psychiatres. Il est prévu également qu'au sein de chaque préfecture soient constituées des commissions d'appel. Elles sont composées d'un médecin généraliste et d'un médecin spécialiste compétent dans le domaine de l'appel et donc potentiellement d'un psychiatre.

Les psychiatres peuvent demander leur agrément auprès de la préfecture. Les conditions de cet agrément sont fixées par l'arrêté du 31 juillet 2012 précité.

Ce dernier fixe également la liste des usagers pour lesquels un contrôle médical de l'aptitude à la conduite peut être demandé.

Le psychiatre agréé intervient lorsque la commission a demandé son avis. C'est la personne elle-même qui choisit le psychiatre sur la liste qui lui est fournie par la préfecture de son département.

Parmi les pathologies qui posent des difficultés figure aussi bien pour les véhicules légers que pour les véhicules lourds une classe dans laquelle sont rangées aussi bien des pathologies neurologiques, des pratiques addictives que des maladies psychiatriques.

Selon les situations, il peut s'agir d'une incompatibilité absolue ou d'une comptabilité qui tient compte d'un certain nombre de critères.

Ainsi pour la psychose il y a incompatibilité en cas de manifestation clinique interférant avec la conduite automobile dit le texte, alors qu'une compatibilité temporaire éventuelle est possible en cas de rémission. Elle doit alors être confirmée par des réexamens réguliers. Le plus souvent, l'autorisation est donnée pour des durées maximales de deux années.

On retient qu'une incompatibilité existe pour ce qui concerne l'abus ou l'usage nocif et la dépendance à l'alcool durant la période d'alcoolisation mais une autorisation peut être apportée en fonction des éléments cliniques ou biologiques et après avis spécialisé. Il en est de même pour la dépendance aux drogues. Un chapitre spécifique existe concernant la prise de médicaments susceptibles d'altérer la vigilance. En ce cas encore un avis spécialisé est demandé.

Le rôle du psychiatre est donc particulièrement délicat. Il n'est pas toujours face à une pathologie entraînant une incompatibilité totale avec la

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

conduite. Il sait évidemment à quel point la disposition d'un véhicule automobile est importante pour le maintien d'une socialisation. Il connaît l'impact positif que peut avoir un traitement psychotrope sur une pathologie, lorsqu'il est adapté et efficace. Il sait aussi les atteintes qu'il peut avoir, non seulement sur la vigilance, mais également sur la motricité ou la réactivité.

Dans cette circonstance, il n'a pas lieu de rédiger un rapport mais un simple courrier informatif aux médecins de la commission, suggérant la mesure à prendre (autorisation de conduite ou maintien de la suspension ou de l'annulation) assorti des délais de réexamens éventuels.

Mission simple dans sa définition mais complexe dans sa réalisation, donc.

Chapitre 22

Expertises pour les congés de longue maladie et les congés de longue durée

Mélanie Voyer

Les fonctionnaires français (fonction publique, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière) bénéficient d'un régime d'Assurance-maladie différent de celui des salariés du privé.

Lorsque la pathologie du fonctionnaire entraîne un arrêt prolongé ou lorsqu'il présente certaines maladies graves et invalidantes, il peut bénéficier d'un congé longue maladie ou d'un congé longue durée. Cela nécessite l'intervention d'un comité médical pour donner un avis sur l'octroi ou le renouvellement de ces mesures.

Le congé de longue maladie

La personne atteinte d'une maladie grave et invalidante, qui rend impossible l'exercice de sa profession et nécessite un traitement et des soins prolongés, peut être placée en congé longue maladie (CLM), après avis du comité médical. Le fonctionnaire doit être atteint d'une affection figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel (arrêté du 14 mars 1986 modifié par l'arrêté du 1er octobre 1997), mais qui n'est pas limitative car un CLM peut être accordé pour d'autres affections, après avis du comité médical.

Pour bénéficier d'un CLM, l'intéressé doit adresser à son employeur une demande accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant stipulant qu'il peut bénéficier d'un tel congé. Ce certificat ne doit pas indiquer la pathologie pour laquelle le CML est demandé car il est adressé à l'employeur. Il est également conseillé d'adresser, dans le même temps, au comité médical départemental, sous pli confidentiel, un dossier médical détaillé. Le comité médical, après avoir vu ou non le fonctionnaire, transmet son avis à l'administration.

L'administration peut également proposer un placement en CLM si elle juge que l'état de santé du fonctionnaire le justifie. Elle peut alors provoquer l'examen médical de l'agent et saisir le comité médical.

Le CLM est accordé pour une période de 3 à 6 mois, sur proposition du comité médical mais peut atteindre une durée maximale de 3 ans, sur une période de référence, et aller jusqu'à 4 ans, si le congé est fractionné avec durée de reprise d'activité inférieure à 1 an. Les prolongations du CLM doivent être demandées par l'intéressé, un mois avant l'expiration du congé.

Le salaire du fonctionnaire en CLM est versé intégralement pendant 1 an puis réduit de moitié pendant 2 ans. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, le salaire est versé intégralement pendant toute la durée du CLM.

Le fonctionnaire ne peut reprendre son travail à l'issue du CLM qu'après avoir été reconnu apte par un médecin agréé et avoir reçu un avis favorable du comité médical.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le congé de longue durée

Le fonctionnaire peut être placé en CLD après avis du comité médical, lorsqu'il est atteint de certaines pathologies, d'origine professionnelle ou non (tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis). Le bénéfice du CLD est ouvert après la période rémunérée à plein traitement d'un CLM, soit 1 an. En revanche, le passage du CLM au CLD n'est pas obligatoire et le fonctionnaire peut demander à rester en CLM. Si le fonctionnaire atteint d'une pathologie ouvrant droit au CLD n'a plus de droit au CLM, il est placé directement en CLD.

La demande de placement en CLD peut être effectuée par le fonctionnaire ou par l'administration. Si la demande émane du fonctionnaire, celui-ci adresse à son administration la demande accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant. Le médecin traitant adresse directement au comité médical ses observations et les pièces justificatives nécessaires. Le comité médical transmet alors son avis à l'administration après ou non contre-visite du fonctionnaire. Cet avis peut faire l'objet d'un recours. L'administration peut demander elle-même la mise en CLD, si elle estime que l'état de santé du fonctionnaire, comme suite à un rapport hiérarchique ou à une attestation médicale, justifie qu'il y soit placé.

Le CLD est accordé pour une période de 3 à 6 mois, renouvelable, avec une durée maximum de 5 ans en cas de maladie non professionnelle et de 8 ans en cas de maladie professionnelle.

Le salaire est versé intégralement pendant 3 ans puis réduit de moitié pendant 2 ans en cas de maladie non professionnelle mais versé intégralement pendant 5 ans et réduit de moitié pendant 3 ans en cas de maladie professionnelle.

Le fonctionnaire ne peut reprendre son activité, à la fin du CLD, que s'il est reconnu apte, après un examen par un médecin agréé et un avis favorable du comité médical.

Si le fonctionnaire est présumé définitivement inapte, la commission de réforme se prononce à la fin du CLD sur son reclassement, sa mise en disponibilité d'office ou sa retraite pour invalidité.

Le comité médical

Le comité médical est chargé d'émettre des avis liés à la santé d'agents. Il est compétent à l'égard des agents de droit public (titulaires, stagiaires, non titulaires et fonctionnaires en détachement). Ses membres sont désignés par le préfet pour une durée de 3 ans. Il est composé de deux médecins généralistes agréés (et un spécialiste selon les dossiers), un ou plusieurs suppléants, un secrétaire médecin inspecteur de la santé.

La saisine du comité médical est effectuée par l'employeur avec envoi d'un dossier. Dès réception du dossier, le secrétariat du comité médical vérifie qu'il est complet, contacte le médecin traitant et organise éventuellement une expertise. Le comité médical départemental (CMD) informe l'employeur et l'agent de la date de passage au CMD. Il adresse un dossier au médecin agréé qui rédige un rapport qu'il lui renvoie. Le CMD doit informer l'agent de la date de la réunion, de son objet, de façon à lui permettre de faire valoir ses droits, soit en désignant un médecin chargé de le représenter, soit en produisant tout document utile. Le CMD transmet son avis à l'employeur par le biais d'un PV.

Le comité médical supérieur, placé auprès du ministre de la Santé, est compétent à l'égard des trois fonctions publiques. Il peut être consulté en cas de contestation des avis donnés, en premier ressort, par les comités médicaux.

Dans le cas d'un trouble psychiatrique présenté par un agent, le médecin psychiatre agréé devra, dans son expertise :

- résumer l'état de santé de l'agent ;
- indiquer les pièces qui ont été mises à sa disposition le jour de l'expertise (ordonnance, arrêt maladie, bulletin d'hospitalisation…) ;
- préciser l'existence d'un état antérieur ;
- déterminer si les arrêts de travail sont justifiés ;
- indiquer dans quel délai l'agent est apte à reprendre son travail ;
- indiquer, en cas d'inaptitude à la reprise, si une autre expertise est nécessaire et sur quelle spécialité.

Conclusion

Le comité médical, par l'évaluation de l'agent et des difficultés qu'il présente dans l'exercice de son travail, en lien avec une maladie, donne un avis essentiel, à l'administration pour permettre l'octroi de congés maladies spécifiques permettant, dans certains cas, une suspension d'activité de 5 ans.

L'augmentation de la prévalence de troubles psychiatriques, en lien ou non avec le travail, mais ayant un impact notable sur l'exercice professionnel, requiert de plus en plus souvent l'intervention de psychiatres au sein des comités médicaux, mais également des psychiatres traitants pour la rédaction d'un certificat médical afin d'obtenir l'ouverture d'un CLM ou d'un CLD.

Bibliographie

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif aux médecins agréés, aux comités médicaux et commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des fonctionnaires.

Décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l'organisation des comités médicaux, aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux.

Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Chapitre 23

Les expertises pour la Maison départementale des personnes handicapées

Mélanie Voyer, Alexia Delbreil, Jean-Louis Senon

Les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent présenter des difficultés dans différents domaines de la vie quotidienne (organisation, communication, vie sociale, hygiène…) qui nécessitent des réponses spécifiques en termes d'accompagnement. Les maisons départementales des personnes des personnes handicapées (MDPH) ont été créées pour permettre leur accueil et organiser leur accompagnement par le biais de prestations spécifiques.

La maison départementale des personnes handicapées

Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) gèrent l'ensemble des prestations accordées aux personnes handicapées, enfants ou adultes. Elles ont été créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Cette loi s'appuie sur le principe du droit à la compensation du handicap. Cette compensation englobe les aides de toute nature en réponse aux besoins des personnes handicapées. Selon cette loi, constitue « *un handicap (…) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions psychiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Au sein de la MDPH, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est l'instance chargée de prendre les décisions d'attribution des prestations (allocation adultes handicapés, prestation de compensation du handicap, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé…). Les décisions de la CDAPH sont prises suite à l'évaluation d'une équipe pluridisciplinaire.

Une équipe pluridisciplinaire d'évaluation

Cette équipe pluridisciplinaire va effectuer une évaluation des déficiences de la personne afin d'aider à la détermination d'un niveau d'incapacité duquel découlera un niveau de compensation. C'est à partir d'une incapacité de 50 % que des prestations peuvent être données. Cette équipe s'aide pour cela d'un guide barème (Décret nº 2007-1574) qui permet de fixer le taux d'incapacité d'une personne, quel que soit son âge, à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

conséquences sur la vie quotidienne. La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur l'analyse de trois dimensions : la déficience (altération de fonction), l'incapacité (réduction de la capacité d'accomplir une activité), le désavantage (limitation dans l'accomplissement d'un rôle social).

Le guide barème fixe quatre degrés d'incapacité :

- forme légère : taux de 1 à 15 % ;
- forme modérée : taux de 20 à 45 % ;
- forme importante : taux de 50 à 75 % ;
- forme sévère à majeure : taux de 80 à 95 %.

Un taux de 50 % correspond à des troubles importants avec une gêne notable dans la vie sociale de l'individu mais avec une conservation des capacités à effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne (se repérer dans le temps et les lieux, assurer son hygiène corporelle, s'habiller et se déshabiller, manger des aliments préparés, assurer l'hygiène d'élimination urinaire et fécale, effectuer des mouvements et des déplacements à l'intérieur du logement.)

Un taux de 80 % correspond à un handicap grave, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie. Dès qu'une personne doit être aidée, totalement ou partiellement, dans les actes de la vie quotidienne, le taux de 80 % est atteint.

Le taux de 100 % est réservé aux incapacités totales, comme par exemple un état végétatif ou un coma.

Le guide barème des incapacités comprend l'évaluation des déficiences psychiques de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Ce n'est pas la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne. Lorsque l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale ou/et de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage, le taux attribué sera compris entre 50 et 75 %. Si la personne ne peut vivre ou travailler en milieu ordinaire que grâce à une sollicitation importante de l'entourage, le taux attribué sera compris entre 80 et 95 %.

Les principaux critères de déficience pris en compte pour fixer le taux d'incapacité sont : les troubles de la volition, de la pensée, de la perception, de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience, intellectuels et les troubles de la vie émotionnelle et affective.

Un plan personnalisé de compensation

L'équipe pluridisciplinaire, après évaluation, va construire un plan personnalisé de compensation (PPC), qu'elle va adresser à la personne ayant fait la demande.

Ce plan comprend des propositions concernant les prestations, les orientations en termes professionnels ou de logement et des préconisations pour répondre à différents besoins. Ce PPC permet un échange entre l'équipe pluridisciplinaire et la personne présentant un handicap, avant que le dossier ne soit présenté à la CDAPH. Si la personne a des remarques à faire, celles-ci seront portées à la connaissance de la CDAPH.

La CDAPH, avec l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, va rendre des décisions concernant l'attribution des différentes prestations de compensation du handicap (AAH, allocation éducation enfant handicapé, orientation scolaire, médicosociale et professionnelle, prestation de compensation du handicap, carte d'invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé).

Ces décisions sont révisables et peuvent faire l'objet d'un recours.

Différentes voies de recours existent contre les décisions de la CDAPH :

- la procédure de conciliation : la personne estimant que la décision de la CDAPH méconnaît ses droits peut demander à la MDPH l'intervention de personnes qualifiées chargées de proposer des mesures de conciliation, mais celles-ci ne peuvent revoir le taux d'incapacité déterminé par la CDAPH ;
- le recours contentieux est possible si la personne estime que la décision de la CDAPH méconnaît ses droits avec la possibilité d'une réévaluation du taux d'incapacité. Pour cela, elle doit adresser sa demande auprès du président du tribunal du contentieux et de l'incapacité. Lorsque le contentieux porte sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), la personne doit s'adresser au tribunal administratif.

Le certificat médical pour le dossier de la MDPH

Pour être déposé auprès de la MDPH, un dossier doit contenir un certificat médical, à l'appui de la demande formulée.

Le médecin devra apporter non seulement des éléments concernant le diagnostic de ou des affections dont est atteint le patient, mais également un éclairage sur les difficultés du patient dans sa vie quotidienne, familiale, sociale…

Pour les pathologies psychiatriques, il est important, au-delà du diagnostic, de décrire la symptomatologie qui peut, en elle-même, avoir un retentissement sur la situation globale de la personne.

Concernant les traitements, il est nécessaire de décrire les conséquences des traitements sur la vie de la personne, ce qui peut être le cas pour les traitements psychotropes.

Pour les troubles psychiatriques, c'est principalement l'impact de la pathologie sur la communication, les aspects relationnels et la cognition que le médecin devra définir. Il faudra également noter s'il existe des difficultés dans l'entretien personnel, dans la gestion de la vie domestique et un retentissement de la pathologie sur la vie sociale, la scolarité ou l'emploi.

Les principales prestations de la MDPH

La prestation de compensation du handicap (PCH)

Les conditions d'octroi de la PCH sont le fait de résider sur le territoire français et d'avoir moins de 60 ans. Elle est ouverte aux jeunes de moins de 20 ans.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH va évaluer les besoins de compensation pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne. Pour prétendre à cette PCH, la personne doit présenter une difficulté absolue pour réaliser une activité ou une difficulté pour réaliser au moins deux activités élémentaires de la vie quotidienne (se comporter de façon logique et censée, se repérer dans le temps et les lieux, l'hygiène corporelle, l'habillement, l'alimentation, l'élimination urinaire et fécale, la mobilisation et le déplacement).

La PCH compense cinq types d'aides : humaines, techniques, l'aménagement du logement, du véhicule, les aides animalières et les dépenses liées au handicap.

La PCH est attribuée sur décision de la CDAPH et est versée par le Conseil général.

L'allocation adulte handicapé (AAH)

L'AAH est une allocation de solidarité, destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources. Pour bénéficier de l'AAH, la personne doit avoir plus de 20 ans et présenter un taux d'incapacité > 80 % ou > 50 % si le demandeur est âgé de moins de 60 ans.

La CDAPH détermine le taux d'incapacité permanente, reconnaît ou non une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap et apprécie la capacité de travail du demandeur. La MDPH transmet ensuite le dossier à l'organisme liquidateur (CAF, MSA…), qui verse la prestation et qui a la charge de vérifier les conditions administratives d'attribution (plafond de ressources, âge…). Le montant de l'AAH attribuée vient compléter d'autres ressources afin d'arriver à un niveau de ressources suffisant.

L'emploi et le handicap psychique

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permet à la personne handicapée de bénéficier d'avantages liés à ce statut.

Si la personne est en mesure d'occuper un emploi en milieu ordinaire, la CDAPH accompagne sa décision de la mention « marché du travail-recherche directe d'emploi ». Ces travailleurs peuvent être orientés vers des entreprises adaptées (qui emploient au moins 80 % de travailleurs handicapés) ou des entreprises ordinaires. Ils peuvent également bénéficier d'un accompagnement vers l'emploi comme suite à une préconisation de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou à la demande de pôle emploi.

Les ESAT, quant à eux, permettent à la personne handicapée, qui n'a pas suffisamment d'autonomie

pour travailler en milieu ordinaire, d'exercer une activité dans un milieu protégé. Les travailleurs de ces structures bénéficient d'un suivi médicosocial et éducatif.

Conclusion

Les différentes prestations de la MDPH constituent une aide précieuse pour le quotidien des personnes souffrant de troubles psychiques. Le psychiatre traitant, par l'évaluation, dans différents domaines, des difficultés de son patient, aidera la CDAPH à trouver les réponses et les aides les plus adaptées.

Références

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles établissant le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Expertises pour la Sécurité sociale

Chapitre 24

Jean-Louis Senon, Guillaume Davignon

Les troubles mentaux constituent dans notre pays le deuxième poste de dépenses en consommation de soins et de biens médicaux, derrière les maladies de l'appareil circulatoire. Ils sont au premier rang des pathologies justifiant l'attribution d'une pension d'invalidité. On conçoit ainsi l'importance de l'expertise psychiatrique pour la Sécurité sociale qui joue un rôle essentiel pour que les patients pris en charge par la psychiatrie bénéficient au mieux de leurs droits face à la Sécurité sociale.

L'expertise pour la Sécurité sociale est une expertise singulière dans la mesure où il s'agit en général d'établir un arbitrage entre la position de l'assuré et/ou de son médecin traitant et la position du médecin-conseil. Dans l'expertise pour la Sécurité sociale, l'expert tranche. Il doit le faire de façon précise et déterminée pour que son avis s'impose aux parties.

Une législation spécifique précisée par le Code de la Sécurité sociale

L'expertise pour la Sécurité sociale suppose la connaissance d'une législation spécifique prévue notamment par le Code de la Sécurité sociale.

Deux grands types de contentieux peuvent être soumis à l'expertise :

- le contentieux technique de la Sécurité sociale, conformément au décret du 22/12/1958 repris par les articles 143.1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Ce contentieux a pour objet d'arbitrer les litiges médicaux dans quatre domaines : l'incapacité permanente de travail (IP), la fixation du taux d'IP en accident du travail ou en maladie professionnelle, l'inaptitude au travail entre 60 et 65 ans, mais surtout les litiges dans le domaine de l'invalidité qui font l'objet de la plus grande partie des procédures ;
- l'expertise médicale doit être réalisée conformément au décret du 07/01/1959 tel qu'il est repris dans les articles L141.1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

L'expertise est un arbitrage dans la mesure où l'expert doit clairement répondre à une question posée. Sa réponse est une décision qui s'impose aux parties. Le décret du 07/01/1959 stipule que « les constatations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime, et notamment la date de consolidation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, donnent lieu à une procédure médicale… ».

La procédure de l'expertise doit être simple et rapide

L'expertise en Sécurité sociale est conçue par les textes comme une expertise « expéditive ». Elle est considérée comme ayant un caractère irréfragable, si l'avis est formulé de façon claire, précise et non ambiguë. Nous aborderons : les étapes de l'expertise, le protocole d'expertise, l'accomplissement de la mission d'expertise et la rédaction de l'expertise.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Les étapes de l'expertise

Les étapes de l'expertise sont établies : demande d'expertise, contenu de la demande, puis désignation de l'expert.

L'auteur de la demande est le malade ou la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Le médecin-conseil peut être aussi le demandeur. La forme de la demande est régie par un protocole précis : elle se fait par un écrit en recommandé ou est déposée contre récépissé. Le délai réglementaire est d'1 mois en Assurance-maladie et de 2 ans en accident du travail ou en maladie professionnelle.

Le contenu de la demande est très précis : objet de la contestation, nom et adresse du praticien traitant, date précise, puisque chaque étape de traitement de l'expertise a un délai légal encadré par la loi.

La désignation de l'expert est le plus souvent réalisée par entente d'un commun accord entre le praticien traitant et le médecin-conseil. N'importe quel expert peut être choisi si les deux parties sont d'accord. S'il n'y a pas d'accord entre le praticien conseil et le praticien traitant, l'expert est désigné par le médecin inspecteur de l'ARS (en lieu et place de l'ancienne DDASS) dans le délai d'1 mois. En deuxième intention, l'expert est choisi sur la liste fixée par la Cour d'appel pour les expertises de Sécurité sociale.

Protocole de l'expertise

Un protocole national est décliné dans chaque Caisse primaire d'Assurance-maladie et il est transmis à l'expert par le service médical de la Caisse. Il comporte obligatoirement :

- l'avis du médecin traitant sur le litige ;
- l'avis motivé du praticien conseil de la caisse ;
- la motivation précise de l'expertise ;
- l'énoncé des questions posées afin d'obtenir des réponses brèves, précises, claires et non ambiguës.

Réalisation de la mission d'expertise

L'information des parties est le premier temps de la réalisation de l'expertise. L'information est très cadrée par les textes : le patient la reçoit, de même que son praticien traitant et le médecin-conseil, la Caisse envoie à l'expert des formulaires sur lesquels l'expert n'a qu'à faire figurer la date, l'heure et le lieu de l'expertise. L'expert est dans l'obligation formelle d'envoyer la convocation comportant la date et le lieu au médecin traitant et au médecin-conseil. En cas de deuxième absence du patient, il est établi un constat de carence.

L'expertise se fait à priori en présence du médecin traitant, qui souvent s'excuse, et du praticien conseil, parfois présent, souvent excusé. L'examen doit avoir lieu en théorie dans les 5 jours, délai que peu d'experts peuvent respecter.

L'expertise doit prendre en compte l'avis du praticien traitant et celui du praticien conseil. L'expert a l'obligation de lire ces deux avis avant de commencer l'expertise. Il doit recueillir l'ensemble des éléments du dossier fourni par la Caisse ou par le praticien traitant ou encore par le malade lui-même. Parfois, le médecin traitant fournit au patient un courrier destiné à l'expert. Il doit en être fait mention dans la rédaction de l'expertise. L'expert doit entendre les dires des parties présentes.

L'examen est un examen clinique classique qui doit néanmoins se focaliser sur les éléments de la symptomatologie soulignés par les parties.

Rédaction de l'expertise

La rédaction de l'expertise est très importante ; sa validité est en cause. Il s'agit de répondre dans les délais prévus : 48 heures pour les conclusions motivées et 1 mois pour le reste du rapport. Comme rappelé ci-dessus, il s'agit de répondre précisément, en les motivant dans la discussion, aux questions précises posées dans la mission. Il est plus judicieux pour l'expert de commencer la rédaction par la réponse aux questions pour aboutir aux conclusions motivées qui seront à envoyer rapidement, puis de rédiger soigneusement la discussion qui doit éclairer tous les points conduisant à l'arbitrage de l'expertise, et éventuellement donner des éléments sur l'orientation ou la prise en charge pouvant être proposée au patient.

Le plan du rapport comporte toujours quatre parties : les commémoratifs reprenant la biographie du patient et l'histoire de la maladie, puis l'examen du patient, enfin la discussion qui est le temps cardinal de l'expertise justifiant les

conclusions motivées, réponses simples, claires, nettes et précises aux questions posées.

La notification de l'avis de l'expert est faite par la Caisse dans les 15 jours. Il s'agit d'une décision exécutoire, sauf dans le cas où l'avis expertal n'apporte pas de conclusions claires, précises et non ambiguës.

Problèmes spécifiques à la psychiatrie dans l'expertise pour la Sécurité sociale

La psychiatrie reste pour les médecins conseils une des spécialités les plus difficiles à contrôler du fait d'une clinique plus protéiforme et multithéorique que dans les disciplines somatiques et du fait de l'absence de recommandations pouvant s'imposer au praticien telles que les recommandations de la Haute Autorité de santé, peu présentes en psychiatrie.

Les difficultés tiennent aussi à certaines pathologies difficiles à appréhender sur le plan psychologique comme thérapeutique telles que l'hystérie, les troubles somatoformes ou les psychoses paranoïaques, notamment quand elles suscitent une importante quérulence. Dans ces cas, on perçoit que la mission de l'expert psychiatre est une mission beaucoup plus large que celle d'arbitre entre le praticien traitant et le praticien conseil. L'expert psychiatre a ainsi, de façon tacite, un rôle de conciliateur, de médiateur ou de mobilisateur dans des situations cliniques difficiles. Il doit prendre en compte l'incidence narcissique pour le patient de la décision qu'il va prendre. Il doit toujours prendre en compte que le patient va recevoir son compte rendu et qu'il doit pouvoir l'accepter sans que cela ne réactive sa quérulence ou sa réactivité dépressive ou ne provoque un passage à l'acte. Cela est rendu plus évident dans la société actuelle où le niveau d'information des patients comme le poids des associations de malades pour certaines pathologies, rendent difficiles l'évaluation psychologique et ses incidences. Il en est ainsi dans les troubles somatoformes ou dans les psychopathologies sous-tendues par des personnalités hystériques.

L'expertise psychiatrique pour la Sécurité sociale est indispensable à la reconnaissance et à la défense des droits du patient. Chaque psychiatre devrait connaître les éléments essentiels du droit de la Sécurité sociale pour mieux aider et protéger son patient dans le domaine des arrêts de travail, de la reconnaissance des affections de longue durée ou de l'invalidité.

L'expertise psychiatrique a toute sa place pour arbitrer les conflits assez fréquents entre praticien traitant et médecin-conseil.

Bibliographie

Code de la Sécurité sociale. (2012). Paris : Dalloz.

Daubech, L. (2000). *Le malade à l'hôpital*. Paris : Eres.

Mémeteau, G. (1997). *Droit médical, CD, les Cours de Droit*. Paris : Litec.

Senon, J. L., & Jonas, C. (2004). Aspects médicolégaux des troubles de la personnalité. In Féline, Guelfi, & Hardy (Eds.), *Les troubles de la personnalité* (pp. 430–440). Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

Senon, J. L., & Jonas, C. (2005). Protection de la personne et droits des patients en psychiatrie. *Médecine et Droit, 70*, 3–20.

Senon, J. L., Manzanera, C., & Papet, N. (2006). Aspects médicolégaux des troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 59–64, cahier 2.

Senon, J. L., Manzanera, C., Jaafari, N., Gotzamanis, L., & Humeau, M. (2007). Expertises pour la Sécurité sociale : méthodologie et spécificités. *Annales Médico-Psychologiques, 165*, 43–48.

Senon, J. L., Lopez, G., & Cario, R. (2012). *Psychocriminologie Clinique, Prise en charge et expertise*. Paris : Dunod.

Expertises pour le juge des enfants

Chapitre 25

Carol Jonas

En France, le juge des enfants a un statut d'autant plus particulier qu'il intervient à la fois comme juge pénal et comme juge civil. Sa compétence en matière pénale repose sur l'ordonnance du 2 février 1945 et en matière civile sur celle du 23 décembre 1958, traduite actuellement dans la définition de l'article 375 du Code civil permettant la mise en œuvre de diverses mesures d'assistance éducative lorsque la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou encore si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. Dans le premier comme dans le second cadre, le magistrat peut faire appel à un technicien et parmi ceux-ci l'expert psychiatre ou psychologue est très fréquemment convoqué (Martin, Nezelof, 2011).

Le juge des enfants et les situations de délinquance

Dans ce cadre, le juge des enfants a le rôle du juge d'instruction pour les majeurs. Il peut être saisi de diverses infractions et avoir besoin d'une expertise aussi bien pour l'éclairer sur la situation de l'auteur que de la victime éventuelle (Durand, 2007). Les critères procéduraux qui s'appliquent à l'expertise sont ceux qui figurent aux articles 157 et suivants du Code de procédure pénale. On retient cependant que la demande d'expertise est ici systématique compte tenu de la minorité de l'auteur. Les questions posées à l'expert sont à priori identiques à ce qu'elles sont pour les majeurs. Les aspects propres aux mineurs ont trait au stade de son développement ainsi qu'à des aspects liés à l'obligation pour le juge de prendre en compte la personnalité du mineur et les moyens appropriés à sa rééducation comme l'indiquait déjà l'article 8 de l'ordonnance du 12 février 1945.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le juge des enfants peut également devoir instruire des infractions à caractère sexuel qui imposent une expertise médicale de l'auteur présumé avant tout jugement au fond. Dans ce cadre, les expertises du mineur n'ont pas sur le plan procédural une procédure bien particulière mais l'examen doit évidemment prendre en compte le stade du développement, non seulement de la personnalité, mais également de la sexualité de la personne soupçonnée.

Le juge des enfants peut également diligenter une expertise de la victime dont les conditions auraient dû être notablement modifiées à la suite du procès d'Outreau et du rapport qui y a succédé (Rapport Viou, 2005). Ce rapport a donné lieu à une circulaire du 2 mai 2005 qui exclut en principe la question sur la crédibilité, ce qui malheureusement n'est pas toujours suivi dans toutes les missions qui sont confiées aux experts dans ce cadre.

Le juge des enfants et l'assistance éducative

La part la plus importante de la mission du juge des enfants repose sur les dispositions précitées de l'article 375 du Code civil. Saisi à la suite d'un signalement faisant soupçonner une situation de

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

danger actuel ou imminent, le juge a des pouvoirs larges qui s'imposent au mineur, à la famille, mais également à diverses institutions lorsqu'un placement est nécessaire. Le juge s'appuie en général sur une enquête approfondie, d'investigation et d'orientation éducative, ainsi que sur les résultats d'une expertise confiée à un psychiatre spécialisé ou à un psychologue. L'expert, désigné par le juge, a l'impression de se trouver dans une situation procédurale superposable à celle d'une demande émanant d'un juge pénal. Il n'en est rien. L'assistance éducative est une mesure d'ordre civil. S'y appliquent donc les dispositions du Code de procédure civile, notamment en ce qui concerne le respect du contradictoire. Dans la mesure où la plupart du temps il n'existe pas réellement deux parties s'opposant dans un procès très conflictuel, il est rare que l'on reproche à l'expert des fautes de procédure, mais cela est toujours possible. De plus en plus les parents peuvent contester la décision du juge, s'entourer des conseils d'un avocat. Il n'est d'ailleurs pas exclu que le mineur lui-même puisse se voir désigner son propre avocat. Certes, le juge ne vient pas trancher un conflit entre les parents comme le fait le juge aux affaires familiales, mais l'expertise est un des éléments qui lui permet de prendre une décision autoritaire de retrait de l'enfant de son milieu ou de poursuite d'un placement auprès d'un tiers (famille d'accueil, institution, etc.). Les risques de contestation ne sont donc pas exclus et leurs conséquences ne sont pas anodines.

Les missions confiées à l'expert psychiatre concernent le plus souvent l'état de santé de l'enfant ou de l'adolescent, son développement, son niveau intellectuel, l'existence ou non d'une pathologie mais également le choix du lieu de vie et les risques éventuels au sein de sa famille ou au contact de l'un ou l'autre des parents.

Il n'est d'ailleurs pas rare que les missions concernent l'un ou l'autre des deux parents à la recherche d'une pathologie mentale, d'un trouble du développement ou encore pour l'évaluation des relations parents-enfants ou de la perception de la capacité d'un ou des parents à comprendre et à prendre en compte les besoins de l'enfant.

Les missions peuvent être très variées. Les magistrats semblent s'appuyer de plus en plus souvent sur l'avis autorisé de l'expert pour orienter très précisément leur décision, choisir un mode de placement, voire un lieu spécifique. Il en est ainsi pour déterminer ce qui doit être prioritaire d'une prise en charge médicale ou psychiatrique ou encore éducative. Certes, ainsi que le prévoit le code de procédure, il est exclu que l'expert puisse trancher des questions qui sont du registre du magistrat, mais la mission se situe bien souvent à l'extrême limite de la compétence de l'expert, lequel doit se souvenir des dispositions précises de l'article 106 du Code de déontologie. Dans le domaine de l'assistance éducative encore plus que dans celui de l'expertise pénale, une compétence particulière est nécessaire pour répondre à des missions intéressantes mais complexes, allant au-delà de simples compétences diagnostiques.

Les spécificités de la mission et de l'examen de l'enfant

Elles sont nombreuses, complexes, dépendant d'ailleurs de l'âge de l'enfant, éventuellement de sa pathologie ou encore du contexte de la demande d'expertise. Ainsi est-il bien différent d'examiner un grand adolescent auteur de délits réguliers contre les biens, une jeune victime d'abus sexuels ou encore un enfant présentant de graves troubles du développement pour lequel il est nécessaire de déterminer si le cadre familial permet ou non d'éviter une situation de danger.

Sur un plan psychodynamique, l'entretien doit permettre d'évaluer le développement cognitif ou affectif, le niveau éducatif, les processus de construction de la personnalité ou encore les modalités relationnelles. Des conclusions hâtives et excessives peuvent avoir des conséquences majeures, non seulement dans les décisions immédiates mais dans la mise en œuvre d'un processus de stigmatisation qui peut persister pendant de longues années.

L'obligation d'information de sa mission propre à toute situation d'expertise est beaucoup plus complexe qu'avec un adulte. Les techniques d'entretien sont certainement différentes. Elles doivent s'apparenter à celles qui ont été développées en psychiatrie de l'enfant (dessins, jeux, tests…), s'adaptant selon les circonstances aux questions posées, au cadre procédural de la mission (pénale ou civile). Peut-être encore plus que pour un

adulte, le travail d'expertise qui ne doit pas chercher à être thérapeutique et encore moins s'immiscer dans une prise en charge lorsqu'elle est en cours, ne peut pas non plus faire l'impasse sur son impact. L'expert habitué à travailler avec le juge des enfants sait à quel point la rencontre particulière, à l'occasion de l'expertise, peut jouer un rôle dans l'évolution du mineur. Surtout, en matière d'assistance éducative, le rôle de l'expert se situe à l'extrême limite de sa compétence purement psychiatrique. Il impacte souvent considérablement la décision du juge et donc les choix qui vont guider le cadre dans lequel le mineur va évoluer dans les mois et les années suivantes. En cette matière, contrairement à une affaire pénale, le dossier est utilisé parfois pendant de longues années et les rapports d'expertises vont être lus et relus par divers intervenants. Ils peuvent être sortis de leur contexte. La valeur qu'ils pouvaient prendre au moment de l'examen peut avoir considérablement évolué après quelques mois, voire quelques années. Il est donc impératif dans la rédaction du rapport d'être précis, explicatif et pédagogue.

Bien souvent, les réponses aux questions posées, notamment en matière de placement, de maintien ou non des relations avec les parents, ne peuvent être proposées qu'après examen de ces derniers. Il ne faut jamais hésiter à l'écrire et à refuser de donner une réponse définitive en l'absence de cet examen.

Références

Durand, B. (janvier 2007). Spécificité de l'expertise pénale du mineur. HAS Audition publique Expertise psychiatrique pénale.

Martin, E., & Nezelof, S. (2011). Place de l'expert en pédopsychiatrie. *EMC psychiatrie*, 37212-A-40.

Viout, Rapport. (1er février 2005). *Le traitement judiciaire de l'affaire d'Outreau*. www.justice.gouv.fr.

Expertise des victimes d'infraction

CHAPITRE 26

Gérard Lopez

Nous aborderons successivement l'expertise pénale des plaignants, puis l'expertise civile des victimes. Les expertises de mineurs seront l'objet d'une section particulière.

En préambule, insistons sur le fait que l'expert doit être prudent et qu'il ne doit jamais rien affirmer à moins d'être certain. C'est pourquoi nous n'utiliserons jamais le terme de « victime » dans les procédures pénales avant la fin de la procédure judiciaire.

Nous n'aborderons pas la question de la rédaction du rapport d'expertise ou celle de la déposition de l'expert devant la Cour d'assises.

Expertise pénale des victimes

L'examen psycholégal initial

- Dans le cadre du dommage psychocorporel consécutif à une infraction pénale (coups et blessures, agressions sexuelles), les psychologues et les psychiatres peuvent intervenir dans des unités médicomédicales (urgences médicojudiciaires), ou encore être requis par les enquêteurs pendant le temps de la garde à vue.
- L'évaluation de l'état psychologique initiale des plaignants est importante pour qualifier les faits selon la durée de l'incapacité totale de travail (ITT), mais aussi comme description des lésions initiales dans le cadre d'une procédure civile ultérieure.
- L'ITT psychologique n'a rien de particulier. Elle ne dépend pas de la nature des blessures, qu'elles soient physiques ou psychiques, mais de la durée durant laquelle un sujet est empêché dans les actes de la vie courante.

La mission d'expertise

- En général, le juge demande à l'expert de réaliser un examen psychologique ou médicopsychologique dans le but d'analyser l'état actuel de la personnalité de la partie civile ; de préciser les conséquences des actes dont elle a été victime ; d'indiquer si une prise en charge thérapeutique pourrait être envisagée ; faire toutes constatations et observations utiles à la manifestation de la vérité.
- Bien que depuis Outreau, la question de la crédibilité ne doive plus être posée, certains juges demandent à l'expert de préciser dans quelle mesure les déclarations de la partie civile peuvent être prises en considération. Il devra se limiter à dire si son constat clinique est compatible avec les déclarations du plaignant.

Les troubles psychotraumatiques et comorbides

Ces troubles sont compatibles et renforcent les allégations du plaignant. Les pathologies les plus habituellement rencontrées sont différentes selon

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

la nature, l'intensité et la répétition des traumatismes :

- En cas de traumatisme unique, dit de type I, survenant sur un sujet présentant une personnalité antérieurement « harmonieuse », l'état de stress posttraumatique se retrouve dans 20 à 30 % des cas. Les troubles comorbides sont également fréquents : état dépressif, troubles anxieux divers, addictions, troubles somatoformes.
- Les victimes de traumatismes répétés, dits de type II, présentent des troubles graves de la personnalité ; état limite ou trouble psychotraumatique complexe selon le référentiel de l'expert, parmi lesquels les troubles dissociatifs.
- Les troubles dissociatifs péritraumatiques, mais surtout ceux qui constituent un mode de défense chez les sujets présentant des troubles psychotraumatiques complexes, doivent être soigneusement analysés parce qu'ils permettent d'éclairer la justice sur de faux diagnostics de psychose ou expliquer certains comportements paradoxaux (Lopez, 2012) :
  - conduites addictives (tabac, alcool, psychotropes, stupéfiants) qui ont, pour certaines d'entre elles, au-delà de toute référence traumatique, le pouvoir de produire des états dissociatifs ;
  - mises en danger, surtout chez les enfants et les adolescents ; on les définit comme étant des conduites dangereuses délibérées, répétées, le plus souvent associées entre elles, de nature compulsive : prise de risque sur la route, sport, rodéos, jeux dangereux parfois mortels (jeu du foulard, mises à l'épreuve, *binge drinking*, bizutages, etc.) ;
  - conduites autoagressives (tentatives de suicides, automutilations, piercings, tatouages) ;
  - conduites sexuelles dangereuses (rapports sexuels non protégés, sexualité violente, multiplication des partenaires, rapports avec des inconnus, prostitution, pornographie) ;
  - troubles des conduites alimentaires : anorexie, boulimie, vomissements provoqués ;
  - jeux d'argent ; achats compulsifs ;
  - addiction aux jeux vidéo violents ;
  - fugues, vagabondages, absentéismes scolaires, fréquentations dangereuses ;
  - participation active à des mouvements violents, sataniques, sectaires ;
  - conduites délinquantes récidivantes (vols, destructions de biens, comportements violents), etc.

L'anesthésie émotionnelle induite par ces comportements permet certains passages à l'acte, parfois catastrophiques, mais ils aggravent les troubles psychologiques dans une sorte de cercle infernal. Ils seraient stigmatisant en justice si l'expert ne les analysait pas minutieusement :

- L'expertise d'un sujet sous emprise psychologique doit être très bien documentée pour analyser des comportements paradoxaux qui pourraient faire le jeu d'un auteur présumé, adroitement manipulateur, pour lequel le plaignant pourrait, par exemple, avoir pendant longtemps pris parti avant de le dénoncer.
- Des outils classiques d'évaluation de l'ESPT peuvent aider l'expert à préciser l'intensité des troubles. Le *Dissociation Questionnaire* (Vanderlinden, Van Dyck, Vertommen-Vandereycken, 1993) (DIS-Q) a une bonne consistance interne et une bonne fiabilité. Le tableau 26.I permet de mettre en évidence que les troubles psychotraumatiques atteignent des scores > 2,5.

Le questionnaire de dissociation somatoforme (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden, 1996) (SDQ-20) et sa forme abrégée le SDQ-5 sont des instruments de dépistage des troubles dissociatifs d'après les critères du DSM-IV. Ils ont permis de mettre en évidence que plus le trouble dissociatif est grave et complexe, plus la dissociation somatoforme l'est aussi.

L'expertise civile des victimes d'infractions

Au civil, les psychiatres et les psychologues sont convoqués pour évaluer les séquelles psychocorporelles des victimes d'infractions, selon des procédures parfois particulières, en cas de catastrophes ou d'actes de terrorisme par exemple où les procédures amiables sont largement privilégiées. Mais auparavant, nous aborderons les grands principes de l'expertise civile : le principe

Tableau 26.I. Scores moyens totaux au DIS-Q (et écarts types « ET ») chez plusieurs groupes de patients psychiatriques ou non.

		Total	
	N	χ	ET
Population normale	378	1,5	0,4
TOC	17	1,7	0,4
Schizophrénie	31	2,0	0,6
TCA	98	2,2	0,5
ESPT	30	2,7	0,5
BPD-état limite	30	2,8	0,6
DDNOS	23	2,9	0,6
DID	30	3,5	0,4
Les troubles psychotraumatiques atteignent des scores supérieurs à 2,5.			

TOC = trouble obsessionnel compulsif. TCA = trouble du comportement alimentaire. ESPT = état de stress posttraumatique. DDNOS = trouble dissociatif non spécifié. DID = trouble dissociatif de l'identité.

du contradictoire, les transactions amiables, et le problème éthique que posent les barèmes d'indemnisation.

Le principe du contradictoire, le recours et l'assurance de protection juridique

- Le principe du contradictoire, corollaire du principe constitutionnel des droits de la défense et du procès équitable, est l'une des bases de la procédure civile dont l'aménagement relève de la loi. Il permet à chaque partie de prendre connaissance des observations et des pièces produites par les autres parties et d'en discuter. Le juge a l'obligation de le faire respecter et doit l'observer lui-même. Il ne peut fonder sa décision sans avoir au préalable invité les parties à présenter leurs observations (art. 16 al. C. proc. civ.).
- Pour que le contradictoire soit respecté, le blessé doit être systématiquement assisté par un avocat et un médecin dit de recours, formé et indépendant des compagnies d'assurance ou du Fonds de garantie des actes terrorisme et autres infraction (FGTI) qui se font systématiquement assister pour défendre leurs intérêts.
- Les frais de recours peuvent être honorés par une assurance de protection juridique.

Les transactions amiables en réparation du préjudice corporel

- Certaines évaluations se déroulent dans le cadre d'une procédure amiable et contradictoire, c'est-à-dire sans l'intervention du juge, pour les victimes d'accident de la voie publique ou celles d'actes de terrorisme notamment.
- Lorsque la transaction amiable échoue, il est possible de demander l'arbitrage d'un médecin ou d'un psychiatre choisi de façon contradictoire par les parties avant de saisir le juge civil en cas de désaccord persistant.

Les expertises judiciaires en réparation du préjudice corporel

- Un sujet reconnu victime peut obtenir une réparation provisoire ou définitive auprès des juridictions pénales (juge d'instruction, tribunal correctionnel, Cour d'assises, tribunal pour enfants…) à condition qu'elle se constitue partie civile ; *dans ce cas et par exception*, *l'expertise n'est pas contradictoire*.
- Il peut saisir la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (Civi), une juridiction

spécialisée qui statue selon les règles de la procédure civile.

- Il peut également s'adresser au tribunal civil selon une procédure d'urgence le référé ou sur le fond (art. 809 al. C. proc. civ.) et obtenir une provision sur la réparation finale de son préjudice.
- Devant la juridiction civile, l'expertise est une des mesures techniques ordonnées par le juge, mais le tribunal ordonner des constatations techniques faites par un professionnel de santé qualifié ou demander une simple « consultation » qui pourra intervenir sous forme écrite ou même directement à la barre.

L'état antérieur

L'état antérieur médicolégal des victimes prend parfois une dimension exorbitante dans l'évaluation des troubles psychotraumatique. En ce qui concerne l'ESPT, le guide-barème pour la classification et l'évaluation des troubles psychiques de guerre (*JO* du 12/01/1992), dispose :

« *Une des erreurs logiques la plus fréquemment rencontrée et qui est absolument inacceptable consiste à attribuer à un état antérieur des désordres psychiques […]. Il est des cas (comme la névrose traumatique par exemple) ou :*

- *il n'existe aucun état pathologique antérieur ;*
- *une vulnérabilité antérieure n'a aucun rapport avec la survenue d'un syndrome psychotraumatique ;*
- *une vulnérabilité psychique a pu simplement assombrir le pronostic du syndrome, sans l'expliquer d'aucune manière.* »

Il est cependant scientifiquement établi qu'un amoncellement de stress entraîne une vulnérabilité accrue aux événements traumatiques.

Les barèmes

Les taux actuellement reconnus par les barèmes indicatifs, de 5 à 25 % actuellement, sont en constante diminution pour l'ESPT ou névrose traumatique (Tableau 26.II).

Cependant, ces taux ne sont pas applicables aux personnalités traumatiques complexes (Lopez, 2013). L'évaluateur doit, dans ces cas, comme il est de bonne règle, faire une analyse fonctionnelle très minutieuse avec inventaire de tous les handicaps qui peuvent être lourds dans le cas des troubles psychotraumatiques complexes. On conçoit que l'on puisse atteindre des taux de déficit fonctionnel permanent très importants et que la discussion peut être difficile si l'organisme payeur, le fonds de garantie des actes de terrorisme et autres infractions bien souvent, est assisté par un psychiatre conseil.

Il est important de rappeler que les personnalités traumatiques complexes, incapables de faire confiance et dans l'attente du pire, génèrent des contre-attitudes de rejet, notamment de la part des autorités répressives, des travailleurs sociaux, de l'entourage, mais aussi des médecins et des experts, ce qui risque de compliquer le déroulement de l'examen et nuire à la reconnaissance de leurs troubles.

Les expertises de mineurs

La parole de l'enfant en justice a toujours posé question. Des théories antivictimaires confortent l'idée qu'elle n'est pas fiable en cas d'allégation de maltraitances graves. Les expertises familiales peuvent avoir de graves conséquences. Une approche éthique irréprochable doit par conséquent guider l'expert.

Tableau 26.II. Taux reconnus par les barèmes.

	Société de médecine légale et de criminologie, 1982	Concours médical, 1981	Amédoc et Société de médecine légale, 2000 Concours médical, 2001
Névrose traumatique « sans réelle gravité » à anxiété diffuse dominante	5 à 10 %	5 %	3 à 10 %
Névrose posttraumatique sévère avec perte d'intérêt, hypocondrie et repli sur soi	Jusqu'à 35 %	Jusqu'à 35 %	10 à 15 %
Formes majeures	Jusqu'à 60 %	Jusqu'à 60 %	25 % exceptionnellement

Les troubles psychotraumatiques chez l'enfant

Selon Ackermann (Ackermann, Newton, Mc Pherson, Jones, Dykman, 1998), le diagnostic d'ESPT arrive en quatrième position chez les enfants ayant subi un ou des événements traumatiques, après l'anxiété de séparation, le trouble oppositionnel et autres « troubles phobiques ». Les signes cliniques de l'ESPT chez l'enfant ont des caractéristiques propres : le syndrome intrusif se manifeste souvent par des activités ludiques répétitives (dessins, jeux) ou par des remises en actes agressives ou sexuelles lors desquelles il remet en scène le ou les événements traumatiques. Les cauchemars de répétition, terrifiants, ne reproduisent pas toujours le ou les événements traumatiques. Les conduites d'évitement peuvent concerner tout ce qui rappelle ou symbolise l'événement traumatique, en particulier les soins corporels ou les examens médicaux. Les troubles de la gestion des émotions sont toujours au premier plan.

La parole de l'enfant

- La parole de l'enfant, plus particulièrement lorsqu'il est témoin ou présumé victime d'un crime, a toujours posé question. Parfois sacralisée, bien souvent dénigrée, elle fait l'objet d'études scientifiques pour améliorer les pratiques et lutter contre les idées reçues et les idéologies qui la discréditent.
- La recherche (Ceci, Bruck, 1998) a étudié le rôle de différents facteurs : stéréotypes sociaux ; interrogatoires répétés, suggestifs, tendancieux, coercitifs ; à priori des interrogateurs (atmosphère, teneur et retranscription des interrogatoires) ; schémas séquentiels (scripts) qui déterminent nos connaissances préalables. Elle a permis d'élaborer des protocoles d'entretien dont le protocole allemand adapté par Farr et Yuille (Yuille, Farr, 1987), qui n'est pas utilisable avec les jeunes enfants. Ont suivi l'entretien cognitif (Fischer, Geiselman, 1992), l'entretien par étapes progressives (Yuille, Hunter, Joffe, Zaparnuik, 1993), le guide du *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD) (Lamb, *et al.*, 2007), le guide APSAC aux États-Unis (Myers, 2011) et le RATAC (Anderson, *et al.*, 2010) très utilisé aux États-Unis.
- Le NICHD guide l'évaluateur tout au long de son interrogatoire. Il est consensuellement considéré comme étant la meilleure technique d'entretien en cas de révélation de violences sexuelles chez l'enfant.
- Selon l'audition publique sur l'expertise pénale (Fédération francaise de Psychiatrie, 2007), les règles éthiques de l'entretien consistent à exiger que l'expert désigné pour évaluer un mineur (auteur ou victime) possède une compétence en pédopsychiatrie attestée par sa formation et par une pratique régulière de la spécialité ; évaluer soigneusement les mécanismes de l'emprise que peut exercer le ou les adulte(s) sur le mineur ; recourir à l'entretien familial, essentiel pour la compréhension de la dynamique interne à la famille et à l'évaluation de la récurrence transgénérationnelle des traumatismes d'ordre sexuel.

Les théories « antivictimaires »

Elles sont nombreuses. Qu'il s'agisse du « syndrome d'aliénation parentale (Johnston, *et al.*, 2012) » ; du « piège du soupçon de l'inceste » ; de la théorie selon laquelle les enfants carencés inventent des agressions sexuelles, etc. ; aucune n'a été validée par la recherche scientifique et ne doit servir de recette qui faciliterait le travail de l'expert dans une matière aussi difficile.

Les expertises familiales (Cédile, 2013)

- Le psychologue ou le psychiatre, après prestation de serment s'il n'est pas expert, intervient à la demande du juge des enfants pour l'éclairer sur une mesure socioéducative et/ou thérapeutique, ou sur la capacité éducative d'un parent présumé défaillant.
- Ils interviennent à la demande du juge aux affaires familiales dans le cadre des divorces pour l'éclairer sur les modalités d'exercice du droit de garde. Après avoir entendu les enfants, l'expert tente d'évaluer : l'évolution de la famille ; les capacités éducatives des parents en considérant la situation dans son ensemble et les réactions des uns par rapport aux autres ; les rapports souvent très conflictuels entre les ex-époux ; le rôle des grands-parents ; l'attitude des éventuels nouveaux partenaires des parents vis-à-vis des

enfants. Quel est l'intérêt dit « supérieur » de l'enfant ? Lequel des parents semble-t-il le plus apte à lui assurer la stabilité et la sécurité nécessaires à son développement harmonieux ?

Les entretiens cliniques et la passation de tests lui permettent de donner son avis sur le profil clinique de chacun des parents, en tenant compte de leur positionnement par rapport aux enfants et en étudiant concrètement le déroulement des visites, avant de se prononcer sur les mesures concernant le droit de visite et d'hébergement.

Conclusion

Les expertises pénales de victimes réclament une bonne connaissance de la clinique du psychotraumatisme et plus encore des états de stress posttraumatiques complexes que de l'état de stress posttraumatique.

Les expertises d'enfant et les expertises familiales sont extrêmement complexes et devaient être confiées à des pédopsychiatres ou des psychologues d'enfants confirmés qui devaient apprendre une méthode de recueil de la parole de l'enfant validée par la recherche, comme le guide du NICHD par exemple.

Références

Ackerman, P., Newton, J., McPherson, W., Jones, J., & Dykman, R. (1998). Prevalence of PTSD and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect, 22*(8).

Anderson, J., Ellefson, J., Lashley, J., et al. (2010). The Cornerhouse Forensic Interview Protocol : RATAC. *Journal of Practical and Clinical Law, 12.*

Audition publique. (25 et 26 janvier 2007). Expertise psychiatrique pénale. *Fédération Française de Psychiatrie.*

Ceci, S. J., & Bruck, M. (1998). *L'enfant-témoin : une analyse scientifique des témoignages d'enfants (traduction de Gottschalk M).* Paris Bruxelles : De Boeck University.

Cédile, G. (2013). L'expertise familiale. In G. Cédile, G. Lopez, & B. Labadie (Eds.), *Aide mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique.* Paris : Dunod.

Fisher, R. P., & Geiselman, R. E. (1992). *Memory enhancing techniques for investigative interviewing : The cognitive interview.* Springfield.

Johnston, J. R., Kelly, J., et al. (2012). Lettre adressée aux responsables du DSM pour avis sur l'inclusion du SAP/AP dans le DSM-V. In J. Phélip (Ed.), *Divorce, séparation : les enfants sont-ils protégés ?* Paris : Dunod.

Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., et al. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children : A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect, 31.*

Lopez, G. (2012). Diagnostic des troubles dissociatifs atypiques. In Kedia (Eds.), *Dissociation et mémoire traumatique.* Paris : Dunod.

Lopez, G. (2013). Expertise des troubles psychotraumatiques complexes. In G. Cédile, G. Lopez, & B. Labadie (Ed.), *Aide mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique*. Paris : Dunod.

Myers, E. B. J. (2011). *The APSAC Handbook on Children Maltreatment.* Sage Publication.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184.*

Yuille, J. C., & Farr, V. (1987). Statement validity analisis ; A systematic approach to the assessment of chidren's allegations of sexual abuse. *British Columbia Psychologist.*

Yuille, J. C., Hunter, R., Joffe, R., & Zaparnuik, J. (1993). Interviewing children in sexual abuse cases. In G. Goodman, & B. Bottoms (Eds.), *Child Victims, Child Witnesses : Understanding and Improving Testimony.* New York : Guilford.

Chapitre 27

Barème dans l'expertise de réparation

Bernard Cordier, Thierry Dionot

Qu'est ce qu'un barème ?

Le mot vient du nom d'un mathématicien du roi de France, Bertrand Barrême (1640–1703), qui a facilité le travail de la Cour des comptes. On appelle barème « une table ou un répertoire de données numériques disposées pour une consultation sûre, commode et rapide » et selon Derobert (1970), il s'agit de donner selon la gravité des séquelles présentées par un individu victime d'un accident ou d'une agression, un chiffre en pourcentage de son incapacité permanente, c'est le barème d'incapacité ; à ne pas confondre avec celui d'indemnisation utilisé par le régleur ou par le juge pour évaluer le montant de l'indemnité allouée en fonction du pourcentage fixé par l'expert.

Le premier guide-barème officiel date de 1887 et concerne les pensions militaires. Depuis la loi du talion, le principe d'une table d'équivalence en matière de réparation a été souvent et diversement appliqué à travers le monde.

La « barémisation » en psychiatrie

Elle est relativement récente et a été influencée par l'évolution de cette discipline. Ainsi, le premier code des pensions militaires rappelait que les affections psychiatriques étaient réputées « constitutionnelles » et admettait seulement qu'elles aient pu être aggravées par le service ! puis est apparu un chapitre spécial pour les invalidités relatives aux altérations des fonctions psychiques chez les déportés. Le premier barème des accidents du travail (1939) consacre un chapitre entier sur les névroses et maladies mentales, inspiré par la nosographie de l'époque. Le code actuel des pensions civiles et militaires de retraite suit la classification du DSM et de la CIM, et applique le démantèlement des entités nosographiques en troubles.

En droit commun, le premier barème date de 1959 et a été publié par la revue « Le Concours Médical ». Établi comme une sorte de recueil jurisprudentiel, son ambition était de mettre à la disposition des médecins experts un instrument de mesure qui analyse les diverses fonctions qui constituent l'intégrité humaine. La détermination de l'incapacité permanente partielle (IPP) évolue et repose sur des critères fonctionnels et non plus seulement anatomiques. Ce barème a été ajusté et réédité en 1971 et surtout en 1982 où, grâce à Claude Rousseau, il a connu un réel succès et a été inclus dans les conventions entre assureurs. Parallèlement, la Société de médecine légale française a proposé des barèmes (*cf.* ci-dessous) complémentaires.

Dans le champ de la psychiatrie, ces barèmes relèvent le défi de chiffrer l'impact fonctionnel de séquelles aussi subjectives que des émotions négatives, des souvenirs parasites, une modification du caractère…

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Dans la pratique

L'évaluation du dommage psychique résultant d'un événement accidentel comportant un traumatisme physique et un traumatisme émotionnel ou seulement un traumatisme émotionnel requiert l'intervention d'un spécialiste formé au maniement d'un outil. Le terme de « dommage corporel » reste utilisé dans ce sens.

Cette évaluation est réalisée dans un certain nombre de cadres juridiques : responsabilité civile, assurance individuelle accident, terrorisme et infractions, accidents du travail.

Deux outils sont à disposition : d'une part le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun, dit barème du concours médical (BCM), édition 2001, et le barème de la Société française de médecine légale (BSML), édition 2000.

Le BCM

Sous le chapitre « psychiatrie », le BCM considère exclusivement les séquelles psychiques d'un événement accidentel comportant une dimension émotionnelle violente (accident, agression, catastrophe, etc.) et consacre bien évidemment une part importante à la névrose traumatique ou syndrome psychotraumatique ou état de stress posttraumatique.

S'agissant du dommage corporel, un paragraphe est consacré à l'altération psychique des victimes polytraumatisées dont l'évolution des lésions est longue, compliquée, voire désespérante.

La difficile question des troubles de conversion et somatoforme est abordée de façon descriptive et psychodynamique et guide l'expert dans sa réflexion médicolégale.

Enfin, le barème rappelle que les troubles psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique.

Dans le même ouvrage, sous le chapitre « neurologie », on retrouve l'ensemble des séquelles d'origine centrale, sensitivomotrives, cognitives et mixtes, d'origine médullaire et d'origine périphérique, les épilepsies et le syndrome postcommotionnel.

L'expert psychiatre est bien souvent sollicité pour apprécier les séquelles de traumatisme crânien avec lésions cérébrales réalisant un syndrome de type psycho-organique, allant des troubles neurocognitifs mineurs aux syndromes les plus sévères, ou, sans lésion cérébrale entraînant un syndrome postcommotionnel et se reportera utilement à ce chapitre.

Le BSML

Il traite de ces troubles sous le chapitre « fonction neuropsychique » considérant à juste titre que celle-ci a une double dimension, l'une cognitive, l'autre affective.

Cet ouvrage traite donc des séquelles des traumatismes crâniens graves (cérébrolésés) et des troubles psychiques ou psychopathologiques apparaissant au décours d'un accident mais aussi résultant d'une affection psychiatrique à priori non liée à un traumatisme.

Il rappelle donc les fondamentales notions d'imputabilité et d'état antérieur, indique également que les affections psychotiques ne sont jamais d'origine traumatique.

Pour ce qui est des séquelles psychiatriques postévénement accidentel, le paragraphe consacré à la névrose traumatique est naturellement le plus important, mais ceux qui concernent la dépression chronique résistante, et les autres états névrotiques laissent une ambiguïté sur, précisément, la question de l'imputabilité.

Comparativement

Le BCM cite de façon exhaustive les séquelles psychiatriques d'un événement accidentel et propose des fourchettes d'évaluation dans la pratique de l'évaluation du « dommage corporel ». Il ne dispense pas bien évidemment de la réflexion médicolégale sur l'état antérieur et l'imputabilité, mais il se limite aux affections dites posttraumatiques.

Le BSML est plus étendu, il permet à l'expert de situer le niveau d'incapacité d'un sujet souffrant d'un trouble psychiatrique, qu'il soit posttraumatique ou en maladie.

Dans ce cas, l'expert devra parfaitement maîtriser son art et se fixer au cadre juridique dans lequel il est appelé à proposer des conclusions médicolégales.

Il faut en effet rappeler qu'il existe d'autres barèmes : accidents de travail, guide barème des

invalidités militaires, barème des incapacités de la fonction publique, et autant de barèmes contractuels qu'il existe de contrats en assurances de personnes !

Discussion

Les barèmes sont des outils du processus de réparation du dommage corporel comme le sont les relevés des décisions des cours d'appel ou d'autres juridictions, le type de mission d'expertise ou les référentiels d'indemnisation.

Leur importance est toute relative dans la démarche d'évaluation du dommage corporel, ils ne sont pas issus de la seule imagination de quelques-uns, et ils sont bien sûr perfectibles.

Évaluer le dommage résultant d'un fait traumatique consiste en général à répondre à une mission d'expertise, actuellement, le plus souvent en 23 points, dont la quantification de nombreux chefs de préjudice, parmi lesquels le déficit fonctionnel permanent (DFP).

À ce titre, il est sage de considérer que les barèmes indicatifs des déficits fonctionnels ne sont qu'un instrument dont la référence n'intervient que pour une part très relative de l'évaluation.

Chacun sait que les postes concernant la tierce personne ou l'incidence professionnelle sont beaucoup plus importants que le déficit fonctionnel.

Ils sont parfois considérés comme succincts, voire sibyllins, réducteurs et arbitraires.

Ils font référence à une nosographie, qui est universelle et qui est celle des affections psychiatriques traumatiques, c'est-à-dire l'émergence d'une perturbation psychique résultant d'un traumatisme psychique survenu (à l'âge adulte) chez un sujet ayant jusque-là un fonctionnement psychique « normal ».

C'est la raison pour laquelle le BCM ne mentionne ni les troubles psychotiques, ni des troubles névrotiques structurellement graves, ni les troubles récurrents de l'humeur.

On reproche aux barèmes médicaux de n'être pas scientifiques.

Certes, le taux de DFP ne résulte pas d'un calcul ni du dosage d'un quelconque marqueur, mais la raideur d'une articulation ou la limitation des mouvements se mesure.

La mesure est objective et reproductible, c'est une démarche scientifique.

La corrélation entre le déficit mesuré et le taux de DFP fut ajustée lors des dernières mises à jour des deux barèmes, à l'issue des travaux de deux groupes de réflexion différents.

Dans un souci de précision clinique, deux diagnostics de troubles possiblement traumatiques relevant de l'appréciation du psychiatre pourraient être ajoutés, faire l'objet d'une réflexion pour leur évaluation :

- les troubles de l'adaptation, F 43 ;
- le trouble douloureux F 45.4, tableau clinique parfois observé dans les suites d'un traumatisme psychique, qui diffère des « douleurs permanentes » séquellaires d'une lésion somatique déjà incluses dans la définition du DFP selon la nomenclature actuelle.

Conclusion

Une démarche sans cesse relancée par les juristes spécialisés en réparation du dommage tend à écarter les barèmes médicaux, au profit de données statistiques de plus en plus simples à obtenir et à croiser, émanant des juridictions, couplant le chiffrage des indemnisations aux attendus des arrêts rendus.

Mais cette pratique se heurte à une autre dimension proclamée par les mêmes juristes qui est celle de l'individualisation de la réparation.

L'expertise psychologique pénale

Chapitre 28

Jean-Luc Viaux

Longtemps conçu comme un « complément » de l'expertise psychiatrique, l'expertise psychologique autonome a été fondée en droit en 1994 par un article (très ignoré) du Code de procédure pénale (art. 164) qui autorise le psychologue comme le médecin, à rencontrer une personne mise en examen seul à seul. La psychologie légale a été reconnue en 1999, par le biais d'un règlement tarifaire, où elle a été distinguée de la médecine légale. L'expertise, pratique « vitrine » de la psychologie légale, relève d'une demande très variée : les domaines de compétences de toute la discipline peuvent contribuer à ces interventions, même si la clinique psychologique est évidemment la plus sollicitée.

La demande

Le tableau 28.I rend compte de la plupart des demandes des magistrats

Cadre de l'expertise d'auteurs de faits délictueux ou criminels

Tout expert ne doit répondre qu'à « des questions d'ordre technique » : « La mission des experts, qui ne peut avoir pour objet que l'examen des questions d'ordre technique, est précisée dans la décision qui ordonne la mission » (art. 158 du CPP[52]). Le CPP précise par ailleurs (art. 158 et décret D16) que le dossier de personnalité prévu dans le texte de l'article 81 « a pour objet de fournir à l'autorité judiciaire sous une forme objective et sans en tirer de conclusion touchant à l'affaire en cours, des éléments d'appréciation sur la vie passée et présente de l'inculpé. Il ne saurait avoir pour but la recherche de la culpabilité ». L'expert « *es* personnalité » n'est en aucun cas tenu d'alimenter la vérité judiciaire mais de s'en tenir à la vérité du sujet même en faisant des hypothèses comme l'y autorise la Cour de cassation en 2003[53]. Il n'est cependant pas inutile de garder une certaine réserve quand un sujet nie avoir fait ce qu'on lui reproche plutôt que de faire des déductions sur le traitement « comme si » le sujet avait agi.

Voici un exemple de conclusion : « L'hypothèse qu'il ait commis de tels faits n'est pas incohérent avec sa personnalité, la frustration et l'alcoolisation peuvent déclencher des impulsions mal contrôlées : mais L. nie les faits, ce qui ne permet pas de faire d'hypothèse clinique sur l'éventuel passage à l'acte sexuel, ni sur ses conséquences en termes de besoin de traitement. En revanche,

[52] Code de procédure pénale.

[53] Cour de cassation, Chambre criminelle. Audience publique du 29 octobre 2003. Rejet - N° de pourvoi : 03-84617. Publié au bulletin : « (…) qu'aucun texte ni aucun principe de procédure n'interdit aux psychologues d'envisager la culpabilité alors que leur mission leur prescrit comme, en l'espèce, d'analyser les dispositions de la personnalité, de préciser si les dispositions de la personnalité ou des anomalies mentales ont pu intervenir dans la commission de l'infraction ».

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Tableau 28.I. Demandes adressées au psychologue expert par les juridictions pénales.

Personnes concernées par l'expertise	*Stade ou type de procédure* Instance de saisine	Objet explicite de l'expertise	But non explicite dont le psychologue est saisi
Majeur Auteur	*Information :* parquet/OPJ (sur réquisition)	Examen de personnalité/ pathologie auteur	Mettre en lien un comportement criminel avec la personnalité
	Instruction : juge du TGI	Examen de personnalité/ pathologie de l'auteur/ indication thérapeutique	Idem. Apprécier la responsabilité, la punissabilité, l'évolution prévisible du sujet. Expliquer le cheminement du sujet
	Tribunal correctionnel *Cour d'assises*	Complément d'instruction : évolution du sujet	Apprécier les différentes explications données par le sujet, son évolution depuis sa mise en examen, sa compréhension d'une sanction
	Postpénal : juge (ou commission régionale) de l'application des peines	Évolution/réinsertion/ dangerosité	Évolution du sujet dans sa position à l'égard des faits, dangerosité, nécessité d'un traitement postpénal
Mineur Auteur	*Information :* parquet/OPJ (sur réquisition)	Exp. de personnalité/ pathologie auteur	Mettre en lien un comportement criminel avec la personnalité notamment en raison de l'âge ; fournir une appréciation qui servira à orienter le mineur (prison, foyer, autre)
	Instruction : juge du TGI, juge des enfants	Exp. de personnalité/ indication de suivi	Idem. Apprécier la responsabilité, la punissabilité, l'évolution prévisible du sujet. Expliquer le cheminement du sujet, le contexte du passage à l'acte, ou de la récidive
Victime (témoin) mineure ou majeure	*Tribunal pour enfants* *Cour d'assises des mineurs*	Complément d'instruction : évolution du sujet	Évolution du sujet dans sa position à l'égard des faits, dangerosité, nécessité d'un traitement postpénal
	Information : parquet/OPJ (sur réquisition).	« Crédibilité »	Fonder la procédure sur la vérification de la consistance du témoignage de la victime
	Instruction : juge du tribunal de grande instance	« Crédibilité » Séquelles	Idem. Vérifier le lien entre séquelles et faits, apprécier la possibilité de falsification
	Tribunal correctionnel *Cour d'assises-CIVI*	Séquelles	Analyse du lien entre faits et traumatisme « réel »

l'alcoolisme étant une source bien connue de perturbations de la vie sociale, la prise en charge de cette pathologie évidente s'impose. »

On peut se demander si la mission « Dire si cette personne présente des troubles ou déficiences susceptibles d'influencer son comportement, faire connaître les caractéristiques de sa personnalité, les circonstances et les conditions qui ont influé sur la formation de celle-ci, les mobiles intellectuels et les motivations affectives qui inspirent habituellement sa conduite » est vraiment une mission « technique ». Du point de vue d'un psychologue, il faudrait faire une biographie clinique exhaus-

tive pour y répondre : cela pourrait supposer plusieurs semaines d'investigations (observations, tests psychométriques et projectifs, entretiens), documentées par les témoignages des proches pour la reconstitution de son passé affectif et scolaire.

Le psychologue, pourtant, peut travailler en adaptant sa méthode aux conditions de la rencontre avec le sujet et de la mission qu'il doit remplir : l'expertise en tant qu'objet (au sens de matériau) n'est que le rapport d'expertise. Au pénal, toutes les demandes ne sont pas équivalentes car les enjeux ne sont pas les mêmes, et les préoccupations des juges ne sont pas les mêmes : face à un adolescent délinquant, le juge des enfants cherche avant tout à comprendre, puis à trouver une solution éducative ; souvent cet « auteur » mineur est aussi un enfant victime, sinon au sens pénal du moins de conduites éducatives inappropriées (Andronikoff, 2000).

Ce n'est pas parce que les missions sont souvent « standards » que le psychologue doit pour autant faire un examen identique, et une réponse tout autant standard. Le concours du psychologue est d'autant plus pertinent quand la menace de sanction trouve sa limite, pour réouvrir un questionnement sur le sens des actes du sujet, et du pourquoi de cette interpellation par la justice – pas seulement pour y aller de la triade rituelle diagnostic/pronostic alarmant/psychothérapie.

Le psychologue expert judiciaire est amené à pratiquer des investigations sur une personne qui ne l'a pas sollicité, et l'objet de l'expertise n'est pas décidé par lui, mais cadré par le magistrat. S'il reste libre de sa démarche et de la construction de son examen, le psychologue n'en est pas moins tenu par cet objectif, c'est-à-dire répondre aux questions posées, quoique certaines soient assez mal adaptées. Que faire face à des formulations telles que : « Déterminer l'intelligence, l'habileté manuelle, l'attention » : l'habileté manuelle de l'agresseur sexuel… ! Ou encore dans des missions concernant des victimes : « Indiquer quel est son niveau d'information en matière sexuelle » : En quoi cela concerne la clinique psychologique plutôt que la morale (et laquelle) ?

Construire un examen moderne à partir d'aussi vieilles questions, mal formulées relève de l'utopie : soit le psychologue, imperméable au questionnement de la justice et à la particularité du dossier, ne fait que ce qu'il entend et développe sa propre logique ; soit il « s'adapte » à ce qu'il sait des attentes d'un magistrat pour lequel il travaille régulièrement, sans trop tenir compte du rituel de questions standards ; soit encore il répond du mieux possible aux questions en signalant les questions auxquelles il n'y a pas de réponses en termes psychologiques.

Le psychologue use d'une clinique objectivante, avec des outils et des références : il met donc le diagnostic au centre de sa pratique comme une façon d'aller vers les personnes pour restituer au mieux et synthétiquement ce dont ils sont non pas les objets (en justice), mais les sujets.

Pour rester au plus près de ses obligations déontologiques et de l'état des connaissances, le psychologue ne peut pas faire une expertise « par classement » et attribuer univoquement tels traits à l'origine de telle conduite déviante. Par ailleurs, l'absence de théorie univoque en matière criminelle (crime de sang, ou de sexe, mais aussi d'incendie ou de cambriolage) l'oblige (par méthode) à s'interroger sur la singularité du sujet et ce qui détermine chez ce sujet-là, et non dans une « classe » ou un « type » de personnalité, son passage à l'acte dans les circonstances où il les a commis.

Inévitablement, la méthode d'examen découle d'une position théorique. Comme le rappelait A. Andronikoff (Andronikoff, 2000), il n'y a pas d'examen de la personnalité sans théorie (même implicite) de la personnalité, d'autant que l'explication en psychologie ne saurait être déterministe : l'événement A de l'enfance ne détermine pas la conduite B de l'âge adulte. Le psychologue s'appuie sur une théorie pour décrire une personnalité ou une conduite, en proposant une (ou des) hypothèse(s) non dans un but de vérité mais d'intelligibilité : la justice et le public) ont besoin d'une démarche organisée, rationnelle, pour comprendre. Il nous revient d'éclairer *comment* (et non pas pourquoi) un sujet en est arrivé à transgresser, puisque précisément il n'y a pas d'explication qui vaille pour tous. S'il y en avait une et une seule aurait-on besoin d'experts ? Il suffirait de l'enseigner aux magistrats et aux enquêteurs une fois pour toutes.

Les questions problématiques récurrentes soumises au psychologue expert

Imputabilité et motivation

Outrepassant le cadre de l'article 81 du CPP, les magistrats demandent souvent de mettre l'acte reproché en rapport avec la psychologie du sujet : « dire dans quelle mesure la situation dans laquelle il s'est trouvé est en rapport avec les faits » ; « fournir toutes données utiles pour la compréhension de l'infraction ; mobiles, genèse de l'idée criminelle ».

Si le sujet mis en cause nie les faits qui lui sont imputés, il sera évidemment impossible de faire des hypothèses sur ses motivations. Ce type de question pousse l'expert à dépasser un strict cadre expertal et à faire du « prêt-à-penser » psychologique sur la genèse du crime. Or, le système d'explication théorique (et souvent implicite) détermine le plus souvent l'approche que nous faisons du sujet (Balier, 1995) et conduit rapidement à des positions réductrices simplement parce que le juge induit qu'il faut fournir « une » explication, et non une réflexion : Œdipe a bon dos pour colmater une pensée paresseuse sur les déterminants du crime… « *Il n'existe que des hypothèses sur les facteurs induisant un comportement criminel* », rappellent J.-P. Olié et et H. Loö (« Le Monde », 10/08/05), qui ajoutent : « *c'est un contresens de croire que l'analyse descriptive des comportements d'une personne vaut reconnaissance d'un déterminisme* ».

L'expert, tant par déontologie que par une utilisation raisonnable des savoirs, se doit d'éviter une pensée caricaturalement déterministe et mentionner les auteurs auxquels il se réfère pour étayer son raisonnement. La discussion, indispensable avant de conclure une expertise, est un débat confrontant données d'examen et connaissances accessibles.

Expertise pénale et prédiction

L'une des tâches qui met le plus à l'épreuve la technicité, le savoir et la déontologie est celle de déchiffreur d'avenir. Par exemple : « *Le cas échéant dire si un pronostic peut être porté sur l'évolution du comportement de la personne mis en examen, ses possibilités de réinsertion sociale, le traitement à envisager* ».

L'expert est mandaté le plus souvent *avant* que l'acte ne soit définitivement imputé à un auteur, il ne peut donc faire comme si la position psychique du sujet était invariante avant ou après que l'attribution du crime soit fixée par jugement. Bien des sujets expertisés ne passent jamais devant un tribunal, mis hors de cause ou faute de charges suffisantes : le pronostic sur la « réparation », c'est-à-dire la reprise dans l'espace psychique du sujet de ce qui fait sens dans l'acte, tout comme la prévention de sa réitération, ne peut être formulée valablement à ce stade, et le psychologue est en droit de le dire. Confondre l'investigation des traits de la personnalité ici et maintenant, et le pronostic sur les remaniements opérés par une sanction, qui n'est qu'éventuelle, est un leurre.

Face à des sujets qui nient ou minimisent leurs actes (ce qu'ils ont souvent intérêt à faire), l'exercice du pronostic est hasardeux, comme il l'est pour un sujet authentiquement culpabilisé, mais qui persistera dans ses comportements autopunitifs, faute de « réussir » une thérapie. La personnalité évolue, c'est une évidence, mais comment anticiper sur la qualité et la nature des prises en charge du sujet qui favoriseront ou non tel ou tel type d'évolution ? Néanmoins, s'il inscrit sa pensée et sa démarche dans une perspective psychodynamique et en discutant la valeur du modèle étiologique, l'expert montre que la psychologie n'est justement pas réductrice ou mécaniciste, et propose à la justice une autre approche du devenir d'un sujet, fonction de l'écoute du sens de ses actes (anti-)sociaux.

Quant à la question de la réinsertion, elle est propre à montrer que la psychologie légale ne peut être rabattue sur la seule clinique. La démarche d'insertion relève du conseil en orientation et donc de la psychologie du travail, et il serait pertinent de distinguer les deux démarches.

Au-delà de l'illusion prédictive, une telle question témoigne d'une perversion de l'utilisation de la psychologie : implicitement le juge demande si la sanction pénale est suffisante, et si d'autres mesures ne sont pas nécessaires. Or l'expert, qui est dans la situation de proposer des pistes de travail (orientation, thérapie etc.) pour aider le sujet à changer, ne répond pas à une demande d'explicitation posée par le sujet lui-même, sur une stratégie « réparatrice », mais à une demande du juge : dans ce dialogue par personne interposée, que peut-on

espérer élaborer de singulier en réponse à une question que le sujet ne se pose pas ? Le devoir déontologique est de recentrer son propos sur les limites de ce qu'un sujet peut élaborer dans de telles conditions et sur les limites de l'intervention psychologique pour parer à la surutilisation de la clinique.

Jusque devant la Cour d'assises, la parole est libre, à fortiori l'écrit aussi : plutôt qu'une démarche d'adhésion stricte aux questions il est juste d'en éclairer les limites pour la préservation de l'autonomie psychique du sujet.

Responsabilité

Le texte de l'article 121-1 pose non pas un, mais deux problèmes : celui du trouble « psychique » et celui du « discernement ». Traditionnellement ce sont les psychiatres, et eux seuls, qui répondent à la question de la « responsabilité pénale » mais les questions adressées aux psychologues experts ont souvent rapport avec ces notions, et il serait hypocrite de ne pas les aborder comme telles. En effet ce n'est pas tant de responsabilité au sens strict mais de punissabilité qu'il est question dans cet article : la véritable question est le lien entre les traits de personnalité et un acte ou un processus menant à l'acte. Les magistrats sont d'ailleurs inventifs pour la poser. Par exemple : « *Dire pour ce qui est des faits dans quelle mesure la situation dans laquelle il s'est trouvé est en rapport avec les faits. Expliquer au besoin à titre d'hypothèse de quelle manière il a été conduit à les accomplir* ».

L'expert psychologue n'a aucune raison de censurer sa discussion sur le lien entre acte et structure de personnalité du sujet, au prétexte que ce serait l'examen psychiatrique qui en principe serait le seul directement consacré à cette question. Un sujet peut-il être accessible à une sanction si son niveau de développement intellectuel et moral (au sens de Piaget et de Kolberg (Bertone, Melen, Py, Somat, 1995) est très limité, si ses capacités intellectuelles, d'orientation, voire son mode de lien à autrui, ne lui ont pas permis un minimum d'anticipation sur les conséquences de ses actes ?

Du point de vue psychologique, existe-t-il une heuristique de la responsabilité (Brunet, 1999 ; Viaux, 1993) ? Ce n'est en effet pas l'intentionnalité de l'acte, ou la capacité du sujet à le prendre en charge psychiquement, qui nous renseigne sur la responsabilité, mais plus certainement son effet psychique, qu'il soit conscient ou non : l'effet de l'acte peut (a pu) être par exemple une jouissance psychique (même morbide) comme chez le pervers ou le toxicomane ; il y a alors un mécanisme (plus ou moins mentalisé) de recherche de cette mise en acte. L'effet de l'acte est aussi pour certains sujets la culpabilité sociale éprouvée parce que recherchée : on ne répond pas à la question de la responsabilité par une catégorisation des sujets, mais bien par une analyse de la place de cet acte dans l'économie psychique du sujet : faire entrer dans cette analyse des éléments psychodynamiques, cognitifs, développementaux, pourrait probablement mener à des modes moins idéologiques et plus rationnels d'attribution du quantum de responsabilité. Quand cette discussion a lieu devant une Cour d'assises, la connaissance du dossier, du parcours du sujet, la maîtrise de ses interprétations après examen sont pour le psychologue un moyen efficace de faire dépasser la seule question de la « dangerosité » traitée sur le mode catégoriel et implicitement ordinal (le sujet paranoïde est plus dangereux que le psychopathe, qui est plus dangereux que…).

Discernement

Le « discernement », concept que les juristes affectionnent, à un défaut majeur : l'incertitude sur ce que ce terme signifie… Le clinicien est-il expert en discernement ? La question se pose aussi bien pour les victimes que pour les agresseurs, mais la compétence à discerner est l'objet de nombreux débats qui n'ont pas pour fondement la psychologie. En excluant la responsabilité pénale des mineurs de 13 ans, tout en le rendant punissable de mesures éducatives dès 10 ans, le législateur français exclut par principe qu'un mineur d'un certain âge ait le discernement nécessaire à évaluer la conséquence pénale de ses actes. Cependant, le même mineur peut être considéré, dans le même temps, comme compétent à témoigner de sa victimisation, et donc être l'initiateur principal d'un processus judiciaire menant à la condamnation d'un adulte. Le mineur de 15 ans, considéré en droit français comme vulnérable et dans l'incapacité (juridique) d'accepter avec discernement des actes sexuels consentis, est donc par principe victime si celui avec lequel il a des relations sexuelles est plus âgé – est-ce recevable psychologiquement

et culturellement dans tous les cas ? Cependant, ce même mineur de 15 ans peut être considéré comme un agresseur sexuel dès lors qu'il aura eu des actes sexuels avec un sujet plus jeune que lui, et sera alors doté de la capacité de discerner l'interdit légal et moral qu'il a franchi. La même justice qui reconnaît à un sujet adulte son invalidation en le mettant sous tutelle, par le fait même qu'il est psychotique ou débile, fera souvent de cette psychose ou de cette débilité une circonstance aggravante s'il commet un délit, tout simplement parce que les experts tant psychiatres que psychologues se font facilement enfermer dans la question de la « curabilité ». L'inadaptation aux normes sociales par manque pathologique de capacité à les intégrer entraîne paradoxalement une non-discussion sur le sens de la capacité à discerner : comprenne qui pourra !

Face à cette incohérence du discours sociojudiciaire on voit tout l'intérêt d'une psychologie légale qui organise son approche de façon cohérente en intégrant toutes les données, sujet par sujet, et non selon la place du sujet face à l'appareil judiciaire. Le psychologue peut apporter des éclairages scientifiquement validés sur la compétence d'un sujet à penser, concevoir, gérer, anticiper. Cela ne fait pas du psychologue le recours indispensable à sortir la justice de ce paradoxe – mais cela crée au moins un espace de travail intéressant pour analyser d'une part ce qu'un sujet adolescent peut comprendre de ces contradictions, et démêler d'autre part ce dont la justice a besoin de comprendre pour « traiter » correctement du sujet particulier qui est dans l'une de ces postures.

Examen de victime et question de « crédibilité »[54] en matière de viol

L'examen de victime doit distinguer l'analyse de validité du témoignage – ce que l'on appelle souvent la « crédibilité », de l'analyse de la personnalité (souffrance actuelle et capacité de *coping*).

L'examen de la personnalité de la victime relève de la méthode clinique classique auquel il faut ajouter un recueil fiable des données traumatiques (par questionnaire, notamment). On manque malheureusement de travaux et de consensus sur des barèmes ou échelles de souffrance, permettant de référer ces constats. Spécifiquement concernant les enfants et les personnes peu matures, un examen du niveau de développement cognitif est indispensable pour évaluer leur capacité à témoigner, notamment en fonction des repères qui leur sont disponibles, et la cohérence de leur propos par rapport à ce niveau de fonctionnement (dans les cas d'allégations douteuses par exemple).

Pour l'analyse du témoignage, l'examen suppose un modèle d'entretien spécifique – mais l'entretien cognitif est nécessaire et rarement possible en France ou l'expert est souvent le 4e ou 5e interlocuteur de la victime et ne dispose pas des enregistrements intégraux des précédentes auditions. On ne peut par ailleurs faire de la clinique du traumatisme la pierre de touche de la « crédibilité » : les témoins d'une victimisation d'un proche (accidenté ou agressé même en leur absence, par exemple), sont parfois plus « sidérés » que la victime elle-même et souffrent après coup de véritables séquelles psychotraumatiques. Le concept moderne de résilience montre qu'à l'inverse, des victimes authentiques ne souffrent plus, passé un délai plus ou moins long, de ces mêmes séquelles. Quand il se prononce sur la crédibilité à partir du simple état traumatique, le psychologue est-il crédible ? Ce n'est pas parce que la justice pose la question qu'elle est recevable par un psychologue : ce qui est « crédible » c'est ce qui peut être cru… la science n'a rien à voir là-dedans.

De très nombreux travaux internationaux (Bertone *et al.*, 1995 ; Ceci, Bruck, 1999 ; Goodman, *et al.*, 2002 ; Mazé, *et al.*, 2004) ont montré que la démarche à mener pour valider un témoignage est tout autre. Elle relève d'une part de modalités d'entretiens et d'autre part de la construction d'un modèle de liens entre les capacités cognitives, mnémoniques et relationnelles du sujet-témoin (et/ou victime) (Bertone, *et al.*, 1995) : l'entretien cognitif ou le protocole NICDH pour enfants (Lamb, *et al.*, 2000) ont pour objet d'obtenir un récit contenants le maximum d'élé-

[54] En dépit du très passionnant rapport de la commission présidée par le procureur général Viou , après l'affaire dite d'Outreau, explicitant une autre façon de procéder aux examens d'enfants, cette demande de validation de la « crédibilité » se poursuit sous une forme plus ou moins explicite : il vaut mieux donc se préparer à y répondre que de faire comme si cette question n'existait pas.

ments constants et cohérents, cependant que le travail sur le niveau cognitif, et les données relationnelles de la personnalité permettent de relativiser ou d'expliquer comment le sujet se « soumet » plus ou moins facilement et selon les circonstances à l'aveu de ce qui lui est arrivé (en fonction de la personne à laquelle il raconte).

Non seulement se prononcer sur la « crédibilité » ou « le crédit que l'on peut accorder aux déclarations de X », est intervenir sur le fond du dossier, mais de plus cela procède d'un déplacement des compétences du psychologique vers le moralosocial de la « vérité » : à chaque fois la responsabilité éthique du psychologue est d'analyser, autant que faire ce peut, la cohérence du témoignage, et de renvoyer le juge à sa position de décideur (accepter ou non ce témoignage comme « vrai »). Ce qui suppose d'adapter son protocole d'expertise à la situation : être dans les premiers à entendre un enfant de 4 ans parler d'une agression sexuelle, ce n'est pas examiner un enfant de 12 ans, qui a été interrogé dix fois sur des faits survenus quand il avait 3 ans.

Éléments de méthodologie : de l'examen au rapport

La méthode d'examen psychologique par étapes offre le moyen d'explorer trois domaines différents : les traits de personnalité actuels, le témoignage, la dynamique du passage à l'acte (l'interaction dans les agressions contre une personne).

Quel modèle spécifique pour l'entretien d'expertise ? il n'existe pas de réponse précise à cette question : beaucoup de sujets sont expertisés en phase d'instruction et ils suivent donc leur propre intérêt de défense face à la justice, d'autres sont des falsificateurs par personnalité : l'écoute flottante, et l'absence de connaissance du dossier ne sont pas le meilleur moyen de parvenir à comprendre le pourquoi de leur propos. L'entretien doit être « précis » dans le sens d'une semidirectivité permettant d'accéder aux données pertinentes pour répondre aux questions posées.

- **Les traits de personnalité actuels.** La méthode clinique d'examen a fait ses preuves. Les tests projectifs (Rorschach, TAT, dessins, etc.) ne vont pas mettre à jour un « profil » de délinquant, qui n'existe pas, mais éclairent le clinicien sur des fonctionnements psychologiques qui ne sont pas étrangers au passage à l'acte (Cornet, *et al.*, 2003), et aussi sur les défenses du Moi qui sont liées à sa structure psychopathologique.
- **Les questionnaires**, peu prisés en France, ont une valeur d'objectivation compréhensible pour un système judiciaire et un public de plus en plus soucieux de la vérification de la démarche – outre que nombre d'entre eux comprennent des échelles dites de « mensonge » (fondées sur la tendance à la conformité sociale), qui permettent de détecter le masque mis sur les tendances non conformistes – lesquelles peuvent leurrer parfois même un bon clinicien : si les pervers n'étaient pas des manipulateurs, ce serait simple…

Les traits de personnalité ainsi relevés, une part essentielle du travail d'expert consiste à discuter deux questions :

- ces traits sont-ils « pathognomoniques » d'un comportement déviant, ou d'une souffrance psychique par victimisation, au regard de l'histoire connue du sujet – et donc quelle théorie en rend le mieux compte ?
- en quoi ces caractéristiques personnelles sont en jeu dans les faits tels que connus, et congruents avec ces faits ? Cette deuxième discussion n'est d'ailleurs possible que si le sujet coopère, en admettant sa participation.

La dynamique d'une *transgression* va au-delà de l'étude des personnalités et doit s'étayer du dossier (Viaux, 2011) : bien des cliniciens le négligent – ou n'ont pas le temps – et bien des juges estiment ne devoir communiquer que des pièces succinctes, ce qui est inadapté. Comprendre l'interaction entre des personnes (auteur/agresseur par exemple) suppose de connaître toutes les versions de la même scène. Un détail secondaire pour un enquêteur peut avoir un sens psychique éclairant, une déposition n'est pas exempte de lapsus. En donnant un aperçu global de la situation, le dossier va soutenir ce troisième temps d'expertise, au-delà du constat : avoir accès à la scène du crime – non pas sur le terrain et *de visu*, mais la scène psychique, cet autre théâtre du crime, dont les traces marquent durablement le psychisme, comme en témoignent fantasmes des auteurs (Balier, 1995) et rêves traumatiques des victimes.

L'expertise est un passage à l'acte d'écriture : « l'expertise », ce n'est que le texte remis au juge. On ne peut se contenter de reproduire un examen standard avec un compte rendu oscillant entre discours « sur », glose « psy », ou froid bilan de tests. Aussi pertinente que soit l'investigation, aussi fiables que soient les données et les raisonnements, une absence de transcription correcte, rendent confuses les analyses et incompréhensibles les conclusions.

Ce texte ne s'adresse pas qu'au juge (Viaux, 2003) : l'écriture doit permettre de résoudre une étrange quadrature : répondre à l'un en s'adressant à chacun des autres puisque toutes les parties au procès civil ou pénal ont accès aux expertises : le secret n'existe pas en matière d'expertise, parce qu'il serait une violation des droits des personnes à une procédure équitable. Donc ce texte s'adresse au juge, parce qu'il est le prescripteur, au sujet criminel parce qu'il est l'auteur de l'acte, mais aussi (et c'est infiniment plus complexe) à ceux qui ne sont ni demandeurs, ni auteurs (la victime et son entourage). L'expertise n'est pas que « compte rendu », mais bien une « adresse à », un discours : il faut organiser la lisibilité de ses données, faire comprendre son raisonnement, discuter ses résultats. Il faut accepter ce rituel, même s'il est moins contraignant que dans les pays anglo-saxons, et faire avec… ou ne pas faire d'expertise. Mesurer l'efficacité de ce discours revient à évaluer comment en quoi chacun en a reçu sa part et a pu en entendre quelque chose de signifiant. Les travaux manquent pour affirmer que tel procédé est meilleur que tel autre, que le style « pédagogique » est plus efficace que l'affirmatif-péremptoire, ou l'expertise « technique » (Mazé, *et al.*, 2004).

Nos collègues québécois (Brunet, 1999) ont fixé des règles strictes de composition des rapports, interdisant par exemple (au nom de l'article 75 de leur Code de déontologie) d'y mettre des données brutes non interprétées, telles les réponses au Rorschach, ou enjoignant de rappeler la méthodologie d'investigation. Nous sommes très loin en France de ces préoccupations et on ne peut que le regretter.

Rédiger une expertise est un travail de synthèse (il ne s'agit pas de tout écrire, de ne faire que citer comme un sténographe les paroles du sujet) dont le plan récurrent est ordinairement :

- une analyse anamnestique nourrie du discours du sujet comparée aux données du dossier ;
- des données sur la personnalité (modalité du discours et examen par tests) ;
- une discussion qui porte à la fois sur le diagnostic (en quels termes on peut caractériser le fonctionnement de la personnalité), et sur le sens des conduites, de l'acte, ou du conflit dont il est question dans la procédure, par rapport à l'économie psychique du sujet dont on parle ;
- la conclusion doit lister une par une les réponses aux questions, sans omettre clairement d'indiquer quand une question n'a pas de réponse (exemple : quand un présumé auteur ne reconnaît pas les faits, on ne peut raisonner sur ce qui l'a poussé à les commettre…).

Rédiger un rapport est plus que faire une sorte d'étude de cas clinique. Dans le cas spécifique des actes criminels, la déposition orale en Cour d'assises peut être requise. C'est un exercice périlleux : les jurés ne connaissent ni le dossier, ni la psychologie, sauf ce qu'ils en ont entendu à la télévision, c'est-à-dire des idées fausses. L'expert se doit de ne pas schématiser sans jargonner, d'être précis sans se laisser entraîner à des hypothèses invérifiables par des questions d'avocats, ne pas polémiquer mais savoir exprimer fermement le pourquoi de son désaccord avec un autre expert. À moins d'être rompu à cet exercice, une déposition en Assises se prépare, sachant que l'on ne doit pas lire son rapport, mais ne rien dire qui ne soit déjà dans le rapport : se faire une fiche résumée est un bon moyen pour y parvenir.

Références

Andronikof, A. (2000). L'expertise en matière pénale : une mission à haut risque. *Connexions, 2000*(74), 47–60.

Balier, C. (1995). Psychanalyse des comportements violents (2e ed.) (287p). Paris : PUF.

Bertone, A., Melen, M., Py, J., & Somat, A. (1995). *Témoins sous influences* (254p). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Brunet, L. (1999). *L'expertise psycholégale, balises méthodologiques et déontologiques* (349p). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Cornet, J.-P., Giovannangelli, D., & Mormont, C. (2003). *Les délinquants sexuels : théories, évaluation, et traitements* (210p). Paris : Frison-Roche.

Ceci, S., & Bruck, J. (1999). *L'enfant témoin, une analyse scientifique des témoignages d'enfants* (417p). Bruxelles : De Boeck Université.

Goodman, G., Batterman-Faunceb, S., Schaaf, J. M., & Kenneyd, J. M. (2002). 4 years after an event : children's eyewitness memory and adults' perceptions of children's accuracy. *Child Abuse & Neglect, 26*(8), 849–884, 2002.

Lamb, M. E., Sternberg, C., Esplin, P. W., Hershkowitz, I., & Orbach, Y. (2000). Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 733–752.

Mazé, C., Finkelstein, R., & Quentin, M. (2004). Un jury sous influence l'impact des affects, du type d'expertise et des circonstances aggravants sur l'activité décisionnelle des jurés. *Psychologie Française, 44*(4), 357–372.

Tostain, M. (1999). *Psychologie morale et culture* (347p). Grenoble : PUG.

Viaux, J.-L. (1993). Approche psychologique de la responsabilité de l'enfant. *Transition, 34*, 19–32.

Viaux, J.-L. (1994). *Adolescent victime : Adolescent délinquant ?* (Vol. 5) (pp. 45–47). Paris : FORENSIC.

Viaux, J.-L. (2002). Evaluation des mauvais traitements sur les enfants : un processus méthodologique. In P. Durning, & M. Gabel (Eds.), *Evaluation(s) des maltraitances : prudence et rigueur* (pp. 143–176). Paris : Fleurus.

Viaux, J.-L. (2003). *Psychologie Légale* (351p). Paris : Frison-Roche.

Viaux, J.-L. (2011). *Les expertises en psychologie légale, Revigny sur Ornain, Les éditions du journal des psychologues* (284p).

CHAPITRE 29

Le médecin coordonnateur dans le sillage de la loi du 17 juin 1998

Jean-Louis Senon, Guillaume Davignon

Le rapport Balier qui a précédé la promulgation de la loi du 17/06/1998 a considéré comme indispensable une interface entre le médecin traitant (ou le psychologue traitant) et le juge de l'application des peines pour faciliter la prise en charge psychothérapique de la personne auteur de violences sexuelles. La loi du 17/06/1998 a ainsi mis en place un médecin coordonnateur. Le rôle du médecin coordonnateur est de faciliter l'injonction de soins du suivi sociojudiciaire prévu par la loi, conformément à l'avis de l'expert en présententiel : 1 342 condamnations à un suivi sociojudiciaire ont été prononcées en 2009, dont 66 % comportaient une injonction de soins ; 220 médecins coordonnateurs exerçaient à cette date.

Dispositif légal de l'injonction de soins et cadre de travail du médecin coordonnateur

Plusieurs lois successives précisent l'injonction de soins et la place du médecin coordonnateur :

- la loi du 17/06/1998 prévoit la possibilité d'une condamnation à un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins. La loi de 1998 concerne essentiellement les auteurs de violences sexuelles ;
- la loi du 12/12/2005 élargit l'injonction de soins à tous les auteurs des infractions les plus graves ;
- la loi du 10/08/2007 implique le dispositif de l'injonction de soins aux peines d'emprisonnement assorties d'un sursis avec mise à l'épreuve pour une infraction faisant encourir le suivi sociojudiciaire, à la surveillance judiciaire et à la libération conditionnelle ;
- la loi du 25/02/2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale étend le champ de l'injonction de soins à la surveillance de sûreté.

On remarque donc que le champ de l'injonction de soins, initialement conçu pour les auteurs de violences sexuelles, s'est considérablement élargi à tous les auteurs de crimes graves, ceux qui relèvent de la surveillance judiciaire ou de la surveillance de sûreté.

La nomination du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est choisi par le juge de l'application des peines sur la liste prévue à l'article L3711-1 du Code de la santé publique. Cette liste est établie tous les 3 ans par le procureur de la République après avis du Conseil départemental de l'Ordre des médecins et du directeur de l'Agence régionale de santé. Peuvent être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs, à leur demande : les psychiatres qui exercent en

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

qualité de spécialistes depuis au moins 3 ans, les psychiatres qui ont exercé en qualité de spécialistes pendant au moins 5 ans, les médecins autres que les psychiatres ayant suivi une formation délivrée par une université ou un organisme agréé de formation médicale continue.

Les missions du médecin coordonnateur

Les missions du médecin coordonnateur sont prévues par la loi du 17/06/1998 :

- Le médecin coordonnateur convoque la personne soumise à l'injonction de soins et dans un entretien lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure. Ce premier entretien peut être fait à la fin de la détention ou le plus précocement possible après la libération de celle-ci. Il est rappelé que l'injonction de soins prend effet au premier jour de la libération, après la détention du sujet.
- Le médecin coordonnateur fait une évaluation clinique précise de la psychopathologie du sujet, en se situant dans la continuité des expertises déjà réalisées en présententiel ou en prélibération. Le médecin coordonnateur dispose, transmis par les services du juge de l'application des peines, d'éléments du dossier pénal de la personne sous injonction de soins (contrairement aux obligations de soins) : jugement, expertises présententielles ou de prélibération. Le médecin coordonnateur réalise ainsi une évaluation longitudinale de l'évolution de la personne. Il prend en compte notamment l'évolution de la psychopathologie de la personne, un éventuel trouble de la personnalité, la façon dont la personne s'approprie les faits pour lesquels elle a été condamnée et prend en compte la victime, le travail psychothérapique individuel ou de groupe réalisé pendant la peine de prison, l'implication dans la prise en charge, l'accompagnement du sujet, le maintien des liens familiaux et amicaux, le projet d'insertion et son articulation avec le projet de prise en charge ambulatoire et la nécessité d'un traitement.
- Le médecin coordonnateur incite la personne sous injonction de soins à faire le choix d'un médecin traitant ou d'un psychologue traitant. Si la personne sous injonction de soins propose des praticiens inadaptés, il incite l'intéressé à faire un autre choix. Si l'intéressé maintient ses choix inadaptés, le médecin coordonnateur peut faire appel au juge de l'application des peines. Le médecin coordonnateur facilite l'accès au médecin traitant ou au psychologue traitant par sa connaissance du réseau régional de praticiens.
- Le médecin coordonnateur fait parvenir au médecin traitant ou au psychologue traitant choisi par la personne relevant de l'injonction de soins, un courrier en recommandé l'informant du choix réalisé par la personne, en lui demandant de confirmer en recommandé son acceptation de prise en charge. Une fois celle-ci reçue, il fait parvenir au médecin traitant ou au psychologue traitant les éléments du dossier : jugement et expertises antérieures, tels qu'ils lui ont été transmis par les services du juge de l'application des peines. Si la personne relevant de l'injonction de soins souhaite changer de médecin traitant ou de psychologue traitant, le médecin coordonnateur informe ses praticiens, de même que le juge de l'application des peines, du nouveau choix réalisé par la personne.
- Le médecin coordonnateur doit convoquer la personne condamnée au moins une fois par trimestre et avec une plus grande fréquence si la personne est en période critique, ceci afin de faire le bilan de sa situation et de transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins. Le médecin coordonnateur fait parvenir au juge de l'application des peines, une fois par an, un rapport comportant les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins.
- Le médecin coordonnateur est à la disposition du médecin traitant ou du psychologue traitant pour une éventuelle analyse clinique partagée, notamment dans les moments difficiles de l'évolution de la personne.
- En cas de rupture du contrat de soins avec le médecin traitant ou le psychologue traitant, ou quand ces praticiens sont préoccupés par l'évolution de la personne, ils ont toute possibilité de saisir le médecin coordonnateur qui peut, si nécessaire, informer dans les délais les plus brefs, le juge de l'application des peines qui, comme le procureur de la République, peuvent recadrer la personne relevant de l'injonction de soins.

La loi du 17/06/1998, en créant la fonction de médecin coordonnateur, a établi un lien possible

mais conforme à la déontologie entre le soignant et le juge, dans l'intérêt des personnes en injonction de soins. Ce dispositif pertinent pour les auteurs de violences sexuelles a été élargi par les lois ultérieures à l'ensemble des auteurs de crimes graves. La fonction de médecin coordonnateur devrait contribuer à un suivi psychologique approfondi et durable pour les personnes dont l'indication d'une injonction de soins est confirmée. L'élargissement à tous les crimes graves reste très problématique.

Bibliographie

DGS, ministère de la Santé, DACG, ministère de la Justice. (2009). Guide de l'injonction de soins. http://www.sante.gouv.fr/l-injonction-de-soins.html consulté le 12 avril 2013.

Joseph-Jeanneney, B., Lecoq, G., Beau, P., & IGAS, ministère de la Santé, IGS, ministère de la Justice. (Février 2011). Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000147/index.shtml consulté le 12 avril 2013.

Chapitre 30

Pourquoi une psychocriminologie clinique ?

Dianne Casoni

Cette question est des plus pertinentes dans le paysage criminologique actuel. Bien que les connaissances acquises depuis un siècle ont permis de constituer un corpus criminologique solide qui puise dans plusieurs disciplines comme le droit, la philosophie, la sociologie, la psychologie et autres disciplines appliquées, dont la psychiatrie et la psychanalyse, et que le défi interdisciplinaire de la criminologie a donné lieu à des réflexions fondamentales qui ont contribué à son développement, l'exercice de la clinique criminologique rencontre des défis complexes.

La position du psychocriminologue clinicien au sein d'institutions de contrôle social est souvent inconfortable et parfois paradoxale, comme c'est le cas actuellement dans le système carcéral au Canada. Les défis sont nombreux et exigent de la psychocriminologie qu'elle prenne position par rapport à la protection de la société, au respect des processus de changement et de réinsertion sociale des individus et à l'exigence de loyauté des institutions. Des contraintes d'espace limiteront cet essai à une situation précise ; celle de la fonction du psychocriminologue au sein du système carcéral canadien servira d'illustration pour réfléchir aux enjeux liés à l'évolution de deux concepts clés en psychocriminologie, ceux de personnalité criminelle et d'état dangereux. Nous montrerons d'abord comment l'évolution de ces concepts a réduit le champ de la clinique psychocriminologique au Canada, puis nous examinerons quelques pistes pour sortir de l'impasse.

Ce qui aujourd'hui est communément désigné en langue française comme une psychocriminologie clinique a d'abord été conçu par Garofalo au XIX^{e} siècle comme une criminologie clinique. Pinatel (1954) s'est particulièrement investi au cours du siècle dernier à définir l'objet de la criminologie clinique, décrit comme une discipline appliquée semblable à la clinique médicale dans laquelle diagnostic, pronostic et traitement constituent les principales fonctions du clinicien. Pinatel est cependant mieux connu pour son concept de personnalité criminelle basée sur les quatre dimensions essentielles que sont l'égocentrisme, la labilité, l'agressivité et l'indifférence affective. Ces dimensions de la personnalité sont conceptualisées comme étant en interaction avec les milieux culturel et social des individus, ce qui témoigne de l'effort constant de Pinatel pour penser les déterminants de la délinquance selon une perspective véritablement dynamique.

La notion de personnalité criminelle a donné lieu à un développement soutenu tant du côté des auteurs de langue française que de ceux de langue anglaise. Il suffit de rappeler que l'étude de la personnalité criminelle a été florissante et a donné naissance à plusieurs autres désignations qui s'en rapprochent, dont la personnalité délinquante, la personnalité antisociale, la psychopathie ainsi qu'à diverses classifications nosographiques basées sur des traits dits antisociaux. Ce développement a aussi donné naissance à des outils diagnostiques qui, contrairement au souhait de Pinatel, ne ciblent que des éléments statiques

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

associés statistiquement aux traits dits antisociaux ou délinquants. La notion de personnalité (criminelle/délinquante/ antisociale/psychopathique) s'est cependant vue attribuer un rôle surdéterminant dans la construction de divers outils diagnostiques en raison, d'une part, du caractère étiologique assigné à la notion de personnalité et, d'autre part, de la stabilité attribuée à la personnalité comme construit théorique. Selon la conceptualisation la plus courante de la personnalité antisociale, comme de la psychopathie sa forme la plus grave, il s'agirait là d'un état psychologique non seulement durable, mais qui est souvent vu comme intraitable. Les grilles de prédiction de la récidive utilisent presque toutes des dimensions visant à diagnostiquer la personnalité antisociale ou psychopathique, ce qui revient à leur attribuer un poids disproportionné et qui perdure dans le temps puisque les résultats des tests administrés en détention préventive suivent les détenus jusqu'à leurs requêtes de libération conditionnelle qui sont très souvent déposées bien des années plus tard.

La circularité du diagnostic de personnalité antisociale, qui repose en grande partie sur des actes posés, impose de plus de grandes limites et constitue un argument de poids en faveur des définitions proposées il y a un demi-siècle par des auteurs comme Pinatel, qui cherchaient à cerner des caractéristiques essentiellement psychologiques dans leurs descriptions d'une personnalité criminelle. Bien que le paradigme de personnalité antisociale, voir psychopathique, soit issue en droite ligne des travaux sur la personnalité des délinquants effectuées au cours des années 1950, des différences fondamentales distinguent les concepts actuels de ceux-là. Ces notions se rejoignent toutefois dans leur recours au concept de personnalité (criminelle ou antisociale) pour prédire la récidive criminelle.

La seconde contribution de Pinatel est au tout aussi bien connue que la précédente, il s'agit de l'application de la notion d'état dangereux au corpus psychocriminologique. Ses travaux sur l'état dangereux témoignent de ses ambitions scientifiques pour la criminologie clinique et, en particulier, de son souhait de voir se développer des tables de prédiction de la récidive qui comprendraient tous les éléments dynamiques et interactionnels qui contribuent au passage à l'acte. La notion d'état dangereux a été empruntée à la clinique psychiatrique, plus précisément à la clinique des personnes souffrant de psychopathologies sévères, comme la schizophrénie ou la psychose paranoïde, chez qui il incombait d'identifier les indices d'une crise imminente susceptible de les mettre ou de mettre autrui en danger. La transposition de la notion d'état dangereux de la sphère médicale à la sphère criminologique a beaucoup occupé Pinatel, qui cherchait comment mesurer la dangerosité pré- et post-délictuelle.

Alors que la prédiction de l'état dangereux visait à empêcher une crise imminente en se basant sur des indices manifestes tels des menaces verbales, des actes d'intimidation ou une escalade de l'agressivité envers une victime désignée, la tâche assignée au psychocriminologue clinicien vise surtout à prévoir la dangerosité générale et à long terme d'un individu donné ; ce qui est vu, à juste titre, comme une mission à toutes fins utiles impossible. Le déplacement de la sphère psychiatrique à la sphère criminologique du concept de danger comportait en effet de très grandes difficultés. Les études de la fiabilité du jugement clinique en psychocriminologie montrent d'ailleurs la tendance des cliniciens à surévaluer le danger, et c'est pour cette raison que des mesures dites objectives de diagnostic et de classement des individus selon leur degré de dangerosité ont été recherchées. Le développement de ces mesures a cependant éventuellement marqué l'abandon progressif du concept de dangerosité au profit d'une désignation qui constitue, en fait, la finalité même de ces outils ; c'est par un terme technique en statistique, la prédiction du risque, que les concepts d'état dangereux et de dangerosité ont été remplacés.

Au danger se substitua ainsi le risque de récidive basé fondamentalement sur le calcul actuariel. Le souhait de Pinatel de voir se développer des tables de prédiction qui intégreraient aux comparatifs actuariels et aux dimensions statiques les dimensions dynamiques associées à l'histoire personnelle, au contexte et à la situation sociale de l'individu dans son rapport au passage à l'acte délictuel, demeure en ce sens toujours un idéal à atteindre. La notion de risque, tel qu'elle est conçue statistiquement aujourd'hui, aurait-elle satisfait les exigences scientifiques de Pinatel ?

Sans doute que le statisticien en lui y aurait vu une tentative d'objectivation et d'opérationnalisation utile de la notion de dangerosité, mais qu'en aurait-il été du criminologue qui soutenait fermement l'approche clinique en criminologie ? Il est permis d'imaginer que la perspective purement statistique du risque aurait été vue comme étant incompatible avec la mission du clinicien puisqu'elle fait fi de l'appréciation qualitative du danger futur en termes de gravité, d'imminence et de vulnérabilité, par exemple. En ce sens, l'application d'outils de prédiction du risque de récidive criminelle comporte un certain appauvrissement d'une notion clinique, certes imparfaite, mais utile en ce qu'elle se centre sur l'essentiel, la protection de la société d'un danger prévisible plutôt que d'un risque, notion ambiguë qui conduit plus facilement à des abus ; ne serait-ce que parce qu'il est difficile de soutenir qu'un individu ne présente aucun risque, alors que l'on peut imaginer qu'il puisse ne présenter aucun danger ni pour lui-même ni pour autrui.

Le passage de la notion de danger à celle de risque signe en ce sens un appauvrissement de la clinique psychocriminologique car elle se prête beaucoup moins bien à la réflexion sur les conditions dynamiques du processus de passage à l'acte. La notion de risque entraîne aussi une bureaucratisation des activités cliniques plutôt qu'une objectivation de celles-ci, puisque les outils développés sont essentiellement de nature nomothétique et fondamentalement unidimensionnels. Ces instruments servent à comparer l'individu à des groupes ou à des normes théoriques, ils sont constitués le plus souvent de grilles qui n'exigent que très peu d'habiletés ou de connaissances cliniques pour les administrer et les interpréter, rendant la clinique psychocriminologique certes plus uniforme, mais aussi réductrice et impersonnelle. Si cet appauvrissement et cette bureaucratisation se faisaient au profit d'une meilleure protection de la société grâce à une évaluation juste et fiable du risque criminel, ou du danger de violence, ces constats n'auraient guère de poids. Toutefois, les outils développés pour prédire le risque de récidive se révèlent bien imparfaits en ce qu'ils surestiment grandement le risque de récidive criminelle. À ce propos, Vacheret et Cousineau (2005), entre autres chercheurs, ont montré que, depuis le recours systématique à une batterie d'outils normalisés de diagnostic et de prédiction du risque par le système correctionnel canadien, l'octroi de libérations conditionnelles connaît une baisse significative, de concert avec une augmentation des libérations d'office, soit des libérations réglementaires aux 2/3 de la peine. Par exemple, sur une cohorte annuelle de candidats potentiels à une libération anticipée, plus de 82 % des détenus présentaient un risque dit élevé de récidive, en raison duquel ils ne pouvaient obtenir de libération anticipée. Ce type de classements de risque, calculé à l'aide de plusieurs outils actuariels, accorde une valeur statistique prépondérante à un petit nombre de facteurs statiques, comme la nature des délits antérieurs et celle du délit actuel, qui ont une valeur disproportionnellement élevée dans le calcul des risques de récidive que présenterait un individu donné. Ce système de classement s'avère ainsi davantage objectifiant qu'objectivant puisque, parmi le nombre de libérés d'office de la cohorte à être réincarcérés, la majorité l'a été pour non-respect d'une condition de leur libération alors que seul un faible pourcentage, soit 2,5 %, l'a été pour un délit de nature violente (Vacheret et Cousineau, 2005). Le nombre de faux positifs ainsi identifiés par les outils de mesure utilisés par le système carcéral canadien est exagérément élevé ce qui, rappelons-le, constitue encore à ce jour un des arguments principaux invoqué à l'encontre du recours au jugement clinique dans le travail du psychocriminologue.

Ces observations mettent en lumière un bon nombre de constats. L'intérêt pour la personnalité délinquante, sous toutes ses désignations, de même que celui pour l'état dangereux perdurent en psychocriminologie depuis les débuts de la discipline. Toutefois, le développement de ces deux notions semble mener à une impasse clinique ou, du moins, à favoriser une certaine dérive sécuritaire. Pour ce qui en est de la conception de la personnalité (criminelle/délinquante/antisociale/psychopathique), la dérive principale semble provenir de la conception d'un diagnostic de *personnalité* comme d'un état permanent puis, de là, à une conception de l'homme réduit à son agir. Plusieurs arguments militent contre une telle vision dont le succès d'un grand nombre de programmes de réinsertion sociale et de plusieurs modes de traitement pour les auteurs de crimes divers ainsi que l'existence de courbes

d'activité criminelle qui, même en l'absence de traitement ou de mesures pénales, montrent un abandon progressif des activités criminelles pour un grand nombre. Quant à la notion d'état dangereux, elle posait déjà des difficultés lorsqu'il s'agissait de prédire un comportement imminent envers une victime connue, l'extension de la notion de prévention jusqu'à comprendre une période temporelle indéterminée et des victimes inconnues rend la notion d'autant plus problématique qu'elle requiert un niveau de précision prédictive impossible à réaliser. Enfin, l'amalgame des notions de personnalité antisociale et de prévention du risque, où les mêmes dimensions sont factorisées plusieurs fois, constitue une manifestation tangible d'un potentiel de dérive sécuritaire qui avait été anticipée depuis bon nombre d'années. Devant un tel tableau, comment y trouver la place d'une psychocriminologie véritablement clinique ?

D'abord, la psychocriminologie, de par son inscription en criminologie, est bien placée pour exercer un regard critique sur les particularités des systèmes au sein desquels les cliniciens œuvrent ; en raison des recherches menées, du développement de la théorisation criminologique et de l'interdisciplinarité du champ, l'apport psychocriminologique peut participer à la réflexion sur la problématique posée par les missions paradoxales du psychocriminologue au sein de systèmes de contrôle social. Pour ce qui en est de la réalité spécifiquement canadienne dont il a été question, un changement de perspectives s'impose. La perspective phénoménologique introduite en criminologie par De Greeff (1950) au siècle dernier a renouvelé en son temps le regard clinique porté sur l'infracteur, qui devint moins un objet d'étude qu'un sujet participant à l'examen. Cette perspective l'a conduit à porter son intérêt sur *l'homme* dans la pluralité de ses expériences plutôt que sur le *délinquant* tel que défini par sa personnalité et sa conduite. Sa démarche le mena aussi à s'intéresser à la manière de se comporter du clinicien, notamment à sa disponibilité affective et à ses interactions avec ces hommes. Sans reprendre ici les propositions cliniques et théoriques de celui qui inaugura une criminologie clinique à l'école de Louvain (Digneffe et Adam, 2004), son exemple peut servir de pistes pour éviter certaines impasses et dérives. Comme De Greeff l'a observé, le lien tissé avec le sujet de l'examen ou du suivi compte pour beaucoup dans la relation de confiance qui se développe avec le clinicien ; les recherches les plus récentes sur l'efficacité thérapeutique le démontrent bien, c'est la capacité de créer et de maintenir une alliance thérapeutique qui constitue la dimension la plus importante dans le succès thérapeutique (Lecompte *et al.*, 2004).

La recherche de sens, le besoin de comprendre ses expériences personnelles présentes et passées et de vivre ce processus dans le contexte sécuritaire qu'offre la relation thérapeutique, et encore plus la relation transférentielle, sont désormais reconnus comme des éléments qui contribuent au changement thérapeutique. Les contraintes qui caractérisent la pratique en milieu de détention doivent aussi être reconnues comme faisant partie des éléments susceptibles d'influencer la qualité de la clinique psychocriminologique. De même, la supervision psychocriminologique, essentielle à l'exercice toute fonction clinique, ne devrait pas faire l'objet de contrôle institutionnel ou administratif afin que les enjeux liés à l'institution en soient complètement exempts, laissant au clinicien une aire libre pour penser. La tentation de s'identifier à l'institution nuit au jugement clinique puisqu'elle est susceptible d'introduire de la confusion dans les objectifs cliniques et de favoriser les confits de rôles nuisibles au travail clinique. En réintroduisant la recherche du sens des processus en œuvre chez les personnes rencontrées, en cherchant à les connaître et à les comprendre comme des individus, des acteurs de plein droit, plutôt que des délinquants ou des détenus réduits à leurs actes et soumis à notre contrôle administratif, en revalorisant les relations humaines plutôt que la gestion de cas, la pertinence du travail clinique deviendra plus évidente pour les psychocriminologues eux-mêmes et, souhaitons-le, éventuellement, pour les systèmes en place aussi.

Références

De Greeff, É. (10–19 septembre, 1950). Criminogenèse, 11e rapport général au 2e Congrès international de criminologie (pp. 267–306). Paris, Martel, Givors, 1950.

Digneffe, F., & Adam, C. (2004). Le développement de la criminologie clinique à l'École de Louvain : une clinique interdisciplinaire de l'humain. *Criminologie*, *37*(1), 43–70.

Lecompte, C., Drouin, M.-S., Savard, R., & Guillon, V. (2004). Qui sont les thérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, *25*(3), 73–102.

Pinatel, J. (1954). *Le problème de l'état dangereux du point de vue de la criminologie appliquée, IN Jean Pinatel 2e cours international de criminologie 14 septembre au 23 octobre 1953* (pp. 327–343). Melun.

Vacheret, M., & Cousineau, M.-M. (2005/4). L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien : regards sur les limites d'un système. *Déviance et Société*, 29, 379–397.

Introduction au droit pénal

Chapitre 31

Michel Massé

Le *droit* est un ensemble de normes pouvant avoir une grande proximité avec la morale et l'éthique. Deux différences essentielles existent cependant :

- leurs champs respectifs ne se recoupent pas entièrement (le meilleur exemple en est l'inceste, interdit anthropologique majeur qui n'est cependant pas sanctionné entre adultes consentants) ;
- les règles de droit sont obligatoires, sanctionnées par l'État.

Le *droit pénal* exprime des valeurs dont l'importance est telle, à un moment donné dans une société donnée, que leur non-respect déclenche la plus grave de toutes les sanctions étatiques : la peine, longtemps définie comme « afflictive » et « infamante », qui fait mal et qui fait honte ; la seule sanction par laquelle le droit s'autorise la violence. La prison est violence, jusqu'à utiliser le feu contre les tentatives d'évasion. Et, lorsqu'elle n'est pas prononcée *ab initio*, la prison est à l'horizon de toutes les autres peines si on ne s'y soumet pas. De là viennent, interactives, la contrainte et la stigmatisation inhérentes au droit pénal.

Le droit pénal *spécial* énumère l'ensemble des transgressions (appelées infractions) sanctionnées par des peines. Le droit pénal *général* regroupe les règles communes à toutes les infractions ou à certaines catégories d'entre elles, comme les classifications permettant d'organiser l'ensemble ou les problématiques conduisant à énoncer les conditions de la responsabilité. Ces deux « branches » sont contenues dans le Code pénal. La marche à suivre, plus exactement la manière de procéder, pour interpeller, garder à vue, perquisitionner, juger, prononcer des peines et les exécuter… sont précisément définies par la loi et constituent la *procédure pénale* à la quelle un autre code est consacré.

Au delà de ces trois branches, qui sont évoquées ci dessous, le droit pénal fait l'objet de développements et raisonnements spécifiques : droit pénal des affaires, droit pénal du travail, droit pénal international… Deux de ces approches sont abordées dans cet ouvrage : le droit pénal des mineurs et le droit de l'exécution des peines.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Droit pénal général

CHAPITRE 32

Michel Danti-Juan

Le droit pénal peut être défini comme l'ensemble des règles juridiques qui organisent dans un pays la réaction de la puissance publique contre les infractions et ceux qui les commettent. Les infractions s'entendent des comportements qui, portant une atteinte aux valeurs essentielles de la société, se voient réserver les sanctions les plus sévères parmi celles que comporte l'arsenal juridique (prison, amende, etc.). Ceux qui les commettent sont des personnes physiques, faites de chair et de sang, mais aussi, depuis 1994, des personnes morales (sociétés, établissements publics, etc.), dont il ne sera pas tenu compte dans cette introduction. Le contenu du droit pénal a évolué. Progressivement s'est opérée une synthèse des règles juridiques traitant des questions communes à toutes les infractions (tentative, complicité, trouble mental, minorité, etc.). Elles forment le droit pénal général qui traite des questions transversales se posant à propos de n'importe quelle infraction. Or on peut dire que cette matière s'organise autour de trois principes fondamentaux : le principe de légalité, le principe de matérialité et le principe de culpabilité.

Le principe de légalité

Le principe de légalité signifie qu'il ne peut exister d'infraction et de peine en dehors d'un texte de loi en donnant la définition. Son apparition en droit français remonte à 1789, en réaction contre le droit pénal de l'Ancien Régime qui était coutumier et dans lequel l'appréciation de ce qui était pénalement répréhensible était dans une large mesure abandonnée à l'arbitraire des juges. Le droit révolutionnaire, soucieux de protéger la liberté, devait proclamer le principe de la légalité des délits et des peines dans la fameuse Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (art. 7 et 8). Il donnait en outre un prolongement particulièrement rigoureux à ce principe dans les lois de l'Assemblée constituante qui, en 1791, ont représenté le premier véritable Code pénal français. Les infractions y étaient définies très précisément et classées en trois catégories de gravité décroissante, à savoir les crimes, les délits et les contraventions. Par ailleurs, le Code pénal de 1791 mettait en place un système de peines fixes, c'est-à-dire que pour chaque infraction correspondait une peine précise que le juge devait appliquer sans qu'aucun pouvoir d'adaptation ou de modulation ne lui soit reconnu.

Par la suite, le principe de légalité des peines s'est peu à peu assoupli. Dès 1810, le Code pénal napoléonien qui succédait au Code pénal révolutionnaire conservait la stricte légalité des incriminations, mais remplaçait le système des peines fixes par une fourchette de peine, chaque infraction exposant son auteur à une sanction comprise entre un minimum et un maximum entre lesquels les juges retrouvaient un pouvoir de modulation. Dans l'actuel Code pénal qui date de 1994, il n'existe plus que des peines maximums, le principe étant que les juges peuvent réduire ces peines à leur guise. Plus tard, la légalité des incriminations a connu elle aussi de sérieux assouplissements. Jusque-là définies par des lois au sens strict du terme (textes émanant du Parlement), on a commencé à voir des infractions définies dans de simples décrets-lois (fin de la III^{e} République) et à partir de 1958 (V^{e} République), les contraventions sont tombées dans la sphère de compétence de l'exécutif, le Parlement ne conservant sa compétence que pour la définition des crimes et des délits (art. 34 et 37 Constitution de 1958 et art. 111-2 CP).

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Aussi certains se sont-ils demandés s'il ne serait pas préférable aujourd'hui de parler du principe de « textualité » plutôt que de légalité. C'est une suggestion d'autant plus pertinente que la définition des infractions est aussi inspirée plus ou moins directement par des traités ou des conventions internationales qui se situent au-dessus des lois dans la hiérarchie des normes.

Il faut ajouter qu'il existe trois principes qui découlent directement de la légalité et qui en sont à ce titre indissociables. C'est d'abord le principe de l'égalité qui a, comme la légalité, une valeur constitutionnelle, mais qui trouve surtout sa principale expression à travers la tonalité générale et impersonnelle de la loi. C'est ensuite le principe de la non-rétroactivité qui signifie que la loi n'a d'effet que pour l'avenir. C'est enfin le principe d'interprétation stricte de la loi pénale qui contraint les juges à respecter la volonté du législateur dans l'application qu'ils font des textes d'incrimination.

Le principe de matérialité

Le principe de matérialité signifie que le droit pénal n'incrimine pas des sentiments ou des pensées et qu'il est indispensable pour que la répression s'exerce, que le comportement infractionnel se soit matérialisé d'une manière ou d'une autre.

Les manifestations de ce principe sont assez nombreuses et la principale d'entre elles s'exprime à travers le fait que, dans le Code pénal, le législateur précise la matérialité des infractions et décrit la plupart du temps des crimes, des délits ou des contraventions dont l'accomplissement est réussi. Par exemple le meurtre est le fait de donner volontairement la mort à autrui (art. 221-1), le vol est la soustraction frauduleuse de la chose d'autrui (art. 311-1), etc. De plus, la jurisprudence et la doctrine ont établi une véritable classification des infractions en fonction de la façon dont elles se matérialisent, ce qui leur a permis de mettre en évidence les intérêts pratiques et concrets qui s'attachent aux diverses distinctions ainsi opérées. Par exemple, on distingue les infractions instantanées, qui se matérialisent en un instant précis (ex. : le vol), des infractions continues dont la matérialité dure dans le temps avec persistance de l'intention coupable de l'agent (ex. : le recel), le point de départ du délai de prescription étant évidemment plus tardif dans le second cas que dans le premier. On oppose aussi les délits d'occasion consistant à incriminer un comportement dès sa survenance (ex. le vol) aux délits d'habitude consistant à incriminer la réitération d'un comportement (ex. : l'exercice illégal de la médecine) avec des intérêts pratiques divers.

Cela dit, on est aussi frappé par les nombreuses atténuations qui affectent ce principe de matérialité. Au sein même des classifications dégagées à cet égard, certaines montrent que le législateur attache parfois davantage la répression à un comportement qu'à un acte à proprement parler. Ainsi à côté des infractions d'action qui comme leur nom l'indique impliquent un acte (ex. : acte homicide dans le meurtre), il existe des infractions d'omission à travers lesquelles on incrimine la passivité de l'agent (ex. défaut d'assistance à personne en péril). On découvre aussi que le législateur s'autorise quelquefois à incriminer non seulement le comportement infractionnel produisant un résultat dommageable (ex. : infractions de résultat comme le meurtre ou les violences), mais aussi directement la mise en œuvre de moyens propres à le faire survenir (cas des infractions de moyens tel l'empoisonnement qui se trouve réalisé par la seule administration d'une substance mortifère à la victime, peu important finalement le sort de cette dernière).

D'ailleurs, plus généralement, le Code pénal punit la simple tentative dès lors qu'elle est caractérisée par un commencement d'exécution (art. 121-5 CP). L'infraction manquée est également punissable et la jurisprudence est même allée plus loin encore en admettant la punissabilité de l'infraction impossible, notamment à travers le célèbre arrêt Perdereau (1986), dans lequel la tentative d'homicide volontaire a été retenue contre un individu qui, avec l'intention de donner la mort, avait asséné des coups de bouteilles à un cadavre. C'est dire que le principe de matérialité est très relatif. Dans ce registre, il ne reprend vraiment le dessus qu'en cas d'infraction imaginaire, c'est-à-dire qui n'existe que dans l'imagination de celui qui croit la commettre. Par exemple, un homme marié qui s'est séparé de son épouse et qui contracte un nouveau mariage se croit bigame (délit de l'art. 433-20 CP). Mais il ignore que sa première femme est décédée et qu'il en était veuf… Il n'a donc pas commis le délit de bigamie et demeure fort heureusement hors d'atteinte de la répression.

Le principe de culpabilité

Le principe de culpabilité signifie qu'il n'existe pas de responsabilité pénale sans faute, ce qui comporte deux conséquences principales :

- La première est que **toute infraction pénale suppose un élément moral**, c'est-à-dire une faute pénale qui préside à l'accomplissement de l'élément matériel. En effet, tout crime ou délit suppose un état d'esprit fautif qui transparaît dans le texte de l'incrimination (ex. : le fait de donner volontairement la mort, le fait de soustraire frauduleusement etc.). Il existe deux sortes de fautes pénales :
  - Les premières sont des fautes intentionnelles (tous les crimes et la plupart des délits), caractérisées par la présence d'un dol qui manifeste à la fois la volonté de transgresser la loi et parfois l'intention de nuire à autrui. De même qu'à propos de l'élément matériel, la jurisprudence et la doctrine (nom donné à la littérature juridique savante) ont fait apparaître des distinctions par exemple entre le dol général (volonté d'agir contre la loi, commune à toute infraction intentionnelle) et le dol spécial (dispositions d'esprit propres à certaines infractions, qui en font la spécificité et interfèrent souvent avec le mobile, par exemple l'intention de donner la mort dans le meurtre). On oppose aussi au dol simple le dol aggravé lorsqu'un élément vient renforcer l'intention (ex. : la préméditation) ou, au contraire, le dol atténué lorsqu'un élément est de nature à relativiser l'intention (ex. : la provocation). On distingue aussi entre le dol déterminé si le résultat matériel produit par l'infraction correspond exactement avec ce qu'avait voulu faire le prévenu (ex. : un individu animé de l'intention de donner la mort parvient effectivement à commettre un meurtre) et le dol indéterminé dès lors qu'il y a un décalage entre la volonté de l'agent et le résultat matériel survenu.
  - La frontière, parfois, est floue avec la seconde catégorie de faute pénale, c'est-à-dire les fautes pénales non intentionnelles (essentiellement des délits). Leur dénomination n'est d'ailleurs pas incompatible avec une certaine dose de volonté. Simplement, ce qui n'est pas intentionnel, c'est le résultat dommageable de l'infraction. Ainsi peut-on avoir voulu brûler un feu rouge (parce qu'on était pressé) sans pour autant avoir eu l'intention de tuer le piéton dont on n'avait pas prévu qu'il allait traverser et qui est pourtant mort. Les fautes pénales non intentionnelles prennent ainsi la forme d'imprudences de négligences, d'inattentions, de maladresses, de manquements à une obligation de prudence ou de sécurité imposées par la loi ou le règlement. Depuis 2000, leur répression, s'agissant des personnes physiques, dépend en grande partie du caractère direct ou indirect du lien de causalité existant entre ces fautes et le résultat matériel dommageable qu'elles ont entraîné. Un lien indirect n'entraîne de responsabilité pénale que si les fautes commises possèdent un degré supérieur de gravité et revêtent la forme d'une faute délibérée ou caractérisée.
- La seconde conséquence du principe de culpabilité est que **la faute doit pouvoir se concevoir de la part de celui qui l'a commise et auquel on la reproche**. On dit que la faute doit pouvoir être imputée à son auteur.
- En présence d'une personne physique, il faut établir la participation de l'individu à l'infraction soit en qualité d'auteur ou de coauteur (s'ils étaient plusieurs), soit en qualité de complice, ce dernier n'accomplissant pas lui-même les éléments constitutifs de l'infraction mais s'y associant néanmoins, soit en apportant son aide ou son assistance, soit en donnant aux autres l'idée ou l'ordre de sa commission (complicité par instigation).
- Par ailleurs et surtout, il faut faire état d'éléments qui peuvent faire obstacle à l'imputabilité de l'infraction et qui comme tels sont qualifiés de causes subjectives d'irresponsabilité pénale. Tel est le cas de l'absence du discernement chez le tout jeune enfant et de l'absence de raison pour la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble mental ayant aboli le contrôle de ses actes (folie, épilepsie, etc.). Sans doute ces personnes réalisent-elles alors des actes qui ont toutes les apparences d'une infraction. Elles ne sauraient toutefois en être tenues pour pénalement responsables puisqu'elles sont inaptes à discerner le bien du mal. La solution est la même, mais la jurisprudence se montre très exigeante,

lorsque l'agent a commis une infraction sous l'emprise de la contrainte et qu'il s'est ainsi trouvé privé de toute liberté (ex. : justiciable qui ne défère pas à la convocation d'un tribunal parce qu'il est victime d'une crise cardiaque) ou lorsque l'agent a commis l'infraction en vertu d'une erreur invincible qu'il ne pouvait donc pas éviter (ex. : justiciable auquel il est reproché d'avoir violé un texte inconnu, faute d'avoir été publié).

- Ces causes de non-imputabilité, que l'on qualifie également de causes subjectives d'irresponsabilité pénale (précisément parce qu'elles s'attachent à la personne), ne doivent pas être confondues avec les causes objectives d'irresponsabilité pénale (légitime défense, état de nécessité, etc.), qui s'attachent aux circonstances entourant la commission de l'infraction et que l'on désigne aussi sous le nom de fait justificatif, précisément parce qu'elles légitiment la commission de cette dernière et font ainsi disparaître la responsabilité de tous ses protagonistes à la différence des causes de non-imputabilité qui ne libèrent de leur responsabilité pénale que les personnes qui en sont atteintes.

Droit pénal spécial

CHAPITRE 33

Raphaële Parizot

Le droit pénal spécial est la branche du droit pénal qui étudie un à un les comportements incriminés, c'est-à-dire les infractions, ainsi que la peine qui les assortit et les éventuelles circonstances aggravantes qui les accompagnent.

Un grand nombre d'infractions se trouve dans le Code pénal mais un nombre plus grand encore se trouve hors du Code pénal, soit dans d'autres Codes (le dopage dans le Code du sport, le trafic de médicaments dans le Code de la santé publique, la fraude à la Sécurité sociale dans le Code de la Sécurité sociale, etc.), soit dans des textes non codifiés (par ex., la diffamation ou l'injure publiques punies dans la loi du 29 juillet 1881 relative à la liberté de la presse).

Les infractions, classées, suivant leur gravité, en crimes, délits ou contraventions, le sont aussi, selon la valeur protégée, en infractions contre les personnes, contre les biens, contre l'État, la nation et la paix publique (c'est le plan suivi par le Code pénal). Potentiellement ces deux catégories peuvent se croiser. Ainsi, les infractions contre les personnes se déclinent en crimes (meurtre, viol, production ou fabrication illicites de stupéfiants, séquestration…), délits (violences, harcèlement sexuel ou moral, bizutage…), contraventions (violences légères par exemple).

Parmi les infractions contre les personnes, certaines intéressent plus particulièrement le médecin : les atteintes à la vie et les atteintes à l'intégrité. En effet, le médecin, sauf si les actes qu'il accomplit sont strictement autorisés par la loi, est exposé, comme n'importe quelle autre personne, à une sanction pénale s'il accomplit un acte portant atteinte à la vie ou à l'intégrité d'une personne, dès lors qu'il s'agit d'un acte intentionnel ou d'un acte non intentionnel mais fruit d'une imprudence ou d'une négligence.

Les atteintes à la vie

Elles sont les premières traitées parmi les infractions contre les personnes dans le Code pénal, la vie étant le bien juridique, la valeur la plus précieuse à protéger. Les atteintes punies sont les atteintes à la vie intentionnelles (art. 221-1 et suivants CP) et non intentionnelles.

Les atteintes intentionnelles à la vie

L'atteinte à la vie au sens strict, c'est-à-dire l'acte de donner la mort : meurtre ou homicide volontaire

L'article 221-1 du Code pénal dispose : « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle ».

Au plan moral, le meurtre suppose un *animus necandi*, une intention de tuer (quel que soit le mobile, noble ou vil, qui anime l'auteur : amour, compassion, haine, vengeance…). Si cette intention de tuer est renforcée par une préméditation, le meurtre devient un assassinat et est alors puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Au plan matériel, le meurtre implique que soit constatée la mort d'autrui et que cette mort soit la conséquence d'un acte homicide. Peu importe en revanche que la victime ait ou pas consenti, voire demandé, à mourir.

L'acte homicide, c'est-à-dire l'acte ayant causé la mort, doit être un acte positif : un meurtre ne peut pas être commis par abstention. Laisser mourir

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

quelqu'un, ne pas empêcher la mort d'autrui ne peut pas être qualifié de meurtre, ne peut pas être puni tout court.

Cependant, dans certains cas, le non-empêchement du meurtre, de la mort accidentelle ou du suicide d'autrui, s'il ne peut bien évidemment pas être qualifié de meurtre, peut, à certaines conditions et notamment si l'assistance est sans risque (le droit pénal punit l'égoïsme mais n'exige pas l'héroïsme !), tomber sous la qualification de non-assistance à personne en péril (art. 223-6 CP). Quant au non-empêchement du suicide d'autrui, s'il vire à l'incitation au suicide, il peut être puni comme provocation au suicide que la mort en ait ou pas résulté (art. 223-13).

L'attentat à la vie

En deçà, l'attentat à la vie, c'est-à-dire l'acte tendant à donner la mort, est punissable soit par le biais de la tentative de meurtre, soit par le biais d'une infraction atypique qualifiée l'empoisonnement.

Comme le meurtre, l'empoisonnement est puni de 30 ans de réclusion criminelle, mais il est bâti d'une manière un peu particulière, par une indifférence au résultat recherché (la mort) : « le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement » (art. 221-5 CP).

Les atteintes non intentionnelles à la vie

Le Code pénal punit l'homicide involontaire, c'est-à-dire le fait de « causer la mort d'autrui » (noter la différence d'avec le meurtre où il est question de « donner la mort ») par maladresse, imprudence, ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par un texte (art. 221-6 CP). Ce délit est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Cette infraction est souvent appliquée en matière médicale : à l'égard du chirurgien qui, à l'occasion d'une opération de chirurgie esthétique, n'a pas pris en compte le risque avéré de thrombose présenté par la victime en raison de son âge, à l'égard de l'anesthésiste qui n'a pas pris suffisamment d'informations sur les antécédents du malade, à l'égard du médecin urgentiste qui n'a pas tenu compte du diagnostic de son confrère de SOS médecins ayant amené la patiente et qui s'est uniquement fondé sur les constatations d'un jeune interne inexpérimenté…

Les atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne

Elles sont punies dans le Code pénal sous deux étiquettes principales : les violences et les agressions sexuelles.

Les violences (art. 222-7 CP et suivants et R.625-1 CP)

Ces violences parcourent la palette des qualifications du droit pénal puisqu'elles sont crimes, délits ou contraventions en fonction de trois indicateurs : l'état d'esprit de l'agent (est-il animé par une intention ou bien son acte est-il le résultat d'une imprudence plus ou moins grave ?), le dommage causé à la victime et évalué par le médecin (pas d'incapacité totale de travail, ITT de quelques jours, de plusieurs mois ou bien infirmité) et l'existence d'une éventuelle circonstance aggravante (par exemple, la victime est mineure ou bien les violences sont commises par ou sur une personne dépositaire de l'autorité publique).

C'est ainsi que les violences volontaires ayant entraîné la mutilation d'un mineur de 15 ans sont un crime puni de 15 ans de réclusion criminelle, tandis que les mêmes violences commises sur une personne plus âgée sont un délit puni de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende. C'est ainsi que les violences non intentionnelles ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 3 mois sont un délit puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. C'est ainsi que les violences légères intentionnelles ou non intentionnelles constituent une contravention.

Les agressions sexuelles

Elles se définissent comme les « atteintes(s) sexuelle(s) commise(s) avec violence, contrainte, menace ou surprise » et « quelle que soit la nature

des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage » (art. 222-22 CP). Toutes les agressions sexuelles supposent l'intention de porter atteinte à l'intégrité sexuelle de la victime.

Le Code pénal en distingue trois formes principales :

- Le viol, crime puni de 15 ans de réclusion criminelle, se définit comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ». Le viol suppose donc un acte de pénétration par le sexe et/ou dans le sexe : introduction de l'organe sexuel d'un homme dans celui d'une femme, introduction du sexe d'un homme dans la bouche ou dans l'anus d'une autre personne (homme ou femme), introduction par une personne d'un objet ou d'un doigt dans le sexe d'une femme. En revanche, l'introduction dans la bouche d'un objet de forme phallique ne constitue pas un viol.
- Le viol suppose également un acte de pénétration sexuelle commis sur la personne d'autrui. La jurisprudence a pu en déduire que l'on ne peut retenir le viol lorsqu'une personne impose à sa victime masculine de la pénétrer.
- L'agression sexuelle autre que le viol, délit puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (art. 222-27 CP). Le Code pénal ne définit pas ce qu'est l'agression sexuelle autrement que par l'exclusion de son champ du comportement plus grave qu'est le viol et moins grave qu'est le harcèlement sexuel. De manière générale, l'agression suppose un contact de nature sexuelle mais sans pénétration de l'auteur sur sa victime : des actes d'attouchement ou le fait de dénuder les organes sexuels d'une personne.
- Le harcèlement sexuel, délit qui a refait son apparition dans le Code pénal après une période d'éclipse due à son abrogation pour imprécision par le Conseil constitutionnel le 4 mai 2012.
  - Il est revenu sous une forme plus « élaborée » (et aussi plus sévère puisque la peine a été doublée et est aujourd'hui de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende) par une loi du 6 août 2012.
  - L'actuel article 222-33 dispose : « I. - Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. II. - Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

Procédure pénale

CHAPITRE 34

Bernadette Aubert, Michel Massé

La présentation de la procédure pénale s'appuie sur des tableaux figurant *infra*. Elle se déroule en deux temps : organes et déroulement.

Les organes du procès pénal

Vue panoramique (figure 34.1)

Les organes du procès pénal doivent être contextualisés dans l'ensemble plus vaste que constitue l'organisation juridictionnelle française. On y trouve deux grands ordres juridictionnels : administratif et civil, auxquels doit être lié l'ordre constitutionnel.

Les ordres administratif et constitutionnel ne nous intéressent pas dès lors que le premier relève du contentieux entre administrés et administration (y compris les collectivités territoriales et l'État) et que l'autre vérifie la conformité des textes nationaux à la Constitution.

L'ordre judiciaire au contraire est celui sur lequel nous nous arrêterons eu égard aux contentieux qui lui sont soumis. Composé de deux branches : civile (droit de la famille, des personnes, des contrats…) et pénale, cet ordre est néanmoins unique : on dit d'ailleurs qu'il y a unité de la justice civile et pénale. Cela se manifeste de plusieurs manières :

- on est *magistrat* de l'ordre judiciaire, issu de la même École nationale de la magistrature (ENM), que l'on appartienne au siège ou au parquet ;
- des principes similaires s'appliquent à tous les magistrats (indépendance, professionnalisation) et aux juridictions auxquelles ils appartiennent (double degré de juridiction, collégialité). Chacun de ces principes est néanmoins appliqué plus ou moins strictement selon la fonction occupée. Cela se vérifie principalement en matière pénale.

Vue rapprochée

Les magistrats

Lorsque l'auditeur de justice (étudiant à l'ENM) devient magistrat, il opte soit pour le siège soit pour le parquet (dit encore ministère public).

Le siège

La magistrature du siège est composée de *juges (ou conseillers)* totalement indépendants tant à l'égard du gouvernement que des justiciables (ils ne reçoivent d'instruction de quiconque) et inamovibles (aucun changement d'affectation sans leur consentement). Ils ne sont pas interchangeables dans une même affaire.

Des magistrats du siège interviennent dans les trois phases du procès pénal. Nous mentionnons ici les juges du premier degré, c'est-à-dire, à la base, les premiers à intervenir dans une affaire :

- pendant la phase préparatoire du procès : le juge d'instruction. Il instruit le dossier, c'est-à-dire le prépare, le « met en état » d'être jugé ;
- pendant la phase décisoire du procès : les juges de jugement. Ce sont eux qui prennent une décision sur la culpabilité éventuelle et, le cas échéant, prononcent une peine. Ils rendent une décision sur le fond, c'est-à-dire en fait et en droit. Ces magistrats sont, à proprement parler « les juges qui jugent ». Leur mission est de trancher entre des intérêts opposés, essentiellement ceux de l'accusation et ceux de la défense ;
- pendant la phase exécutoire du procès : le juge de l'application des peines (*cf. infra*, droit pénitentiaire).

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

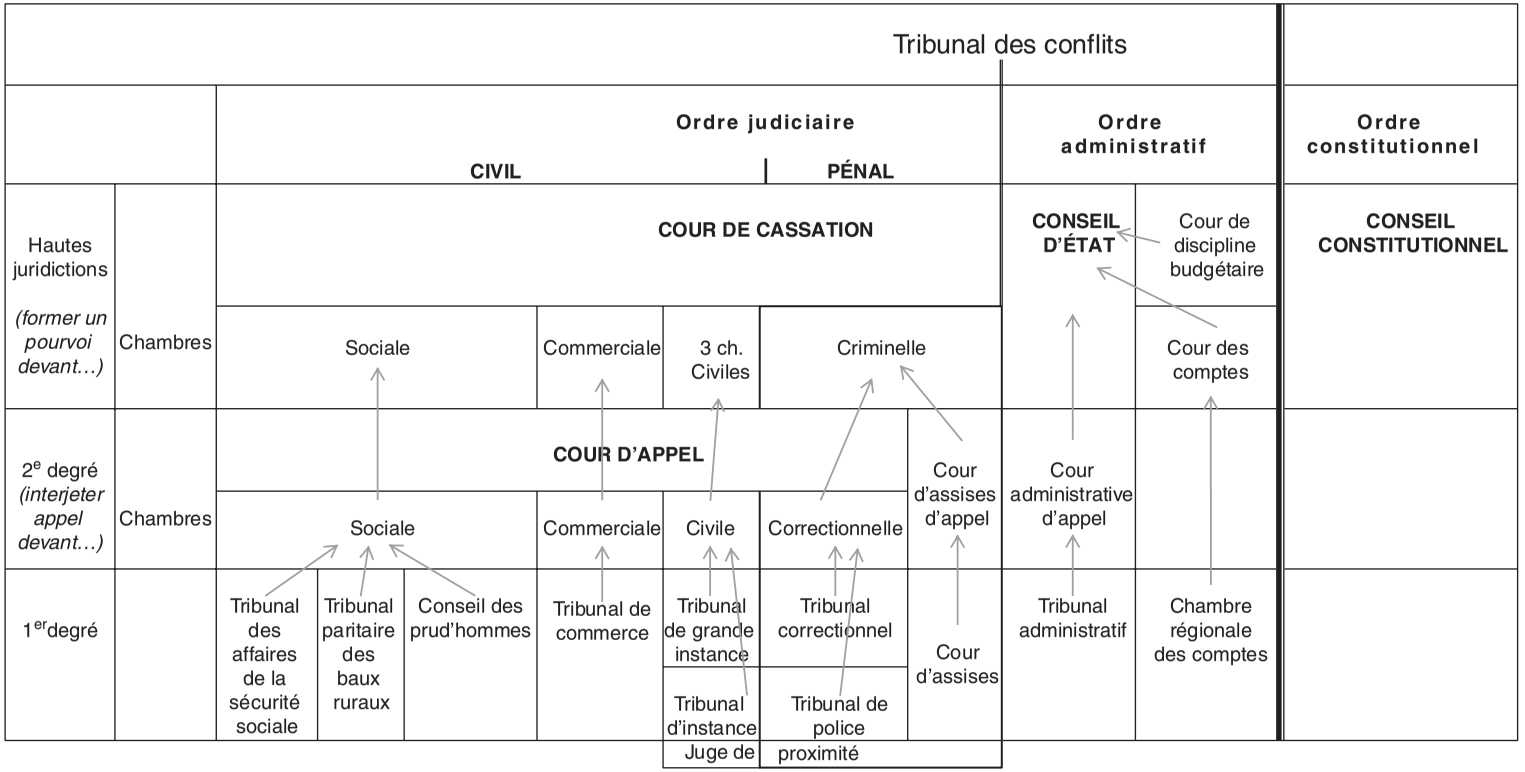


Figure 34.1. **Organisation juridictionnelle française.**

Vocabulaire : le juge d'instruction rend des *ordonnances*. La dernière d'entre elles, celle par laquelle il clôture son travail d'instruction, est de décider si oui ou non l'affaire est susceptible de venir devant un juge de jugement : ordonnance *de non-lieu* (il n'y a pas lieu d'aller plus loin dans la procédure), *de renvoi* (devant une juridiction correctionnelle pour délit) ou de mise en accusation (devant une Cour d'assises pour crime). Le juge de jugement rend une décision généralement susceptible d'appel : jugement (en matière contraventionnelle ou correctionnelle) ou arrêt (en matière criminelle).

Le parquet (ou ministère public)

Magistrats eux aussi, les membres du parquet ne sont pas des juges. Ils s'en différencient nettement :

- Ils ne sont pas totalement indépendants mais soumis à une hiérarchie interne et soumis au garde des Sceaux (ministre de la Justice), qui leur adresse les grandes lignes de sa politique pénale *via* des instructions générales. Néanmoins, ces magistrats retrouvent leur indépendance totale lors des audiences, ce que consacre un dicton : « la plume est serve mais la parole est libre ». La hiérarchie est la suivante, de bas en haut : substituts du procureur et procureur de la République (au tribunal de grande instance) ; substituts généraux, avocats généraux et procureur général (à la Cour d'appel) ; ministre de la Justice.
- Le parquet dirige l'enquête dans les premiers temps de la procédure pénale. Il a alors autorité sur les forces de police ou de gendarmerie en charge de cette enquête. C'est lui qui décide si la personne doit être poursuivie ou non, c'est-à-dire comparaître devant un juge du siège : juge d'instruction, s'il y a lieu, ou, directement juge de jugement.
- Par la suite, le parquet n'est plus décideur. Il est demandeur. Il prend des *réquisitions*. Il est l'une des parties à l'audience où il représente la société et demande l'application de la loi (ce qui, rarement il est vrai, peut le conduire à demander la non-condamnation de la personne poursuivie).
- Les membres du parquet constituent un corps indivisible de sorte que, dans une même affaire, l'un peut remplacer ou prendre la suite de l'autre. si le magistrat, à l'audience doit s'absenter, un autre de ses collègues peut le remplacer.

Les juridictions (figure 34.2)

Elles sont composées d'un seul ou de plusieurs magistrats (juridiction collégiale) du siège, un magistrat du ministère public étant attaché à chacune, et portent généralement le nom de *tribunal*

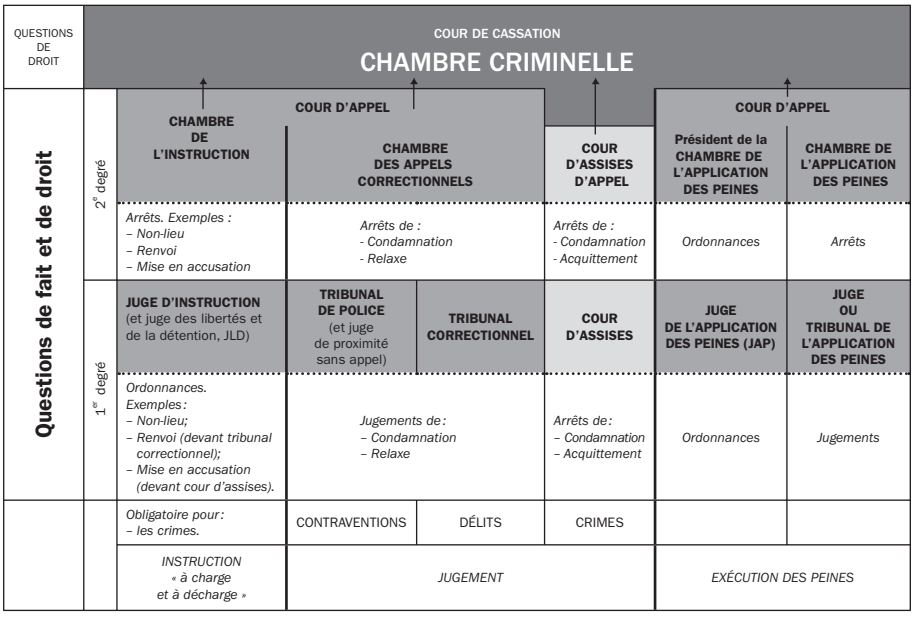


Figure 34.2. Les juridictions pénales.

ou de *cour*. Les tribunaux rendent des *jugements* et les cours des *arrêts*.

La figure 34.2 reprend (ligne du bas) la progression déjà indiquée du procès pénal. Mettant de côté les juridictions de l'application des peines qui seront étudiées *infra* dans la partie droit de l'exécution des peines, nous retrouvons la distinction tripartite des infractions : contraventions, délits et crimes, à laquelle correspondent trois juridictions de jugement du premier degré : *tribunal de police, tribunal correctionnel et Cour d'assises*. Dans les juridictions qui jugent au fond, c'est-à-dire le fait et le droit, la ligne du haut mentionne les juridictions d'appel (ou second degré). La Cour de cassation, ultime recours, n'intervient que sur des questions de droit, elle ne revient pas sur les faits, tels qu'établis par la Cour d'appel.

Instruction

Quantitativement, les instructions sont rares : une instruction n'est obligatoire que si l'infraction commise est un crime, elle est facultative dans les autres cas. Mais, quantitativement, les instructions concernent les affaires les plus graves et/ou complexes.

Il existe deux juridictions d'instruction : au premier degré, le juge d'instruction, accompagné de son greffier. Il en existe au moins un dans chaque tribunal de grande instance ; en appel des ordonnances du juge, la « chambre de l'instruction ». C'est une chambre de la Cour d'appel, composée de trois magistrats (conseillers). Elle confirme la décision du juge d'instruction, l'infirme ou la réforme (confirmation partielle).

L'arrêt de la Cour d'appel peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant la chambre criminelle de cette juridiction (figure 34.2).

Jugement

Trois juridictions de premier degré :

- Le tribunal de police, composé d'un seul juge, connaît des contraventions. On peut dire que c'est la chambre pénale du tribunal d'instance. Il en existait dans chaque canton, mais beaucoup ont été supprimés. Devant le tribunal de police, le ministère public est souvent représenté par le commissaire de police.
- Le tribunal correctionnel, au sein du tribunal de grande instance, statue sur les délits. Sa formation est soit collégiale (trois juges), soit à juge unique selon la gravité des délits et les prescriptions de la loi. Devant le tribunal correctionnel, le ministère public est représenté par le procureur de la République ou ses substituts. Il existe au moins un tribunal correctionnel par département.
- Devant ces deux tribunaux, la personne qui comparait est *prévenue* et le tribunal rend un jugement de *condamnation* ou de *relaxe*.
- La Cour d'assises est la juridiction qui statue en matière criminelle. Contrairement aux deux premières, elle ne siège pas de façon permanente mais par session. Sa formation est originale : elle est composée de trois magistrats professionnels et d'un jury populaire (six jurés en première instance). Il en existe au moins une par département.
- Devant la Cour d'assises, le ministère public est généralement représenté par un *avocat général* ; la personne poursuivie est *l'accusé ;* la cour rend un arrêt de *condamnation* ou d'*acquittement*.

Appel

Les décisions prises par ces trois juridictions peuvent faire l'objet d'un appel. On dit *interjeter appel* ou *former appel*.

Le jugement rendu par les tribunaux de police ou correctionnel peut faire l'objet d'un recours devant la chambre des appels correctionnels de la Cour d'appel. Cette juridiction est toujours collégiale (trois conseillers). Elle se prononce sur le fond : les faits et le droit, et *confirme*, *infirme* ou *réforme* (confirmation partielle) la décision précédemment prise.

L'arrêt rendu par la Cour d'assises peut faire l'objet d'un recours devant une Cour d'assises d'appel dont les caractéristiques sont presque identiques à la première. Le seul changement concerne le nombre de jurés qui passe de six à neuf.

Cassation

En principe, la décision prise par une juridiction d'appel peut faire l'objet d'un recours devant la Cour de cassation. On dit *former un pourvoi en cassation*. Il s'agit d'une cour unique dont l'un des objets principaux est d'harmoniser le droit sur l'ensemble du territoire de la République. Une seule chambre de la Cour de cassation est spécialisée en droit pénal, la chambre criminelle.

La Cour de cassation juge en droit, sans s'intéresser aux faits. Ses arrêts sont de *rejet* ou de *cassation*.

Dans le premier cas, elle rejette le pourvoi, donc approuve la décision prise par la Cour d'appel. L'affaire est alors irrévocablement tranchée. L'arrêt d'appel a acquis autorité de la chose définitivement jugée. Dans le second cas, elle casse l'arrêt d'appel et prend donc une position différente de celle-ci. Le plus souvent c'est une cassation *avec renvoi* devant une nouvelle Cour d'appel alors appelée à reprendre l'affaire en tenant compte des observations faites, en droit, par la Cour de cassation. C'est le scénario le plus fréquent.

Si la nouvelle Cour d'appel ne suit pas la position prise par la chambre criminelle, il y aura à nouveau un pourvoi qui déclenchera probablement une nouvelle cassation. Dans cette hypothèse, la seconde cour de renvoi doit s'incliner.

Le déroulement du procès pénal

- Avec ou sans instruction. Nous l'avons déjà dit : même si l'instruction (on dit également information) concerne les affaires les plus graves ou complexes, elle est quantitativement négligeable : moins de 5 % des poursuites engagées par le parquet. Celui-ci doit saisir un juge d'instruction en matière criminelle. Dans les autres cas, ce n'est qu'une possibilité. Son choix va alors dépendre de la complexité de l'affaire et/ou de son souhait que la personne poursuivie parte en détention dite provisoire. Complexité : les actes à accomplir ou la durée prévisible de la mise en état excèdent ce que le parquet peut demander à la police selon la procédure dite d'enquête. Mise en détention provisoire : le parquet n'en a pas le pouvoir ; il doit commencer par ouvrir une instruction.
- Avec ou sans partie civile. Le parquet exerce une *action publique* : pouvoir de déclencher une poursuite pénale et, pour cela, de saisir un juge du siège en charge d'instruire ou, directement, de juger. Il suffit que cela soit fait pour qu'un procès pénal ait lieu, au cours duquel deux *parties* s'affronteront : l'accusation et la défense. Mais la procédure pénale française permet également à la victime de jouer un rôle dans ce procès ; non pas simple témoin, comme on le voit à la télévision dans la justice américaine, mais acteur : elle dispose d'une *action* dite *civile*. Cette action permet à la *partie civile,* parfois le plus : déclencher elle-même le procès, toujours le moins : accéder au dossier, assister à certains actes, présenter certaines demandes, prendre la parole à l'audience ; demander des dommages et intérêts. Les tableaux qui vont être présentés ne tiennent pas compte de ces possibilités.

Procédure délictuelle sans instruction. Action publique (figure 34.3)

La figure se lit de bas en haut.

À gauche : les situations et déclarations à partir desquelles les autorités de police, en ville, ou de gendarmerie, sur le reste du territoire, ont le plus souvent connaissance d'une infraction. S'ouvre alors une phase *d'enquête* (2e colonne) pendant laquelle ces services exercent une mission de police judiciaire – ils ont également d'autres missions – sous le contrôle et la direction du parquet qui, à un moment donné, doit prendre une décision.

Cette décision (3e colonne) est le reflet d'un grand principe selon lequel le parquet apprécie *l'opportunité des poursuites*. Cela signifie que le procureur et ses substituts ont le pouvoir d'apprécier si la personne impliquée doit être renvoyée devant le tribunal correctionnel ou s'il n'est pas plus opportun, au moins provisoirement, de *classer sans suite*. Il est évident que, plus l'infraction est grave, plis certainement le parquet va poursuivre. Mais d'autres données peuvent entrer en compte : passé judiciaire ou non de l'intéressé, attitude de la victime, encombrement de la juridiction…

Entre la poursuite et le classement sans suite, une « troisième voie » s'est progressivement dégagée sous l'expression *alternative aux poursuites*. Pour des délits de faible ou moyenne gravité, à l'initiative du ministère public et si la personne en cause accepte de remplir un certain nombre de conditions, on évitera alors de saisir le juge de jugement. Cela correspond à deux procédures distinctes (4e colonne, en bas, à droite de la figure) : celle de l'article 41-1 du Code de procédure pénale, méthode douce, et la composition pénale de l'article 41-2, méthode forte par laquelle le procureur peut demander le versement d'une amende dont le montant peut atteindre celui de l'amende encourue. Les médecins seront plus particulièrement intéressés par la lecture des 2, 5 et 6 de l'article 41-1 et 4°bis, 7, 14, 15 et 17 de l'article 41-2.

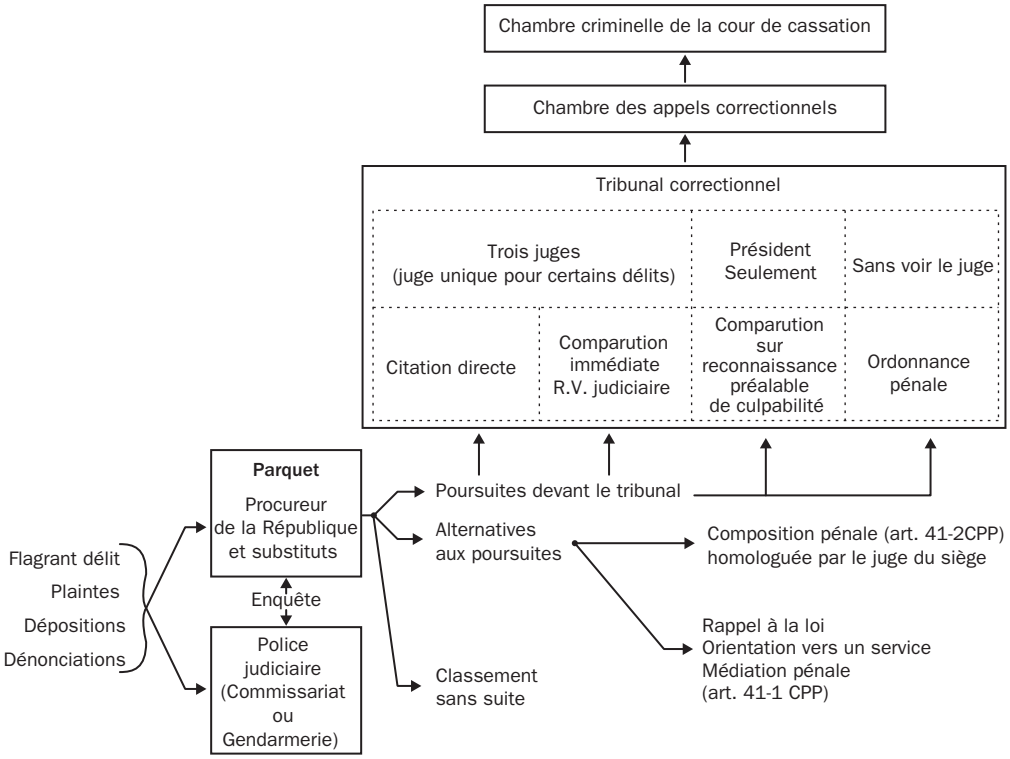


Figure 34.3. Procédure délictuelle sans instruction. Action publique (sans tenir compte de l'action « civile » dont dispose la victime).

En cas de poursuite devant le tribunal correctionnel, la situation normale est la *citation directe :* comparution, dans un délai de quelques mois, devant les trois juges composant le tribunal. Mais il existe plusieurs procédures simplifiées et/ou accélérées (voir au centre du tableau : tribunal correctionnel). Le champ d'application de ces procédures ne cesse de s'étendre. Pour le juge unique, voir l'article 398-1 CPP et, pour l'ordonnance pénale, désormais bien au-delà des seuls délits routiers, l'article 495.

Procédure criminelle ou correctionnelle avec instruction. Action publique (figure 34.4)

Cette figure qui, à la différence de la précédente, exclut les voies de recours que sont l'appel et le pourvoi en cassation, se lit de gauche à droite.

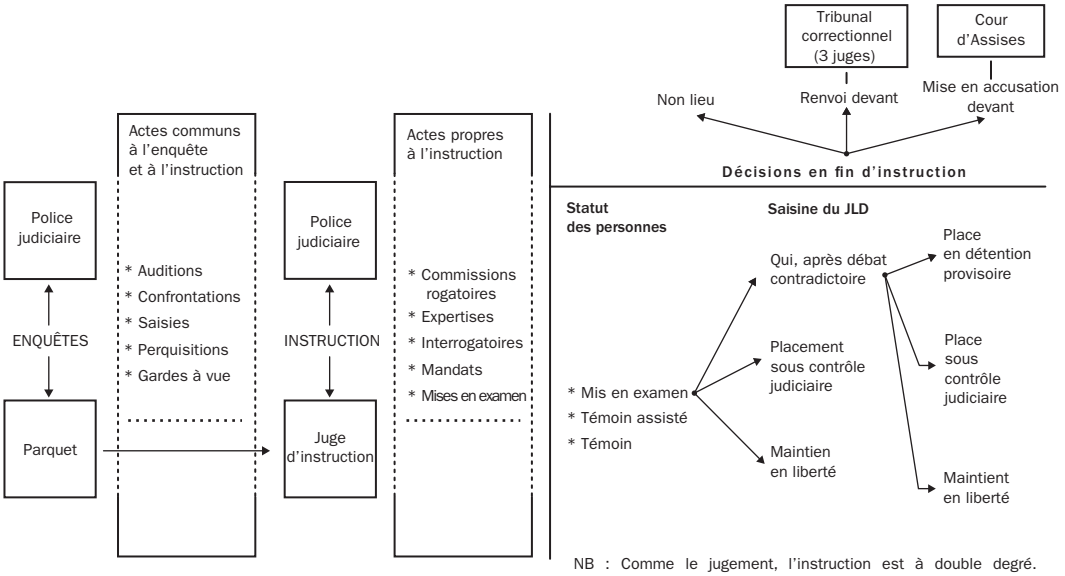
L'enquête est alors suivie d'une phase d'instruction (partie gauche du tableau). On remarquera que, dans cette seconde phase :

- la police judiciaire (policiers ou gendarmes) est toujours sollicitée, mais qu'elle a changé d'interlocuteur ;
- que certains actes sont communs aux deux phases procédurales alors que d'autres sont propres à l'instruction. On appelle *commission rogatoire* l'acte par lequel le juge d'instruction peut déléguer certains de ses pouvoirs à la police judiciaire.

En cours d'instruction, le ministère public n'est plus décideur. Il n'est que demandeur, simple partie à la procédure engagée, et c'est le juge d'instruction qui décide. La partie droite du tableau présente des décisions particulièrement importantes.

En bas : ce qui concerne le statut des personnes qu'il est amené à entendre, exception faite des experts ; en haut : les décisions qui mettent fin à l'instruction.

Quant au statut des personnes, la mise en examen est particulièrement importante. Elle déclenche l'accès au dossier et des droits de la défense en principe égaux à ceux de l'accusation. Seule la personne



NB : Comme le jugement, l'instruction est à double degré. Possibilité de saisir la cour d'appel (chambre de l'instruction) des ordonnances rendues par le JI ou le JLD. Possibilité ensuite de saisir la cour de cassation avant que l'affaire vienne devant la juridiction de jugement.

Figure 34.4. Procédure criminelle et délictuelle (lorsque instruction) action publique, à l'exclusion des voies de recours.

mise en examen peut être placée sous contrôle judiciaire (restriction de liberté) ou en détention provisoire (privation de liberté). Ce n'est plus le juge d'instruction qui prend cette dernière décision, mais le JLD : juge des libertés et de la détention.

Bibliographie

Deux petits livres de droit pénal et procédure pénale (les deux en un)

Borricand, J., & Simon, A.M. (2010). *Droit pénal et procédure pénale* (7e éd.). Aide-mémoire. Sirey.

Garé, T., & Ginestet, C. (2012). *Droit pénal et procédure pénale* (7ème éd). Hyper cours, Dalloz.

Un livre en droit pénal spécial

Gare, T. (2011). *Droit pénal spécial*. Larcier-Paradigme.

Sous forme de dictionnaire

Beziz-Ayache, A. (2011). *Dictionnaire de droit pénal général et de procédure pénale* (5ème éd.). Ellipses.

Beziz-Ayache, A. (2009). *Dictionnaire de la sanction pénale*. Ellipses.

Mathias, E. (2006). *Termes de droit pénal et de procédure pénale*. Gualino éditeur.

Une ouverture sur la criminologie et la politique criminelle

Jean, J.-P. (2008). *Le système pénal*. coll. Repères. La Découverte.

Pour une introduction au droit pénitentiaire

Le guide du prisonnier. (2006). La Découverte (Pratique et militant).

Dictionnaire permanent d'action sociale (Editions législatives, mise à jour permanente) : rubrique Détenu, le détenu et sa famille, par L. Leturmy et P. Pottier. (Rédigé pour des travailleurs sociaux, un passage et une bibliographie sur le droit médical).

Poncela, P. (Janvier 2009). Droits et devoirs de la personne détenue. publié par la direction de l'Administration pénitentiaire.

Quelques sites

Legifrance. http://www.legifrance.gouv.fr/.

Université numérique juridique francophone (UNJF) : à partir du site de l'université de Poitiers, se connecter sur ENT, cliquer « mes cours » puis « UNJF ».

Droit de l'exécution des peines

CHAPITRE 35

Laurence Leturmy

L'exécution de la peine est classiquement perçue comme la dernière phase du procès pénal (voir le schéma procédural déjà présenté). En bout de course, elle vise la période qui fait suite au prononcé de la peine que le condamné doit subir.

Longtemps laissée aux mains de l'administration pénitentiaire, l'exécution de la peine résonnait un peu comme une zone de non droit judiciaire. Le condamné, et singulièrement le détenu, bien davantage perçu comme objet que sujet de sa peine, n'avait que peu de possibilité de recours à l'encontre des décisions prises à son encontre. La création, en 1958, du juge de l'application des peines n'y avait pas changé grand-chose.

L'évolution s'est opérée plus tard, et progressivement. La loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes consacre la judiciarisation de l'exécution des peines, par un transfert de la compétence de l'administration à un juge, et ouvre la voie à la juridictionnalisation : juridictionnelles, les décisions du juge doivent être précédées d'un débat contradictoire préalable et sont susceptibles de contestation. Ce mouvement est parachevé avec la loi 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité qui, parallèlement, crée de nouvelles juridictions de l'application des peines et inscrit, dans le Code de procédure pénale (CPP), des principes directeurs au droit de l'exécution des peines. Depuis, la loi du 24 novembre 2009 dite loi pénitentiaire opère une « codification » de l'exécution des peines. Elle définit le sens de la peine privative de liberté, précise les missions dévolues au service public pénitentiaire, affirme ou réaffirme les droits reconnus mais également les devoirs impartis aux détenus et développe les aménagements de la peine au cours de son exécution.

L'intérêt accru du législateur pour la condition juridique du condamné a conduit à l'émergence d'un corps de dispositions substantielles qui confèrent à la peine exécutée une autonomie grandissante. L'exécution de la peine, dont les règles sont mises en œuvre par des juridictions spécifiques, répond en effet à un objet propre qui explique la distanciation possible entre peine prononcée et peine exécutée.

Les juridictions spécifiques à l'exécution de la peine (figure 35.1)

Depuis la loi de 2004 précitée, ces juridictions sont au nombre de quatre.

Au premier degré, le juge de l'application des peines (JAP) et le tribunal de l'application des peines (TAP)

Selon leur objet, les décisions du JAP sont appelées *ordonnance* (les décisions d'octroi ou de refus de réductions de peines, d'autorisations de sortie sous escorte et de permissions de sortir) ou *jugement* (celles qui accordent ou s'opposent à une semi-liberté, un placement à l'extérieur, une suspension de peine, un fractionnement de la peine, un placement sous surveillance électronique ou une libération conditionnelle). La distinction

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Juridictions de l'application des peines (depuis loi du 9 mars 2004)

<table>
<tr><td colspan="3">CHAMBRE CRIMINELLE
DE LA COUR DE CASSATION</td></tr>
<tr><td colspan="3">↑
POURVOI EN CASSATION (5jours)</td></tr>
<tr><td>PRESIDENT DE LA
CHAMBRE
DE L'APPLICATION DES PEINES
(COUR D'APPEL)</td><td colspan="2">CHAMBRE
DE L'APPLICATION DES PEINES
(COUR D'APPEL)</td></tr>
<tr><td>Ordonnances
↑
APPEL (24h.)</td><td colspan="2">Arrêts
↑
APPEL (10 jours)</td></tr>
<tr><td>JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES (JAP)</td><td>JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES</td><td>TRIBUNAL DE L'APPLICATION DES PEINES</td></tr>
<tr><td>Ordonnances
Art. 712-5 C.P.P.
(Décisions en matière de réductions de peine, permission de sortir et autorisations de sortir sous escorte)</td><td>Jugements
art. 712-6 C.P.P.
(Décisions relatives à la libération conditionnelle, au fractionnement ou à la suspension de la peine, au placement à l'extérieur, à la semi-liberté, au placement sous surveillance électronique)</td><td>Jugements
art. 712-7 C.P.P.
(Décisions relatives à la libération conditionnelle, à la suspension de peine pour raison médicale grave et au relèvement de la période de sûreté)</td></tr>
</table>

Figure 35.1. Juridiction intervenant aprés jugement.

commande un régime juridique différent. Parce qu'elles concernent un contentieux récurrent qui appelle une réponse rapide de la justice, les premières ne requièrent, pour formalité, qu'un avis de la commission d'application des peines, composée, a minima, du JAP, du chef d'établissement et du procureur de la République, et ne sont susceptibles d'un appel que dans un délai de 24 heures, devant le président de la chambre d'application des peines. Les secondes, au contraire, nécessitent la tenue d'un débat contradictoire préalable au cours duquel le ministère public, le condamné et, le cas échéant, son avocat sont entendus et peuvent être contestées, selon le délai de droit commun de 10 jours, devant la chambre de l'application des peines.

Le TAP connaît lui aussi des demandes de libération conditionnelle et de suspension de peine pour raison médicale grave. Sa composition collégiale (trois juges de l'application des peines) justifie qu'en ces domaines lui soit réservée la situation des personnes les plus sévèrement sanctionnées : celles qui, condamnées à plus de 10 ans d'emprisonnement, ont un reliquat de peine supérieur à 3 ans au moment où est formulée la demande d'aménagement. Par ailleurs, le TAP a une compétence exclusive pour décider d'un relèvement de période de sûreté prononcée, en amont, par la juridiction de jugement. Toutes les décisions rendues par ce tribunal sont des *jugements* soumis aux mêmes règles que celles précédemment exposées pour les jugements du JAP.

Au second degré, la chambre de l'application des peines (ChAP) et le président de cette chambre

La ChAP est composée de trois conseillers de cour d'appel lorsqu'elle est saisie d'un jugement du JAP. À ces magistrats professionnels s'adjoignent deux personnes de la société civile (un représentant d'une association d'aide aux victimes et un responsable d'une association de réinsertion des condamnés) lorsqu'elle connaît d'un appel formé contre un jugement du TAP. Ses décisions supposent, toutes, un débat contradictoire préalable (mais, en principe en l'absence du condamné lui-même). Les arrêts de la ChAP sont susceptibles de faire l'objet d'un pourvoi dans un délai de 5 jours.

Le président de la ChAP, conseiller de cour d'appel, connaît des appels formés à l'encontre des ordonnances du JAP. La rapidité toujours requise explique que les ordonnances du Président soient rendues selon une procédure écrite, sur la base des observations transmises par le ministère public, le condamné et son avocat. Un pourvoi peut être exercé dans les 5 jours.

L'objet propre de l'exécution de la peine

La sanction exécutée ne correspond pas nécessairement, même rarement lorsqu'il s'agit d'une peine privative de liberté, à celle prononcée. Ce « phénomène d'érosion » s'explique par la finalité assignée au temps de l'exécution de la peine. Elle est énoncée à l'article 707 alinéa 2 du CPP : « L'exécution des peines favorise, dans le respect des intérêts de la société et des droits des victimes, l'insertion ou la réinsertion des condamnés ainsi que la prévention de la récidive. » Cet

impératif de resocialisation, qui donne utilité et sens à la sanction, commande qu'au cours de son exécution la peine puisse être adaptée pour tenir compte de l'évolution de la personnalité du condamné.

Ce principe d'individualisation de la peine exécutée n'est pas sans rappeler le principe de personnalisation de la peine prononcée prévu par l'article 132-24 du Code pénal (CP). Leurs critères de mise en œuvre, toutefois, diffèrent. Au stade du jugement, le principe exige que la peine soit choisie en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. Les référents renvoient ici essentiellement au passage à l'acte, à la gravité de l'infraction commise, autrement dit au passé. Au stade de l'exécution de la peine, le principe implique que soit prise en considération l'évolution de la personnalité et de la situation matérielle, sociale et familiale du condamné. Ce sont alors ses perspectives d'avenir, « ses efforts sérieux de réadaptation sociale » pour reprendre une formulation légale, qui, seuls, déterminent les magistrats pour décider d'un aménagement de la peine.

Longtemps simple éventualité, *les aménagements de la peine* obéissent, depuis la loi pénitentiaire, à un principe de systématisation. Les peines doivent être aménagées. Sous réserve, naturellement, que des aménagements soient envisageables au regard des « garanties » que présente le condamné. Sous condition, également, d'être permis eu égard à sa condition juridique. Tel n'est pas le cas d'un détenu soumis à une période de sûreté dont le propre est de s'assurer, durant toute cette période, de son incarcération effective.

Lorsqu'ils sont possibles, les aménagements de la peine peuvent être répertoriés en deux grandes catégories selon les conséquences qu'ils emportent.

Les uns permettent d'adapter les modalités d'exécution de la peine. Tel est le cas de la suspension et du fractionnement de la peine, de la semi-liberté, du placement à l'extérieur, du placement sous surveillance électronique mais encore des permissions de sortir.

Les autres conduisent à abréger le temps privatif de liberté à exécuter. Ainsi en est-il des réductions de peine, de la libération conditionnelle et de la suspension de peine pour raison médicale grave. Ces trois aménagements permettent une sortie de prison avant le terme de la peine.

Ce n'est pas pour autant que le condamné se trouve alors hors du champ du droit pénal. Sa dangerosité, « mesurée » par expertise, peut dorénavant justifier qu'il demeure sous contrôle de la justice. Le condamné peut ainsi être placé sous surveillance judiciaire. Assimilée à une modalité d'exécution de la peine à laquelle elle est intégrée, cette mesure de sûreté, dont la durée correspond aux réductions de peine, ne peut outrepasser le temps de la peine prononcée. Il en va différemment de deux autres mesures créées en 2008 : la rétention de sûreté et la surveillance de sûreté. Succédant à la peine pour assoir un contrôle sociétal durable et potentiellement sans limite, ces mesures ne relèvent plus du temps d'exécution de la peine. Elles ouvrent une autre étape, celle de l'après-peine, dotée elle aussi de ses propres juridictions : les juridictions régionales (composée de trois conseillers de cour d'appel) au premier degré, et la juridiction nationale (composée de trois conseillers de la cour de cassation) au second degré, de la rétention de sûreté (figure 35.2).

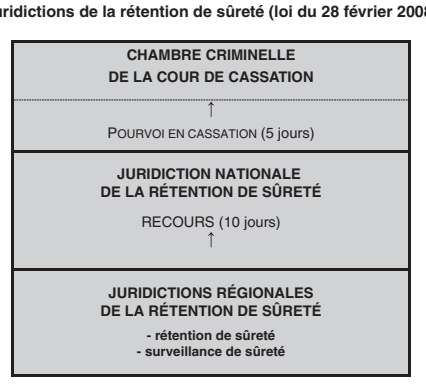


Figure 35.2. Juridiction de la rétention de sûreté.

Lexique

Autorisation de sortie sous escorte : mesure exceptionnelle qui permet au détenu de quitter l'établissement pénitentiaire encadré par une escorte (art. 723-6 du CPP).

Fractionnement de la peine : l'exécution de la peine, effectuée par fraction, est répartie dans le temps (art. 720-1 du CPP). Il ne peut concerner que les peines ou reliquat de peine de 2 ans au plus et suppose un motif d'ordre médical, familial, professionnel ou social.

Libération conditionnelle : correspond une libération anticipée du détenu sous la double condition qu'il ait effectué une partie de sa peine (au minimum, la moitié de la peine prononcée ou 18 ans en cas de peine de réclusion à perpétuité) et qu'il ait manifesté d'efforts sérieux de réadaptation sociale. La mesure peut être révoquée en cas de nouvelle condamnation ou d'inconduite notoire (art. 729 et suivants du CPP).

Période de sûreté : période imputée sur la peine pendant laquelle le détenu ne peut bénéficier d'aucun aménagement. Sa durée maximale varie selon la nature de l'infraction commise et la qualité de délinquant primaire ou de récidiviste de son auteur (art. 132-23 du CP). Le TAP peut toutefois décider d'en réduire la durée ou y mettre fin en application de l'article 720-4 du CPP.

Permission de sortir : autorisation de s'absenter de l'établissement pénitentiaire pendant une période de temps, variable en fonction du quantum de la peine privative prononcée ou restant à courir et des motifs pour lesquels elle est accordée (maintien des liens familiaux, préparation d'un projet de réinsertion, exercice du droit de vote…), qui s'impute sur la durée de la peine en cours (art. 723-3 et suivants du CPP).

Placement à l'extérieur : autorisation de s'absenter l'établissement pénitentiaire pour le temps nécessaire à la réalisation de l'activité pour laquelle la mesure a été octroyée : l'exercice d'une activité professionnelle, enseignement ou à une formation professionnelle, stage ou emploi temporaire en vue de son insertion sociale, suivi d'un traitement médical… Elle peut bénéficier aux condamnés dont la peine ou le reliquat de peine est au plus égal à 2 ans ou 1 an pour les récidivistes (art. 723 du CPP).

Placement sous surveillance électronique (fixe) : souvent présenté comme une prison à domicile, ce placement astreint le condamné, porteur d'un bracelet électronique, à demeurer chez lui en dehors les horaires de sortie possibles définis par le JAP. Il répond aux mêmes conditions que le placement à l'extérieur auxquelles s'en ajoute une spécifique : le consentement préalable du condamné à la mesure en raison de son caractère très contraignant (art. 723-7 du CPP).

Réductions de peine : elles réduisent la durée de la peine d'incarcération prononcée. Certaines sont accordées de plein droit et à l'avance (le crédit de réduction de peine, art. 721 du CPP), mais peuvent être retirées en cas de mauvaise conduite en détention ou de commission d'une nouvelle infraction après la libération. D'autres le sont en « récompense » des efforts sérieux de réadaptation sociale, par exemple le suivi d'un traitement médical (les réductions de peine supplémentaires, art. 721-1 du CPP).

Rétention de sûreté et surveillance de sûreté : elles s'appliquent aux personnes condamnées à au moins 15 ans de réclusion criminelle pour assassinat ou meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement et séquestration commis sur une victime mineure, ou, à condition qu'elles soient aggravées, sur une victime majeure. La première, fondée sur la particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive, consiste en un placement dans un centre socio-médico-judiciaire. Elle est prononcée pour 1 an renouvelable indéfiniment, d'année en année, aussi longtemps que la particulière dangerosité perdure. La seconde, non privative de liberté, peut être prononcée à la suite d'une rétention de sûreté, d'un suivi sociojudiciaire, ou d'une surveillance judiciaire en raison de la persistance de la dangerosité. Elle permet d'en prolonger les obligations (injonction de soins et placement sous surveillance électronique mobile) sans limite puisque, d'une durée initiale de 2 ans, cette surveillance est renouvelable, elle aussi, indéfiniment.

Semi-liberté : autorisation de quitter l'établissement pénitentiaire pour le temps nécessaire à la réalisation de l'activité pour laquelle la mesure a été octroyée : l'exercice d'une activité professionnelle, enseignement ou à une formation professionnelle, stage ou emploi temporaire en vue de son insertion sociale, suivi d'un traitement médical… Elle peut bénéficier aux condamnés dont la peine ou le reliquat de peine est au plus égal à 2 ans ou 1 an pour les récidivistes (art. 723 du CPP).

Surveillance judiciaire : concernant des personnes jugées dangereuses en raison de l'infraction commise (infraction faisant encourir un suivi sociojudiciaire) ou de leur qualité de récidiviste, et sous condition d'un quantum minimum de peine prononcée (cinq ou sept ans selon les cas), cette surveillance se traduit par l'imposition d'obligations tels un placement sous surveillance électronique mobile ou une injonction de soins. Mesure de sûreté, elle a pour objet la prévention de la récidive (art. 723-29 et suivants du CPP).

Suspension de peine : pour répondre à un motif d'ordre médical, familial, professionnel ou social, cette mesure permet de suspendre l'exécution de la peine (si son reliquat ne dépasse pas 2 ans) pendant une période de 4 ans au plus (art. 720-1 du CPP).

Suspension de peine pour raison médicale grave : cette suspension bénéficie aux condamnés qui, quelles que soient la nature de leur peine, la durée de la peine prononcée et la durée de la peine restant à effectuer, sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou dont l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention ». Subordonnée à deux expertises médicales distinctes et concordantes, la décision accordant la suspension n'a pas à en fixer le terme (art. 720-1-1 du CPP).

Droit pénal des mineurs

Chapitre 36

Marie-Géraldine Coupey

Plusieurs textes régissent le droit pénal des mineurs :

- l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante : principes de spécialisation des juridictions et de primauté de l'éducatif sur le répressif ;
- les textes internationaux, notamment la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989.

Depuis un arrêt Laboube de la chambre criminelle de la cour de cassation en date du 13 décembre 1956, toute infraction peut être imputée à tout mineur, si le juge décide que l'acte commis résulte d'une volonté libre et éclairée. Pour qu'un mineur soit pénalement responsable des actes qu'il a commis, il est donc nécessaire qu'il ait compris et voulu ces actes. Ainsi, tout mineur doté de discernement est pénalement responsable de ses actes.

Selon l'article 122-8 alinéa 1 du Code pénal : « les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables dans les conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet ».

L'enquête

L'intervention de la police ou de la gendarmerie

La police ou la gendarmerie ont des services spécialisés dans les affaires concernant les mineurs, telles les brigades de mineurs ou les unités de protection. De même, en ce qui concerne les victimes mineures, les services enquêteurs sont spécialisés. En effet, le recueil de la parole d'un mineur victime exige un savoir faire et une méthodologie qui ne s'acquièrent qu'avec le suivi d'une formation adaptée.

Depuis 1998, le mineur victime d'agressions sexuelles ou d'atteintes sexuelles voit son audition filmée dans un cadre adapté. Cet enregistrement audiovisuel a un intérêt pour la justice, puisqu'il s'agit d'une retranscription fidèle des mots et des gestes du mineur. Il a également et surtout un intérêt pour le mineur victime qui n'aura pas à redire à différents intervenants ce qu'il a subi. En effet, il a été précisé que redire, c'était bien souvent refaire. De plus, il semblerait que le mineur qui ait plusieurs interlocuteurs ait le sentiment de ne pas être cru, car on lui fait répéter. Cependant, toute redite n'est pas exclue, car certains estiment que la redite est nécessaire à la guérison.

Le cadre de l'entretien est adapté au mineur. Son rythme est respecté et l'interlocuteur essaye de faciliter l'entretien en commençant par une prise de contact, suivie d'une mise en confiance en abordant la personnalité générale du mineur, avant de le laisser librement s'exprimer sur ce qu'il a subi (phase de questionnement ouvert) et de lui poser certaines questions à titre de complément d'information (phase des questions spécifiques non suggestives). L'entretien se terminera par une explication des suites de la procédure. Différentes techniques facilitant le recueil de la parole du mineur tel le dessin, les poupées sexuées… peuvent être utilisées.

Le mineur peut être assisté au cours de cet entretien, notamment par un médecin spécialiste ou un psychologue ou encore un administrateur *ad hoc*.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le placement en retenue ou en garde à vue

- Un mineur peut être placé en retenue ou en garde à vue s'il existe des indices graves ou concordants laissant présumer qu'il a commis ou tenté de commettre une infraction.
  - la retenue est possible pour les mineurs de 10 ans à 13 ans.
  - le crime ou délit poursuivi doit être puni d'au moins 5 ans d'emprisonnement.
  - la durée maximum de la retenue est de 12 heures.
  - la garde à vue est possible pour les mineurs de plus de 13 ans.
  - si le mineur est âgé entre 13 ans et 16 ans, la durée de la garde à vue ne peut excéder 12 heures renouvelables 12 heures si une peine de 5 ans d'emprisonnement est encourue.
  - si le mineur est âgé entre 16 ans et 18 ans, la durée de la garde à vue ne peut excéder 24 heures renouvelables 24 heures. C'est le régime des majeurs qui s'applique.
- Lors de la retenue ou de la garde à vue, le Substitut du procureur de la République en charge des affaires de mineurs est informé de la mesure, ainsi que les représentants légaux du mineur. Le mineur peut être examiné par un médecin.
- Le mineur peut également être assisté par un avocat avec lequel il pourra s'entretenir durant 30 minutes en toute confidentialité. L'avocat du mineur pourra ensuite l'assister lors de ses interrogatoires, le tout sans condition d'âge.
- Il existe dans chaque barreau des avocats spécialisés dans la défense des mineurs délinquants. L'avocat du mineur est d'ailleurs obligatoire dès la phase de poursuite.

La poursuite

Elle est déclenchée par l'intervention du substitut du procureur de la République en charge des affaires de mineurs. Celui-ci a un rôle à la fois préventif (il mène ainsi des actions d'information et de prévention) et répressif dès qu'un mineur a commis ou tenté de commettre une infraction. Il peut alors opter pour :

- un classement sans suite ou sous condition avec notamment dans ce cas un passage solennel devant le Délégué du procureur de la République (mesure alternative aux poursuites) ;
- la saisine du juge des enfants par requête pénale ;
- la saisine du juge d'instruction par réquisitoire introductif ;
- l'orientation du mineur vers une procédure dite accélérée.

Une loi de 1996 a permis l'application au mineur de la convocation à comparaître aux fins de jugement. Une comparution à délai rapproché est également applicable au mineur qui est alors immédiatement présenté au juge des enfants, lequel peut, dans l'attente du jugement, prendre des mesures provisoires.

Une loi de 2007 a permis de recourir à la procédure de présentation immédiate. La phase d'instruction n'est alors plus obligatoire, mais à condition que des investigations sur la personnalité du mineur aient été accomplies à l'occasion d'une procédure antérieure de moins d'un an. Certaines conditions d'âge et tenant à la durée de la peine encourue doivent également être respectées.

Une loi de 2011 a institué la convocation par officier de police judiciaire devant le tribunal pour enfants, sans instruction préalable du juge des enfants ou du juge d'instruction. Cette procédure est cependant exclue pour un mineur primodélinquant.

L'instruction

Sauf les exceptions ci dessus mentionnées, l'instruction en matière de délinquance juvénile est, en principe, obligatoire.

L'intervention du juge des enfants ou du juge d'instruction spécialement chargé des affaires de mineur

L'instruction est menée par le juge des enfants pour les délits les moins graves et les contraven-

tions de 5e classe. Il peut choisir d'instruire selon la voie ordinaire prévue par le CPP ou selon une voie officieuse réunissant moins de formalités. Elle est menée par le juge d'instruction pour les délits les plus graves et les crimes.

L'instruction poursuit deux objectifs : la manifestation de la vérité et la connaissance du mineur (enquête sociale, investigation d'orientation éducative, enquête de personnalité, examen médico-psychologique, etc.).

Depuis 2011, l'article 5-1 de l'ordonnance de 1945 transcrit dans la loi l'exigence constitutionnelle de connaissance de la personnalité du mineur préalablement au prononcé à son encontre d'une décision pénale. L'article 5-2 institue le dossier unique de personnalité qui recense l'ensemble des éléments relatifs à la personnalité du mineur recueillis au cours des enquêtes dont il a fait l'objet et les investigations relatives à sa personnalité et son environnement social et familial accomplies lors des procédures dont il a pu faire l'objet.

Le contrôle judiciaire et la détention provisoire

Un mineur poursuivi peut être placé sous contrôle judiciaire, certaines obligations lui sont alors imposées par le juge des libertés et de la détention.

Un mineur poursuivi peut également être placé en détention provisoire le temps de l'instruction. Certaines conditions très strictes doivent alors être respectées. Ce placement est décidé par le juge des libertés et de la détention dans le cas où cette mesure est indispensable.

Le mineur âgé entre 13 et 16 ans peut être placé en détention provisoire s'il encoure une peine criminelle ou s'il n'a pas respecté les obligations de son contrôle judiciaire.

Le mineur âgé entre 16 et 18 ans peut être placé en détention provisoire dans les mêmes conditions ou seulement s'il encoure une peine correctionnelle supérieure ou égale à 3 ans.

Le mineur placé en détention provisoire est alors accueilli dans un quartier spécial de la maison d'arrêt.

La détention provisoire peut durer de un mois à 2 ans.

Une fois l'instruction terminée

Le mineur peut bénéficier d'un non-lieu, être renvoyé devant le juge des enfants, devant le tribunal pour enfants ou, s'il a commis un crime et qu'il a plus de 16 ans, devant la cour d'assises des mineurs

Le jugement

Deux points distinguent l'audience de jugement d'un mineur de celle d'un majeur :

- les formalités sont réduites (présence du mineur, etc.) ;
- la publicité est restreinte dans un souci de protection du mineur.

Les juridictions de jugement

Le juge des enfants

Il a une fonction protectrice (assistance éducative) et une fonction répressive. Pendant longtemps il a pu être à la fois juge d'instruction et juge de jugement, ce qui dérogeait au principe de séparation des fonctions judiciaires.

Cependant, dans une décision en date du 8 juillet 2011, le Conseil constitutionnel a censuré, à compter du 1er janvier 2013, les dispositions permettant au juge des enfants qui a instruit l'affaire de pouvoir présider le tribunal pour enfants et vraisemblablement le futur tribunal correctionnel des mineurs.

Il juge en chambre du conseil le mineur ayant commis ou tenté de commettre une contravention de 5e classe ou un délit peu grave.

Le tribunal pour enfants

- Cette juridiction se compose d'un juge des enfants qui la préside, et de deux assesseurs non professionnels. Ce sont des citoyens sans formation juridique particulière, choisis en fonction de leurs compétences et de l'intérêt qu'ils portent aux questions de l'enfance. Le ministère public est représenté par un magistrat du parquet spécialisé dans les affaires de mineur.

  Il juge des mineurs ayant commis des contraventions de 5e classe, des délits ou des crimes, mais seulement si le mineur était âgé moins de 16 ans au moment des faits.

- Une loi du 10 août 2011 a créé un tribunal correctionnel pour mineurs à compter du 1er janvier 2012. Cette nouvelle juridiction sera compétente pour juger les mineurs récidivistes de plus de 16 ans poursuivis pour des délits punis d'une peine d'emprisonnement égale ou supérieure à 3 ans.

La cour d'assises des mineurs

Elle se compose de trois magistrats professionnels dont deux juges des enfants et de jurés tirés au sort sur les listes électorales, comme pour les majeurs.

Le ministère public est représenté par un magistrat du parquet spécialisé dans les affaires de mineur.

Cette juridiction juge des crimes commis par les mineurs de plus de 16 ans.

Les décisions des juridictions de jugement

La juridiction de jugement peut toujours prononcer une relaxe (en matière correctionnelle) ou un acquittement (en matière criminelle). Si elle condamne, elle peut prononcer :

- **Des mesures éducatives**. Il peut s'agir d'une remise à parents, d'une mesure d'admonestation (avertissement solennel), d'une mesure de liberté surveillée, d'une mesure de placement (établissement d'éducation, de formation professionnelle ou médical) ou d'une mesure de réparation.
- **Des sanctions éducatives**. Il peut s'agir de la confiscation de l'objet ayant servi à la commission de l'infraction, de l'interdiction de paraître dans certains lieux, de rencontrer certaines personnes, de l'obligation de suivre un stage de formation civique.
- **Des peines**.

  Une peine ne peut être prononcée par le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs que si le mineur a plus de 16 ans.

  Le mineur âgé entre 13 et 16 ans ne peut être condamné qu'à des peines qui ne peuvent excéder la moitié des peines encourues par un majeur.

  Le mineur âgé entre 16 et 18 ans ne peut être condamné aux mêmes peines qu'un majeur que si la juridiction de jugement ne recourt pas à l'excuse atténuante de minorité (peines encourues divisées de moitié) et notamment en cas de récidive légale. Dans le cas de récidive légale, le mineur poursuivi encourt des peines dites « planchers ».

  Les peines sont l'emprisonnement ou la réclusion criminelle assorti ou non d'un sursis simple ou avec mise à l'épreuve, l'amende, le travail d'intérêt général.

  Une fois les voies de recours exercées, les condamnations prononcées, devenues définitives, figureront au casier judiciaire du mineur. Mais avec le temps certaines mentions pourront disparaître.

Conclusion

On constate aujourd'hui une répression plus importante marquée par une forte inflation législative et une forte pression pour supprimer l'ordonnance de 1945, qui pourtant résiste.

Il est indispensable que la justice des mineurs reste adaptée et spécialisée aux mineurs. Ce ne sont pas des adultes miniatures, mais des adultes en devenir…

Bibliographie des règles de droit

Deux petits livres de droit pénal et procédure pénale (les deux en un, incluant du droit des mineurs ; ne manque que le droit pénal spécial).

Avec beaucoup de tableaux et de schémas. In Borricand J., & Simon, A. M. (Eds.), (2010). *Droit pénal et procédure pénale*. (7e ed.). Aide-mémoire, Sirey.

Plus écrit et plus conceptuel. In Garé T., & Ginestet, C. (Eds.), (2011). Droit pénal et procédure pénale, Hyper Cours. (7e éd.). Paris : Dalloz.

Sous forme de dictionnaire :

Beziz-Ayache, A. (2011). *Dictionnaire de droit pénal général et de procédure pénale* (5e éd). Paris : Ellipses.

Dictionnaire de la sanction pénale. (2009). Paris : Ellipses.

Mathias, E. (2006). *Termes de droit pénal et de procédure pénale*. Paris : Gualino éditeur.

Une ouverture sur la criminologie et la politique criminelle :

Jean, J. P. (2008). *Le système pénal*. coll. Repères. Paris : La Découverte.

Pour une introduction au droit pénitentiaire :

Le guide du prisonnier, « Pratique et militant ». (2012). Paris : La Découverte.

Dictionnaire permanent d'action sociale. Paris : Éditions législatives. Mise à jour permanente : rubrique Détenu,

le détenu et sa famille, par L. Leturmy et P. Pottier. (Rédigé pour des travailleurs sociaux, un passage et une bibliographie sur le droit médical).

Droits et devoirs de la personne détenue. In sous la dir de Poncela, P. (Ed.), (janvier 2009). Publié par la direction de l'Administration pénitentiaire.

Quelques sites :

Legifrance. Pour consulter les codes : www.legifrance.gouv.fr.

Université numérique juridique francophone (UNJF). Pour les étudiants inscrits à l'université de Poitiers, sur le site de l'université, se connecter à ENT, cliquer « mes cours », puis UNJF.

Pénalistes de Poitiers : isc-epred. labo. univ-poitiers. fr, avec une bibliographie complète renvoyant à des manuels de M. Danti-juan, L. Leturmy et P. Kolb.

Les droits des victimes d'infraction

Chapitre 37

Robert Cario

Réapparue à une époque très récente comme acteur du procès pénal, en théorie pour le moins, la victime d'infraction (et/ou ses proches) est longtemps demeurée passive lors de la résolution judiciaire consécutive à une victimisation d'ordre pénal. Encore étonnamment aujourd'hui, le système de justice pénale ne définit pas les objets fondamentaux qui l'animent : le crime, l'infracteur, la victime, la sanction (Cario, 2012). Il convient cependant de considérer, dans les lignes qui suivent, la victime comme toute personne en souffrance(s) :

- de telles souffrances doivent être personnelles, réelles, socialement reconnues comme inacceptables ;
- et de nature à justifier une prise en compte des personnes concernées, passant, selon les cas, par la nomination de l'acte ou de l'événement, par la participation processuelle à la manifestation de la vérité, par des informations d'ordre juridique, par des soins médicaux, psychothérapeutiques, un accompagnement psychologique, social et/ou une indemnisation (Senon, Lopez, Cario, 2012).

Une telle aberration notionnelle n'est pas due au hasard : elle permet toutes sortes de confusions, de contradictions, voire d'interprétations de sens commun du phénomène criminel. Au mépris de la sévérité des réponses sociopénales déjà à l'œuvre dans notre pays (Mucchielli, 2011 ; Cario, 2008), le populisme ambiant, excité par de multiples motifs d'insécurités autres que criminelles, appelle à toujours plus de normes, à toujours plus d'exclusion de ceux qui les transgressent. À un point tel que les parlementaires eux-mêmes considèrent que « trop de lois… tuent la loi »… À un point tel que huit plaintes ou dénonciations sur dix sont classées sans suite par le ministère public, rejetant par là massivement, en d'autres termes, ce pourquoi le système est compétent. L'argument consistant à ne considérer que les « affaires poursuivables » ne change rien à l'affaire : l'auteur gagne en impunité, la victime perd en reconnaissance, alors qu'une infraction a bien été commise.

La doctrine contemporaine n'est sans doute pas étrangère à une telle situation. Très peu critique relativement à l'inflation pénale (à l'infinie pénalisation des déviances et autres incivilités notamment), elle ne voit, en revanche, dans l'octroi de droits aux victimes qu'une « intolérable » confiscation de ceux de l'infracteur. Aveuglement idéologique ou crispation « droitsdel'hommiste » ? Au constat du maintien plus que proportionnellement dans le Système pénal des plus démunis d'entre nous, à l'heure du procès équitable, on demeure perplexe quant aux sources scientifiques de tels positionnements, anachroniques. Le niveau historiquement bas des crimes (0,5 %, principalement des actes homicides) et des délits graves (environ 20 % des décisions prononcées par les juridictions répressives) ne doit pour autant pas conduire à négliger la prise en compte des protagonistes au sein d'un système suralimenté. La dépénalisation massive, consistant simplement à rendre aux contentieux d'origine les conflits dont ils ont été abusivement dépouillés, offrira une plus grande sérénité aux missions des acteurs professionnels et associatifs habilités investis tout au long de la chaîne pénale, une visibilité accrue de leurs actions, un véritable sens aux

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

sanctions retenues au regard de la gravité de l'acte, de la personnalité de son auteur, des besoins de la victime et de leur communauté d'appartenance. De surcroît, la peine privative de liberté (très coûteuse et évaluée comme la plus contre-productive des réponses au crime) redeviendra l'*ultima ratio*. Dans ces conditions, il est possible de croire que la prévention du phénomène criminel reprendra la place qui est la sienne : objet unique de la lutte contre le crime. Précoce, elle permettra d'économiser des gains très importants mais, surtout, d'assurer en pleine responsabilité citoyenne, l'intégration harmonieuse – droit humain s'il en est – du plus grand nombre de personnes, en toute dignité et égalité.

De la reconnaissance de plus en plus affirmée par les textes des droits des victimes dépendent, à l'heure actuelle, la variété, l'étendue et la mise en œuvre effective de ceux-ci. En seulement trois décennies, un long chemin a été parcouru. Des obstacles demeurent encore mais ils ne sauraient longtemps résister à une politique volontariste de promotion des droits humains et des valeurs sociales essentielles, pas davantage à la nécessité de la mise en œuvre du procès équitable, pour tous, au cas de violations de ceux-ci.

L'avènement des droits des victimes

Le Code d'Instruction criminelle de 1808 a réservé l'action civile devant les juridictions répressives à toute personne « ayant personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction ». Il faudra cependant attendre 1906 pour qu'elle puisse agir en cas d'inaction du Procureur, 1913 relativement aux incriminations d'intérêt général, 1921 pour être représentée et/ou assistée par un conseil. Le Code de procédure pénale de 1958 accentue les droits des parties civiles mais leur prise en charge demeure, aujourd'hui encore, très largement indemnitaire.

La prise en compte des droits de la victime, au cours de la seconde moitié du XX^{e} siècle, tient principalement à l'évolution des conditions sociales et culturelles de vie dans nos sociétés occidentales. Dans le même mouvement, la victimologie a bénéficié des apports remarquables des recherches féministes. Elles ont mis en évidence, tout d'abord, qu'un nombre conséquent de victimes n'apparaissait jamais dans le processus pénal. Elles ont sensibilisé, ensuite, aux conditions lamentables de leur prise en charge tout au long de la chaîne pénale, en termes de victimisation secondaire. Elles ont été à l'origine, enfin et pour l'essentiel, des services d'aide et d'accompagnement

À la suite des pays anglo-saxons et sous la pression de textes internationaux ou régionaux (plus ou moins contraignants), les premières législations nationales spécifiques aux victimes ont vu le jour à la fin des années 1970 sur le vieux continent. Les premières structures d'aide aux victimes, massivement associatives, se sont mises effectivement en place à la fin des années 1980 seulement. Elles jouent actuellement un rôle fondamental pour la reconnaissance des droits des victimes.

Parallèlement à la reconnaissance d'acteur au procès, l'indemnisation de la victime, son accompagnement global se sont nettement améliorés. Les années 1980 sont celles du Droit à indemnisation (lois du 3 janvier 1977 et du 6 juillet 1990), la victime bénéficiant aujourd'hui de la réparation intégrale des infractions graves contre les personnes, sans aucune subsidiarité. Les années 1990, consacrent le Droit à l'aide aux victimes. Apparues en 1982, sur les très fortes recommandations du ministère de la Justice, les 150 associations d'aide aux victimes sont aujourd'hui fédérées au sein de l'Institut National d'aide aux victimes et de médiation (Inavem). Malgré la qualité professionnelle des missions qu'elles mettent en œuvre, elles sont en très grand danger, faute de financement adéquat. Les années 2000 sont celles de la rationalisation du Droit des victimes, particulièrement au regard de leurs droits subjectifs. En ce sens, à la suite de la circulaire du 13 juillet 1998, du rapport Lienemann remis le 29 mars 1999 au Premier Ministre, la loi du 15 juin 2000 est venue consolider un véritable statut des victimes d'infractions, qu'elles peinent toujours néanmoins à faire reconnaître. Les années 2010, en cours d'écriture, semblent résolument se tourner vers l'approche restaurative de la question criminelle. Ayant le souci de tous, elle tend à compléter l'action de la Justice pénale dédiée aux conséquences du crime en prenant en compte, plus particulièrement, les répercussions du crime sur le quotidien des protagonistes.

La diversité des droits des victimes d'infraction

Leur mise en œuvre suppose que la victime soit placée au centre des dispositifs disponibles, dans le cadre d'une authentique stratégie d'*empowerment*, chacun devant effectivement acquérir la maîtrise de ses propres affaires.

Toute personne victime possède une triple série de droits

Ils sont acquis indépendamment du point de savoir si elle entend faire valoir, ou non, son droit au juge et à la justice, aussi longtemps que ses besoins consécutifs à l'infraction le nécessitent.

Le droit des victimes à la re-co-naissance garantit que son état de personne souffrante est bien considéré. Venant d'autrui, la reconnaissance fonde l'humanité de la victime-sujet. « Le moi s'éveille par la grâce du toi » a si pertinemment précisé Gaston Bachelard. C'est une posture éthique fondamentale. L'accompagnement des intéressés, ensuite est primordial, en harmonie avec la reconnaissance. Accompagner, c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui, à son rythme. Pour avoir connu l'expérience du crime, elle seule connaît la direction dans laquelle il faut chercher, ce que sont ses problèmes cruciaux pour y faire face et ses besoins pour tenter de les résoudre tous. La réparation doit être globale, intégrale et effective. Réparer, c'est prendre soin de soi, de l'autre dans la complexité de toutes les souffrances subies. Convient-il de souligner que ces postures éthiques doivent également profiter à l'infracteur qui, au-delà de l'acte commis et quelle qu'en soit la gravité, demeure une personne titulaire de droits humains fondamentaux et bénéficiaire de principes processuels majeurs ?

Lorsque des poursuites sont engagées à l'initiative du procureur de République ou de la partie civile constituée

Des droits processuels sont alors acquis aux parties, de manière équitable et équilibrée. Ils sont de nature à leur offrir un rôle d'acteur, de sujet de droit et non pas de simple objet de procédure (Lopez *et al.*, 2007 ; D'Hauteville, 2011 ; Cario, Ruiz, 2013).

Afin de ne pas demeurer méconnue, voire inconnue, la victime doit pouvoir accéder au droit, gratuitement et rapidement. L'octroi de l'aide juridictionnelle consolide la reconnaissance des droits de toute victime à être défendue par le précieux ministère d'un avocat. En rien obligatoire, la constitution de partie civile (CPC) offre cependant de réelles garanties à la victime (ou à ses ayants droit) d'un crime ou d'un délit grave (principe de proportionnalité devrait obliger) par la possibilité soit de mettre en mouvement l'action publique (par voie d'action), soit de s'y associer (par voie d'intervention). La CPC produit un « triple » effet : assurer à la victime la réparation des dommages directement liés à l'infraction ; lui permettre de participer à l'établissement de la vérité des faits et à la lutte contre l'impunité.

Les conditions d'accueil de la victime sont primordiales, de la révélation des faits à l'exécution des décisions de justice. Des locaux spécifiques doivent être disponibles, aménagés et équipés de matériels techniques susceptibles d'enregistrer ces premiers instants de remémoration des circonstances du drame vécu, toujours délicats. En tous ces lieux, des équipes pluridisciplinaires ou des personnels spécialement formés favorisent, par leur écoute, la parole de la victime, éprouvée physiquement et psychologiquement par la révélation des faits. Toute personne victime possède le droit d'être informée des suites et des caractéristiques des contentieux qui sont susceptibles d'être activés. Elle doit, en ce sens, pouvoir saisir toute institution ou service compétent. La généralisation, selon les caractéristiques des territoires, notamment des Maisons de justice et du droit (MJD), des guichets uniques de greffe (GUG), va en sens. De la même manière, l'extension récente du poste de juge délégué aux victimes (JUDEVI), assisté par un Bureau des victimes (BDV) à tous les tribunaux de grande instance, mérite d'être soulignée. Surtout, le rôle des Services d'aides aux victimes apparaît princeps dans la prise en soins, au sens large, des victimes, en termes d'informations juridiques, d'accompagnement psychologique et social. Toute personne victime possède le droit d'être protégée de l'infracteur et tout doit être mis

en place pour qu'elle ne soit plus en contact avec lui. La victime doit évidemment être protégée des médias, car l'avidité populaire pour le « fait de société » conduit parfois à dépasser le cadre objectif du droit d'informer (contrairement aux règles déontologiques qui organisent la profession), au mépris du plein consentement des intéressés.

Les victimisations consécutives aux atteintes graves aux personnes nécessitent des soins médicaux appropriés aux dommages physiques subis. Dans le même sens, les violences aux personnes, voire les atteintes violentes aux biens, provoquent des perturbations d'ordre psychologique plus ou moins importantes, dépendant aussi des aptitudes à la résilience des intéressé(e)s. Un traitement psychothérapeutique peut alors être prescrit dans l'immédiat des faits. À plus ou moins long terme, un accompagnement psychologique peut être proposé aux victimes traumatisées par l'événement, susceptible de déboucher sur un état de stress posttraumatique aux conséquences graves, au cas de confrontation au réel de la mort. Une telle prise en compte de la victime doit être la plus pluridisciplinaire possible afin de la réintégrer au plus vite dans la communauté humaine, selon ses besoins identifiés (Damiani, Lebigot, 2011).

Toute personne victime a le droit d'être aidée par des secours financiers et/ou matériel d'urgence, quand ils existent ! Plus généralement, un accompagnement social doit être mis en place, pour autant qu'il soit nécessaire et aussi longtemps qu'il le sera. Au-delà des prestations offertes par les services idoines de Sécurité sociale, la prise en compte des répercussions du crime est essentielle : perturbations conjugales, voire familiales ; perturbations d'ordre professionnel ; perturbations socioéconomiques ; perturbations relationnelles, principalement. Ces manifestations se cumuleront d'autant plus que l'infraction sera grave. Elles seront alors susceptibles de conduire à l'isolement, au rejet, voire à l'exclusion sociale. Une fois encore, c'est de la rapidité et de la globalité de ces prises en compte (dans l'immédiat ou le moyen terme) que peut dépendre la réparation à plus long terme de la victime permettant d'épargner, finalement, de sérieux surcoûts sociaux que l'inaction entraînera toujours. Sans compter sur les conséquences désastreuses au plan personnel d'une telle victimisation secondaire, très certainement évitable.

Les droits de la défense doivent rigoureusement être garantis à la victime et respectés. Une défense de qualité permet à la victime d'être véritablement acteur du procès. L'élargissement, la revalorisation, mieux même la systématisation de l'aide juridictionnelle au bénéfice des victimes est inévitable, tant il est normal que la solidarité nationale vienne à leur secours et assume les frais toujours coûteux du procès pénal. En cas de nécessité, le mineur victime doit être également représenté par un administrateur *ad hoc*. Des conventions locales entre Barreau et Service d'aide aux victimes sont de nature à faciliter grandement la défense de la victime d'une part (en termes de conseils juridiques) et l'accompagnement des victimes d'autre part (en termes d'informations juridiques sur le déroulement du procès, l'assistance au moment des audiences, notamment).

Tous les intervenants rencontrés tout au long du procès pénal doivent être réellement des professionnels compétents et les services qu'ils offrent de réelle qualité. Il apparaît essentiel qu'ils soient sensibilisés (dans leur formation initiale et continue) à la question criminelle, dans l'endroit comme dans l'envers du crime. La complexité des comportements humains, notamment agressifs, impose en effet que des connaissances les plus actualisées en criminologie et victimologie soient acquises pour comprendre, prendre en compte et traiter les besoins des intéressés. La complémentarité des divers professionnels est une réelle richesse, si chacun apporte ses savoir-faire, sans confusion de rôle. L'intégration au sein de l'Université de l'enseignement, de la recherche et de la professionnalisation en criminologie apparaît ainsi d'une extrême urgence (Cario, Herzog-Evans, Villerbu, 2012 ; Senon *et al.*, 2012).

Le dispositif français d'indemnisation des victimes d'infractions est l'un des meilleurs au monde. Encore faut-il l'activer dans l'intérêt des victimes sans attendre l'issue du procès pénal comme cela est encore trop souvent le cas. Dorénavant, le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) peut être directement saisi, sur la base des dommages consécutifs à une infraction (crime ou délit grave) dûment expertisés… sous réserve de complications. Si la somme proposée par le fonds est acceptée par la victime, le paiement interviendra dans un très bref délai. À

défaut, La commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) redevient compétente. Dans les cas où la CIVI n'est pas compétente (délits de faible gravité), le législateur permet (au risque de paupérisation du Fonds) la saisine du Service d'aide au recouvrement des victimes d'infraction (SARVI).

L'égalité des armes entre tous les protagonistes doit effectivement être respectée. La victime constituée partie civile peut ainsi demander l'accomplissement de divers actes de procédure prévus par le Code de procédure pénale : accès au dossier et communication de toutes ses pièces ; demandes d'auditions, de confrontations, de déplacements sur les lieux, d'expertises et contre-expertises ; recours contre les décisions rendues à tous les stades de la procédure, sauf en matière d'appel criminel sinon sur intérêts civils. En complément de la légitimité procédurale, pouvoir verbaliser la nature et l'importance des souffrances consécutives au crime, ses conséquences sur sa situation personnelle, ses répercussions familiales et sociales permet, bien au-delà de la recherche de la vérité et de la réparation indemnitaire des préjudices, d'apaiser l'émotion qui submerge la victime et/ou ses proches, de la partager socialement. C'est ainsi que la victime peut retrouver le désir de (re)devenir une personne désirante, selon la belle expression de Liliane Daligand (Daligand, 2011).

Mais toute personne victime a également des devoirs. Elle doit ainsi respecter le cadre imposé par la loi et, notamment, si elle souhaite agir en justice, s'inscrire dans les délais utiles. Toute personne victime a encore le devoir de respecter les institutions ou services qu'elle côtoie, en leur offrant une collaboration loyale, en effectuant elle-même certaines démarches. Plus généralement, les victimes devraient s'imposer le devoir de signaler aux autorités compétentes les infractions dont elles ont été la cible, directement ou indirectement. Dans le même ordre d'idées, la plainte ne doit être déposée qu'avec la plus grande circonspection car s'il apparaît qu'elle est fautive, elle engage la responsabilité civile de son auteur voire, si elle est abusive, l'expose aux sanctions de la dénonciation calomnieuse. Plus généralement, la victime, comme ses ayants droit ou ses proches, doivent respecter l'infracteur et ses proches en leur qualité de personnes titulaires de droits humains fondamentaux.

Conclusion

À l'issue de ces développements sommaires, il est possible d'apercevoir un certain équilibre de la balance des droits de l'infracteur d'un côté et de ceux de la victime de l'autre. C'est l'objet même du procès équitable. Il cristallise, finalement, la pertinence et la nécessité du respect de l'ensemble des droits précédemment évoqués. Mais indéniablement, un long chemin reste à parcourir pour que les réalités processuelles soient en harmonie, au quotidien du système de justice pénale, avec les textes officiels. Quelques pratiques courantes en ruinent tous les effets, comme le recours massif aux classements sans suite et la généralisation du traitement en temps réel notamment. Aussi le temps semble venu d'offrir aux victimes et aux infracteurs le droit de recourir aux mesures de justice restaurative dont la pertinence est régulièrement évaluée de manière très positive dans les pays les ayant intégrées dans leur législation. En ce sens, médiation pénale, conférences restauratives de groupe, rencontre détenus-victimes, cercles de soutien doivent prendre place, maintenant, dans notre arsenal législatif, à tous les stades de la procédure (Zehr, 2012).

Références

Cario, R. (2010). *Justice restaurative. Principes et promesses* (2005) (2e éd.) (300p). Paris : L'Harmattan.

Cario, R. (2008). *Introduction aux sciences criminelles. Pour une approche globale et intégrée du phénomène criminel* (1996) (6e ed.) (348p). Paris : L'Harmattan.

Cario, R. (2012). *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale* (2000) (4e ed.) (265p). Paris : L'Harmattan.

Cario, R., Herzog-Evans, M., & Villerbu, L. M. (2012). *La criminologie à l'Université. Mythes… et réalités*. (104p). Paris : L'Harmattan.

Cario, R., & Ruiz, S. (2013). *Droit(s) des victimes*. Paris : L'Harmattan, à paraître.

D'Hauteville, A. (2011). Le droit des victimes. In R. Cabrillac, M. A. Frison-Roche, & T. Revet (Eds.), *Droits et libertés fondamentaux*. (17e éd.) (951p). Paris : Dalloz.

Daligand, L. (2011). Reconnaissance. In C. Damiani, & J. F. Lebigot (Eds.), *Les mots du trauma. Vocabulaire de psychotraumatologie* (p. 150). Paris : Ed. Ph. Duval.

Damiani, C. & Lebigot, J. F. (Eds.), (2011). *Les mots du trauma. Vocabulaire de psychotraumatologie* (303p). Paris : Ed. Ph. Duval.

Institut national d'aide aux victimes et de médiation, inavem.org.

Lopez, G., Portelli, S., & Clément, S. (2007). *Les droits des victimes. Droits, auditions, expertise clinique.* (2e éd.) (411p). Paris : Dalloz.

Master de criminologie de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, criminologie.univ-pau.fr.

Mucchielli, M. (2011). *L'invention de la violence. Des peurs, des chiffres, des faits.* (340p). Paris : Fayard.

Senon, J. L., Lopez, G., & Cario, (Eds.). (2012). *Psychocriminologie. Prévention, prise en charge, expertise.* (2e éd.) (528p). Paris : Dunod.

Zehr, H. (2002/2012). *La justice restaurative. Pour sortir des impasses de la logique punitive* (98p). Genève : Labor et Fides.

Passage à l'acte

CHAPITRE 38

Clinique de l'acte

Marie-José Grihom

Dans la lignée de la pensée freudienne, les contributions à une clinique de l'acte sont nombreuses et ont été renouvelées grâce à la prise en charge psychologique des auteurs de violence sexuelle notamment. Nous ne saurions les envisager toutes car le champ de la criminalité est étendu et les conceptualisations diverses. Un simple examen des termes utilisés suffit à montrer la richesse de nos élaborations : passage à l'acte, en acte ou par l'acte ; *acting in* et *acting out*, symptôme out ; mise en acte ; recours à l'acte. L'acte fait penser, nous fait penser mais une revue de la littérature témoigne aussi de l'importance d'une synthèse des travaux de recherche (Raoult, 2008). À leur lecture, il est clair que la visibilité de l'acte ne traduit pas sa fonction psychique. Il ressort aussi que les rapports entre l'acte et l'élaboration de la représentation et de l'affect forment un point de complexité qui mérite réflexion.

La clinique de l'acte criminel cherche à rendre compte de ce qu'a pu être l'expérience du sujet avant, pendant et après la commission de l'acte, qu'il s'agisse d'un meurtre, de coups et blessures, de viol ou de tout autre délit tenu pour un crime au sens du droit. Or, parler d'expérience subjective suppose d'examiner comment « l'expérience » est traduite en termes psychiques, représentatifs notamment et quelle part y prend la « subjectivation ». Car, le sujet de cette expérience affective et inconsciente peut s'en saisir, s'y reconnaître et se l'approprier ou l'ignorer à l'inverse. C'est donc aux rapports entre l'acte et la pensée, dans la perpective de la subjectivation, que nous allons prêter attention. L'on sait que l'acte peut résulter d'une volonté délibérée de le commettre. Il peut reposer sur le déploiement d'une action organisée par les processus secondaires et mobilisant le jugement comme chez le criminel narcissique. Est-ce pour autant que le crime échappe aux logiques inconscientes du sujet ? Il peut aussi se manifester comme décharge massive de la violence et témoigner d'un dé-saisissement du sujet lui-même qui ne sait dire ce qui l'a conduit au crime autrement que par un : « C'était plus fort que moi ! ». À la relecture des théorisations freudiennes de la pulsion et de l'*agieren*, l'acte criminel nous apparaîtra être un agir inconscient, en rapport avec des représentations d'époques différentes mais aussi avec des affects face auxquels des défenses se mettent en branle, des plus élaborées aux plus radicales.

Mais l'acte est à entendre aussi au sens théâtral du terme. Il est l'acte d'une scène psychique qui est mise au-dehors grâce à la décharge pulsionnelle chez certains. Chez d'autres sujets, souvent psychotiques mais aussi dans la perversité (Balier, 1996 et 2005), il est l'acte d'un acteur qui s'échappe à lui-même pour agir, tel un automate, sa pulsion de mort dans la plus grande destructivité. Nous chercherons, en conséquence, à rendre compte de l'acte criminel en tant que solution subjective. Pour ce faire, nous retiendrons deux axes d'analyse : l'actualisation pulsionnelle d'une part, les effets du conflit psychique sur la subjectivation d'autre part.

Les élaborations freudiennes

Freud a établi, au fil de son œuvre, une série d'équations d'une part entre acte et pensée, d'autre part

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

entre acte et langage. Acte de penser, acte de parole sont les agir mêmes auxquels le psychanalyste prête son écoute, son acte d'écouter. Si l'action, et donc l'éveil du sensorimoteur, semble impliquée dans tout acte, comment juger des relations entre ces différentes activités : dire, agir, penser au regard de la question de la décharge pulsionnelle.

L'action spécifique

L'on trouve, dès *L'Esquisse* (1895), les bases d'une distinction entre l'acte et l'action face aux exigences pulsionnelles. La fiction théorique de Freud part du besoin et du somatique, mais elle offre déjà une explication de la transformation de la pulsion sexuelle somatique en un élément d'ordre psychique. Les principes de régulation de l'appareil psychique sont alors l'inertie et la constance. Il nous présente comment le nouveau-né va progressivement rencontrer une part de réalité grâce aux « actions adéquates « de l'adulte qui va l'aider à supporter la charge pulsionnelle. L'action spécifique de l'autre sous toutes les nuances où elle peut se présenter : bercer, chanter, porter, nourrir, etc., va permettre à l'enfant de réaliser à terme une action spécifique pour son propre compte. En effet, par ses réponses adaptées aux besoins de l'enfant, l'adulte lui propose deux voies majeures pour transformer la décharge et permettre l'obtention du plaisir : la pensée et l'action. Ainsi, nous le voyons, la première manière d'élaborer la pulsion est de réaliser une action spécifique ou adéquate. Celle-ci combine l'action, la représentation et le rôle de l'objet et elle forme donc l'ensemble du processus nécessaire à la résolution de la tension interne créée par le besoin. Toutefois, « elle porte en germe toute la complexité qui se fera jour peu à peu quant aux problématiques de l'acte, en même temps que les contradictions qui en rendront l'élucidation théorique si « difficile » (Perron-Borelli, 2006). Une bonne part de la difficulté théorique évoquée par M. Perron-Borelli réside en l'élucidation de ce destin pulsionnel qu'est la liquidation de la décharge. En effet, lorsque la possibilité de fantasmer l'action satisfaisante est barrée, par exemple sucer son pouce en hallucinant l'objet, ne resterait que la décharge pulsionnelle. En ce sens, la décharge témoigne d'un triple échec : accéder au plaisir, à la représentation liée à l'affect, enfin à l'action calmante.

Toute pulsion peut déboucher sur une action qui conjugue principe de plaisir et de réalité : boire, manger mais aussi penser, écrire ou discourir sont à cet égard des actions spécifiques. Dans la perspective freudienne, la parole est ainsi un acte, de par l'adresse à un autre qui la constitue en tant que telle dans l'écoute psychanalytique. La pensée est aussi un acte mental qui relie la représentation à l'affect et des représentations de niveaux différents entre elles. Au cours de la différenciation des fonctions psychiques chez l'enfant, cette pensée se fera pensée anticipatrice et organisatrice de l'action en appui sur les processus secondaires. L'on pense aujourd'hui que les défaillances répétées dans l'adaptation maternelle aux besoins de l'enfant ne peuvent qu'entraver l'instauration de la voie économique que constitue la pensée d'ordre fantasmatique. En conséquence, l'acte criminel comporterait une force d'actualisation qui le distinguerait de l'action spécifique. Voyons ce qu'il en est du devenir de l'aspect disruptif, spécifique à l'acte, que constitue la décharge dans les premières élaborations freudiennes.

L'*agieren* ou mise en acte de l'inconscient

À l'origine, l'*agieren*, qui est un mot rare en allemand pour désigner l'action ou l'agir, est employé par Freud en un sens transitif car il s'agit de mettre en acte des pulsions afin d'obtenir une satisfaction immédiate. Ce terme est introduit en 1914, en lien direct avec la cure, puisque l'*agieren* va désigner la répétition du refoulé dans le transfert. « L'analysé ne se remémore absolument rien de ce qui est oublié ou refoulé, mais l'agit. Il ne le produit pas sous forme de souvenir mais sous forme d'acte, il le répète, naturellement sans savoir qu'il le répète » (Freud, 1914). En ce sens, l'acte s'oppose au souvenir mais reste absolument lié à lui. Cette contrainte de répétition est à interroger en rapport avec le transfert. Le transfert devient lui-même « un fragment de répétition », donc la répétition dans l'actuel d'un passé oublié (Freud, 1914). Avant de théoriser l'*agieren* de la sorte, Freud a découvert d'autres faits cliniques qui témoignent tous du fait que l'acte est la traduction d'une pensée interdite, pensée prise dans un conflit psychique. Le premier fait clinique (1904) est celui de l'acte manqué qui permet la décharge

de la motion pulsionnelle dans et par l'acte même. Cet acte apparemment fortuit s'avère motivé et déterminé par des motifs inconscients. Il constitue donc une formation de compromis entre l'intention consciente du sujet et le refoulé. Le second fait (1907) est celui des actions compulsionnelles ou actions de contrainte, soit ces actions qu'un sujet se sent poussé à accomplir de façon incoercible. Elles se présentent comme des « formalités complètement dénuées de signification ». Au regard de la conscience de culpabilité qu'éprouve alors l'obsessionnel, l'on peut penser au refoulement d'une motion pulsionnelle. Sous l'effet de la compulsion de répétition, l'acte équivaut alors à une défense contre l'angoisse suscitée par le fantasme refoulé, le désir de mort du père notamment. Avec la seconde topique, l'automatisme de répétition propre aux pulsions du ça rendra compte à la fois de la force incoercible et de la contrainte à répéter des expériences déplaisantes et traumatiques (Assoun, 1994).

L'*acting out*

Le troisième fait clinique est l'*acting out*. Normalement lié aux effets d'interprétation de l'analyste, l'*acting out*, traduction anglaise de l'*agieren* freudien, constitue selon S. de Mijolla : « l'expression et la décharge d'un matériel analytique conflictuel par le biais d'un acte ou d'une verbalisation ». Bien entendu, Freud n'a pas utilisé ce terme d'*acting out*. Il n'a pas distingué non plus dans l'*agieren* ce qui passe par l'acte sous transfert et le transfert lui-même (1938). Une de nos difficultés d'élaboration théorique de l'acte provient de là. Nous recourons donc à la traduction proposée par Laplanche et Pontalis pour le terme *agieren* : « mise en acte ».

Les lectures de l'*acting out* sont assez diverses depuis Freud et dépendent des élaborations du transfert par les spécialistes mais aussi de celles de l'action et de l'actualisation. Nous en verrons l'importance plus avant. Nous retiendrons que la conjonction « out » témoigne d'une extériorisation et d'une impulsivité. Quelque chose d'insu passe dans l'acte. Or cet acte, tel celui du patient d'Ernst Kris analysé par Lacan (Lacan, 1962–1963) qui se précipite dans un restaurant pour manger des cervelles fraîches, dès la séance finie, aurait une fonction de défense face à l'angoisse. Nous retiendrons que l'*acting out* traduit la difficulté du sujet à élaborer le conflit angoissant qui met en scène son désir inconscient. La subjectivation y apparaît empêchée et l'*acting* vient comme une solution pour éviter l'angoisse. Ainsi, le sujet agit en place de dire ou de penser et montre par son acte, le conflit psychique dans lequel il est pris. Il s'agit donc d'une conduite située du côté du symptôme, comme un donné à voir (monstration), à entendre (acte-parole), à déchiffrer (demande de sens). Ainsi, la jeune homosexuelle de Freud, par son affichage en public d'une relation avec une femme plus âgée qu'elle, aux alentours du lieu de travail de son père, montre à celui-ci le conflit œdipien impossible à résoudre dans lequel elle est prise. L'on peut comprendre cette mise en acte, élaborée telle un symptôme, comme un déplacement de la scène psychique sur la scène de la réalité. À la différence du symptôme toutefois, l'*acting out* témoigne d'une adresse et d'une attente de reconnaissance du désir inconscient, alors que le symptôme permet quant à lui de maintenir l'empêchement du désir. Dans ce cas, comme dans toute formation de l'inconscient, le rôle du fantasme est essentiel puisque l'*acting out* en produit une actualisation à laquelle l'Autre assiste. Le sujet monte sur la scène comme le patient d'Ernst Kris dont le fantasme était de faire du plagiat : « Je n'ai que peu d'idées originales, je prends celles des autres ». Pour autant ces actes sont sans gravité, et peuvent passer pour ordinaires s'ils n'étaient pris dans le transfert. Les nombreuses recherches sur les agir à l'adolescence permettent de penser que l'*acting out* est concerné dans certains actes impulsifs de la vie ordinaire mais aussi d'actes déviants. Il reposerait sur le fait qu'un transfert sauvage puisse être en jeu lorsqu'il se déroule en dehors de tout travail analytique (Lacan, 1962–1963).

La mise en acte du type *acting out* a souvent été interprétée comme « passage à l'acte ». Or, un point d'appui essentiel pour différencier l'*agieren* du passage à l'acte est linguistique. Mettre en acte est transitif et appelle un complément d'objet que sont, en l'occurrence, les représentants de la pulsion au niveau psychique. Tandis que le mouvement (passage) qui fait franchir les limites de l'interne vers l'externe, et décharger la force pulsionnelle, relèverait plutôt du passage direct de la motion pulsionnelle dans l'acte. Comment est-ce envisageable ? Nous analyserons ces aspects à partir des approches contemporaines de l'acte.

La représentation est acte

La représentation d'action

Partons de l'énaction contenue dans le fantasme pour comprendre la décharge, non pas dans une opposition à l'agir mais dans une continuité avec celui-ci. Nous avons vu que la pulsion s'élabore au travers des représentations d'actions que sont les fantasmes. La représentation d'action fournit la matrice du travail psychique de liaison d'une représentation et d'un affect (Roussillon, 2007). Si elle est à la base de tout fantasme (Laplanche, Pontalis, 1985), on la retrouve dans sa dimension énactive dans l'action elle-même. Cela fait dire à D. Wïdlocher ou à R. Roussillon (Roussillon, 2007) qu'il n'y a pas de représentation qui ne soit énactive. Toute la question reste de distinguer l'action en ce qu'elle a de spécifique pour apporter la calmance et l'acte dont la modalité transgressive est au premier plan. En effet, il semble qu'à partir du modèle de l'Esquisse la dimension de la décharge ait primée dans l'esprit des analystes sur celle de la représentation d'action. Pourtant, toute la première topique situe la pulsion comme la mesure du travail imposée au psychisme du fait de sa liaison au corporel. À partir de cet agir qu'est la décharge, certains psychanalystes ont donc conçu une opposition entre acte et pensée, que résume ainsi V. Moulin (Moulin, 2010) : « Traditionnellement, sur le plan clinique, l'acte en tant qu'agir comportemental est opposé à la pensée, considérée comme processus de traitement psychique de l'excitation qui, en suspendant la décharge, autorise une élaboration des pulsions et un travail de liaison des représentations et affects ». L'ensemble du panorama freudien sur l'acte que nous venons de présenter suggère plutôt que la mise en acte est la traduction actée d'un contenu inconscient associé à l'angoisse.

L'actance pulsionnelle

Y aurait-il des actes criminels qui échappent au psychisme, qui soient pure décharge, où rien de la pulsion ni de la douleur ne passe par le psychisme ? De fait, entre les deux théorisations que sont la représentation d'action et l'*agieren* (1914), il y a chez Freud l'apparition de la seconde topique qui accorde à la pulsion même d'être « actante ». En effet, les motions pulsionnelles du ça, outre leur caractère de mobilité, ont une forte capacité de décharge et sont responsables de l'activité. Même si la représentation n'y est plus mentionnée, la pensée y apparaît toujours comme une action intérieure dont le rôle dans l'obtention de la satisfaction est majeur (Freud, 1938). Avec R. Roussillon, nous soutenons l'idée qu'il ne saurait y avoir de pur saut du somatique dans le réel de l'acte sans un minimum de « représentance » ou de représentaction (Roussillon, 2007). Afin de rendre compte des capacités actantes de l'activité psychique, Roussillon propose de garder la théorie de la représentation freudienne de la première topique en l'articulant à la seconde topique. Ce modèle « repose sur l'idée que la pulsion se « produit » sur la scène psychique, comme on dit d'un acteur qu'il se « produit sur scène (cela s'appelle aussi une réalisation), c'est-à-dire qu'elle est force d'actualisation » (Roussillon, 2007). Il propose de concevoir cette actualisation comme un processus qui à la fois rend effectif et réel quelque chose, l'inscrit dans le présent et l'adapte au présent. Quoi qu'il se passe pour le sujet, la matière première est psychique. Cela suppose que les entraves de certains processus de liaison symbolique, tels qu'ils se manifestent dans les cliniques de la psychose et des états dits limites, doivent être expliquées à partir de mécanismes psychiques, quand bien même ils sont très archaïques.

L'actualisation pulsionnelle dans l'acte, que le terme d'*agieren* va traduire, ne signifie donc pas qu'il n'y ait aucun travail psychique – même si le travail d'élaboration semble absent –, mais qu'il y a une urgence à extérioriser pour « liquider » la poussée incoercible. L'on sait que parfois un délai est requis avant la satisfaction par l'acte (les préparatifs du crime ou de l'agression), parfois même certains agresseurs en série sont susceptibles de renoncer temporairement à leur acte compte tenu du contexte (Crocq, Bessoles, 2013). L'acte ne signifie donc pas qu'il y ait perte totale du rapport à la réalité sociale. Il traduit avant tout le réveil d'un agir inconscient, autrement dit d'une représentation d'action. Il remplit diverses fonctions rencontrées précédemment : mode de défense face au conflit psychique, résolution de l'angoisse, entrave à l'élaboration psychique et enfin compulsion à répéter propre à la pulsion de mort.

Le sujet et l'actualisation pulsionnelle

En termes représentatifs, il est utile de distinguer d'emblée les niveaux de représentance qui peuvent s'actualiser : l'originaire (préreprésentation de l'ordre du pictogramme par exemple qui s'actualise sous forme hallucinatoire), le primaire (le fantasme inconscient) et le secondaire (la fantaisie préconsciente élaborée). La qualité des liaisons symboliques entre les niveaux de représentation que sont la trace hallucinée, la représentation chose et la représentation mot, pour le dire simplement, est essentielle à apprécier. Il en est de même des possibilités de liaison symbolique entre les représentations primaires et secondaires par les processus dits tertiaires. La fonction d'organisateur psychique des fantasmes originaires semble en outre pouvoir guider la compréhension du clinicien. En effet, nous savons que certains scénarios d'allure fantasmatique comme chez les violeurs en série (Crocq, Bessoles, 2013) n'ont pas de fonction de contenance et n'organisent pas ou mal le rapport du sujet à la sexuation, à l'origine, à la vie et à la mort. C'est donc l'ensemble des mouvements psychiques de résurgence représentative et signifiante, de liaison et d'actualisation dans la représentation d'action que la clinique de l'acte aborde en principe.

Mais revenons à la place de l'affect dans le procès de l'actualisation de la pulsion sur la scène psychique. L'affect est au sens strict ce qui ébranle l'être même du sujet et donc ce qui affecte la psyché qui doit pouvoir accepter d'être ainsi éprouvée. L'affect a deux faces selon Roussillon, l'une qui correspond à l'éprouvé : l'affect-passion, l'autre qui est celle de l'affect-signal tel que Freud le présente (Freud, 1938). Autrement dit lorsque l'angoisse surgit, le sujet éprouve l'affect et capte en lui un signal de danger. Freud décrit comment, sous l'ébranlement de la motion pulsionnelle, le sujet se figure la pulsion et éprouve par la pensée le conflit entre plaisir et danger, notamment à l'égard de l'instance interdictrice mais plus largement à l'égard du risque de perte d'amour que la pulsion agressive et libidinale suscite. Le sujet est alors en mesure de subjectiver la pulsion et le conflit qu'elle suscite. Il la reconnaît alors comme sa propre expérience subjective, ce qui lui permet de mettre en œuvre son système de défense. En somme, l'actualisation pulsionnelle peut engendrer tous les destins en termes de représentance et d'affect : liaison de l'affect et de la représentation dans le meilleur des cas, dissociation des deux ou expulsion de ceux-ci. Nous retirons de nos lectures de Freud et de Lacan, l'idée que trois possibilités s'offrent au sujet face à l'affect d'angoisse lié au conflit psychique :

- inhiber sa reconnaissance en le retenant (répression) ou en le retournant en son contraire ;
- empêcher sa reconnaissance au moyen de l'évitement – comme dans l'*acting out* ;
- se trouver dans « l'embarras » d'être le sujet même de cette expérience. Cette dernière occurrence correspond à la perte de tout contrôle subjectif sous la forme du raptus anxieux ou de l'obéissance aux injonctions délirantes.

Mise en acte et passage à l'acte

Envisageons maintenant les actes que l'on réfère à la psychopathie, à la perversion, à la perversité et à la psychose sous ces deux aspects : l'actualisation pulsionnelle et la position subjective face au conflit et à la montée de l'angoisse. Pour plus de clarté, nous retiendrons surtout les apports de C. Balier (Balier, 1996 ; Balier, 2005) dans le champ criminologique.

Mise en acte et inhibition de la subjectivation

Dans la psychopathie, les processus de pensée sont envisagés sous l'angle d'une défectologie que la notion de « pensée opératoire » a particulièrement bien traduite. Or, C. Balier, dans son étude du passage à l'acte, a cherché à se démarquer de cette approche en soulignant deux aspects : l'épaisseur des processus psychiques, notamment avec la notion centrale de phobie dans ces organisations limites au sens de Green - et la précarité existentielle qui peut apparaître derrière le faux-self d'allure caractérielle. Il a constaté que la verbalisation des éprouvés psychiques et corporels face au thérapeute était impossible pour ces sujets et que le cadre thérapeutique les confrontait alors à leur vide intérieur. Il s'est aperçu aussi que les nuits

suivantes les sujets se trouvaient aux prises avec des cauchemars où certaines figures ou actes monstrueux se produisaient. Essayons de comprendre ce vide en situation clinique d'où on a tiré l'idée d'une indigence fantasmatique et celle d'un défaut de la liaison élaborative, trouble autrement nommé « alexithymie ». Ce vide traduit en effet l'expulsion de l'affect, l'absence de coloration affective des mots et partant des représentations d'action que nous avons étudiées. Nous pouvons penser avec J. MacDougall « que le patient, ayant évacué du conscient une dimension douloureuse de sa propre réalité psychique, évoque en nous et par nous ses sentiments déniés de détresse, de désespoir et de paralysie interne » (MacDougall, 1982). Ainsi, l'état de vide et de mort psychique devra s'installer pour prévenir le danger d'abandon, souligne-t-elle. L'enjeu est bien que l'expérience émotive, ressentie comme menaçante pour l'intégrité du sujet, soit définitivement écartée. Ce vide correspondrait à un retranchement du Soi précoce, au sens de D. W. Winnicott, face aux excitations externes. Le défaut de pare-excitation dans le lien intersubjectif en est l'explication courante. En se coupant de l'affect, le sujet maintient le déni des représentations choses les plus originaires où il est aux prises avec un objet maternel mal différencié qui le menace d'abandon, ou de confusion (Balier, 2003). Penser et éprouver est dangereux (MacDougall, 1982) car les éprouvés traumatiques de perte ainsi que la détresse infantile ne doivent pas être reconnus. L'enjeu est bien d'inhiber la subjectivation de la représentaction et celle de l'affect de haine pour l'objet et pour le Soi (P. L. Assoun). La solution subjective consiste alors habituellement à expulser sur l'autre, sur le mode de l'identification à l'agresseur ou de l'identification projective, la charge affective et représentative que réveille la pulsion. Nous faisons donc l'hypothèse que la fonction d'autoréflexion du sujet sur lui-même est inhibée au moment de ces mises en acte (Roussillon, 2007). Car, il serait intolérable que ses imagos et ses scénarios destructeurs tout comme son affect puissent devenir une réalité subjectivée. Pour autant, nous sommes bien dans le cadre d'une continuité du fantasme et de l'acte (Balier, 2003). L'inhibition de la subjectivation nous semble exprimer ce que dit Balier (Balier, 2003) d'un sujet qui « s'efface » en tant qu'acteur de sa vie psychique pour devenir l'agent de l'excitation. Selon Roussillon, le sujet ne peut subjectiver, en ces cas, qu'au moyen de ce processus paradoxal de décharge, l'acte lui offrant la possibilité d'une reconnaissance postérieure des fantasmes à l'œuvre. C. Balier y insiste dans tout son œuvre : ce sont à des moments précoces de la vie psychique et relationnelle qu'il faut revenir pour comprendre ce que les agir violents répètent compulsivement : un meurtre de la mère et par la mère.

La mise en acte dans la perversion

Dans la perversion, au sens de C. Balier (Balier, 1996 ; Balier, 2003), il est plus aisé de souligner la continuité entre le fantasme et l'acte. En effet, le sujet y est le metteur en scène d'un scénario où il peut jouer et se représenter, même inconsciemment. Par l'emprise sur l'objet qu'il exerce au plan fantasmatique et réel, il parvient à annuler sa peur et à renforcer sa mégalomanie narcissique fantasmatique. Protégé par une formation fétichiste centrale, le sujet pédophile ou exhibitionniste peut prêter à sa victime les mêmes sentiments et désirs que les siens, dans une relation de type spéculaire comme le note C. Balier. Ce destin particulier de l'affect : annuler les différences entre les images de la victime et de l'auteur, pourrait témoigner d'un trouble perceptif que C. Balier retrouve de façon plus marquée dans la perversité. Il traduit a minima l'absence de désir et le fait que le sujet est hors du désir de l'Autre à notre avis. Nous entendons par « Autre » la part inconsciente de l'autre semblable en soi. En effet, le danger majeur dans la perversion et la psychopathie est la passivité du sujet, au sens où il pourrait être l'objet de l'Autre. Un objet laissé à l'abandon, qui d'une certaine façon a déjà éprouvé cet abandon face à l'actualisation pulsionnelle, dans un espace potentiel inapte à l'émergence d'un Soi et d'un objet trouvé-créé (MacDougall, 1932). De fait, tout l'enjeu relationnel et psychique est de tenir l'autre semblable, par l'identification projective notamment, pour mieux se tenir soi-même face au risque de la rencontre psychotisante de cet Autre en soi qui est dénié (MacDougall, 1932 ; Grihom, Grollier, 2012).

Même si les actes, en rapport avec ces deux organisations, sont nommés « passage à l'acte » par C. Balier, ils se situent, avec des procédés défensifs

différents, dans le prolongement de la représentaction et forment des mises en acte d'un agir inconscient fait d'éléments d'ordre originaire et primaire. Ces éléments auraient dû ou pu être travaillés et contenus au-dedans de la psyché (Grigom, Grollier, 2012), mais ils s'actualisent dans l'acte car le sujet doit s'absenter, se retrancher face à la pulsion en court-circuitant son processus de subjectivation. Ce faisant, il évacue l'angoisse dans l'acte en lieu et place de la ressentir. Car, il est vital de ne pas reconnaître la séparation, la perte et la division. Ainsi, le risque de confrontation à un Autre menaçant est rejoué à l'extérieur, hors de toute scène psychique symbolisable. Il va de soi que par l'acte le sujet éprouve de la jouissance à vivre sans limites ses pulsions destructrices et sexuelles déliées. Jouissance à être répétitivement à son tour celui qui envahit, pénètre, déchire, etc.

Recours au passage à l'acte et désubjectivation

Entre la mise en acte et le passage à l'acte s'agit-il d'une différence de nature ou de degré du point de vue de la subjectivation ? L'*agieren*, sous les deux formes où nous l'avons exposé, ne suffit pas à rendre compte de la spécificité de certains crimes, longuement décrits et analysés dans la littérature. L'on songe aux crimes de P. Rivière, à ceux des sœurs Papin, ou encore à celui de R. Succo ou de l'Aimée de Lacan. Qu'il s'agisse de meurtres familiaux ou d'actes sexuels violents, il y a un acharnement sur la victime, même après sa mort, qui peut aller jusqu'à la complète annulation du corps. Nous proposons de mettre, en regard l'une de l'autre, l'approche du passage à l'acte suivant Lacan et celle du « recours à l'acte » suivant C. Balier. « Le moment du passage à l'acte est celui du plus grand embarras du sujet, avec l'addition comportementale de l'émotion comme désordre du mouvement. C'est alors que, de là où il est – à savoir du lieu de la scène où, comme sujet fondamentalement historisé, seulement il peut se maintenir dans son statut de sujet –, il se précipite et bascule hors de la scène. Ceci est la structure même du passage à l'acte » (Lacan, 1962). Nous voyons ici la description d'une épreuve de désubjectivation foncière avec perte des coordonnées subjectives face à ce qui vient de se produire pour le sujet, souvent un événement anodin (une parole, un regard, une intonation, etc.) qui télescope un élément inconscient. Lorsque C. Balier décrit le recours à l'acte dans la perversité, il repère des éléments semblables. « Le sujet n'est ni auteur ni acteur du scénario, mais seulement un rouage, un mécanisme (…) réduit à n'être que l'instrument d'une scène qui se passe ailleurs » (Balier, 2005). La question est bien celle d'une sortie de la scène, d'un « out « du sujet lui-même face à la rencontre d'un événement extérieur qui devient, dans le temps précritique, un déclencheur de l'acte. Soudain, de manière immotivée, selon une logique folle et brutalement, ça agit et ça parle sans qu'il n'y ait plus de sujet de l'énonciation. Conjonction d'une angoisse majeure et d'un moment hallucinatoire où s'actualisent dans le réel des fragments d'imagos, selon C. Balier, des objets partiels selon d'autres, un sujet réduit à n'être plus que l'objet de la jouissance de l'Autre selon Lacan. Au sens strict, le sujet vit soudain une véritable collusion avec le réel, autrement dit avec ce qui n'a pas pu être symbolisé par lui pour avoir été forclos, jeté au dehors. Les éléments provenant du réel (la victime) n'ont dans ce cas plus le statut de signifiant. Il s'agit de traces actualisées par la pulsion sur le mode hallucinatoire et confondues avec la perception. Or, comme le remarque Lacan (Lacan, 1962), lorsque le signifiant (ou la représentation) disparaît pour ne laisser place qu'à des traces d'expériences, le sujet disparaît avec lui. Ainsi, le sujet ne peut plus assumer son statut de sujet face à l'Autre et aux autres, ni à fortiori se reconnaître dans cette expérience irréelle.

Balier et Ciavaldini dans leur reprise de Green font appel aux notions de désubjectivation et de désobjectalisation pour traduire l'échappée du sujet hors de la scène et le fait que la victime perd alors elle-même tout statut de sujet humain. La menace d'une véritable disparition dans une jouissance fusionnelle, sous la forme de l'engloutissement ou sous celle de l'expulsion, libère la violence première et avec elle les sentiments et fantasmes de toute-puissance. Ça parle sans le sujet, pourrait-on dire et les digues psychiques, souvent précaires dans ces cas de psychose et de perversité, explosent dans une exultation sauvage. Pour Lacan, la sortie de la scène par le suicide ou le meurtre comme chez les sœurs Papin, nous

montre l'importance de l'objet a, cause du désir, objet partiel pris dans la demande et le désir de la mère. Le sujet réalise soudain qu'il est le rien de l'Autre. Il peut alors attaquer les organes sexuels et les déchirer comme si c'était la source même de la génération humaine qui devait disparaître. L'on retrouve des caractéristiques semblables chez C. Balier : annulation des différences, disparition d'une conflictualité insupportable de par son intensité, disparition du sentiment global d'existence, un état de la pulsion sans décorporation dont nous avons cherché à rendre compte avec l'actance pulsionnelle. De là à penser que le passage à l'acte est une solution de survie psychique il n'y a qu'un pas. L'on sait que passé ce temps de déréalisation, le sujet, revenu dans son histoire propre, peut rester longtemps assailli par le sens de son acte. Nous retiendrons que le sujet se fait pulsion, qu'il n'est plus que son acte, ce qui rejoint l'hypothèse de C. Balier d'une identification à la pulsion et celle de Roussillon de l'actance pulsionnelle. Il ne peut que recourir au passage à l'acte.

Conclusion

Notre propos était de situer l'acte criminel dans son rapport avec la pensée. Grâce à l'examen du conflit psychique et du processus de subjectivation, deux modalités principales de l'acte criminel nous sont apparues. L'une qui est « mise en acte » du fantasme ou de la représentation d'action. Dans la réalité clinique, des actes assez divers où la décharge est au premier plan, semblent alors situés dans la continuité de l'expérience subjective et donc du travail psychique. L'autre modalité d'acte témoigne quant à elle du basculement du sujet lui-même dans l'acte et pour ce motif, elle peut être nommée « passage à l'acte ». Dans ce cas, la pulsion s'actualise sur le mode hallucinatoire et ce sont des traces des éprouvés fusionnels et confondant qui viennent envahir le réel et déshumaniser la victime. À partir de cette grille de lecture, l'*acting out* peut être conçu comme une variante de la mise en acte, sur la scène psychique de la névrose, qui peut permettre de comprendre certains actes délictueux.

En dépit de leur dissemblance apparente, ces actes traduisent tous la mise en acte d'un agir inconscient et ils sont psychiques à cet égard. Les éclairer par la position du sujet, inhibé dans la décharge, empêché dans l'*acting out* et sorti de la scène dans le passage à l'acte, nous permet de repérer des régularités dans le fonctionnement psychique. Le problème n'est donc pas tant celui de l'expression de l'inconscient dans l'acte que celui des niveaux de représentation qui s'actualisent. En particulier, la représentance originaire brise la continuité fantasmatique, donc la pensée. Elle morcelle l'unité toujours illusoire que procure au sujet son nouage au fantasme. Ces distinctions dans la clinique de l'acte permettent également de concevoir que la mise en acte de type décharge et le passage à l'acte peuvent concerner les mêmes sujets selon les circonstances. Aussi l'acte doit-il toujours être interrogé à la lumière de la position subjective face au conflit. La position d'un sujet quant à son désir ou son vouloir n'est en rien intangible. L'inhibition, l'empêchement ou encore l'embarras qui traduisent des positions subjectives face au conflit et à l'angoisse peuvent se rencontrer en divers temps de la subjectivation pour chaque sujet criminel ou déviant. Il nous faut donc introduire des nuances, au cas par cas, car la structure psychique ne correspond pas nécessairement avec une forme précise de mise en acte, même si dans l'ensemble elle l'oriente.

Dans le cadre de ce travail de synthèse, destiné à l'origine à nos étudiants, nous avons omis une forme de crime courant : celui dont la passion est le mobile. L'on peut, sur la base de ce que nous comprenons de l'*agieren* du point de vue de la subjectivation, extrapoler et concevoir le meurtre passionnel comme une mise en acte d'un agir inconscient lorsque, dans un contexte donné, l'actualisation de la pulsion rencontre un sujet qui s'est désubjectivé pour se remettre dans les mains de l'objet de sa passion. En effet, la passion suscite tant la reviviscence d'une passion originaire pour le lien maternel que le risque d'être confondu dans l'autre (Grihom, Keller, 2010). Nous avons vu que hormis sur la scène de la névrose, celle de l'Interdit, le Je criminel joue sur une scène du transitoire et non du transitionnel (MacDougall, 1982) car, ni le Je ni l'Autre n'ont pu se construire dans une relation désirante. Quant au Je, acteur sur la scène de l'impossible, celle de la psychose, il convoque des acteurs trop peu symbolisés. Sur chacune de ces scènes, le réveil d'une passion nous semble susceptible de conduire au meurtre de l'Autre en soi. L'inconscient n'est-il pas criminel selon Freud ?

Références

Assoun, P.-L. (1994). La passion de répétition. Genèse et figures de la compulsion dans la métapsychologie freudienne. *Revue Française de Psychanalyse*, *2*, 335–357.

Balier, C. (2005). *La violence en abîme. Essai de psychocriminologie*. Paris : PUF.

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. (pp. 174). Paris : PUF citation.

Crocq, L., & Bessoles, P. (2004). *T 4, Récidive, réitération, répétition. Lien d'emprise et lois des séries*. Nîmes : Champ Social.

Freud, S. (2004). *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, Leçon XXXII, Angoisse et vie pulsionnelle, Œuvres Complètes, XIX* (pp. 164–194). Paris : PUF, 1938, éd.

Freud, S. (2005). *Remémoration, Répétition et Perlaboration, Œuvres complètes, XII*. (pp. 185–196). Paris : Puf, 1914, éd. citation p. 190..

Grihom, M. J., & Keller, P.-H. (2010). La passion : entre aliénation et création. *la Revue Française de Psychanalyse*, *T LXXIV*, 1161–1175.

Grihom, M.-J., & Grollier, M. (2012). *Clinique des femmes victimes de violences conjugales*. Rennes : PUR, à paraître.

Lacan, J. (2004). *Le Séminaire livre X, L'angoisse, 1962–1963*. Paris : Éd. Seuil.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1985). *Fantasme originaire, fantasme des origines, origine du fantasme*. Paris : Hachette.

MacDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. (pp. 210). Paris : Gallimard.

Moulin, V. (2010/1). Évaluation des dysrégulations narcissiques et objectales et potentialités d'élaboration mentale chez les auteurs d'infractions sexuelles et violentes. *Psychologie clinique et projective*, *16*, 51–76.

Perron-Borelli, M. (2006/1). Les représentations d'action. *Revue Française de Psychanalyse*, 27–44.

Raoult, P.-A. (2008). *L'agir criminel adolescent*. PUG : Grenoble.

Roussillon, R. (2007/2). La représentance et l'actualisation pulsionnelle. *Revue Française de Psychanalyse*, 71, 339–357.

Psychopathologie de l'adolescence : Passages à l'acte et violences à l'adolescence

Philippe Duverger

Saison des attentes, l'adolescence est un temps de vulnérabilité et de grande sensibilité. La définir revient toujours à se référer au négatif : ce n'est plus l'enfance et ce n'est pas encore l'âge adulte. Cette absence de statut social entre en résonance particulière avec les manques de réponses du politique et du social à l'égard des besoins urgents de poésie, d'images, de perspectives, de valeurs éthiques neuves et du droit plein à la parole et à la citoyenneté des adolescents. De nos jours, la période adolescente semble représenter une menace pour l'ordre social, voire moral, qu'il conviendrait de réduire et de contenir (projet de loi d'abaissement de l'âge de la responsabilité pénale et de l'incarcération des mineurs, proposition de couvre-feu pour les moins de 13 ans). Inquiétante étrangeté, imprévisibilité et impulsivité, souvent prêtées aux adolescents, participent à cette inquiétude des adultes. Dans ce contexte d'incompréhension, les passages à l'acte, l'agressivité et certaines violences sont confondus et donnent parfois une image négative des adolescents.

Se posent alors plusieurs questions : s'agit-il de problématiques psychologiques nouvelles ? De défaillances éducatives ? D'un « malaise dans la civilisation » (Freud, 1929) ? D'une « crise de l'autorité » (Arendt, 1972) ? D'une médiatisation excessive (Huerre, 1997) ? Des effets ordinaires d'un capitalisme ordinaire, voire d'un libéralisme effréné (Gauchet, 1985, 2002 ; Baudry, 2004) ? Du reflet d'une société où le délitement social et la souffrance des adultes sont parfois au premier plan (ex. : suicide dans certaines entreprises) ?

Définitions

Un retour aux définitions s'impose afin d'éviter tout amalgame. En effet, qu'il y ait une note d'agressivité dans un passage à l'acte ; que la violence s'exprime sous forme de passage à l'acte ou que l'on retrouve fréquemment des passages à l'acte chez les délinquants, tout cela est classique.

Mais ces passages à l'acte ne renvoient pas à des logiques et des mécanismes similaires, d'un point de vue psychique. Les registres cliniques sont différents.

- **Passage à l'acte**. Il s'agit communément d'un « court-circuit » de la pensée, de la vie mentale ; une rupture avec un fonctionnement habituel (« J'ai disjoncté ! J'ai pété les plombs ! »). Un mode d'expression… Mais aveuglant. En effet, dans tout passage à l'acte (à fortiori les plus monstrueux, tel le meurtre), subsiste une part irréductible d'opacité. Le passage à l'acte se situe du côté de l'angoisse, sans pour autant être synonyme de pathologie psychiatrique. Il se révèle être une « panne de sens » et précipite le sujet dans une action plus ou moins impulsive. Le sujet bascule donc hors de la scène du monde, et ce n'est que dans l'après-coup qu'il peut en dire quelque chose. Considérer le passage à l'acte comme un court-circuit de la pensée doit nous inciter à redonner la parole à l'adolescent, à l'aider à en dire quelque chose qui lui soit propre.
- **Impulsion**. Elle répond à un besoin impérieux et très souvent irrésistible. Elle surgit brusquement chez certains sujets, échappant à leur contrôle et les poussant à des actes irraisonnés et souvent brutaux ou dangereux (coups, vols, fugues, accès boulimiques). C'est donc une décharge tensionnelle, clastique, non contrôlée par la réflexion. Elle peut être *spontanée* lorsqu'elle se traduit en dehors de toute cause extérieure ; elle traduit alors une pulsion et conduit à l'assouvissement d'un besoin ou à la satisfaction d'un désir. Elle peut aussi être *réflexe* : en tant que réponse à une agression, sous la forme d'une riposte, disproportionnée dans sa rapidité et son intensité par rapport à l'excitation causale.
- **Agressivité**. Il existe une multiplicité de modèles théoriques (neurophysiologique, éthologique, psychanalytique…) et divers registres conceptuels pour définir la notion d'agressivité. L'agressivité renvoie au champ médical et psychologique, alors que la violence renvoie essentiellement aux champs sociologique et juridique. Les comportements agressifs chez l'enfant ne sont pas pathologiques en eux-mêmes ; ils sont nécessaires au développement psychoaffectif. Grandir est, par nature, un acte agressif (Winnicott, 1971). Entre Eros et Thanatos, l'agressivité apparaît comme une tendance fondamentale de tout être humain. Elle ne se résume donc pas à une seule pulsion destructrice. Dans le champ social, elle pose toujours la question de l'intentionnalité et celle du contexte dans lequel elle se manifeste.
- **Violence**. La définition princeps en fait une simple force vitale, qui a qualité de ce qui agit avec force. La violence représente un instinct de vie, voire de survie. Elle est inhérente à la vie ; c'est une « force de vie » qui n'a pas de connotation agressive. La violence représente un trait indescriptible de l'Humain ; tout individu est enclin à humilier autrui, à lui infliger des souffrances, à le tuer (Freud, 1929). Pour l'OMS, la violence renvoie à l'« usage intentionnel de la force physique, du pouvoir, sous forme de menace ou d'action contre soi-même, autrui ou un groupe ou une communauté dont la conséquence réelle ou probable est une blessure, la mort, un traumatisme psychique, un mauvais développement ou encore la précarité ». Pour certains, la société est violente (Duverger, 1999 ; Baudry, 2004). Et dans tous les cas, la violence répond à la violence (violences subies, maltraitances…) (Marty, 2011).
- **Délinquance**. Elle relève du droit et concerne les infractions et actes délictuels. Elle sort donc du champ de la médecine et de la psychiatrie, même si les frontières sont parfois ténues (expertise, protection judiciaire de la jeunesse). La délinquance a évolué et constitue un reflet de la société d'aujourd'hui. Le rapport d'autorité a lui aussi changé et le regard de la société sur la jeunesse a évolué. La délinquance pose la question de la répétition.

Réflexions contemporaines

Elles sont nombreuses et envahissent les médias. Parmi ce florilège : « Il n'y a plus d'autorité ! Les enfants sont livrés à eux-mêmes ! Danger dans les quartiers dits de « non-droit » ! Halte aux sauvageons ! Stop à la racaille ! Et que fait la police ? Qu'en disent les politiques ? Qu'en pensent les psychiatres ? Que font les juges ? Les autres professionnels ? ». Ce débat passionné autour des turbulences de la jeunesse a toujours existé (Huerre, 1997). Il s'est cependant ravivé en 2005,

après la publication du rapport Inserm portant sur « les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent » (Inserm, 2005). Le cri d'indignation des professionnels qui a suivi a eu une ampleur considérable (pétition 2006) et s'est concrétisé par un collectif « pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ». Puis, la loi sur la prévention de la délinquance juvénile, le rapport Varinard portant sur la réforme de l'ordonnance de 1945 et plus récemment, le discours de N. Sarkozy (précisant que « la principale cause de la violence, c'est la permissivité et la démission » – 2010), ont contribué à le relancer, tout en le ravivant.

Pourquoi ce débat ? Sans doute parce qu'il sous-tend des enjeux fondamentaux :

- l'importance du dépistage précoce des troubles. mais avec quelle grille de lecture ?
- la nécessaire prévention. mais sans confusion entre prévention et prédiction ;
- les effets délétères de la prédétermination, voire de la prédestination ;
- les graves dangers de stigmatisation des enfants et adolescents, voire de l'exclusion ;
- les risques de dérive sécuritaire, ciblée sur la jeunesse ;
- les enjeux de la médicalisation du mal-être social et psychique.

Les dangers d'instrumentalisation sont donc grands et tout professionnel accompagnant des enfants et des adolescents, quel que soit son champ d'exercice (sanitaire, social, éducatif, judiciaire), ne peut être associé à une quelconque démarche de stigmatisation de la jeunesse. Certes, certains adolescents sont turbulents. Sans doute, les formes de délinquance évoluent-elles. Bien sûr, certains jeunes présentent des troubles psychiatriques. Mais il n'est pas acceptable de stigmatiser tout jeune, au premier passage à l'acte venu.

Agressivité et développement psychoaffectif

L'agressivité fait partie intégrante du développement psychologique de l'enfant. L'enfant se construit en effet par une succession de conflits intrapsychiques, inconscients. Et c'est grâce à l'expression de son agressivité que l'enfant s'affirme face à autrui comme un sujet, lieu de désirs et de volonté, et qu'il conquière les limites de son Moi. Le bébé attaque son doudou, sa mère. Ces attaques ne sont donc pas limitées à ce qui le menace ou l'effraie mais aussi à ce qu'il aime. Et cela se retrouve à la crèche, sur les cours de récréation… Cette agressivité témoigne de l'externalisation de conflits qui ne peuvent être affrontés psychiquement. Les comportements agressifs ne sont donc pas pathologiques en eux-mêmes ; ils sont nécessaires à l'évolution de l'enfant. C'est leur persistance au-delà de l'âge physiologique qui signe leur valeur pathologique.

Dans le développement psychoaffectif de l'enfant, la place du **jeu** est tout à fait fondamentale. Le jeu canalise l'agressivité et la destructivité ; il permet à l'enfant de produire des représentations, de nommer (dans le langage et non dans l'acte) ce qu'il ressent. L'énonciation permet de symboliser et d'engager un débat, avec lui-même et avec l'adulte avec qui il joue. La place des adultes est donc ici fondamentale ; elle permet à l'enfant de jouer, d'expérimenter son agressivité, sans être destructeur ni détruit. Le langage et la métaphore du revolver, avec lequel il joue à tuer l'autre symboliquement (« Pan ! T'es mort ! »), permettent une meilleure maîtrise de l'agressivité. Aujourd'hui, certains enfants ne se retrouvent que face à un écran et sont en grande difficulté pour jouer avec d'autres enfants.

La notion d'**espace transitionnel** est elle aussi importante. Elle permet de saisir comment l'enfant aménage une distance entre lui et l'autre ; un espace protecteur, une aire d'illusion qui permet une médiation avec ce qui l'entoure. Au-delà de la distance et de la différentiation entre soi et l'autre, cet espace permet un jeu intersubjectif et une souplesse relationnelle. Il constitue un partage possible, un aménagement intermédiaire, un espace culturel entre soi et l'autre. Les enfants agressifs et violents sont souvent en grande difficulté pour trouver une bonne distance entre eux et autrui. Proximité relationnelle ou encore sentiments d'intrusion peuvent devenir insupportables et sources de violences.

Pour tout enfant, la volonté de détruire celui qui se dresse sur son chemin et fait de l'ombre au narcissisme est une force qui peut se révéler très efficace pour son développement individuel ;

mais à condition qu'un adulte la tolère (parce qu'il ne se sent pas personnellement attaqué) et oriente cette agressivité vers une compétition, un jeu comportant des règles qui permettent la rivalité et exclut l'anéantissement. L'autre peut alors être perçu comme un individu, identique ou du moins similaire à soi ; il n'est pas seulement un gêneur mais celui grâce à qui on peut s'affirmer. L'autre n'est plus à détruire mais à respecter (d'ailleurs, sans adversaire, il n'y a plus de possibilité de se mesurer, de se découvrir). Ainsi, l'agressivité pose toujours la question de l'intentionnalité et celle du contexte dans lequel elle se manifeste. Les réponses de l'entourage dans le balbutiement développemental de l'enfant sont donc capitales.

L'agir à l'adolescence

L'adolescence est une zone de turbulences touchant l'adolescent lui-même mais ne manquant jamais de secouer son entourage, à commencer par les parents dont il doit se détacher pour parvenir à se positionner en tant qu'individu capable d'assumer ses choix et ses décisions (Jeammet, 2008). L'adolescent n'a plus ses mots d'enfant et n'a pas encore ses mots d'adulte (Dolto, 1998). Il se retrouve parfois en « panne » (langagière) pour dire ce qu'il vit et l'acte vient alors se substituer à la parole. L'agir n'est pas seulement le fait de l'adolescent présentant des troubles psychiques ; il est caractéristique de tout adolescent. Deux séries de facteurs favorisent l'agir à cette période.

Facteurs environnementaux

Le changement de statut social

Ce changement ne peut se faire dans la passivité et incite parfois l'adolescent à marquer cette transition en posant des actes, ce d'autant que la société occidentale actuelle a supprimé progressivement tous les rituels symbolisant ce passage. Le contenu même de ce nouveau statut social sous-entend la liberté, l'autonomie, l'indépendance. Affirmer ce statut d'autonomie passe parfois par des actes, plus ou moins maladroits et désordonnés, tentant de conforter une impression de liberté.

Les contraintes excessives de la réalité

Elles peuvent être trop rigides ou trop opposées aux besoins naturels de l'adolescent. La société est de plus en plus exigeante et impose aux adolescents des normes et des impératifs qu'ils ne peuvent pas toujours suivre : impératifs de consommation, obligations matérielles, nécessité des apparences. L'adolescent doit toujours être « au top », suivant des codes qui lui sont imposés et devant lesquels il n'a pas vraiment le choix de se positionner : se plier à la norme avec un réel sentiment d'impuissance ou s'opposer, voire se rebeller mais au risque de passer pour « un sauvageon ». Entre le terrorisme de la réussite et la tyrannie de l'apparence, l'adolescent est donc sommé de trouver sa place. Et cela se fait parfois dans l'agir.

Ainsi, aux yeux de l'adolescent, le monde externe semble exercer une pression qu'il juge souvent violente et dont il peut désirer se défaire en utilisant la même violence. Ce d'autant que la société évolue, société qui privilégie l'individualisme, rompt les liens sociaux, tend à effacer la fonction tierce paternelle, perd ses références éducatives et majore les inquiétudes narcissiques parentales. D'un point de vue psychopathologique, nous constatons d'ailleurs de moins en moins d'organisations névrotiques chez les adolescents et de plus en plus de troubles de la personnalité (narcissique, limite) et des problématiques de dépendance.

Facteurs internes et psychiques

Le processus adolescent est intrinsèquement violent. L'adolescent éprouve en lui une grande violence. Mais ce n'est pas pour autant qu'il est violent ! Si la puberté introduit une rupture fondamentale et irréversible avec le corps de l'enfant, la mutation psychologique qui conduit au fonctionnement mental adulte demande un travail de la pensée et du psychisme, sans commune mesure avec ce que le sujet a connu antérieurement. Cette période demande du temps pour s'accomplir, dans notre société occidentale de plus en plus complexe.

Aux métamorphoses pubertaires, se surajoutent les problématiques psychiques classiques de l'adolescence (émergence de la sexualité, modifications pulsionnelles, questionnement sur la mort,

problématiques narcissiques, place de l'idéal du Moi, identité et identifications, travail de deuil, problématiques de dépendance et d'autonomie psychique). Ces problématiques spécifiques de l'adolescence jouent un rôle incontestable dans cette propension au passage à l'acte. Le passage à l'acte vient traduire ici une difficulté de mentalisation et de prise de conscience des conflits. Il permet la décharge de tensions internes que l'appareil psychique en mutation de l'adolescent ne peut absorber. L'agir chez tout adolescent vient donc comme un moyen d'expression privilégié, une réponse à un vécu psychique plus ou moins conscient. Véritable langage de l'adolescent, il est une traduction de l'intensité de ses tensions, une conduite active en réponse à un vécu de passivité ; une tentative d'affirmation de soi. Mais rappelons-le, 85 % des adolescents vont bien, ce qui témoigne notamment de la qualité des intériorisations et des aménagements psychiques de leur petite enfance (narcissiques, identitaires).

L'agir à l'adolescence revêt donc plusieurs significations.

Un évitement de la mentalisation

Quand penser devient douloureux, le passage à l'acte vient comme tentative magique de résolution des conflits psychiques. D'ailleurs, le plus souvent, le passage à l'acte, à défaut de résoudre les conflits, apaise les tensions internes (dans un premier temps). La tentative de suicide en est la meilleure illustration : elle ne signe généralement pas un désir de mort mais au contraire un désir de vivre, autrement ; un souhait d'en finir, avec ce qui « prend la tête ». Au décours du passage à l'acte, il importe donc que l'adolescent puisse en dire quelque chose. Sinon, le risque de répétition est grand.

Une stratégie interactive

Avec l'adulte, l'adolescent cherche cette interaction par l'intermédiaire de l'agir pour le provoquer, pour attirer son attention, le mettre en difficulté ; pour réaliser ce que l'adulte s'autorise mais qui lui est encore interdit ; pour rechercher une limite et se faire rappeler la loi. En passant à l'acte, l'adolescent exprime ici le besoin de se redonner un rôle actif qui contrecarre le vécu profond de passivité face aux bouleversements subis.

Une réponse paradoxale à une fragilité

Une fragilité identitaire chez un adolescent vulnérable est source d'angoisses ; angoisses de ce dont, justement, il a besoin. C'est l'équation paradoxale typique de l'adolescent qui « pour être soi, doit se nourrir des autres mais doit aussi être capable de s'en différencier » (Jeammet, 1997, 2008). L'acte est donc ici un moyen de confrontation et simultanément un essai de séparation et d'autonomisation. Pour les plus fragiles, l'agir peut venir combler une défaillance identitaire et le grand danger est d'ailleurs que la répétition des actes vienne participer à la construction de cette identité (celle d'un délinquant par exemple).

Un mécanisme de défense

L'agir peut aussi apparaître comme un mécanisme de défense contre l'angoisse, envahissante. Il rend compte alors d'un sentiment de vide interne et au besoin remplit ce vide par des stimulations liées à l'hyperactivité. La projection est souvent associée (« C'est toujours de la faute à l'autre ! »). Défense contre l'angoisse mais aussi défense contre la dépression ; évitement des exigences psychiques du processus adolescent. Révélateur des défaillances narcissiques, l'agir peut aussi être une tentative d'échapper à une relation de dépendance et vient comme une mise en acte de rupture, une tentative d'autonomisation, même si, en fin de compte, il traduit un désarroi et la demande implicite qu'on s'occupe de lui.

Un acte de passage

Le comportement ou la conduite à risque relève ici de l'épreuve personnelle, du rite intime, parfois illicite, pour forcer le passage. Source d'expériences souvent initiatiques, l'agir est alors du côté de l'épreuve personnelle pour devenir (un) grand ; une sorte d'affirmation de soi, parfois « de contrebande » ; un « bricolage » inconscient, pour advenir. Le passage à l'acte à l'adolescence s'apparente alors un « acte de passage » (Le Breton, 2000, 2003). Plusieurs figures anthropologiques illustrent ce type d'acte, qu'il s'agisse de l'ordalie (« ça passe ou ça casse ! »), ou du sacrifice (d'une partie de lui pour sauver le tout). L'adolescent peut aller jusqu'à attaquer son corps, se faire mal

pour avoir moins mal, comme si la douleur physique faisait moins mal que la souffrance psychique. Il y a là le désir de s'acquitter d'une partie de soi, de payer un tribut, au risque d'un point de non-retour.

Devant un passage à l'acte, le paradoxe se pose. Car en effet, tout le travail consiste à engager l'adolescent sur un chemin qu'il évite, celui de devenir auteur de ce qu'il vit. En effet, le passage à l'acte est souvent décrit comme survenu à son insu, presque subi, comme une pulsion contre laquelle il ne pourrait rien et tout l'enjeu va être de passer d'un vécu de subi à celui d'un agi, pour assumer son acte, en dire quelque chose et se l'approprier. Sinon, c'est la répétition. Il s'agit donc d'aider l'adolescent à donner du sens, à comprendre pour se reprendre, à se réapproprier, à se responsabiliser et donc à devenir acteur.

La question de la violence

Les comportements violents à l'adolescence ne sont pas de « simples » passages à l'acte. Il n'y a pas d'escalade de la violence, mais plutôt un changement de registre, un au-delà de l'agir ; un déchaînement qui signe l'échec des processus de développement. En ce sens, un adolescent violent est un adolescent qui a souffert et qui souffre (Marty, 1997, 2011).

Les manifestations de cette violence sont connues et peuvent se décliner en :

- attaques contre le corps (de la scarification au suicide) ;
- attaque du psychisme (inhibition, repli, addictions) ;
- attaque de la famille, des adultes, des pairs (conflits majeurs) ;
- attaque de la société, des institutions (l'école, la police).

Dans tous les cas, la question de la violence, à fortiori chez un adolescent, pose la question fondamentale du lien à l'autre et notamment de la capacité à s'identifier à l'autre. Dans la volonté de détruire celui qui se dresse sur son chemin et fait de l'ombre au narcissisme, l'autre n'est pas perçu comme un individu à qui l'on pourrait ressembler, voire s'identifier. Il n'est seulement que le gêneur ; celui qu'il faut détruire et éliminer. Cette incapacité à se représenter ce que l'on inflige à l'autre est parfois majorée par la dynamique du groupe de pairs ; la bande à laquelle on appartient. L'effet de groupe décuple la violence et a pour effet de minimiser toute responsabilité individuelle subjective des jeunes qui le composent (*happy slapping*, *school bullying*…).

Ainsi, entre l'opposition et l'agressivité, « banales », et les violences à type d'emprise (psychique) ou de destructivité, de soi-même (ordalie, sacrifice, blancheur) ou d'autrui (meurtre), il n'y a pas de graduation mais bien un changement de registre psychopathologique. Une illustration peut en être donnée dans la distinction entre :

- la « paranoïa ordinaire » de tout adolescent, liée au processus adolescent et qui le précipite dans le classique : « c'est de la faute à l'autre ! », mais qui, dans un deuxième temps, pourra remettre en question cette affirmation spontanée ;
- et l'adolescent paranoïaque, inscrit dans un rapport au monde problématique car figé dans une logique implacable, une certitude. Ces adolescents sont liés à un idéal du Moi tyrannique qui ne laisse pas de place au doute, au choix, à l'ambivalence. Ils rejettent tout et clament : « Vous ne pouvez rien pour moi ! Personne ne peut me comprendre ! ». Avec une façon de traiter l'Autre (qui prête à l'Autre sa propre violence) qui montre qu'il n'y a pas de lien à l'autre. Et dans ce registre, il n'y a bien sûr pas de responsabilité subjective dans ce qui se passe. Cela se retrouve aussi dans le cas de pathologies psychiatriques avérées, tels certains états limites ou psychotiques. La question n'est pas alors tant celle de la loi (et de son rappel) que celle du soin.

Et donc, il faut bien distinguer :

- le passage à l'acte, comme une difficulté d'ajustement entre les différentes exigences rencontrées par l'adolescent. Dans ce domaine figure l'« **agressivité normale** », qui s'adresse à l'autre et qui donc fait lien ;
- la violence, qui témoigne d'une incapacité à aménager ces différentes exigences : « C'est moi ou c'est l'autre ! » ou encore, « Si je suis en danger, l'autre doit périr ! ». À ce niveau, narcissisme et relations d'objets sont en jeu. Il s'agit là d'une violence qui annule le lien à l'autre, une **violence destructrice**.

Dans tous ces cas, la qualité des réponses de l'entourage est capitale pour le jeune, qu'il s'agisse de ses parents, des professionnels ou des institutions (Duverger, 2011). Et bien sûr, un danger menace : celui de répondre au passage à l'acte par… Un passage à l'acte ! C'est le classique jeu de la « patate chaude ! ». L'adolescent violent (hors pathologie psychiatrique) est un jeune en attente ; en attente de réponses des adultes qui l'entourent, de réponses pensées et adaptées. L'idée n'est pas de trouver une place mais de chercher une solution lui permettant de sortir de la répétition. En effet, faire une fugue, une tentative de suicide, prendre de la drogue ou avoir un accès de violence n'est pas nécessairement pathologique mais est toujours pathogène. C'est-à-dire qu'une fois que l'adolescent a trouvé un moyen d'expression d'une difficulté ou d'une souffrance, il a tendance à l'autoentretenir et même à l'autorenforcer. C'est alors la répétition, parfois mortifère. Dans ce désordre, l'adolescent peut nous inspirer du danger ; du danger pour eux-mêmes. Rappelons-le : un jeune dit « dangereux » ou « difficile » est un jeune en danger.

Tout ceci doit nous inciter à réfléchir à nos attitudes face aux difficultés de certains jeunes. Cela doit nous mettre en garde contre nos jugements hâtifs concernant les passages à l'acte de certains adolescents, dans une société en panne de transmission et de repères symboliques. Si un adolescent ne supporte pas d'être compris (car il y aurait grand risque pour lui d'être sous l'emprise de l'autre), il attend cependant d'être reconnu. Aux adultes de s'en souvenir.

Références

Arendt, H. (1972). *La crise de la culture*. Paris : Gallimard.

Baudry, P. (2004). Violences invisibles. *Poches de résistance*. Bègles : Éditions Du Passant.

Birraux, A. (1997). *Violence à l'adolescence et clivage du Moi. Illégitime violence (Marty)*. Ramonville : Erès.

Collectif, (2006). *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans*. Ramonville : Erès.

Duverger P. Désir. Désordres… Danger (1999). http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy.

Duverger, P. (2011). Place et enjeux de la formation des acteurs de santé auprès des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *59*, 108–113.

Dolto, F. (1998). *La cause des adolescents*. Paris : R. Laffont.

Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. (12e éd). Paris : PUF, 1992.

Gauchet, M. (1985). *Le désenchantement du monde*. Paris : Gallimard.

Gauchet, M. (2002). *La démocratie contre elle-même*. Paris : Gallimard.

Huerre, P., Pagan-Reymond, M., & Reymond, J. M. (1997). *L'adolescence n'existe pas*. Paris : O. Jacob.

INSERM, (2005). *Rapport. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris.

Jeammet, P. (1997). Violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration. *Adolescent*, *15*(2), 1–26.

Jeammet, P. (2008). *Pour nos ados, soyons adultes*. Paris : O. Jacob.

Le Breton, D. (2000). *Passions du risque* (Vol. 2). Paris : Métalié - Sciences Humaines.

Le Breton, D. (2003). *Conduites à risque - Des jeux de mort au jeu de vie*. Paris : PUF.

Marty, F. (1997). *L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence*. Ramonville : Erès.

Marty, F. (2011). *Adolescence et violence. Dictionnaire de la violence (Marzano)*. Paris : PUF.

Winnicott, D. W. (1971). *La tendance antisociale. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Les violences sexuelles des adolescents

Pascal Roman

La question des violences sexuelles à l'adolescence peut être considérée comme une question de santé publique, au sens où elle constitue le révélateur, sur la scène sociale, d'une souffrance qui trouve son expression dans des comportements transgressifs, centrés sur un exercice non adéquat de la sexualité. Ce chapitre est consacré aux violences sexuelles commises par des adolescents ou reprochées aux adolescents, violences sexuelles qui se présentent comme multiformes et qui seront ici

abordées à partir de trois points de vue articulés, qui constituent autant d'observatoires de cette réalité :

- le point de vue de l'actualité de la problématique, afin de saisir la place et la forme que prennent les violences sexuelles à l'adolescence ;
- le point de vue clinique et psychopathologique, afin d'une part de situer les violences sexuelles à l'adolescence dans le processus adolescent et d'autre part d'identifier les points de butée psychopathologiques de ces violences ;
- et, enfin, le point de vue des indications de soin et des perspectives de prévention.

Actualité de la problématique

La majorité des études fournissant des données sur la prévalence des violences sexuelles chez les mineurs permet de l'estimer entre 20 % et 35 % de l'ensemble des abus commis (Abbey, 2005 ; Haesevoets, 2001). Le rapport Optimus (Schmid *et al.*), publié en 2012, et qui vise à évaluer la prévalence des violences sexuelles dans une population âgée de 15 à 17 ans en Suisse, indique que plus de la moitié des auteurs d'abus sexuels avaient entre 14 et 18 ans. Une étude de G. Priebe *et al.* (2008) permet d'estimer la prévalence des abus sexuels perpétrés par des mineurs à près de 50 %. Par ailleurs, plus de la moitié des adultes auteurs de violences sexuelles reconnaît avoir développé des fantasmes sexuels déviants, ainsi que leurs premiers gestes transgressifs, durant leur adolescence (Viens, *et al.*, 2011). Après avoir été sous-estimée et ignorée pendant longtemps, la problématique des adolescents auteurs de violences sexuelles s'est progressivement imposée sur la scène sociale pendant les années 1990, et est aujourd'hui considérée comme un enjeu sociétal non négligeable :

- d'une part des travaux récents (Le Goaziou, Mucchielli, 2009), cités par M. Botbol et L.-H. Choquet (2010), mettent en évidence une augmentation de 104 % des condamnations des mineurs pour des faits de violence sexuelle entre 1996 et 2006.
- d'autre part le risque que les adolescents auteurs de violences sexuelles continuent à commettre des transgressions sexuelles durant leur vie adulte rend particulièrement importante une prise en charge précoce (Derezotes, 2000).

On peut ajouter, dans la perspective de circonscrire la clinique des adolescents auteurs de violence sexuelle et l'écho de cette clinique dans l'environnement :

- que ces adolescents sont très majoritairement des garçons (de 95 à 98 % selon les études[55]) alors que les victimes de ceux-ci sont pour une très large part des mineur(e)s, à 97 % dans une étude menée entre 2005 et 2008 par P. Roman en France (Roman, 2008)[56],
- que l'exercice des violences sexuelles concerne des adolescents issus de tous milieux socioprofessionnels et culturels (de Becker, 2009),
- que les violences sexuelles peuvent être adressées, de manière élective ou indifféremment, à des garçons ou à des filles, pubères ou non-pubères,
- que les violences sexuelles à l'adolescence confrontent à des modalités d'expression de l'affect qui introduisent une forme de malaise dans la relation, et qu'elles mobilisent, d'une manière ou d'une autre, des questions liées à l'inscription générationnelle et/ou aux liens à l'intérieur de la famille (problématique de la différenciation et de la construction des places),
- que l'accueil réservé aux violences sexuelles interroge sur la manière dont les parents des adolescents concernés se trouvent pris entre banalisation, déni ou sidération.

Une approche clinique et psychopathologique

La rencontre de l'agir sexuel violent à l'adolescence ouvre sur des préoccupations qui débordent,

[55] 99 % dans l'étude menée en France par B. Kail et L. Le Caisne (2002), 95 % dans l'étude dirigée également en France par P. Roman (2008).

[56] Une large part des données de cette étude, première étude clinique menée en France consacrée aux adolescents auteurs de violence sexuelle, est reprise dans l'ouvrage *Les violences sexuelles à l'adolescence – Comprendre, accueillir, prévenir*, publié chez Elsevier-Masson (2012).

au sens strict, le domaine de la psychologie clinique et de la psychopathologie. En effet, la question de la violence sexuelle à l'adolescence se trouve nécessairement intriquée avec la question de la sanction et du soin à l'égard d'adolescents qui, bien que réunis au plan sociojudiciaire dans une référence aux infractions à caractère sexuel qui leur sont reprochées, recouvrent des problématiques de personnalité diverses, connaissent des destins variés, en particulier sur le plan de la détention préventive ou du placement, et interrogent les potentiels de prise en charge éducative et soignante.

Agir sexuel violent et processus adolescent

Comment la violence sexuelle s'inscrit-elle dans les processus d'aménagement et de réaménagement psychique à l'adolescence ? De quelle manière, pour l'adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel, se trouve interrogée, à partir de la rencontre avec la violence sexuelle, la remise en jeu de la construction des assises narcissiques et identitaires, dans le contexte de la réactualisation des fantasmes incestueux et meurtriers qui accompagne l'émergence pulsionnelle adolescente ? L'engagement de l'adolescent dans la violence sexuelle peut être considéré comme une modalité d'aménagement particulière du processus adolescent, marqué par une « appétence au traumatisme » (Guillaumin, 2001). La violence sexuelle peut ainsi être envisagée comme un analyseur des remaniements adolescents (Roman, 2004) : à ce titre, l'agression sexuelle pourrait être comprise comme une stratégie défensive dans la rencontre de la différence et une quête de réassurance narcissique face à l'émergence de la sexualité génitale ; le viol, quant à lui, consisterait dans une mise à l'épreuve de la qualité de l'objet externe sur fond de clivage des investissements libidinaux du côté de l'auteur, dans une tentative d'autoreprésentation d'une excitation vécue comme « en trop ».

Ces hypothèses viennent en contrepoint des travaux menés respectivement par C. Balier (Balier, 1990 ; Balier, 1996) et A. Ciavaldini (Ciavaldini, 1998) : ce dernier propose de considérer les actes de violence sexuelle comme participant de « systèmes antidépresseurs ». Dans le travail psychique de l'adolescence, l'agir sexuel violent sous-tendant l'infraction à caractère sexuel viendrait occuper une place singulière dans l'économie libidinale, au sens où cet agir constituerait une tentative de retournement d'une position passive à une position active face au vécu menaçant des transformations corporelles subies (Jeammet, 2002). Dans ce contexte, le travail du féminin à l'adolescence se trouverait mis à l'épreuve de manière particulièrement aiguë.

Peu d'études ont jusque-là proposé une approche systématique, d'un point de vue clinique et psychopathologique référé à la psychanalyse, du fonctionnement psychique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents : il convient de signaler à cet égard les travaux de J.-Y. Chagnon (Chagnon, 2005) qui mettent en évidence la grande diversité des organisations psychopathologiques qui sous-tendent l'expression des agirs sexuels violents. Outre-atlantique, D. Lafortune (Lafortune, 2001) propose de considérer l'agir sexuel violent à l'adolescent dans un système de sens multicausal : il décrit d'une part la place de la fragilité narcissique des adolescents (en lien avec différentes formes de négligence) et d'autre part l'érotisation précoce à laquelle ils se trouveraient confrontés. D'une certaine manière, le fonctionnement psychique décrit par D. Lafortune rejoint la dynamique du traumatisme, avec son double versant de « noyau froid » et de « noyau chaud » dont rend compte C. Janin (Janin, 1996) à la suite des travaux de S. Ferenczi (Ferenczi, 1933).

Agir sexuel violent, dynamique familiale et lien aux professionnels

L'agir sexuel violent de l'adolescent, on l'a vu, interroge la dynamique des liens et la qualité des organisateurs de la différence : différence des sexes, différence des générations (et des interdits qui les accompagnent), au sein de la famille, dans le contexte de réactualisation des interdits fondamentaux (interdit du meurtre et de l'inceste) propre au temps adolescent. Les agirs sexuels violents, lorsqu'ils sont commis au sein de la famille, interrogent la dynamique psychique du groupe familial et pourraient être compris comme un mode de traitement spécifique des interdits fondamentaux dans un contexte de vacillement des organisateurs de la différence, selon un double enjeu pour

l'adolescent : se dégager d'une représentation de la famille dominée par la figure du magma (indifférenciation, confusion des places) et soutenir l'élaboration d'une scène primitive (scène des origines) introuvable (Roman, Ravit, 2006).

La configuration familiale des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents témoigne de leur exposition à une excitation souvent peu contenue dont les adolescents ne sont pas véritablement protégés : elle se présente soit de manière explicite (partage sexuel entre parents et enfants, disponibilité de matériel pornographique, non-respect de l'intimité de l'adolescent…), soit de manière implicite (instabilité conjugale et affective des parents, recomposition familiale, censure rigide à l'égard de toute évocation de la sexualité), en lien avec un défaut dans l'établissement des régimes d'interdit qui structurent et contiennent l'excitation.

Au-delà, pour les parents des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents, la découverte des transgressions de leur enfant se trouve concomitante de la découverte de son accès à la sexualité. La rencontre des professionnels avec l'adolescent s'inscrit dans cette position parentale, position qui infiltre, au plan imaginaire, la position du professionnel dans le lien à l'adolescent. Les difficultés spécifiques de prise en charge éducative ou soignante de ces adolescents peuvent être attribuées à la mobilisation de la dimension de l'intime dans les liens transférentiels (rencontre de l'intime de l'adolescent qui ouvre à la rencontre de l'intime du professionnel).

Configurations cliniques de la violence sexuelle à l'adolescence

D'une manière générale, on peut noter que les différentes études mettent en évidence la grande hétérogénéité de ces adolescents en termes d'âge au moment des faits reprochés : si l'on peut admettre un âge moyen entre 14 ans et 15 ans (Jacob, 1993 ; de Becker, 2009), l'amplitude s'établit entre 10 et 18 ans, couvrant un très large spectre au plan de l'âge bien sûr, mais également au plan de la maturité psychoaffective.

Deux groupes peuvent être identifiés, à partir desquels l'inscription psychodynamique des agirs sexuels violents pourra être interrogée :

- en fonction du type d'agir sexuel violent commis par l'adolescent, viol ou agression sexuelle, c'est-à-dire, si l'on se réfère à la loi française, agir sexuel comportant ou non une pénétration ;
- en fonction du *choix* de la victime, pubère ou prépubère et/ou des modalités d'engagement de l'agir sexuel violent, seul ou en groupe.

Se dégage, en appui de cette partition, la définition de deux groupes :

- le groupe des *préadolescents en quête de réassurance*, constitué d'adolescents plutôt jeunes, avec une moyenne d'âge de moins de 14 ans au moment des faits (10–16 ans) ; ils ont commis des actes répétés pour la moitié d'entre eux. Les faits commis se répartissent à peu près également entre agression sexuelle et viol. Pour ces adolescents, la reconnaissance des faits est totale. Les victimes peuvent être aussi bien des filles que des garçons (dans une proportion de deux tiers de filles et d'un tiers de garçons), et elles sont prépubères, âgées de 15 ans en moyenne, présentant un écart d'âge avec l'auteur de 5 à 15 ans. Le parcours judiciaire de l'adolescent est marqué par une absence de détention préventive, mais par un placement en famille d'accueil ou dans la famille élargie ;
- le groupe des *adolescents en quête de sens*, constitué d'adolescents plus âgés, puisque la moyenne d'âge de ce groupe est de 16 ans (15–17 ans), et mis en examen exclusivement pour des faits de viol. Aucun d'entre eux ne peut reconnaître sans réserve son implication dans les faits qui lui sont reprochés, dans des conditions de retrait subjectif dont les ressorts méritent d'être approfondis. Les victimes sont toutes des filles, âgées en moyenne de 14 ans (elles peuvent être considérées comme des pairs des adolescents) et leur écart d'âge avec les auteurs s'établit de 1 à 4 ans. Le parcours judiciaire de ces adolescents est marqué par une détention préventive ou par une mesure de contrôle judiciaire.

Pour les adolescents du premier groupe, on peut relever que le *choix* d'une victime prépubère, et appartenant de manière indifférente au genre masculin et féminin, inscrite dans des réseaux de lien intra- ou extrafamiliaux, vient mettre à l'épreuve les organisateurs fondamentaux de la différence (différence des sexes et des générations). Il s'agit alors de :

- se déterminer comme sujet sexué face au débordement pulsionnel de l'adolescence (garçon *versus* fille) ;

- construire sa place comme maillon d'une chaîne au plan des générations (statut d'enfant *versus* statut d'adulte).

Pour les adolescents du second groupe, le choix d'une victime pubère, paire de l'adolescent, dans un dispositif de violence commise en groupe, met à l'épreuve tout à la fois les modalités d'investissement du couple activité/passivité et la construction dans le regard de l'autre (la violence en groupe possède cette spécificité de mettre en jeu de manière privilégiée le regard, entre voir et être vu). L'enjeu de ce registre d'agir sexuel violent, dont la fonction semble pouvoir être repérée en termes de lutte contre l'effondrement, serait alors, pour l'adolescent :

- d'éprouver l'étrangeté des transformations corporelles en se confrontant au corps des autres garçons (rencontre du même) et à l'énigme du corps féminin ;
- de se soutenir face au risque d'un lâchage narcissique (risque d'effondrement identitaire majeur dans le contexte du bouleversement lié à la puberté).

De là émerge la spécificité du régime de la reconnaissance des faits pour les adolescents de chacun de ces groupes : si les adolescents du premier groupe sont a minima en mesure d'investir une position subjective à l'égard de l'agir sexuel violent (et de se soutenir de la confrontation au regard de l'autre), ceux du second groupe se trouvent dans l'incapacité de s'inscrire dans une subjectivation de l'acte.

Une perspective psychopathologique ?

La question de l'inscription psychopathologique de l'agir sexuel violent à l'adolescence est une question complexe. Trois aspects méritent d'être discutés afin de se dégager d'une perspective à priori psychopathologique de l'agir adolescent :

- d'une part, la pertinence d'envisager un diagnostic psychopathologique à l'adolescence, dans un temps de la vie psychique marqué par la labilité des aménagements et l'indétermination de l'organisation structurale ; J. Bergeret (Bergeret, 1974) soutient en effet que l'on ne peut confirmer l'inscription structurale d'une personnalité avant la résolution de la crise adolescente ;
- d'autre part, la contribution de l'agir sexuel violent, à titre de symptôme, à la compréhension du fonctionnement psychique de l'adolescent dans le cadre d'une démarche de diagnostic psychopathologique ; dans une perspective psychodynamique, l'agir sexuel violent ne peut être investi comme traduisant, en tant que tel, une entité psychopathologique ;
- enfin la conception psychodynamique retient, dans le fil des conceptions freudiennes, l'hypothèse d'une « perversion transitoire » (Bonnet, 2008) à l'adolescence (avec en particulier une réactivation des modalités « pervers polymorphe » de l'investissement du sexuel et de la sexualité).

Il s'agit donc de mettre l'accent sur la dynamique du fonctionnement psychique, plutôt que sur une approche structurale de la personnalité en précisant que l'appréhension en termes de fonctionnement psychique autorise une souplesse dans la prise en compte de la personnalité de l'adolescent, de son développement et des réaménagements qui la traversent. La rencontre des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents confronte à trois grandes lignées de fonctionnement psychique :

- du point de vue des fonctionnements psychotiques, avec la trace des menaces d'effondrement, voire de rupture ;
- du point de vue des fonctionnements narcissiques-limites, marqués par la fragilité des frontières entre monde interne et réalité externe et par la quête de repères en vue d'assurer la continuité des investissements ;
- enfin, de manière beaucoup plus marginale, du point de vue des fonctionnements pervers, avec l'actualisation de modalités de dépendance mortifère à l'objet.

Des indications thérapeutiques aux perspectives de prévention

Un certain nombre de travaux (Cahn, 1998 ; Ciavaldini, 1998 ; Ciavaldini, Balier, 2000 ; Chagnon, 2005 ; Lemitre, Coutanceau, 2006 ; Roman, 2004) mettent l'accent sur l'accès problématique des adolescents à la subjectivité et sur l'accès

problématique à la subjectivation des agirs dans lesquels ils se trouvent engagés. Cette difficulté peut être repérée à partir de trois types de constat clinique :

- le défaut de la reconnaissance de l'autre, comme sujet singulier ;
- la fragilité dans l'évaluation et la composition des affects (Roussillon, 2002), comme auteur et à l'égard de la victime ;
- la distorsion dans l'évaluation du consentement de la victime.

On peut considérer que l'enjeu du choix du dispositif d'accueil et de soin de l'adolescent auteur de violences sexuelles tient dans sa capacité à soutenir le processus de subjectivation. À cet égard, l'adaptation du QICPAAS (1996) pour une population adolescente dans la forme du QICAAICS[57] permet d'une part de proposer un « aménageur de la relation thérapeutique » (Ciavaldini, 1999), soutien de l'expression de l'adolescent (sur l'acte, sur les affects qui y sont liés…) et d'autre part d'autoriser le professionnel à s'engager avec l'adolescent dans une évocation de l'acte sexuel violent, au regard des motifs contretransférentiels violents et/ou étranges liés à la rencontre de l'intime du sexuel et de la sexualité, et à l'ambiguïté auxquels convoque l'agir sexuel violent à l'adolescence (entre sexualité infantile et sexualité adulte, avec les risques de *confusion* à laquelle confronte cette ambiguïté).

Soigner/prendre soin

L'accompagnement des adolescents engagés dans des agirs sexuels violent engage la nécessité de se tenir au plus près d'une préoccupation pour l'adolescent, en contrepoint de l'ensemble des discours de stigmatisation de l'agir sexuel violent (on entend résonner l'expression de « prédateur sexuel ») et des risques d'exclusion qui en découlent. Accompagner l'adolescent engagé dans des agirs sexuels violents consisterait à investir une démarche, soutenue par une position éthique, au décours de laquelle serait valorisée la dimension du sujet, et la confirmation de sa participation à une humanité partagée. Dans cette perspective, la démarche de soin, qui prend corps dans le projet de *soigner*, consiste à valoriser des dispositifs de mise en sens ; il s'agit de tenter de donner du sens à l'acte transgressif, donner du sens à l'engagement de l'adolescent dans l'agir. Dans le champ de la psychologie clinique et/ou de la pédopsychiatrie, les dispositifs de mise en sens consistent dans des dispositifs classiques comme la consultation thérapeutique (en appui sur des entretiens), mais aussi dans des dispositifs d'investigation (comme l'IOE[58], ou l'expertise judiciaire), à la condition que ces derniers soient conçus au service du soutien de la subjectivité, et non comme une entreprise de catégorisation, d'étiquetage au service de la stigmatisation de l'adolescent.

Soigner sera donc considéré au sens du *prendre soin*, afin de se départir, en particulier, du risque qui pourrait exister de réduire la dimension du soigner à la dimension psychothérapeutique. Prendre soin, c'est en quelque sorte venir auprès du sujet souffrant, et s'inscrire dans une logique de l'offre davantage que dans l'attente d'une demande de la part de l'adolescent. On comprend alors la nécessité d'un changement de paradigme dans la conception de l'accompagnement et/ou de la prise en charge de l'adolescent : ce changement de paradigme consiste à transformer l'attente que le professionnel peut avoir d'une demande de soin de la part de l'adolescent, à l'élaboration d'une offre de soin adressée à celui-ci.

Le groupe et le soin

À partir de là, il importe de s'ouvrir à une offre de dispositifs soignants qui valorisent la mise à l'épreuve de la consistance de l'altérité : cela peut être le groupe, ou le partage et l'accompagnement du quotidien, ou l'investissement d'une activité au service des autres, ou l'accompagnement vers un projet professionnel… Ces dispositifs possèdent

[57] QICAAICS : questionnaire d'investigation clinique à destination des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel (voir P. Roman et M. Ravit, 2010 ; P. Roman, 2012).

[58] IOE = investigation d'orientation éducative : il s'agit, en France, d'une mesure judiciaire prononcée par le juge des enfants dans le cadre civil ou pénal, et mise en œuvre par la Protection judiciaire de la jeunesse ou par un service habilité (mesure remplacée, dès 2011, par la MIJE : mesure d'investigation judiciaire et éducative).

l'intérêt de solliciter l'engagement de l'adolescent, mais aussi l'engagement du professionnel. L'objectif serait alors de pouvoir progressivement transformer l'*offre* de soin adressée à l'adolescent en *demande* de soin de sa part. Un autre volet concerne l'intérêt que représente la mobilisation du groupe soignant, comme alternative à une intervention individuelle auprès de l'adolescent et de sa famille. La notion d'un dispositif de soin construit à partir du groupe soignant a été largement valorisée dans le soin à des patients souffrant de troubles psychotiques (Racamier, 1970 ; Sassolas, 1999). En regard des intérêts de la mobilisation du groupe soignant auprès de l'adolescent engagé dans des agirs sexuels violents, il convient toutefois de mentionner les exigences d'un travail d'élaboration en équipe suffisamment soutenu, accompagné dans le registre de la supervision, pour garantir la qualité de la prise en charge.

Le groupe peut également être investi comme dispositif de travail proposé aux adolescents pour soutenir leurs potentiels de symbolisation. La littérature met l'accent, de manière relativement unanime, sur l'intérêt de la mise en œuvre de dispositifs groupaux dans la prise en charge thérapeutique de ces adolescents (Derezotes, 2000, Ertl, McNamara, 1997) : le groupe permet le soutien du narcissisme d'une part, et autorise le déploiement des identifications d'autre part. De fait, l'intérêt majeur du groupe réside dans sa capacité d'accueil des investissements, des affects, des représentations des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents. Le groupe peut ainsi se proposer comme alternative, dans un contexte où l'investissement de la relation duelle apparaît comme précaire, voire menaçante.

Envisager le groupe comme espace privilégié du soin n'implique pas nécessairement pour autant de le considérer comme espace exclusif du soin. Dans un certain nombre de cas, le groupe sera investi comme contrepoint, simultanément ou successivement, d'un accompagnement individuel de l'adolescent (accompagnement médical, éducatif, psychologique, social…). Les travaux portant sur l'évaluation des dispositifs de soin à destination d'auteurs de violence sexuelle (Grant, *et al.*, 2008) soulignent la pertinence de l'association de différents dispositifs et invitent à en explorer les ressources, en appui sur la créativité des professionnels qui ont en charge le soin de ces adolescents.

Des perspectives de prévention ?

Les campagnes de prévention des abus sexuels menées durant les dernières décennies ont permis de donner toute leur place à la reconnaissance du vécu des victimes et de développer des modalités d'autoprotection pour celles-ci. On peut penser qu'actuellement les perspectives de prévention pourraient mettre davantage l'accent sur la prévention des émergences violentes à l'adolescence. Deux voies principales peuvent être envisagées à cet égard :

- du point de vue de la prévention primaire, la fragilité des parents dans l'investissement de leur fonction parentale, au plan du soin de l'enfant et/ou de l'accompagnement de l'adolescent, invite à mobiliser des dispositifs qui contribuent à la construction de places différenciées dans le lien parent-enfant, et au dégagement de l'adolescent à l'égard de l'excitation et/ou de la dépression des parents : dans le temps de la petite enfance, les dispositifs de soutien à la parentalité s'inscrivent dans la logique d'un plaidoyer pour des interventions précoces dans l'accompagnement du lien parent-enfant et de sa construction ; dans le temps de l'adolescence, les dispositifs d'accueil des adolescents (et des parents) au travers de « points-écoute » accompagnent le *passage* (ou le processus) adolescent en tant qu'espaces d'accueil non spécifique de la souffrance des adolescents ;
- du point de vue de la prévention secondaire et tertiaire, deux pistes peuvent être envisagées, qui concernent les professionnels avec l'offre de dispositifs d'élaboration des échos transférentiels des agirs sexuels violents, et les adolescents, au travers de l'écoute de leur souffrance et le développement d'une conception de la prise en charge sur le double versant de la limite et du soin qui autorise l'instauration d'un travail de la contenance à partir duquel pourra être soutenu l'émergence du sens et la relance du processus de subjectivation.

Le temps de l'adolescence, temps de tous les bouleversements, de tous les réaménagements mais aussi de tous les possibles, est sans doute ce temps auquel les cliniciens, mais aussi tous les acteurs sociaux et politiques, devraient consacrer une préoccupation toute spéciale, dans la mesure où il se propose comme un temps d'opportunité afin d'envisager l'engagement des processus de changement qui ouvrent sur la perspective d'une absence de réitération des agirs sexuels violents.

Références

Abbey, A. (2005). Lessons learned and unanswered questions about sexual assault perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*, 39–42.

Balier, C., Ciavaldini, A., & Girard-Khayat, M. (1996). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. (269p). Direction Générale de la Santé (France).

Balier, C. (1990). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : PUF.

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : PUF.

de Becker, E. (2009). L'adolescent transgresseur sexuel. *Psychiatrie de l'enfant*, LII(2), 309–338.

Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.

Bonnet, G. (2008). *La perversion – Se venger pour survivre*. Paris : PUF.

Botbol, M., & Choquet, L.-H. (2010). Violences sexuelles à l'adolescence. *Sexologos*, *36*, (revue en ligne de la Société Française de Sexologie Clinique).

Cahn, R. (1998). *L'adolescent dans la psychanalyse – L'aventure de la subjectivation*. Paris : PUF.

Chagnon, J.-Y. (2005). Hyperactifs ou hypopassifs ? Hyperactivité infantile, agressions sexuelles à l'adolescence et nouveau malaise dans la civilisation. *Psychiatrie de l'Enfant*, *1*, 31–88.

Ciavaldini, A. (1998). Caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence du délinquant sexuel. *Adolescence*, *16*(1), 127–135.

Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson.

Ciavaldini, A., & Balier, C. (2000). *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre juridique*. Paris : Masson.

Ciavaldini, A. (2003). *Violences sexuelles – Le soin sous contrôle judiciaire*. Paris.

Derezotes, D. (2000). Evaluation of yoga and meditation trainings with adolescent sex offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *17*(2), 97–113.

Ferenczi, S. (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. In *Œuvres Complètes Psychanalyse* (Vol. 4). (pp. 125–138). Paris : Payot.

Guillaumin, J. (2001). Besoin de traumatisme et adolescence. In J. Guillaumin (Ed.), *Adolescence et désenchantement* (pp. 9–21). Bordeaux : L'Esprit du Temps.

Haesevoets, Y.-H. (2001). Les adolescents transgresseurs sexuels : de la violence de l'interprétation au risque de la stigmatisation. *Evaluation et traitement. L'Evolution Psychiatrique*, *66*(3), 399–420.

Jacob, M., et al. (1993). Étude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. *Criminologie*, *26*(1), 133–163.

Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris : PUF.

Jeammet, P. (2002). La violence : une réponse à une menace sur l'identité. In O. Halfon, et al. (Eds.), *Sens et non-sens de la violence* (pp. 179–212). Paris : PUF.

Kail, B., & Le Caisne, L. (2002). *Les violences sexuelles commises ou subies. Les auteurs et les victimes accueillies à la Protection judiciaire de la jeunesse*. Paris : Ministère de la Justice (non publié).

Lafortune, D. (2001). Abus sexuel juvénile et délinquance juvénile à la lumière des antécédents personnels et familiaux. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, *54*, 299–317.

Le Goaziou, V., & Mucchielli, L. (2009). *La violence des jeunes en question*. Paris : Champ Social Éditions.

Lemitre, S., & Coutanceau, R. (2006). Trouble des conduites sexuelles à l'adolescence. Clinique, théorie et dispositif psychothérapique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *54*, 183–188.

Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society : An epidemiological study of adolescents'disclosures. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 1095–1108.

Racamier, P.-C. (1970). *Le psychanalyste sans divan*. Paris : Payot.

Roman, P. (1998). Pouvoir et pour-voir du clinicien dans le champ judiciaire. *Cahiers de Psychologie Clinique*, *10*, 47–63.

Roman, P. (2004). La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques des auteurs aux victimes de violence sexuelle. L'apport des méthodes projectives. Psychologie clinique et projective, 10, 113–146.

Roman, P., & Ravit, M. (2006). La violence sexuelle dans la famille et la mise à l'épreuve des liens fraternels. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 27, 11–27.

Roman, P. (2008). *La violence sexuelle et le processus adolescent : clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents*. Lyon : Université Lumière Lyon-2, rapport pour la Protection Judiciaire de la Jeunesse - ENPJJ, Ministère de la Justice.

Roman, P., Ravit, M. La subjectivation de l'agir sexuel violent à l'adolescence : les apports d'un questionnaire d'investigation clinique dans la rencontre de l'adolescent. *Société et jeunesse en difficultés. En ligne :* http://sejed.revues.org/index6867.html.

Roman, P. (2012). *Les violences sexuelles à l'adolescence*. Paris : Elsevier-Masson.

Roussillon, R. (2002). L'homosexualité primaire et le partage de l'affect. In D. Mellier (Ed.), *Vie émotionnelle et souffrance du bébé* (pp. 73–93). Paris : Dunod.

Sassolas, M. (1999). *Le groupe soignant – Des liens et des repères*. Toulouse : Erès.

Schmid, C., et al. (2012). Violences sexuelles envers des enfants et des jeunes en Suisse - Formes, ampleur, et circonstances du phénomène. *Rapport pour la fondation Optimus.*

Viens, S., Tourigny, M., Lagueux, F., & Loméga, E. (2009). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. In M. Tardif (Ed.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas.*

Bandes de quartier et conduites violentes durant l'adolescence

Chantal Fredette, Jean-Pierre Guay, Denis Lafortune

Les adolescents vivent, on le sait, d'importantes transformations physiques et psychologiques dans le parcours qui les mène vers la vie adulte. Pour certains, ces années de transition sont marquées par de sérieux conflits, des troubles du comportement, voire des conduites violentes. Lorsque tel est le cas, cette violence s'exprime souvent dans les relations interpersonnelles ; les victimes comptant plusieurs amis et connaissances. Par ailleurs, à cet âge, plusieurs actes de violence sont commis en groupe. Depuis plus d'un siècle en Amérique du Nord, et plus récemment en Europe, les bandes soulèvent plusieurs préoccupations, les adolescents qui en font partie étant à l'origine de maintes infractions, notamment violentes. Les bandes de quartier ou « gangs de rue »[59] captent l'attention des chercheurs, cliniciens et décideurs politiques puisqu'elles sont associées à plusieurs délits graves. Le présent chapitre aborde ce phénomène et comporte quatre parties. Au départ, sont discutées les difficultés à définir clairement ce qu'est une bande de quartier et de déterminer qui en est « membre ». Est ensuite tracé un portrait des principales caractéristiques sociales et personnelles des adolescents qui se réunissent. La troisième section traite de l'influence de ces groupes sur la délinquance de ceux qui y adhèrent. En conclusion, nous présentons quelques stratégies d'intervention prometteuses qui favorisent la désistance des jeunes faisant partie de bandes.

[59] Le gang de rue correspond à ce qu'on appelle en France une bande de quartier ou de banlieue. Dans ce texte, l'expression «bande de quartier» est la plus utilisée, même si dans plusieurs cas, la version originale des travaux cités fait référence aux gangs de rue.

Les bandes de quartier : définitions et enjeux

Définir et caractériser le phénomène des bandes de quartier est un exercice assez périlleux. Dans les travaux anglo-saxons, plusieurs auteurs ont déploré l'absence de définition consensuelle de notions aussi centrales que celles de « gang », « membre de gang » ou « infraction commise par un gang » (Esbensen, 2001 ; Spergel, 1995). Il s'ensuit des difficultés accrues au moment d'estimer l'ampleur du phénomène, de comprendre l'influence des groupes sur le comportement des jeunes ou de mettre au point des stratégies d'intervention efficaces.

Certains estiment que l'absence de définitions consensuelles et opérationnelles ouvre aussi la voie à des recherches douteuses et des politiques inappropriées (Klein, 2005). En effet, malgré l'ambiguïté qui l'entoure, la notion d'appartenance aux bandes de quartier est souvent considérée par les magistrats comme un facteur aggravant au moment de la détermination de la peine. Il s'ensuit que d'éventuelles erreurs d'identification (faux positifs) peuvent avoir des répercussions importantes sur la vie des jeunes et de leurs proches. Ainsi, au Canada et dans plusieurs États américains, l'association d'un mineur ou jeune adulte aux bandes de quartier accroît habituellement la sévérité de la peine qu'il reçoit, vient justifier le fait qu'il soit exposé à des interventions plus intensives ou contraignantes et peut conduire à son exclusion de certains programmes de prévention de la récidive.

Pour dépasser les limites inhérentes aux définitions plus générales, mieux rendre compte de la

diversité des bandes de quartier et caractériser les jeunes qui en sont membres, diverses classifications ont été proposées (Spergel, 1995 ; Covey, 1992 ; Huff, 1989). À titre d'exemple, les membres de gang ont été distingués en fonction de leur niveau d'implication (noyau dur *versus* périphérie) ou de la durée de leur affiliation (stable *versus* transitoire) (Esbensen, 2006 ; Thornberry, *et al.*, 2003). Or, de manière générale, en clinique, on sait que les classifications ne sont utiles que dans la mesure où leurs paramètres sont spécifiés (ex. : qu'est-ce que veut dire « transitoire » ?) et que leur validité a pu être mise à l'épreuve de manière empirique. Malheureusement, tel n'est pas le cas en ce qui concerne la violence associée aux bandes de quartier.

Plusieurs des classifications connues perpétuent des stéréotypes tels ceux du chef redoutable et du soldat obéissant. Elles réduisent aussi la diversité des expériences du gang en ne prévoyant que deux catégories d'affiliation : stable ou transitoire (Guay, 2010). Or, il y a lieu de penser que les bandes se caractérisent par une composition et un fonctionnement autrement plus dynamiques et mouvants. La plupart des jeunes n'en font partie que pour une courte période (2 ans ou moins) et les rôles qu'ils y endossent ne se limitent pas à ceux de chefs ou de soldats (Spergel, 1995 ; Covey, 1992 ; Felson, 2008). Par exemple, leur expérience peut se caractériser par une adhésion plus ou moins forte aux normes, règles, symboles et rituels régissant la vie de groupe (Thornberry, *et al.*, 2003 ; Guay, 2010).

Caractéristiques des jeunes affiliés aux bandes de quartier

Plusieurs décennies après qu'elle ait été publiée, la lecture sociologique proposée par Thrasher (Thrasher, 1927) domine toujours l'ensemble des explications du phénomène des bandes. En effet, la désorganisation sociale reste le facteur le plus souvent évoqué pour en expliquer l'émergence et la persistance (Spergel, 1995 ; Thornberry, *et al.*, 2003). L'apparition d'un gang de rue est plus probable lorsqu'une collectivité est marquée par de pauvres conditions socioéconomiques, des inégalités sociales, la marginalisation, la mobilité résidentielle, l'exclusion, l'affaiblissement des contrôles sociaux et une faible mobilisation des citoyens. Cela dit, la présence de bandes dans un quartier défavorisé n'implique évidemment pas que tous les adolescents souhaitent en devenir membres. La désorganisation sociale ne peut expliquer pourquoi certains jeunes adhèrent à un groupe et d'autres pas. Pour ce faire, il faut s'intéresser plutôt à certaines caractéristiques individuelles et familiales.

Les adolescents et jeunes hommes qui s'associent aux bandes de quartier sont généralement âgés de 15 à 25 ans et ils proviennent de foyers instables et désunis (Thornberry, *et al.*, 2003). Leurs relations familiales sont souvent décrites comme froides, peu affectueuses, tandis que l'encadrement assuré par leurs parents semble faire défaut dans la majorité des cas (Gatti, 2005). Sur un plan individuel, les jeunes éprouvent souvent des difficultés d'apprentissage (Thornberry, *et al.*, 2003), ce qui n'est pas sans leur causer ultérieurement des problèmes d'intégration au marché du travail. Or, force est d'admettre que de tels facteurs de risques ne sont pas spécifiques aux violences perpétrées en bande et peuvent être corrélés à une panoplie de problèmes psychosociaux. Ils n'expliquent pas, non plus, ce qui fait que certains jeunes s'impliquent dans les bandes de manière persistante (Spergel, 1995 ; Covey, 1992). Il se pourrait que des prodromes de troubles de la personnalité soient en cause dans certaines trajectoires de délinquance.

Plusieurs auteurs affirment qu'une part des membres de bandes de quartier ne sont pas que des jeunes issus de milieux défavorisés et manquant d'opportunités légitimes pour s'actualiser (Goldstein, 1991). Il s'agirait plutôt de jeunes délinquants qui trouvent dans les bandes de quartier un environnement compatible avec leur style de vie (Guay, Fredette, 2010) et leurs traits de personnalité psychopathique (Gatti, 2005). Ceux-là se distingueraient par des comportements manipulateurs, impulsifs et colériques, un sentiment de toute-puissance et d'importantes difficultés à résoudre les conflits interpersonnels (Goldstein, 1991 ; Lacourse, *et al.*, 2003). Leur trajectoire développementale serait marquée par l'apparition précoce de troubles de comportement, d'attitudes procriminelles et de comportements violents (Thornberry, *et al.*, 2003). En de tels cas, non seulement les traits de personnalité psychopathique contribueraient à l'apparition de comportements

délinquants, mais ils expliqueraient aussi pourquoi un adolescent s'adapte bien aux milieux rudes et aux dangers inhérents à la vie dans les bandes (Guay, Fredette, 2010).

Selon Guay et Fredette (Guay, Fredette, 2010), deux types de jeunes risquent de faire partie des bandes de quartier : le sociopathe et le psychopathe. Le premier proviendrait généralement d'un milieu familial caractérisé par la négligence et il serait engagé dans un processus de socialisation problématique (Lykken, 1995). Peu conscient des torts qu'il cause, il serait passablement impulsif et centré sur ses besoins immédiats. Quant au jeune ayant un profil psychopathique, il ferait plutôt preuve d'insensibilité affective et tendrait à présenter des traits narcissiques. Entretenant des relations conflictuelles avec autrui, il aurait tendance à les blâmer pour ses déboires. Il se montrerait peu critique envers lui-même, peu capable d'empathie et de sens moral, égocentrique, irresponsable, manipulateur et violent (Murphy, Vess, 2003).

Les bandes de quartier réunissent un plus grand nombre de jeunes au profil sociopathique selon Guay et Fredette (Guay, Fredette, 2010). Issus de milieux pauvres et de familles en grande difficulté, ces adolescents trouveraient dans la bande une réponse à leurs besoins de sécurité, de reconnaissance et d'appartenance (Spergel, 1995 ; Covey, *et al.*, 1992). Ils risquent toutefois de n'y faire qu'un bref passage, cet univers ne correspondant pas à leurs aspirations et désirs plus profonds. Il en irait tout autrement des délinquants au profil psychopathique qui risquent de trouver leur compte dans ce climat hostile (Guay, Fredette, 2010). Ceux-là participeraient activement à une criminalité axée sur les marchés, tels que le trafic de drogues illégales et le proxénétisme, et s'adapteraient aisément aux normes antisociales qui prévalent.

Violence et délinquance des adolescents : le rôle des bandes

Il est largement admis que l'association aux bandes de quartier augmente les risques de délinquance et de violence chez les adolescents. Toutefois, la séquence temporelle des événements biographiques impliqués dans cette relation continue à faire l'objet de débats (Krohn, *et al.*, 2008). Pour comprendre l'influence des bandes sur la conduite des jeunes, trois modèles ont été proposés. Ils reposent sur la sélection des personnes, la facilitation des conduites ou une combinaison de ces deux hypothèses (Thornberry, *et al.*, 2012).

Le modèle de la sélection est centré sur les types de personnes (*kind of person*) et suppose que les jeunes susceptibles de se joindre aux bandes de quartier présentent au départ une propension à la délinquance et la violence. Autrement dit, il est supposé que la participation à un gang ne génère pas en soi des conduites violentes ; c'est plutôt la bande qui attirerait des jeunes agressifs. Le modèle de la facilitation des conduites est centré sur les types de groupe (*kind of group*) et suggère que les membres de bandes de quartier ne présentent pas à priori une propension à la violence. Cette fois, les conduites délinquantes sont associées à la cohésion du groupe, aux valeurs qui y sont véhiculées et aux processus qui mettent en jeu le statut des membres. Enfin, un modèle mixte ou centré sur le rehaussement (*enhancement model*) s'inspire de la théorie interactionnelle développée par Thornberry (Thornberry, *et al.*, 2012). Cette troisième explication, centrée à la fois sur les types de personne et types de groupe, veut que la relation entre délinquance et participation aux bandes repose concurremment sur des effets de sélection et de facilitation. Ainsi, les adolescents qui joignent les bandes de quartier seraient d'abord des délinquants actifs (sélection) qui, après s'être joints au gang, accélèrent le rythme auquel ils commettent des actes criminels (facilitation). Bref, cette approche mixte suggère qu'une propension à la délinquance et à la violence oriente le choix de joindre un gang et que, par la suite, cette décision influence et rehausse la nature, la variété et l'intensité des comportements criminels.

Le modèle mixte semble le plus valide des trois, selon la plupart des recherches longitudinales (Esbensen, *et al.*, 2001 ; Thornberry, *et al.*, 2012 ; Gatti *et al.*, 2005 ; Lacourse *et al.*, 2003). Les travaux empiriques révèlent toutefois que chacun des modèles peut avoir son intérêt lorsque sont pris en considération la durée de la participation aux bandes et l'âge des jeunes (Thornberry, *et al.*,

2012 ; Gatti *et al.*, 2005 ; Lacourse *et al.*, 2003). Ainsi, l'hypothèse de la facilitation est la plus probable pour expliquer la délinquance et la violence des adolescents moins vieux. Par contre, le modèle mixte paraît mieux rendre compte de la situation des jeunes qui s'engagent de manière persistante dans la bande. De telles conclusions doivent toutefois être interprétées avec prudence puisque, à ce jour, la plupart des études n'ont porté que sur des jeunes ayant de 14 à 17 ans. Or, pour identifier les membres qui persistent dans les activités de gang, il faudrait s'intéresser aussi aux individus de 18 à 25 ans. L'âge, les taux de délinquance et le degré d'affiliation aux bandes de quartier covarient étroitement (Elliot, Menard, 1996). On sait aussi que les délinquants engagés dans le crime organisé interrompent plus souvent que les autres leur participation aux projets de recherche. En somme, par rapport aux différents résultats d'études empiriques, il faut malheureusement conclure à une sous-représentation des jeunes adultes pour qui l'affiliation aux bandes est sérieuse et durable (Thornberry, Krohn, Lizotte, *et al.*, 2003).

Les études portant spécifiquement sur la nature des conduites criminelles révèlent que les membres de bandes commettent un plus grand nombre de délits que les autres délinquants. Ils poursuivent en général une carrière polymorphe (« *cafeteria-style* ») où s'entremêlent les infractions violentes, acquisitives ou axées sur les marchés lucratifs. Il n'en demeure pas moins que les conduites violentes sont celles qu'on leur reproche le plus fréquemment et qui inquiètent davantage les citoyens ainsi que les autorités. La violence de ces jeunes est généralement d'ordre interpersonnel, la plupart des victimes étant des camarades ou connaissances, membres de gangs eux aussi. Selon Sanders, l'expression de la violence est alors facilitée par la fonction sociale que leur attribuent les adolescents, ainsi que par des codes et des normes qui valorisent l'agression.

Dans l'univers des bandes, l'usage de la violence est perçu comme moyen légitime pour affronter les situations qui mettent en jeu sa réputation. L'une des premières fonctions de la violence agie par un adolescent associé aux gangs de rue est de défendre son honneur, son image ou son identité. Parfois, le jeune croit répondre à une provocation. S'il ne fait rien, il craint d'être ridiculisé ou de perdre son statut. Pour promouvoir son image ou démontrer son courage, l'adolescent appartenant à une bande peut aussi initier l'agression, et le faire intentionnellement. La bravoure et la force physique sont un passeport lui permettant d'améliorer son statut au sein du groupe. Bref, dans ces milieux, la rudesse et la violence servent souvent à établir et maintenir sa notoriété (Goldstein, 2011).

Intervenir auprès des jeunes associés aux bandes

À l'heure actuelle, la plupart des interventions spécifiquement destinées aux membres de bandes de quartier n'ont qu'un effet modeste. Des programmes structurés, d'inspiration cognitivocomportementale et fondés sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité d'Andrews et Bonta (Andrews, Bonta, 2010), figurent parmi les stratégies les plus efficaces pour réduire la délinquance et la violence. Ces programmes doivent cibler les facteurs criminogènes individuels, tout en tenant compte de difficultés plus générales telles que la faible employabilité, les valeurs procriminelles et l'influence des pairs délinquants (Aos, Miller, Drake, 2006).

Aux stratégies cognitivocomportementales, s'ajoute habituellement une stratégie visant l'ensemble de la collectivité touchée. Ainsi, la *Community-Wide Approach to Gang Prevention, Intervention and Suppression* de Spergel (Spergel, 2007) a été expérimentée dans plusieurs villes américaines dont Boston, Philadelphie, Chicago. L'approche de Spergel repose sur quelques grands principes. Le premier, la mobilisation communautaire, suppose qu'auprès des bandes, les citoyens et les organismes locaux s'impliquent dans une entreprise commune. Policiers, élus et travailleurs sociaux doivent travailler de concert pour mieux comprendre la réalité des jeunes affiliés aux bandes. En vertu du second principe, il importe d'offrir aux jeunes des opportunités prosociales. Ainsi, les jeunes plus âgés peuvent être prêts à intégrer le marché de l'emploi et avoir besoin d'une formation qualifiante. Quant à la situation des plus jeunes, elle peut requérir davantage une intervention familiale. Bref, l'approche suppose qu'on offre à chaque jeune un

plan d'intervention individualisé. Pour réduire les comportements violents, le principe de la répression préconise une meilleure communication entre les acteurs qui offrent des services sociaux et ceux qui maintiennent l'ordre. Selon Spergel, lorsqu'un problème survient, les intervenants impliqués devraient se consulter et décider ensemble ce qui arrivera à tel ou tel jeune. Quant au dernier principe, il consiste à promouvoir l'importance des relations de partenariat entre les différents secteurs d'intervention. Cela peut inclure d'anciens membres de gangs, aujourd'hui devenus intervenants sociaux et pouvant apporter au programme une contribution qui leur est propre.

Références

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*. New Providence : Anderson Publishing.

Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidence-Based Adult Corrections Programs : What Works and What Does Not*. Olympia : Washington State Institute for Public Policy.

Covey, H. C., Menard, S. W., & Franzese, R. J. (1992). *Juvenile Gangs*. Springfield : Charles C. Thomas.

Elliot, D. S., & Menard, S. (1996). Delinquent Friends and Delinquent Behavior. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and Infraction : Current Theories*. Cambridge : Cambridge University Press.

Esbensen, F. A., Winfree, L. T., He, N., & Taylor, T. J. (2001). Youth Gangs and Definitional Issues : When is a Gang a Gang, and Why Does it Matter ? *Infraction and delinquency*, *47*(1), 105–130.

Felson, M. (2006). *Infraction and Nature*. Thousand Oaks : Sage Publications.

Gatti, U., Tremblay, R. E., Vitaro, V., & McDuff, P. (2005). Youth Gangs, Delinquency and Drug use : A Test of the Selection, Facilitation, and Enhancement Hypotheses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(11), 1178–1190.

Goldstein, P. A. (1991). *Delinquent Gangs : A Psychological Perspective*. Chicago : McNaughton and Gunn.

Guay, J. P., & Fredette, C. (2010). Le phénomène des gangs de rue et la mesure. In M. Le Blanc, & M. Cusson (Eds.), *Traité de criminologie empirique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Huff, C. R. (1989). Youth Gangs and Public Policy. *Infraction & Delinquency*, *35*(4), 524–537.

Klein, M. W. (2005). The Value of Comparisons in Street Gang Research. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, *21*(2), 237–254.

Krohn, M. D., & Thornberry, T. (2008). Longitudinal Perspectives on Adolescent Street Gangs. In A. M. Liberman (Ed.), *The Long View of Infraction : A Synthesis of Longitudinal Research*. Washington : National Institute of Justice.

Lacourse, E., Nagin, D., Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Claes, M. (2003). Developmental Trajectories of Boys' Delinquent Group Membership and Facilitation of Violent Behaviors during Adolescence. *Development and Psychopathology*, *15*, 183–197.

Lykken, D. T. (1995). *The Antisocial Personalities*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates.

Murphy, C., & Vess, J. (2003). Subtypes of Psychopathy : Proposed Differences between Narcissistic, Borderline, Sadistic and Antisocial Psychopaths. *Psychiatric Quarterly*, *74*(1), 11–29.

Sanders, W. B. (1994). *Gangbangs and Drive-Bys : Grounded Culture and Juvenile Gang Violence*. New-York : Aldine De Gruyter.

Spergel, I. A. (1995). *The Youth Gang Problem : A Community Approach*. New York : Oxford University Press.

Spergel, I. A. (2007). *Reducing Youth Gang Violence : The Little Village Gang Project in Chicago*. Lanham : Altamira Press.

Thornberry, T. P., Krohn, M. D., Lizotte, A. J., et al. (2003). *Gangs and Delinquency in Developmental Perspective*. New York : Cambridge University Press.

Thrasher, F. M. (1927). *The Gang : A Study of 1,313 Gangs in Chicago*. Chicago : University of Chicago Press.

Violences et psychopathie

Chapitre 39

Clinique de la psychopathie

Bruno Gravier

Le psychopathe, figure ultime du mal ou catégorie fourre-tout ?

La psychopathie est une notion chargée d'ambiguïté. En effet, celle-ci désigne, pour certains, les patients insupportables, incasables et antisociaux tandis que, pour d'autres, elle évoque les criminels les plus redoutables. Cette dernière représentation rejoint celle des médias qui renvoient à ce propos l'image d'un criminel froid, grand prédateur. Il n'est pas anodin qu'elle fasse un retour remarqué dans ces temps sécuritaires. Violence, marginalité, pathologie et exclusion se confondent souvent dans une même stigmatisation, génératrice des peurs sociétales.

Les cliniciens semblent souvent perdus entre, d'un côté, la personnalité antisociale relevant du DSM-IV qui décline les figures de l'inadaptation sociale et de l'instabilité, et la psychopathie, définie par la PCL-R qui s'organise autour de la froideur affective, le manque d'empathie, et un narcissisme pathologique conduisant au mensonge et à la manipulation. Les descriptions plus classiques de la psychopathie organisées autour de l'intolérance à la frustration et de la tendance au passage à l'acte semblent reléguées au second plan.

Alors que la psychose dessine une pathologie aux contours relativement bien définis, la psychopathie donne à voir un contour beaucoup plus flou, auberge espagnole de la violence, qui échappe à rendre compte de ce qui s'y joue. Arveiller souligne que « la délimitation de ce que nous appelons aujourd'hui psychopathie, d'emblée a buté sur une question, celle de sa nature pathologique ». Il observe que la psychiatrie a toujours eu beaucoup de mal « *à penser* » ces sujets repérés comme psychopathes, « à en rendre compte d'un point de vue psychopathologique et (...) à donner un nom à l'ensemble de signes » qu'ils présentent.

Le risque existe de faire de la psychopathie une catégorie « fourre-tout » qui rend compte avant tout « d'un symptôme social », « réponse du sujet qui ne trouve pas comment construire une représentation de soi tenable dans le lien social qu'il rencontre ».

Une histoire complexe et entremêlée

Pinel, en 1801, évoque la notion de manie sans délire, reprise par les psychiatres américains Rush puis Ray qui préféreront parler de « manie morale ». Pinel pose alors comme postulat fondateur de cette entité la partition des fonctions mentales entre « fonctions de l'entendement », intactes et « fonctions morales ou affectives », pathologiques. Il introduit ainsi, selon Arveiller (Arveiller, 2001), un clivage interne au sujet qui définit une folie partielle où une partie du sujet est folle et l'autre non.

Esquirol définit en 1838 la monomanie raisonnante qui englobe certains troubles de la

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

personnalité, mais aussi des aspects qui ressortissent de troubles maniacodépressifs. Plus tard, il distinguera la monomanie instinctive dont une variante sera décrite comme monomanie homicide où sont classés les sujets appelés maintenant psychopathes. Dans cette logique, vigoureusement critiquée par Foucault, un même comportement déviant peut être considéré à la fois comme « infraction, symptôme, syndrome ou maladie et comme cause » (Arveiller, 2001).

Pritchard, en 1835, parlera de l'aliénation morale (*moral insanity*), qu'il décrit comme une « perversion des sentiments naturels, des affections inclinations, humeurs, habitudes, dispositions morales et impulsions naturelles, sans trouble ni déficit marqué de l'intellect ou des facultés de connaissance et de raisonnement » (Pritchard, 1843). À la différence des auteurs français qui en font une pathologie spécifique, Pritchard définit cette folie morale comme état intermédiaire entre normalité et folie.

Dans la suite des travaux de Morel sur la dégénérescence, Magnan et Legrain évoquent des états de « folie lucide » qui caractérisent les criminels dégénérés. Maudsley reprend cette perspective en soutenant l'idée d'un déficit congénital et héréditaire chez les criminels d'habitude. Il soutient aussi, comme Pritchard l'idée d'un état intermédiaire entre folie et santé mentale.

Kraepelin parlera de « folie morale » puis « d'états psychopathiques » dont certaines formes se caractérisent par un manque de moralité et de sens des responsabilités. Magnan puis Dupré, en 1925, introduiront la notion de « déséquilibre constitutionnel » et définissent la perversion instinctive comme origine du fonctionnement antisocial. « Ils voyaient dans le déséquilibre psychopathique une des preuves de la théorie de la dégénérescence en constatant que le milieu comme l'hérédité y sont déterminants » (Senon, 2005).

Arveiller propose une lecture particulièrement féconde de l'opposition entre l'école anglaise qui présente la folie morale sur un mode quantitatif, « on est ici dans la continuité entre normalité et folie avec tous les intermédiaires possibles » et la vision française plus localisatrice : « une partie du sujet est folle l'autre pas ». La question, pour les deux écoles, reste de savoir si la psychopathie constitue une entité spécifique.

Clekley (Clekley, 1976) franchit une étape dans ce sens en définissant une « vraie » psychopathie caractérisée par un jugement intact mais rendu inutile par l'incapacité du psychopathe à s'en servir, une introspection surprenante mais détachée de toute réaction affective, un défaut de permanence affective et d'émotivité sociale rendant incapable d'émotions vraies et durables.

Une définition introuvable

Il apparaît difficile de donner une unité à la diversité proposée par la notion de psychopathie. Pascalis (Pascalis, 1980) situe le trouble dans une acception étymologique qui fait état d'une « conscience douloureuse d'une anomalie intérieure ». Hivert (Hivert, 1980) décrit la psychopathie comme « l'expression de la souffrance formulée sur un mode original alliant trouble du comportement et trouble du caractère ». Mutrux (Mutrux, 1980) parle, pour sa part, d'une « affection durable, chronique, comportant pour l'essentiel des déviations des facultés instinctives affectives, volitionnelles et morales ». Chabrol (Chabrol, 1983) évoque « un mode chronique de comportement centré sur l'impulsivité, les activités déviantes, sinon délinquantes et échec à établir de véritables rapports sociaux ». Pour K. Schneider (Diatkine, 1983), la psychopathie n'est déterminée ni par les instincts, ni par le milieu « le contenu positif se borne à ce que les sujets, du fait de leur personnalité anormale, font pâtir la société ou ont à pâtir d'elle ».

Ces définitions soulignent le hiatus dans lequel se situent perpétuellement ceux que l'on désigne comme psychopathes : entre folie et délinquance, entre structuration particulière de la personnalité et réprobation sociale. Cette ambiguïté est bien résumée par Debray (Debray, 1981) : « les psychopathes sont des malades sans que l'on puisse dire clairement s'ils ont une maladie (…) si le psychopathe est un malade, c'est volontiers un être amoral, les deux notions de maladie et d'amoralité n'étant pas faciles à conjuguer. ». La notion de personnalité antisociale qui prévaut avec le DSM-IV (ou de personnalité dyssociale avec la CIM-X) et fait principalement référence à l'inadaptation (instabilité, incapacité à assumer des obligations, etc.) et à l'amoralisme (tendance à la tromperie,

absence de remords, etc.) ne suffit, de loin, pas à rendre compte des différentes facettes de la personnalité dite psychopathique.

Les comportements psychopathiques provoquent une certaine unanimité par le rejet qu'ils suscitent dans les institutions qu'ils fréquentent, qu'elles soient carcérales ou hospitalières. Plutôt qu'une véritable construction syndromique, l'insistance de certains traits de personnalité et de comportements problématiques conduit à évoquer une constellation psychopathique. Ainsi Flavigny (Flavigny, 1977) décrit la psychopathie comme un ensemble d'attitudes, de besoins, de conduites, habituels et répétés traduisant un certain mode de relation marqué par la passivité, la dépendance, les exigences mégalomaniaques, l'impulsivité et le besoin de satisfaction immédiate.

La *Psychopathy Check-list* de Hare : le score devient définition

Le travail de Clekley servira de point de départ à la théorisation de Hare et à l'élaboration de la *Psychopathy Check List* (PCL-R). Celle-ci est composée de 20 items. Les analyses factorielles effectuées en dégagent deux facteurs :

Le premier concerne des traits de personnalité relevant d'un narcissisme pathologique (loquacité, charme superficiel, surestimation de soi, etc.) et va avec un affect superficiel, une propension au mensonge et à la manipulation alliés à une incapacité à comprendre ce qu'autrui peut ressentir.

Le second facteur se réfère essentiellement à des comportements problématiques : faible maîtrise de soi, parasitisme, incapacité de planifier, impulsivité, etc.

« La définition retenue ici réfère à un individu narcissique, insensible, alexithymique, qui n'éprouve pas de remords et de culpabilité malgré son irresponsabilité, sa tendance à exploiter autrui, son caractère impulsif (…) et malgré le fait qu'il transgresse régulièrement les normes sociales. » (Coté, *et al.*, 2000).

Cette vision s'inscrit dans la continuité de la perspective anglo-saxonne en identifiant des formes abouties de psychopathie et des formes intermédiaires en fonction du gradient proposé par la PCL. Elle s'éloigne cependant résolument de toute perspective diagnostique autre que descriptive sans essayer d'intégrer le concept de psychopathie à un ensemble psychopathologique quelconque, ce qui laisse entière la question de sa spécificité nosographique.

Le développement de l'usage de la PCL va aussi avec une tentative de compréhension sous l'angle de la psychophysiologie et de la neuropsychologie. Ainsi, un lien causal est souvent recherché entre déficits cognitifs et psychopathie, sans que ce que recouvre le terme de déficit ne soit toujours clairement explicité. Sans progresser du point de vue structural, le développement des neurosciences laisse toujours ouvert un modèle qui postule qu'une anomalie cérébrale serait à l'origine de ce trouble (Coté, Pham, 2000).

La notion de psychopathie qui prévaut maintenant, autant dans la clinique médicolégale que dans la recherche (Coté, 2000) ne repose donc que sur un score atteint à cette échelle, le score qualifiant automatiquement de psychopathe celui qui l'atteint. L'utilisation de cette échelle, est, néanmoins encore loin de faire l'unanimité quant à sa valeur de diagnostic. Certains chercheurs considèrent qu'elle réfère à une intensité variable de traits de personnalité particuliers, d'autres la considérant à partir des facteurs mis en évidence comme un mode d'organisation (Coté, 2000). Pourtant il faut bien garder à l'esprit qu'un « score (élevé) à la PCL-R n'est pas équivalent à la psychopathie, pas plus qu'un score (élevé) à un test d'intelligence n'est équivalent à l'intelligence elle-même » (Skeem, *et al.*, 2011).

La palette des symptômes psychopathiques et la structure psychique

Loin d'être une superposition d'éléments disparates, les symptômes généralement évocateurs de psychopathie peuvent pourtant s'entendre dans le contexte d'une organisation ou d'une histoire psychique particulière que plusieurs auteurs, dans une lecture psychodynamique, intègrent dans l'ensemble des états-limites. Ces symptômes prennent toute leur valeur si on les met en perspective avec la nature de l'angoisse qui les sous-tend.

Ainsi, Kernberg (Kernberg, 1979 ; 1980) place la totalité des personnalités à expression antisociale dans le continuum des états-limites où le pôle supérieur est constitué par les personnalités hystériques limites et le pôle inférieur par les personnalités narcissiques. Lamothe (Lamothe, 2005) situe aussi les psychopathes dans la catégorie des états-limites, en les caractérisant par des fixations traumatiques qui ont empêché le franchissement harmonieux du deuxième stade anal. Cette carence de l'analité se traduit par des difficultés de rétention aussi bien des pulsions que des désirs, et s'exprime par la labilité des projets, la désorganisation et des pulsions sadiques d'emprise.

Bergeret (Bergeret 1975), en revanche, ne reconnaît pas de spécificité particulière au psychopathe hormis le « phénomène manifeste » comportemental. Il différencie les psychopathes de statut psychotique qui vont évoluer progressivement vers le mode délirant, les psychopathes de statut névrotique qui, malgré un blocage des représentations fantasmatiques, témoignent de conflits de nature génitale, et les psychopathes de statut limite dépressif chez qui se retrouvent les clivages objectaux, l'angoisse dépressive et les lacunes narcissiques.

Les agirs psychopathiques

Ey (Ey, 1960) avait très tôt noté le caractère de réponse toujours prête à certaines sollicitations, unique voie de décharge de la tension intérieure. L'agir tient bien souvent lieu de langage, court-circuit qui permet le passage de l'affect à l'acte dans une situation vécue dans l'instant. Pour Ey, le dénominateur commun des différents agirs est l'antisociabilité et l'impulsivité. Celle-ci « paraît résulter de la conjonction en un seul mouvement de deux forces habituellement séparées : la demande instinctuelle et l'agressivité qui résulte de sa frustration » (Ey, 1960).

Ces agirs s'inscrivent aussi dans un cortège symptomatique et une séméiologie plus protéiforme qu'on pourrait le penser : l'angoisse diffuse, qui restreint de manière quasi phobique le périmètre de ces sujets, le vide intérieur et la solitude qu'ils sont dans l'incapacité d'affronter, rendent compte de la proximité d'une dépression, dysphorie plus que véritable tristesse dépressive, recouverte par les manifestations caractérielles qui évacuent la dépression dans la revendication. Cette dépression est souvent niée car elle ne peut apparaître tant elle est terrifiante.

Le théâtralisme de ces sujets signe une véritable « maladie de la rencontre » (Hochmann, 1976 ; 1980), où la manifestation comportementale, parfois hystériforme, devient seule arme et monnaie d'échange. Certaines manifestations d'allure névrotiques peuvent induire en erreur l'observateur peu averti et teinter les relations interpersonnelles, allant de l'irritabilité à la séduction en passant par la manipulation, pour aboutir à une véritable « toxicomanie d'objet » (Debray, 1981). Celle-ci conduit à la falsification et à la mythomanie jusqu'à l'induction décrite par Eiguer (Eiguer, 1983) : le psychopathe provoque les actes, les réactions, parfois, au contraire, il les inhibe et fonctionne comme un « magnétiseur abusif ».

Certains agirs ou « recours à l'acte » (Balier, 1996) témoignent aussi de la proximité du délire, d'une émotion qui s'expulse à travers des mécanismes psychotiques et indique combien la violence met le sujet au risque du morcellement. Pour Zagury (Zagury, 1995), la question d'une psychose sans délire reste toujours posée. Il évoque ainsi les notions d'héboïdophrénies à impulsivité maligne, de certaines formes d'entrées dans la schizophrénie, voire la question des délires en actes. L'émergence d'un comportement psychopathique comme tentative d'endiguement de l'angoisse psychotique est un phénomène bien connu chez ces patients qui se présentent comme porteurs d'un trouble grave de la personnalité lorsqu'ils sont à l'hôpital ou psychotiques lorsqu'ils se trouvent en prison. Cette comorbidité particulière vient colorer la maladie psychique, compliquer la prise en charge et susciter l'effroi de ceux qui se trouvent confrontés tantôt à la crise psychotique tantôt à la froideur et au clivage (Zagury, 1997 ; Diatkine, 1983).

Le passage à l'acte violent peut, dans cette perspective du voisinage de la psychose, être compris comme perception soudaine d'un vide intérieur effroyable, recherche de maîtrise explosive des limites, refus de l'insupportable, de l'incomplétude narcissique (Balier, 2005). Le sujet bascule brutalement pour fuir ce qui pourrait rappeler un vécu abandonnique et mortifère et donc bannir toute émotion qui pourrait faire lien avec ce passage à l'acte en raison de la frayeur qu'elle réveillerait.

Destructivité

Elle vise à détruire, presque au sens propre, les pensées de l'autre, sa capacité à penser et à exister dans son humanité et s'illustre, pour certains (Bayle, 2003) par la référence à la violence des camps de concentration et contraint celui qui en est victime à la démentalisation, incapacité d'exister autrement que dans l'acte de survie, et impossibilité de vivre dans la pensée et le questionnement.

Agressivité prédatrice, agressivité affective

Pour R. Meloy (Meloy, 2000) la violence prédatrice de certains sujets repose sur des mécanismes de sensations/perceptions. Le processus psychopathique se perpétue par l'incapacité à surmonter un état de déplaisir, à refouler un affect déplaisant et ce qui conduit le sujet à un vécu de colère diffuse car il ne peut se référer, en raison de la pauvreté de ses identifications, à des expériences apaisantes et, donc, à l'empathie. Ainsi, le sujet peut osciller entre une agressivité affective qui met en jeu une émotion indicible par sa proximité avec la crainte de l'envahissement psychotique et une agressivité prédatrice, apparemment dénuée d'émotion. Ces patients, du fait de leur dysfonctionnement affectif sont dans l'incapacité à comprendre la portée émotionnelle des mots et sont dans la confusion au sujet de la nature et de la qualité de leurs propres émotions. Il s'ensuit une incapacité à vivre des émotions qui supposeraient de prendre en compte « les autres personnes dans leur caractère entier et chargé de sens. La vie émotionnelle du patient est dominée par des sentiments de rage, de sensibilité extrême à la honte ou à l'humiliation, d'envie… » (Meloy, 2001).

Pauvreté fantasmatique

Cette destructivité s'accompagne chez ces sujets, en miroir, d'une *singulière incapacité à penser*, à mentaliser, à construire une vie intérieure. La carence de mentalisation est bien sûr un des obstacles principaux à la mise en place d'un travail psychothérapique puisque l'essence même d'un tel travail est de relier des émotions à des mots et des images pour apprivoiser les souffrances enfouies et donner un sens à des conflits évacués, déniés.

Seules traces d'une vie psychique enfouie laissant espérer un dépassement de la sidération psychique signant la défaillance de l'imaginaire de ces patients, les cauchemars peuvent survenir, notamment à la faveur d'une incarcération, et témoignent d'une vie fantasmatique primitive où la frontière est parfois difficile à tracer entre rêve et agir crépusculaire (Balier, 1988).

La trace du traumatisme et des faillites parentales

L'histoire du sujet psychopathe est à lire dans la conjonction entre une histoire traumatique et une relation profondément perturbée aux figures parentales, au-delà des violences subies. Entre traumatismes réels, sexuels ou d'autres natures, et traumatismes par défaut d'une présence bienveillante, la destinée de ces personnalités s'inscrit d'emblée dans la rupture, les carences (Flavigny, 1977) et les faillites de l'environnement familial et affectif (Bowlby, 1962). Winnicott indique que ces traumatismes infantiles s'inscrivent dans la discontinuité de la fonction de maintenance des soins maternels qui porte atteinte au sentiment de « continuité d'existence ».

Ce qui caractérise le noyau psychopathique est de l'ordre de « l'empreinte en creux » (Flavigny, 1977) ou de la recherche du « paradis perdu » (Hochmann, 1980). Intriquées aux dimensions traumatiques, les déficiences maternelles vont entraver l'élaboration de l'agressivité et entraîner la mise en place d'un faux self défensif de complaisance face à un désir maternel intrusif. Le devenir des pulsions agressives qui vont se diriger vers des objets extérieurs signe l'échec de l'élaboration de la « tendance antisociale » (Winnicott, 1994). Malgré l'accès à l'individuation, l'enfant, futur psychopathe sera confronté à une faille fondamentale dans le développement de son narcissisme primaire ce qui le conduira à la recherche répétitive d'une réparation par l'environnement. Il devient ainsi incapable de maîtriser les excitations qui surgissent des situations nouvelles.

Le père, lorsqu'il est présent dans l'histoire du sujet, n'est pas en mesure d'assumer une fonction protectrice et organisatrice ni à même de donner

appui à des identifications œdipiennes positives (Misès, 1980). Celui-ci, par son absence ou sa violence n'a pu l'aider dans une acceptation de la castration qui serait autre chose qu'une destruction, « les coups du père viennent à la place des interdits qu'il aurait bien du mal à incarner » (Hellbrunn, 1982). Le psychopathe semble toujours dans la recherche de la récupération de la force destructrice d'un père auquel il n'a pu s'identifier, ce qui l'oblige à constamment réaffirmer une position narcissique phallique pour éviter la frayeur et le danger que constitue une position passive impossible à assumer car synonyme du désaveu que le père a connu dans sa relation de couple.

Plus directement en relation avec l'expérience traumatique, C. Bonnet (Bonnet, 1999) évoque le mécanisme « d'ennoyautage » qui autorise la projection de l'agressivité dans des ruptures et des somatisations et le syndrome d'intrusion qui conduit au sentiment de sortie du corps utilisé comme mécanisme de survie. Ces observations posent la question de la perpétuation du clivage fonctionnel instauré après un tel vécu psychique qui devient un véritable mode d'être dans un enkystement insurmontable.

L'apparente froideur de ces sujets et leur réactivité explosive apparaissent comme les deux traductions les plus visibles d'une réactivité traumatique particulièrement insistante et inscrite en filigrane de toutes les relations qu'ils tentent de nouer. Un vécu abandonnique souvent lourd leste ces traumatismes non digérés et hypothèque tout engagement affectif.

Il persiste toujours une faille fondamentale dans le développement du narcissisme primaire, carence dans l'estime de soi qui conduit à la recherche répétitive d'une réparation par l'environnement. Incapables de maîtriser les excitations qui jaillissent des situations nouvelles, ces sujets mettent leurs proches, leurs thérapeutes ou éducateurs, en demeure de faire « la preuve par l'épreuve » (Lamothe, 1989) : « Les deux parents sont de toute façon défaillants dans leur fonction de pare-excitation, nécessaire pour la genèse de l'appareil légal intrapsychique, mais aussi nécessaire tout simplement pour que l'enfant ne soit pas confronté constamment au traumatisme psychique, c'est-à-dire à des ébranlements qu'il n'aurait pas moyen de métaboliser ».

Le psychopathe nous tient à distance par la perception de son intense sensibilité à tout ce qui peut susciter de l'excitation et le confronter à l'intensité de celle-ci associée à un sentiment de totale impuissance, et ce qui peut le confronter à la douleur de la relation et de l'affect.

Les expériences psychiquement indigérables sont très diverses (Williams, 1984). Ce qui ne peut être digéré psychiquement continue sous forme d'identification à l'objet perdu mais auquel on n'a pas renoncé dans un véritable deuil pathologique. C'est par cette voie que l'expérience non digérable conduit à l'identification à l'agresseur. Hellbrunn (Hellbrunn, 1982) souligne que ce qui subsiste du traumatisme reste une chose informe psychiquement « non forclos ni refoulé pour cause de non-inscription dans le symbolique », ce qui fait finalement que dans l'acte violent n'importe quel interlocuteur fera l'affaire pour peu qu'il se situe au point d'impact de la reviviscence traumatique.

La psychopathie : une pathologie du narcissisme ?

Le psychopathe est gouverné par une subordination à un Moi idéal (Balier, 1996) qui le conduit à s'appuyer continuellement sur l'imitation et la construction factice (Diatkine, 1983 ; Misès, 1980), il prend appui sur une idéalisation aliénante, qui se voudrait héroïque mais surtout asservie à un Soi grandiose qui le conduit à constamment « réagir pour être en conformité avec son identification idéale » (Kinable, 1983). Ce Soi grandiose est la source de réactions de rage intense, témoignages de l'intolérance à l'angoisse, de l'exigence impitoyable de ce Moi idéal et de la nécessité d'attaquer et de dévaloriser les sources potentielles d'attachement. Meloy (Meloy, 2001) décrit les psychopathes comme des « narcissiques agressifs » et souligne que « plus la pathologie psychopathique est sévère (…) plus l'on doit s'attendre à ce que la dévaluation agressive d'autrui soit l'attitude choisie *(…) pour* étayer des vécus de grandiosité ». Cet accent mis sur la problématique narcissique et en corollaire la relation d'emprise qui semble prévaloir dans les modalités relationnelles amène Lamothe (Lamothe, 2001) à considérer que la psychopathie telle qu'elle est décrite par les auteurs américains dans le sillage de Cleckley,

Hare et Meloy fait principalement référence à une clinique des organisations de personnalité perverses. L'agressivité vise à dénier l'autre et à se l'approprier. Il oppose cette description à celle des sujets « plus nettement borderline », des auteurs français « plus inefficace(s) et plus souffrant(s) » et pour qui « la décharge de l'excitation dans le registre du comportement apparaît privilégiée ».

Conclusion : les différentes facettes de la psychopathie ?

Au total, la psychopathie donne à voir un tableau complexe, dominé par le passage à l'acte et ce que celui-ci induit de peur et d'impuissance. Ces patients sont inquiétants, explosifs, peu accessibles à un véritable échange, et naviguent entre établissement pénitentiaire et hôpital de sécurité. On ne peut les prendre en charge sans accepter que leur fonctionnement psychique est constamment menacé par une violence effroyable et morcelante, source de raptus imprévisibles ou trop prévisibles dans leur répétition. Le thérapeute se mettra au risque d'une rencontre brutale et déstabilisante, entre identification à une figure archaïque perdue, hostile et persécutoire, recherche sans espoir d'un autre apaisant ou consolant et risque de l'explosion traumatique. Une telle relation ne peut-être par essence que précaire, instable envahie de projections agressives multiples mais bouleversante par l'émotion qui se déverse parfois par contiguïté.

Si la difficulté de la prise en charge de ces sujets ainsi que leur proximité avec la violence constituent des facteurs communs, les interrogations initiales sur la nature de la personnalité psychopathique dans ses différentes dimensions demeurent. À la faveur du nombre considérable de travaux accompagnant la publication et l'utilisation de la PCL-R, les auteurs s'éloignent d'une vision monolithique de la psychopathie. Dans la continuité des conceptions anglo-saxonnes, apparaissent des modèles qui essayent de rendre compte de ses multiples facettes observables. Le *Comprehensive Assesment of Psychopathic Personality* (Cooke *et al.*, 2012) s'organise ainsi autour de domaines qui soulignent le fonctionnement de la personnalité psychopathique (attachement, comportement, cognition, type de dominance, domaine émotionnel et perception du Self). Le « modèle triarchique » essaye de décliner des caractéristiques phénotypiques en trois axes qui vont intégrer différentes conceptualisations et opérationnalisations : désinhibition (*impulse control problems*), audace (*boldness*), brutalité (*meannesss*, *callousness*) (Patrick *et al.*, 2012 ; Skeem, 2011).

Ces différents modèles témoignent d'une recherche riche se nourrissant de nombreuses interrogations autant étiologiques que sur l'utilisation sociétale de la notion de psychopathie et de ses instruments de mesure. Ils ne nous autorisent pas cependant à nous priver de la lecture psychodynamique qui seule réussit à véritablement rendre compte du destin si inquiétant et si particulier de la trajectoire psychopathique.

Références

Arveiller, J. (2001). De la folie morale. *L'Evolution Psychiatrique*, *66*, 614–631.

Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents* (279p). Paris : PUF.

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents* (253p). Paris : PUF.

Balier, C. (2005). *La violence en abyme* (389p). PUF : Paris.

Bayle, G. (2003). Destructivité, démentalisation, clivages et cadres thérapeutiques. In A. Ciavaldini (Ed.), *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire* (pp. 97–114). Paris.

Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot.

Bonnet, C. (1999). *Spécificité des soins chez les victimes de viol et d'inceste*. Paris : Journées de l'ARTAAS.

Bowlby, J. (1962). L'angoisse de séparation. *La Psychiatrie de l'Enfant*, *5*, 1.

Chabrol, H. (1983). Le syndrome psychopathique. *Actual Psychiatr*, *1*, 21–25.

Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. St Louis : CV Mosby company.

Cooke, D. J., & Hart, S. D. (2012). Logan, Michie C. Explicating the construct of psychopathy : developpement and validation of a conceptual model, the comprehensive assessment of psychopathic personality (CAPP). International J. of Forensic. *Mental Health*, *11*, 242–252.

Coté, G. (2000). Vers une définition de la psychopathie. In T. Pham, & G. Coté (Eds.), *Psychopathie : théorie et recherche* (pp. 21–46). Paris : Septentrion.

Coté, G., Hodgins, S., & Toupin, J. (2000). Psychopathie : prévalence et spécificité clinique. In T. Pham, & G. Coté (Eds.), *Psychopathie : théorie et recherche* (pp. 47–75). Paris : Septentrion.

Coté, G., & Pham, T. (2000). État des connaissances sur la psychopathie : mise en perspective critique. In T. Pham, & G. Coté (Eds.), *Psychopathie : théorie et recherche* (pp. 205–234). Paris : Septentrion.

Debray, Q. (1981). *Le psychopathe*. Paris : PUF.

Diatkine, G. (1983). In *Les transformations des psychopathies* (192p). Paris : PUF.

Durivage, A., & Levesque, S. (juin 1997). *Comorbidité entre l'axe I et l'axe II : un défi clinique important dans l'évaluation et la prise en charge* (pp. 54). Montréal : XXII[e] Congrès International de Droit et de Santé Mentale, abstracts.

Eiguer, A. (1983). Le pervers narcissique et son complice, étude phénoménologique. *Dialogue*, *81*, 60–70.

Ey, H. (1960). Le déséquilibre psychique. In H. Ey, P. Bernard, & C. H. Brisset (Eds.), *Manuel de psychiatrie* (pp. 307–336). Paris : Masson.

Flavigny, H. (1977). De la notion de psychopathie. *Revue de neuropsychiatrie infantile*, *25*, 19–75.

Hellbrunn, R. (1982). *Pathologie de la violence*. Paris : Réseaux.

Hivert, P. (1980). Le comportement et la prise en charge des psychopathes en milieu carcéral. *Confrontations psychiatriques*, *18*, 161–173.

Hochmann, J. (1976). Les dents de la mère. *L'Evolution Psychiatrique*, *41*(3), 619–661.

Hochmann, J., Houver, J., Roustand, R., & Rebatel, N. (1980). Quelques aspects cliniques des psychopathies. *Confrontations psychiatriques*, *18*, 59–72.

Kernberg, O. (1979). *Borderline* conditions and pathological narcissism (1re partie). trad. franc In D. Wildlocher (Ed.), *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat.

Kernberg, O. (1980). *Borderline* conditions and pathological narcissism (2nde partie). trad franç In D. Marcelli (Ed.), *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat.

Kinable, J. (1983). Le psychopathe : un sujet en actes ? *Déviance et Société*, *7*(4), 317–338.

Lamothe, P., & Geoffray, D. (1989). La psychiatrie revisitée… en prison. *Perspectives psychiatriques*, *19*(4), 229–236.

Lamothe, P. (2001). Psychopathie « américaine » et psychopathie « française » : une confrontation clinique et culturelle. *Evolution Psychiatrique*, *66*, 602–608.

Lamothe, P. (2005). *Intérêt du modèle psychodynamique de la psychopathie, Audition publique, prise en charge de la psychopathie*. HAS.

Lesourd, S. (2005). *Psychopathie : genèse et évolution clinique. Psychopathie et normes sociales. Audition Publique « prise en charge de la psychopathie »*. HAS.

Meloy, J. R. (2000). *Les psychopathes : essai de psychopathologie dynamique*. Paris : Frison Roche.

Meloy, J. R. (2001). Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *L'Evolution Psychiatrique*, *66*, 563–586.

Misès, R., & Castagnet, F. (1980). Apport de la psychopathologie de l'enfant à l'étude de la psychopathie. *Confrontations psychiatriques*, *18*, 73–97.

Mucchielli, L. (2005). *Psychopathie : genèse et évolution clinique. Réflexion sur les limites de l'utilisation de la catégorie de « psychopathie » dans l'analyse des problèmes sociaux, à partir de l'étude de la délinquance juvénile et des homicides. Audition Publique « prise en charge de la psychopathie »*. HAS.

Mutrux, S. (1980). Réflexions sur les étiopathogénies des psychopathies. *Confrontations psychiatriques*, *18*, 27–49.

Pascalis, G. (1980). Déséquilibre psychique, historique et nosologie psychiatrique. *Confrontations psychiatriques*, *18*, 15–23.

Patrick, C., Drislane, L., & Strickland, C. (2012). Conceptualizing psychopathy in triarchic terms : implications for treatment. *International journal of forensic mental health*, *11*, 253–266.

Pritchard, J. C. (1843). Des différentes formes d'aliénation en rapport avec la jurisprudence (1842) compte rendu par BA Morel. *Annales medico-psychologiques*, *1*, 329–337.

Senon, J.-L. (2005). *Comment définir la psychopathie ? Audition Publique « prise en charge de la psychopathie »*. HAS.

Skeem, J. L., Polaschek, D. L. L., Patrick, C. J., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic Personality : Bridging the Gap Between Scientific Evidence and Public Policy. *Psychological science in the public interest*, *12*, 95–162.

Williams, H. (1984). Violence et « non-digestion » psychique. *Revue française de psychanalyse*, *4*, 1057–1067.

Winnicott, D.-W. (1994). La tendance antisociale. In D.-W. Winnicott (Ed.), *Déprivation et délinquance* (pp. 145–158). Paris : Payot.

Zagury, D. (1997). Le tueur en série. In A. Garapon, & D. Salas (Eds.), *La justice et le mal* (pp. 19–49). Paris : Odile Jacob.

Zagury, D. (1995). Mais ou est passée la psychose ? Évolution de la jurisprudence expertale. In O. Dormoy (Ed.), *Soigner et/ou punir* (pp. 225–236). Paris : L'Harmattan.

L'évaluation de la psychopathie[60]

Thierry H. Pham

Ce chapitre porte sur l'évaluation de la psychopathie dont l'utilité du diagnostic est universellement reconnue dans le domaine de l'expertise, du traitement mais aussi de l'évaluation et de la gestion du risque de récidive (Pham et al., 2010).

Ce chapitre considère principalement les adultes psychopathes. Nous reprendrons brièvement l'évolution du concept de psychopathie et dans un second temps, nous décrirons certains instruments d'évaluation de la psychopathie et leurs critères les plus pertinents. Ce chapitre se limitera d'emblée au modèle psychopathique de Hare qui, s'il ne constitue pas le seul modèle, est actuellement le plus utilisé. Toutefois des modèles plus complexes ne se limitant pas aux facteurs statiques existent tels que la CAPP de Cooke, mais sont toujours en cours de validation.

Évolution du concept de psychopathie

Le concept de « psychopathie » a considérablement évolué depuis l'époque où il signifiait la maladie mentale, dans son sens le plus large.

À l'heure actuelle, cette notion, bien qu'elle n'existe pas au sens strict dans les classifications internationales (Mucchielli, 2005), est envisagée dans le DSM (DSM-III, 1987 ; DSM-IV, 1994) à travers la définition de la « personnalité antisociale » : « *Trouble de la personnalité comportant une histoire de conduites antisociales chroniques et continues, avec violation des droits d'autrui, persistance à l'âge adulte d'un mode de conduite antisociale apparu avant l'âge de 15 ans, et incapacité à conserver une efficience professionnelle satisfaisante durant plusieurs années* » (Mucchielli, 2005). Cette conceptualisation est assez proche de la notion de « personnalité dyssociale » proposée par la CIM-10 (CIM-10, 1995). Toutefois, ces personnalités ne constituent pas des équivalents à la personnalité psychopathique.

Actuellement, la définition opérationnelle de la psychopathie la plus validée est proposée par l'échelle d'évaluation de la psychopathie de Hare (PCL-R) (Hare, 2003), où la distinction entre personnalité antisociale et personnalité psychopathique est plus claire. Définie de la sorte, elle constitue un pattern clinique de caractéristiques interpersonnelles, affectives et comportementales, incluant l'égocentricité, la manipulation, l'insensibilité aux autres, l'irresponsabilité, l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité et un pauvre contrôle comportemental s'exprimant notamment par des comportements antisociaux mais pas nécessairement criminels (Hare, 2003 ; Vitacco, 2007).

En effet, la psychopathie se distingue de la personnalité antisociale en raison de l'inclusion de critères diagnostiques plus centrés sur les caractéristiques interpersonnelles et affectives de la personnalité. Les caractéristiques antisociales font partie du tableau mais elles ne définiraient pas, à elles seules, le diagnostic de psychopathie. Nous parlons dans ce cas de diagnostics asymétriques entre la personnalité et la psychopathie où un sujet psychopathe aurait nécessairement une personnalité antisociale alors que le sujet présentant une personnalité antisociale ne serait pas nécessairement psychopathe. En effet, la prévalence des deux diagnostics varie considérablement au sein des populations incarcérées : il y aurait entre 50 et 80 % de personnalité antisociale, contre 5–10 % de personnalité psychopathique (PCL-R avec un point de coupure égal à 30) (Hare, 2003).

[60] Cette étude a été réalisée avec le soutien du ministère de la région Wallonne, Santé et Affaires sociales et Égalité des Chances.

Évaluation structurée de la psychopathie : l'échelle d'évaluation de la psychopathie de Hare

Description

Influencée par les travaux d'Hervé Cleckley (Cleckley, 1976), comme de nombreux autres outils, la PCL-R est, dans sa première version (1991), constituée de 20 items répartis principalement en deux grands facteurs : le facteur I, relatif aux caractéristiques interpersonnelles, affectives et narcissiques de la psychopathie et le facteur II, définissant les caractéristiques liées au style de vie impulsif/parasite et la tendance antisociale chronique. Cette structure bifactorielle a ensuite été scindée en quatre facettes, dans la seconde version du même manuel (2003). Le premier facteur comprend les facettes relatives aux relations interpersonnelles et à la froideur émotionnelle du sujet psychopathe, le deuxième comprend les facettes style de vie impulsif et comportement antisocial du psychopathe. Seuls deux items ne font partie d'aucun facteur et donc d'aucune facette, la promiscuité sexuelle et l'incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes (Pham, 2010 ; Toupin, *et al.*, 2000).

Passation et cotation

La passation doit obligatoirement être réalisée par un clinicien ou un chercheur, le plus souvent psychologue, ou psychiatre formé préalablement. Chaque item de la PCL-R est évalué sur une échelle à trois points selon que l'item s'applique ou non. Un score de 0 lorsque l'item ne s'applique pas ; un score de 1 quand l'item s'applique au sujet dans une certaine mesure ; et un score de 2 lorsque l'item s'applique complètement. Le score obtenu varie entre un score minimum de zéro point et un score maximum de 40 points. Hare (2003) et ses collaborateurs ont proposé un point de coupure de 30/40. Dans cette approche catégorielle, le diagnostic de psychopathie peut clairement être posé pour un score de 30/40 et exclu pour un score inférieur ou équivalent à 20/40. Il existe une validation française de la PCL-R (Côté, 1996 ; Pham, 1998). Les 20 items composant cette échelle sont les suivants : loquacité/charme superficiel, surestimation de soi, besoin de stimulation/tendance à s'ennuyer, tendance au mensonge pathologique, duperie/manipulation, absence de remords ou de culpabilité, affect superficiel, insensibilité/manque d'empathie, tendance au parasitisme, faible maîtrise de soi, promiscuité sexuelle, apparition précoce de problèmes comportementaux, incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste, impulsivité, irresponsabilité, incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes, nombreuses cohabitations de courtes durées, délinquance juvénile, violation des conditions de libération conditionnelle, diversité des types de délits commis par le sujet.

La structure factorielle de la PCL-R

Un débat persiste au sujet de la structure factorielle de la PCL-R. Cooke *et al.* (Cooke, *et al.*, 2001 ; 2007) défendent une structure trifactorielle excluant le facteur antisocial et dans laquelle seraient répartis 13 critères et non 20. Les items inhérents au comportement antisocial seraient ici des symptômes dits « secondaires », conséquence des trois premières facettes. De plus, les items 11 et 17, absents dans le modèle de Hare (2003) ne devraient pas faire partie du tableau diagnostic selon eux.

La PCL-R et le DSM (DSM-III-R et –III) (axes I et II)

Dans une étude belge francophone menée sur les corrélations entre le diagnostic de psychopathie à la PCL-R et les troubles des axes I et II du DSM (Stalenheim *et al.*, 1996 ; Pham *et al.*, 2010), les résultats confirment les données présentées au sein de la littérature internationale. Parmi les 84 patients adultes internés en établissement psychiatrique sécuritaire (Pham *et al.*, 2010), 94 % présentaient un trouble mental majeur dont : 69 %, un abus de substances, 56,6 %, un trouble anxieux, 44 %, un trouble de l'humeur, 17,9 %, un trouble psychotique, et 20,2 %, un trouble somatoforme. 67,8 % des participants présentaient une comorbidité sur l'axe I. Au niveau des troubles de l'axe II, 71,4 % des patients présentaient, au minimum, un trouble de personnalité, les troubles du cluster B étant les plus représentés : 47,6 % de personnalité antisociale, 25 % de personnalité de type *borderline*, 17,9 % de personnalité narcissique, et 2,4 % de personnalité histrionique. Les troubles des clusters

A et C étaient, quant à eux, moins fréquents, 28,6 % et 22,6 %. Le pourcentage de participants présentant une comorbidité sur l'axe II s'élevait quant à lui à 42,9 %. En prenant un point de coupure de 30, préconisé par Hare (2003), la prévalence du diagnostic de psychopathie à la PCL-R est de 14,3 % (Pham *et al.*, 2010). La prévalence de la comorbidité a été évaluée entre les deux premiers axes du DSM-III et le diagnostic de psychopathie. Pour l'axe I, seul le diagnostic relatif à l'abus de substances était significativement associé au diagnostic de psychopathie selon la PCL-R (rapport de côtes = 5,2 ; p <.01 ; point de coupure = 30), les items de la PCL-R étant insuffisants pour caractériser les personnalités psychopathiques associées à des troubles mentaux majeurs. Des données récentes auprès de patients internés confirment cette hypothèse (Pham *et al.*, 2010 ; 2007). Pour l'axe II, les troubles de personnalité du cluster B et en particulier le diagnostic de personnalité antisociale (rapport de côtes = 7,0, p <.001 ; point de coupure = 30) étaient significativement associés au diagnostic de psychopathie (Pham *et al.*, 2010).

Qualités psychométriques de l'outil

La littérature internationale rapporte souvent une fidélité interjuges élevée, variant de .78 à .94 pour les hommes incarcérés (Hare, 2003 ; Côté, 1993 ; Cooke, 2001) et de .92 à .96 pour les femmes incarcérées (Louth *et al.*, 1998).

La consistance interne de la PCL-R est bonne avec un coefficient alpha de Cronbach variant de .76 à .96. La corrélation moyenne interitems varie entre .22 et .47. Les coefficients de généralisation varient de .82 à .90 (Hare, 2003). En termes de validité convergente, la PCL-R est significativement corrélée aux échelles Psychopathie (r =19 à .26) et Manie (r =.14 à .27) du *Minnesota Multiphasic Personnality Inventory* (MMPI), et au diagnostic du trouble de personnalité antisociale du DSM-III (corrélations point-bisérial entre .45 et .67) (Hare, 2003).

Psychopathie et émotions

Dans une étude belge récente (Pham, 2010), deux groupes de patients adultes, de sexe masculin, internés dans un hôpital sécuritaire, un groupe de psychopathes et un groupe de non-psychopathes, identifiés avec la PCL-R (Hare, 2003) ont été comparés à l'aide de l'échelle alexithymie de Toronto (TAS, Bagby *et al.*, 1994a ; b) et du questionnaire d'intelligence émotionnelle (TEIque, Petrides et Furnam, 2003). Les analyses mettent en évidence que les psychopathes présentent un faible score total sur la TAS et un score plus élevé aux échelles de « perception émotionnelle » et de « régulation émotionnelle » au TEIque. Dans les deux cas, la composante affective déficitaire était la plus négativement corrélée au score total à la TAS et au TEIque. Ces résultats infirment l'hypothèse classique d'un déficit émotionnel perçu chez les psychopathes.

Dans une autre étude (Pham, 2012), ici centrée sur la relation entre la psychopathie et le stress traumatique, un échantillon de 48 patients de sexe masculin, internés dans un hôpital sécuritaire belge a été évalué en utilisant la PCL-R (Hare, 2003) et le SASRQ ; Cardena, Classen, Koopman et Spiegel, 1996). Les analyses révèlent que la composante affective déficitaire de la psychopathie était le meilleur prédicteur négatif des symptômes d'évitement, d'association, et de re-experiencing. Les psychopathes différaient en termes de nombre et non de type d'événements traumatiques. Ils ont obtenu des scores totaux beaucoup plus faibles au SASRQ reflétant une symptomatologie traumatique moindre (Pham, 2012).

Afin de déterminer si les psychopathes présentent des déficits spécifiques dans le traitement des émotions non-verbales, deux groupes de patients belges internés, de sexe masculin, un groupe de psychopathes et un groupe de non-psychopathes, tous identifiés avec la PCL-R (Hare, 2003) ont été comparés à un groupe contrôle au test de reconnaissance faciale développé par Philippot *et al.* (1999). Soumis à des stimuli faciaux différant sur le plan des expressions (bonheur, colère, tristesse, peur ou dégoût) et de l'intensité, les deux groupes de criminels étaient moins précis que le groupe contrôle dans le décodage des expressions faciales de l'émotion. Une analyse de covariance a montré que cet effet pouvait s'expliquer par les différents niveaux d'éducation des participants. Alors que les non-psychopathes criminels ne diffèrent pas des psychopathes criminels en termes de précision globale, ils étaient moins précis pour les émotions amygdaliennes que pour les autres. Cependant, la performance des psychopathes criminels n'était pas affectée par la nature amygdalienne de l'expression faciale. Ces résultats s'opposent à l'hypothèse amygdalienne de Blair (Pham, Philippot, 2010).

Les outils d'évaluation de la psychopathie dérivés de la PCL-R

La *PCL-Short Version* (version abrégée de la PCL-R)

Description

La PCL-SV est une version abrégée de la PCL-R (Hart, 1995) constituée de 12 items répartis dans deux facteurs, inclus dans la version complète de l'échelle d'évaluation de psychopathie de Hare (2003). Le facteur I mesure les caractéristiques interpersonnelles et affectives et le facteur II mesure le comportement socialement déviant et la criminalité passée (Gray, 2004 ; Walters *et al.*, 1999).

Passation et cotation

Les procédures de passation et de cotation des items de la PCL-SV sont identiques à ceux de la PCL-R. Cependant, le score total s'étend ici de zéro à 24 points avec un point de coupure supérieur ou égal à 18 pour pouvoir établir un diagnostic de psychopathie (Walters *et al.*, 1999).

Qualités psychométriques

Les qualités psychométriques sont comparables à la PCL-R avec une fidélité interjuge élevée de .84 pour le facteur I et de .92 pour le facteur II. La consistance interne de la PCL-SV est acceptable avec un coefficient alpha de Cronbach de .84 et la corrélation moyenne entre le facteur I et le facteur II est de .53. En ce qui concerne la validité convergente, la PCL-SV est positivement corrélée avec le cluster B et les personnalités borderline, narcissique et antisociale du DSM-III (DSM-III-R, 1987). Elle est également positivement corrélée avec l'abus de substances, particulièrement pour le facteur II (Hart, 1995).

La *PCL-Young Version* (Échelle d'évaluation de la psychopathie chez les adolescents)

Description

La PCL-YV est destinée à évaluer les traits de psychopathie chez des adolescents d'au moins 13 ans et comporte 20 items, évalués sur base d'entrevues semistructurées et d'informations collatérales contenues dans divers dossiers et rapports officiels (administratifs, judiciaires, psychologiques, psychiatriques, etc.) (Forth, 2003). Une formation est nécessaire pour l'évaluation de cet outil en raison de la complexité de son administration.

L'interview couvre différents domaines : l'adaptation scolaire, l'adaptation professionnelle, les objectifs de carrière, l'histoire psychiatrique, la santé, la vie familiale, les relations interpersonnelles, la consommation de drogue, l'enfance et les comportements antisociaux.

Les 20 items sont comparables à ceux de la PCL-R à l'exception de trois d'entre eux : la Faible maîtrise contrôle de la colère, le manque de buts, les relations interpersonnelles instables.

Passation et règles de cotation

Cet instrument est scoré sur une échelle à 3 points comme la PCL-R et les résultats varient également sur un continuum de 0 à 40. Le diagnostic de psychopathie, selon Hare (2003), est posé à partir d'un score de 30 ou plus. Bien que ce point de coupure soit reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique, il fait cependant l'objet de discussions relatives notamment aux variations interculturelles. Une étude menée sur un échantillon belge par Pham (2003), met en évidence des scores plus faibles au facteur I et au facteur II que ceux obtenus pour les échantillons nord-américains (Hare, 1991) et préconise un point de coupure de 25.

Structure factorielle de la PCL-YV

Les 20 items ont été initialement divisés en deux facteurs. Toutefois, un certain nombre d'analyses factorielles (Forth, Kosson, Hare, 2003 ; Salekin, Brannen, Zalot, Leistico et Neumann, 2004) n'a pas permis de soutenir clairement cette structure bifactorielle chez les adolescents. En outre, d'autres études menées notamment par Kosson *et al.* (2002), Jones *et al.* (2006), Salekin *et al.* (2006) ou encore Sevecke *et al.* (2009) ont mis en évidence qu'une structure à trois facteurs (13 items : dimensions interpersonnelle, affective et comportementale) ou à quatre facteurs (18 items : dimensions interpersonnelle, affective, *lifestyle* et antisociale) pourraient être plus appropriées. Cependant le modèle à trois facteurs centrés sur la personnalité : arrogant et menteur dans ses relations interpersonnelles

(facteur I), des expériences affectives déficitaires (facteur II), et un style comportemental impulsif et irresponsable de (facteur III), semble plus approprié pour les adolescents par rapport au modèle à quatre facteurs qui comprend le comportement criminel comme un quatrième facteur (Jones *et al.*, 2006 ; Skeem et Cooke, 2010). Néanmoins, l'identification d'un modèle à quatre facteurs est un phénomène relativement récent encore peu étudié et pour lequel plus de données sont nécessaires.

Qualités psychométriques

En ce qui concerne les qualités psychométriques de cet outil, Kosson *et al.* (2002) ont mené une étude sur un échantillon de 115 adolescents délinquants de sexe masculin, issus d'institutions de soins de type sécuritaire, au Royaume-Uni, afin d'examiner la fidélité et la validité de la PCL-YV. Il ressort de cette étude que le score total à la PCL-YV est positivement corrélé au nombre d'agressions violentes, et négativement corrélé au comportement antisocial et à l'âge lors de la première arrestation. L'impulsivité est positivement corrélée au facteur II de la PCL-YV, alors que le manque d'empathie est corrélé au facteur I. Cette étude fut répliquée en 2006 par Dolan et Rennie sur 115 adolescents délinquants de sexe masculin incarcérés au Royaume-Uni. Cette recherche a mis en évidence une fiabilité suffisante et des associations concourantes avec des indices de comportements antisociaux, et des relations prédictives avec la violence institutionnelle après un suivi de trois mois.

Forth et ses collaborateurs (2003) ont collecté des données sur un échantillon de 2 438 adolescents répartis dans trois pays (Canada, Royaume-Uni, États-Unis) afin de décrire les qualités psychométriques de la PCL-YV. Les adolescents constituant l'échantillon provenaient de 19 échantillons différents incluant des adolescents institutionnalisés, en probation ou vivant en communauté, en attente d'un traitement. Les résultats obtenus mettent en évidence que les scores à la PCL-YV variaient suivant la provenance de l'échantillon : les plus hauts scores pour les adolescents institutionnalisés, suivis des jeunes en probation et les scores les plus bas pour les jeunes de la communauté. La fidélité interjuges du score total était excellente, la consistance interne, acceptable. Dans cette étude, La PCL-YV s'est révélée être une échelle homogène avec de solides propriétés psychométriques.

Qualités prédictives

Le succès de la PCL-R en tant que prédicteur de la récidive chez les adultes (Hemphill *et al.*, 1998) a largement bénéficié à la PCL-YV considérée *de facto* comme l'outil-étalon pour les adolescents et ce, en dépit du fait que les quelques études examinant sa validité prédictive à long terme ont fourni des conclusions contradictoires.

Dans une étude longitudinale de 55 mois portant sur 220 délinquants juvéniles masculins, Gretton *et al.* (2001) ont démontré que ceux qui présentaient de hauts scores à la PCL-YV récidivaient plus que les autres. En 2004, Gretton, Hare et Catchpole ont mis en évidence, dans une étude portant sur 10 ans, que les adolescents présentant un score élevé de psychopathie (30 et plus), à la PCL-YV, avaient trois fois plus de chance de commettre des délits violents. Dans une étude plus récente menée sur 75 délinquants juvéniles masculins, Edens et Cahill (2007) mettent en évidence que le score total et les scores aux facteurs de la PCL-YV ne permettaient pas de prédire la récidive violente ou générale au-delà de 10 ans.

Cauffman *et al.* (2009) ont mené quant à eux une étude portant sur 3 ans et visant à comparer trois différentes méthodes d'évaluation de la psychopathie sur un échantillon de 1 170 délinquants. L'objectif est d'évaluer l'utilité prédictive de ces outils, à savoir, la PCL-YV, la *Youth Psychopathic Traits Inventory* (YPI ; Andershed, Kerr, Stattin et Levander, 2002) et le NEO-*Psychopathy Resemblance Index* (NEO-PRI ; Miller et Lynam, 2003), dans la prévention de la récidive à court et à long terme. Les auteurs tirent deux grandes conclusions de leurs analyses. D'une part alors que les scores des adolescents délinquants sur des mesures de psychopathie disparates sont corrélés avec la récidive à court terme, de telles corrélations sont faibles et diminuent avec le temps. Ainsi, tout au plus, les scores de psychopathie pourraient suggérer le besoin de réévaluer le risque à court terme. D'autre part, à travers ces résultats, les chercheurs démontrent le fait que de nombreux jeunes sont diagnostiqués, voire même étiquetés psychopathes à partir d'une seule mesure sur base de laquelle sont prises différentes décisions de justice et de traitement ce qui soulève d'importantes questions d'éthique.

Conclusion

De nos jours, l'évaluation de la psychopathie revêt un intérêt grandissant dans divers domaines tant sur le plan du diagnostic que de l'expertise, de l'évaluation et de la gestion du ou du traitement. En effet, la prise en charge des délinquants représente un champ d'investigation primordial sur le plan sociétal toutefois, à l'heure actuelle, la littérature internationale relative au traitement de la psychopathie, telle que définie à la PCL-R, demeure plutôt pessimiste (Pham, 2000). Les domaines que l'évaluation de la psychopathie permet d'investiguer, tels que les cognitions et les émotions, devraient permettre de développer un encadrement plus performant de ces personnes en vue de réduire la récidive. Un nouveau courant de recherches basées sur l'étude de l'évolution dynamique des traits de personnalité psychopathiques (Cooke et al., 2004) laisse entrevoir de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Références

Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths : A new assessment tool. In E. Blaauw, & L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths : Current international perspectives* (pp. 131–158). The Hague, The Netherlands : Elsevier.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 23–32.

Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33–40.

Cardena, E., Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Psychometric Review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). In B. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (pp. 293–7). Lutherville Sidran Press.

Cauffman, E., Kimonis, E. R., Dmitrieva, J., & Monahan, K. C. (2009 Dec). A Multimethod Assessment of Juvenile Psychopathy : Comparing the Predictive Utility of the PCL : YV, YPI, and NEO PRI. *Psychological Assessment*, *21*(4), 528–542.

CIM-10, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. (1995). In *Dixième révision. Trois volumes*. Genève : Organisation mondiale de la santé (OMS).

Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. New York : Mosby.

Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy : Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, *13*, 171–188.

Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2004). *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale (CAPP-IRS)*. Unpublished manuscript.

Cooke, D. J., Michie, C., & Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the PCL-R : An exploration of methodological confusion. *The British Journal of Psychiatry*, *49*, 39–50.

Côté, G., & Hodgins, S. (1996). *L'Échelle de psychopathie de Hare – Révisée : éléments de la validation de la version française*. Toronto : Multi-Health Systems.

Dolan, M.C., & Rennie, C. (2006). Reliability and validity of the psychopathy checklist: Youth version in a UK sample of conduct disordered boys. *Personality and Individual Differences*, *40*(1), 65–75.

DSM-III-R, American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (3th ed.), revised. Washington, DC.

DSM-III, American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3th ed.). Washington, DC : Author.

DSM-IV, American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Washington, DC.

Edens, J. F., & Cahill, M. A. (2007). *Psychopathy in adolescence and criminal recidivism in young adulthood : Longitudinal results from a multi ethnic sample of youthful offenders assessment*, *14*, 57–64.

Forth, A. E., Kosson, D. S., & Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist : Youth Version. Toronto, Ontario*. Canada : Multi-Health Systems.

Gray, N. S., Taylor, J., Snowden, R. J., McCulloch, S., Phillips, H., & McCullock, M. J. (2004). Relative efficacy of criminological, clinical, and personality measures of future risk of offending in mentally disordered offenders : A comparative study of HCR-20, PCL : SV, and OGRS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(3), 523–530.

Gretton, H. M., Hare, R. D., & Catchpole, R. (2004). Psychopathy and offending from adolescence to adulthood : A 10 year follow-up. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, *72*, 636–645.

Gretton, H. M., McBride, M., Hare, R. D., O'Shaughnessy, R., & Kumka, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, *28*, 427–449.

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised. Toronto.* Ontario : Multi-Health Systems, Inc.

Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *The Psychopathy Checklist–Screening Version (PCL-SV).* Toronto, Ontario, Canada : Multi-Health Systems.

Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism : A review. *Legal and Criminological Psychology*, *3*, 139–170.

Jones, S., Cauffman, E., Miller, J. D., & Mulvey, E. (2006 Mar). Investigating different factor structures of the psychopathy checklist : youth version : confirmatory factor analytic findings. *Psychological Assessment*, *18*(1), 33–48.

Kosson, D. S., Cyterski, T. D., Steuerwald, B. L., Neumann, C. S., & Walker-Matthews, S. (2002 Mar). The reliability and validity of the psychopathy checklist : youth version (PCL : YV) in nonincarcerated adolescent males. *Psychological Assessment*, *14*(1), 97–109.

Louth, S. M., Hare, R. D., & Linden, W. (1998). Psychopathy and alexithymia in female offenders. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *30*(2), 91–98.

Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2003). Psychopathy and the five-factor model of personality : A replication and extension. *Journal of Personality Assessment*, *81*, 168–178.

Mucchielli, L. (2005). Introduction à la psychopathie. In *Prise en charge de la psychopathie. Audition publique* (pp. 19–25). Haute Autorité de santé.

Petrides, K.V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality, 17*, 39–57.

Pham, H. T. (2000). Le traitement de la psychopathie. In T.H. Pham, & Gilles Côté (Eds.), *La psychopathie : Théorie et Recherche* (pp. 183–203). Presses Universitaires du Septentrion.

Pham, H. T., & Philippot, P. (2010). Decoding of facial expression of emotion in criminal psychopaths. *Journal of Personality Disorders*, *24*(2), 445–459.

Pham, H. T., & Saloppé, X. (2010). PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axes I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, *9*(3), 205–214.

Pham, H. T., Malingrey, F., Ducro, C., & Saloppé, X. (2007). Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. *Annales Médico-Psychologiques*, *165*(7), 511–516.

Pham, H. T. (2012). Psychopathy and traumatic stress. *Journal of Personality Disorders*, *26*(2), 213–225.

Pham, T. H., Ducro, C., & Luminet, O. (2010). Psychopathy, alexithymia and emotional intelligence in a forensic hospital. *The International Journal of Forensic Mental Health*, *9*(1), 24–32.

Pham, T. H. (1998). Analyse psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *L'Encéphale*, *24*, 435–441.

Pham, T. H., Ducro, C., Réveillère, C., & Benezech, M. (2010). *Les développements de l'évaluation de la psychopathie* (pp. 14–15.) Élement : 14–15.

Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Lebon, O., Hess, U., et al. (1999). Alcoholics and the recognition of emotional facial expressions. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *23*, 1031–8.

Salekin, R. T., Neumann, C. S., Leistico, A. M., & Zalot, A.A. (2004). Psychopathy in youth and intelligence : an investigation of Cleckley's hypothesis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(4), 731–742.

Sevecke, K., Pukrop, R., Kosson, D. S., & Krischer, M. K. (2009). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist : youth version in German female and male detainees and community adolescents. *Psychological Assessment*, *21*(1), 45–56.

Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010 Jun). Is criminal behavior a central component of psychopathy ? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, *22*(2), 433–445.

Stalenheim, E. G., & Von Knorring, L. (1996). Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *94*(4), 217–223.

Toupin, J., Hodgins, S., & Côté, G. (2000). Psychopathie et développement des conduites antisociales de l'enfance à l'âge adulte. In T. H. Pham, & G. Côté (Eds.), *Psychopathie : Théorie et recherche* (pp. 97–144). Lille (France) : Presses Universitaires du Septentrion.

Vitacco, M. J. (2007). *Psychopathy. The British journal of psychiatry*, *191*, 357–358.

Walters, G. D., Jackson, R. L., Taylor, J., Gray, N. S., Sewell, K. W., Rogers, R., et al. (2007). A taxometric analysis of the Psychopathy Checklist : Screening version (PCL : SV) : Further evidence of dimensionality. *Psychological Assessment*, *19*(3), 330–339.

Violences et toxiques

CHAPITRE 40

Alcool et violences

Olivier Cottencin

Dans sa note de lecture de l'expertise de l'Inserm de 2003 sur les dommages sociaux de l'alcool, Claude Got écrivait : « Le contrôle de l'alcool au volant est devenu une des formes dominantes du contrôle social des alcoolisations potentiellement dangereuses. Les autres formes de violence liées à l'alcool demeurent un sujet honteusement sous-documenté en France. » (Inserm, 2003). Depuis lors, un groupe de travail français dirigé par Laurent Bègue sous l'égide de la Direction générale de la santé s'est spécifiquement penché sur cette question et leurs conclusions nous apportent aujourd'hui un éclairage pertinent (Bègue, Subra 2008).

En effet, de prime abord, il semble évident que les liens entre alcool et violence soient étroits. Ceux qui travaillent au quotidien aux urgences des hôpitaux généraux peuvent le confirmer. Toutefois, comme le rappelle Laurent Bègue dans l'étude « violence alcool multiméthode » (VAMM), il semble que ces liens en dehors des situations de laboratoire ne soient pas si faciles à démontrer (Bègue, Subra, 2008). En d'autres termes, il semble qu'il soit difficile de savoir si l'alcoolisation est la cause ou l'effet de la violence ou si d'autres facteurs puissent y contribuer et de nous rappeler qu'il existe des situations dans lesquelles on peut s'interroger sur un lien direct entre alcool et violence. Par exemple, l'alcool très présent dans les conflits guerriers peut laisser à penser que l'on s'alcoolise pour se donner du courage ; alors qu'*a contrario* certains peuvent s'alcooliser pour gérer leur stress après une situation de violence. De même si certains s'alcoolisent et deviennent violents c'est aussi peut-être parce qu'il en est ainsi autour d'eux (Bègue, Subra, 2008). Cette dernière notion est d'ailleurs connue depuis longtemps. Ainsi que le rappelle Antonia Abbey : les recherches expérimentales sur l'administration d'alcool ont montré que les sujets se comportaient de façon plus agressive lorsqu'ils avaient bu ; mais que les effets les plus importants s'observaient chez ceux qui étaient déjà prédisposés à être agressifs (Abbey A., 2011). Par ailleurs, Alan Marlatt dans les années 1980 avait démontré que les attentes du produit étaient aussi importantes que l'effet pharmacologique (Marlatt, Rohsenow, 1980). Dans une expérience, dans laquelle les sujets consommaient des cocktails avec ou sans alcool en double aveugle ceux qui croyaient boire de l'alcool (alors qu'ils n'en buvaient pas) étaient aussi agressifs, voire plus agressifs que ceux qui croyaient ne pas en boire (alors qu'en réalité ils en buvaient) (Marlatt, Rohsenow, 1980). Et dans une synthèse de plusieurs recherches sur ce phénomène, Lipsey *et al.* retrouvaient que l'effet placebo contrôlé était supérieur à celui de l'alcool, démontrant ainsi que l'agressivité semblait plus liée aux croyances des sujets concernant l'alcool qu'à l'effet pharmacologique du produit, même si celui-ci existe (par exemple, la croyance de l'alcool permettant de s'affranchir des normes sociales) (Lipsey *et al.*, 1997).

Ainsi ce qui peut sembler évident de prime abord, eu égard aux constats cliniques que tout clinicien peut faire dans sa pratique et en raison des résultats des études épidémiologiques en population générale (qui montrent clairement que les personnes violentes boivent plus d'alcool que les autres), il devient difficile de savoir si l'alcool est un facteur de violence, un simple marqueur de

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

difficultés psychosociales (comme l'est aussi la violence en soi) ou simplement la cause de cette violence (Bègue, Subra, 2008).

Loin de vouloir complexifier à loisir cette question, nous allons nous appuyer sur les résultats des études réalisées en population générale et sur les travaux du groupe VAMM dirigés par Laurent Bègue.

Études en population générale

D'un point de vue global, les études épidémiologiques en population générale retrouvent une association de la violence hétéroagressive avec le jeune âge, le sexe masculin, les conditions socio-économiques précaires, le bas niveau éducatif, les antécédents personnels et familiaux judiciaires et de violences, les troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence et… l'abus de substances psychoactives co-occurrente avec un trouble mental sévère (Elbogen, Johnson, 2009).

Concernant ce dernier point, la consommation de substances psychoactives est clairement identifiée comme facteur aggravant et en l'absence de données précises pour chaque produit (Richard-Devantoy, 2009), c'est l'alcool (en tant que produit le plus consommé) qui est le plus fréquemment associé aux passages à l'acte violents.

Swanson *et al.* dans l'enquête ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) (Swanson, *et al.*, 1990), ont étudié la prévalence des troubles psychiatriques en population générale. Ils ont montré que les violences étaient plus fréquentes chez les sujets présentant des troubles psychiatriques (schizophrénie et troubles bipolaires) qu'en population exempte de troubles psychiatriques avec un risque multiplié par six et cinq respectivement. Mais ce risque était plus élevé lorsqu'un abus ou une dépendance à l'alcool était associés (risque multiplié par 12).

L'enquête nord-américaine NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), réalisée en deux vagues successives en 2001–2003 puis 2004–2005 en population générale parmi 34 653 sujets (Elbogen, Johnson, 2009), a permis de montrer une association entre violence, conduite addictive et troubles mentaux sévères. Mais si un trouble mental sévère à lui seul n'était pas prédictif de la survenue de violence, en revanche la comorbidité addictive et les antécédents de violence devaient lui être associés pour observer une augmentation significative de l'incidence de la violence entre les deux vagues (Figure 40.1).

Dans leur étude longitudinale comparant les violences chez les sujets atteints de schizophrénie à la population générale, Fazel *et al.* ont attribué l'essentiel de la violence des patients atteints de schi-

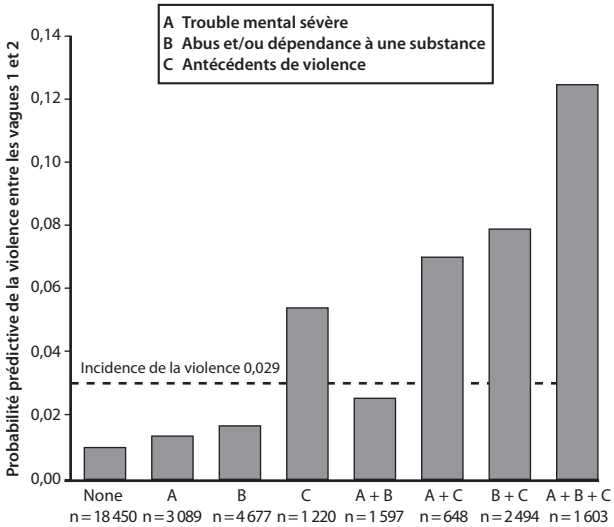


Figure 40.1. Probabilité prédictive de présenter un comportement violent entre les deux vagues de l'enquête NESARC selon l'existence d'un trouble mental sévère, d'un abus ou une dépendance à une substance et un passé de violence in Elbogen *et al.*, 2009.

zophrénie à l'usage de substances psychoactives (Fazel *et al.*, 2009). Et dans une méta-analyse, concernant les patients atteints de troubles bipolaires, ils retrouvent une fréquence d'actes violents plus élevée chez ceux présentant une conduite addictive que chez ceux n'en présentant pas (Fazel *et al.*, 2010). Enfin, le risque de violence chez les sujets abuseurs ou dépendants à une substance ne présentant pas de troubles psychotiques est comparable à celui de ceux présentant un trouble psychotique avec un abus/dépendance de substance (Fazel *et al.*, 2009).

Ultime violence : l'homicide

S. Richard-Devantoy *et al.* (2009), dans leur revue de littérature sur les liens entre homicide et troubles mentaux graves, retrouvent sans surprise que la présence d'un trouble mental grave (particulièrement la schizophrénie) est associé à un risque plus élevé de violence homicide comparativement à l'absence de diagnostic psychiatrique (risque multiplié par deux chez les hommes et par six chez les femmes). Mais surtout, ils ont pu constater que ce risque est moins important que celui associé à un abus de substances et particulièrement l'alcool. En effet ils retrouvent dans la littérature que l'abus de substance augmente le risque de passage à l'acte homicide par six par rapport à la population générale. Mais ce risque est multiplié par 12 chez l'homme et par 52 chez la femme en cas d'abus ou de dépendance à l'alcool (Richard-Devantoy *et al.*, 2009). Par ailleurs, ils citent l'étude de Shaw *et al.* (2006) qui retrouve dans les antécédents psychiatriques d'une population de 1 168 meurtriers : 41 % d'abus d'alcool, 40 % d'abus de drogue, 11 % de dépendance à l'alcool et 9 % de dépendance aux toxiques ; sachant que sur l'ensemble de cette série 45 % avaient consommé de l'alcool et 15 % des toxiques au moment des faits.

Ainsi, la littérature s'accorde sur le fait que la consommation de substances psychoactives (alcool et drogues) est un facteur de risque majeur de passage à l'acte violent autant en population générale qu'en population clinique psychiatrique (schizophrénie et troubles de l'humeur) (Elbogen *et al.*, 2009, Fazel *et al.*, 2009 ; 2010). Mais pour reprendre la remarque de Laurent Bègue à ce propos, les limites de ces études tiennent au fait que l'on mesure l'effet et sa cause simultanément. En effet, même lorsque l'on est certain que l'alcoolisation a précédé l'agression, toute conclusion reste incertaine. Par exemple, on ne peut exclure que celle-ci ait été prise avec l'intention délibérée de faciliter une agression (Bègue, Subra, 2009).

L'enquête violence alcool multiméthodes (VAMM)

L'enquête épidémiologique VAMM ou enquête auprès des auteurs de violences avait pour but de décrire en France l'association entre les consommations d'alcool et les violences agies et subies en population générale (Bègue, Subra, 2008). Les auteurs ont étudié un échantillon de 2 019 personnes représentatives de la population des 18–65 ans d'Ile-de-France et du Nord. Rémunérée, l'étude était présentée comme une enquête nationale sur les modes de vie et comportements sociaux des 18–65 ans. Les réponses étaient recueillies sur la voie publique sur trois sites mobiles au moyen d'une autopassation informatisée qui garantissait une meilleure fiabilité des réponses aux questions sensibles.

Les résultats montraient que 40 % des sujets ayant participé à une bagarre dans un lieu public avaient consommé de l'alcool dans les 2 heures qui précédaient. C'était également le cas pour 35 % des agressions intrafamiliales, 32 % des destructions intentionnelles, 20 % des vols et plus de 40 % des suicides. Concernant les victimes de cette même enquête, 29 % des victimes pensaient que leur agresseur était en état d'ébriété. Enfin les auteurs retrouvaient que la quantité d'alcool consommée en une occasion constituait l'un des prédicteurs statistiques les plus importants de la participation à des bagarres (avec le sexe, l'âge, le niveau d'étude et l'agressivité chronique) (Bègue, Subra, 2008).

Les auteurs se sont également intéressés au profil des personnes qui pensaient que l'alcool les rend agressives : 6 % des sujets interrogés à ce propos affirmaient que l'alcool les rend agressif (parce qu'ils perdent le contrôle d'eux-mêmes, recherchent la dispute, deviennent méchants ou s'engagent dans des bagarres). Et, indépendamment de l'âge, du sexe et du niveau d'études, croire que l'alcool

rend agressif augmente avec la fréquence des consommations, la quantité d'alcool consommée en une occasion, les tendances agressives générales, les tendances dépressives et un faible autocontrôle (Bègue, Subra, 2008).

Les victimes également semblent concernées. En effet, les femmes victimes de coups et blessures (9,6 % des femmes de l'échantillon) buvaient plus fréquemment plus de cinq unités d'alcool en une occasion, avaient un niveau d'agression chronique plus élevé, davantage de difficultés sociales et de périodes de ruptures (changement de pays, conflit, incarcération) que les femmes qui n'avaient pas subi de coups et blessures (Bègue, Subra, 2008). L'existence d'une relation entre l'alcool et la violence est fondée sur la fréquence de l'usage d'alcool chez des auteurs d'actes violents, ainsi que sur la répétition de ce type d'actes chez des malades de l'alcool (INSERM, 2003), mais on voit bien dans cette étude que le contexte psychosocial est également déterminant.

Discussion

Tous les types de violences sociales sont liés à l'alcool, qu'elles soient sexuelles, sur des d'enfants, dans les services d'urgence hospitalière, dans l'armée ou même le domaine sportif (Bègue, Subra, 2008). Pour autant, l'alcool ne semble être ni nécessaire ni suffisant pour définir un lien de cause à effet. Car le contexte social festif peut agir comme un catalyseur de violence en soi (particularité de l'ambiance, surpopulation), ainsi que les croyances liées à l'alcool. En corollaire de l'expérience de Marlatt, Bègue *et al.* ont voulu montrer que les significations sociales associées à l'alcool pouvaient accroître les conduites agressives chez des personnes qui croyaient avoir consommé une boisson alcoolisée alors qu'elle n'en contenait pas (Bègue, Subra, 2009). Cent dix-sept personnes recrutées pour tester des aliments énergétiques consommaient avant l'expérience une boisson alcoolisée ou non en double aveugle. Ainsi certains croyaient boire de l'alcool alors qu'ils n'en buvaient pas alors que d'autres croyaient boire un jus de fruit alors qu'ils buvaient de l'alcool (et inversement). Provoqués par un assistant de recherche qui se faisait passer pour un participant, les auteurs mesuraient leur agressivité par le nombre de doses de piment liquide et de sel qu'ils avaient l'opportunité de mélanger discrètement dans le plat du provocateur. Les résultats ont montré un effet significatif de la dose d'alcool que les participants croyaient avoir consommé : plus ils pensaient être alcoolisés, plus ils agressaient le provocateur (Bègue, Subra, 2008). Ainsi, les croyances liées à l'alcool sont elles aussi importantes que l'état lié à l'alcoolisation.

Toutefois, au-delà de l'environnement les facteurs individuels sont également à prendre en compte. Ainsi, les déficits cérébraux légers, l'impulsivité, le trouble de personnalité antisociale, l'exposition à des parents alcooliques, la précarité économique, le malaise social, la valorisation d'une identité hypermasculine, ou encore l'appartenance à un groupe de pairs marginal pour lequel s'enivrer est un critère d'intégration sont des éléments importants dans les liens entre alcool et violence (Bègue, Subra, 2009). Parmi ces facteurs individuels, la perturbation des fonctions exécutives n'est pas négligeable. Si l'alcoolisation aiguë est connue pour les perturber, l'exposition fœtale (ou précoce) à l'alcool est à l'origine de nombreuses perturbations psychosociales en lien avec le syndrome dysexécutif (incapacité à planifier des tâches nouvelles, à inhiber les processus automatiques et à modifier des stratégies pour la réalisation d'objectifs planifiés). Il suffit pour s'en convaincre de regarder le devenir de ces enfants exposés de façon prénatale à l'alcool dont le parcours résumé dans le tableau 40.I montre combien ils sont à risque de violences et à leurs conséquences (Streissguth *et al.*, 2004).

Bègue *et al.* (2008), évoquent à juste titre le terme de « myopie alcoolique » lors des alcoolisations aiguës en lien avec cette atteinte des fonctions exécutives. C'est également ce que Luc Isebaert appelle « myopie pour l'avenir » lorsqu'il décrit certains patients consommateurs précoces et rechuteurs chroniques qui se conduisent le plus souvent comme si le passé récent ne les concernait pas et incapables de se projeter dans l'avenir, vivent comme s'ils flottaient dans un éternel présent (Isebaert, 2009). Ce fonctionnement en apparence immature et antisocial, n'est très souvent que le fruit d'un trouble neuropsychologique fixé.

Tableau 40.I. Devenir de 473 sujets présentant une exposition prénatale à l'alcool (EPA). (D'après Streissguth *et al.*, 2004).

Cohorte de Seattle (Streissguth *et al.*, 2004) 473 EPA	
Scolarité	43 % sont exclus du système scolaire ; 70 % interrompent la scolarité
Justice	60 % des EPA de 12 ans et plus.
Incarcération Internement	60 % incarcération des 12 ans et plus ; 30 % internement
Comportement sexuel inapproprié	45 % des 12 ans et plus
Abus de Substances	30 % des 12 ans et plus 53 % des hommes 70 % des femmes
Logement	80 % ne sont pas indépendants
Emploi	80 % ont des difficultés d'emploi

Conclusion

En France, pendant longtemps les deux travaux de référence sur ce lien entre alcool et violence étaient l'expertise de l'Inserm de 2003 et la revue de littérature de Sansfacon *et al.* pour l'OFDT en 2005 (Sansfacon *et al.*, 2005). Les résultats principaux de ces travaux étaient que la consommation abusive d'alcool augmentait les risques de violence conjugale (surtout associée à des difficultés économiques), la gravité de certains délits (en particulier les agressions physiques et sexuelles), le risque d'incivilités et d'agressions à la sortie des bars. Les facteurs de risque communs à l'ensemble des produits psychoactifs étaient la précocité et la diversité des usages et une consommation qui s'inscrit dans un faisceau de difficultés personnelles ou sociales (Sansfacon *et al.*, 2005).

Les récents travaux français confirment les liens étroits entre alcool et violences. L'alcool et les substances psychoactives sont même un facteur d'augmentation du risque de violence chez les sujets atteints de troubles psychiatriques graves. Mais au terme de ce travail, force est de constater qu'il n'y a pas obligatoirement un lien causal direct et que le contexte psychosocial et les croyances liées aux pouvoirs psychoactifs du produit sont autant d'éléments qui participent aux conséquences de sa consommation autant aiguë que chronique. Enfin, certaines personnalités pathologiques (telles que les personnalités antisociales) ne doivent pas nous faire oublier qu'il existe des sujets dont le parcours « pseudopsychopathique » n'est en fait que le résultat d'un handicap neuropsychologique lié au syndrome dysexécutif qui nécessitera une attention thérapeutique particulière.

Toute personne alcoolisée aux urgences est dangereuse pour elle-même (tant sur le plan comportemental que somatique) et pour autrui ; et le plus grand risque est de s'en désintéresser. Certes, le dialogue est souvent stérile, mais un entourage contenant et rassurant fera toujours ses preuves et permettra de garder le lien pour évaluer les risques d'une intrication médicopsychiatrique ou d'une forme agitée d'un trouble somatique. Il n'est jamais aisé de prendre en soins les sujets alcoolisés, raison de plus pour y redoubler de prudence.

Références

Abbey, A. (2011). Alcohol's role in sexual violence perpetration : theoretical explanations, existing evidence and future directions. *Drug and Alcohol Review*, *30*(5), 481–489.

Bègue, L., & Subra, B. (2008). L'alcool rend-il agressif ? *Revue électronique de Psychologie Sociale*, *3*, 41–55. http://reps.psychologie-sociale.org.

Bègue, L., Subra, B., Arvers, P., Muller, D., Bricout, V., & Zorman, M. (2009). A Message in a Bottle : Extrapharmacological Effects of Alcohol on Aggression. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*, 137–142.

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *66*(2), 152–161.

Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Journal of the American Medical Association*, 20 *301*(19), 2016–2023.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Langstrom, N. (2010 Sep). Bipolar disorder and violent crime : new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *67*(9), 931–938.

INSERM, (2003). *Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Coll. Expertise collective* (536p). Paris : INSERM.

Isebaert, L. (2009). Alcoologie : méthode et évaluation du modèle solutionniste de Bruges. In Y. Doutrelugne & O. Cottencin (Eds.), *Thérapies brèves : Situations cliniques ; Collection Pratiques en Psychothérapie*. Paris : Elsevier Masson.

Lipsey, M. W., Wilson, D. B., Cohen, M. A., & Derzon, J. H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism* (pp. 245–282). New York : Plenum Press.

Marlatt, G. A., & Rohsenow, D. J. (1980). Cognitive processes in alcohol use : expectancy and the balanced placebo design. In N. K. Mello (Ed.), *Advances in substance abuse : behavioral and biological research* (pp. 159–199). Greenwich, Conn : JAI Press.

Richard-Devantoy, S., Olie, J. P., & Gourevitch, R. (2009). Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. Risk of homicide and major mental disorders : a critical review. *L'Encéphale*, *35*(6), 521–530.

Sansfacon, D., Barchechat, O., Lopez, D., & Valade, C. (2005). *Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale* (456p). St Denis : OFDT.

Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., et al. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, *101*(8), 1117–1124.

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O'Malley, K., & Young, J. K. (2004). Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *25*(4), 228–238.

Swanson, J. W., Holzer, C. E., 3rd., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990 Jul). Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, *41*(7), 761–770.

Substances psychoactives et violence

Denis Richard

L'existence de liens entre usage de substances psychoactives et violence (Barré, 1997 ; Ben Amar, 2007 ; Hammersley *et al.*, 1988 ; Pérez-Diaz *et al.*, 2007 ; Sinhann *et al.*, 1999) ne peut se réduire à une relation de causalité directe et automatique (Barré, 1997). Ces liens ne font sens qu'envisagés à l'aune des interactions entre le(s) produit(s) utilisé(s), la personnalité de l'usager, le contexte d'usage et une société plus ou moins attentive à certaines formes de violences.

Illustration statistique

Des chiffres éloquents

Sans entrer ici dans les détails, nous nous limitons à des chiffres évocateurs de l'ampleur du problème.

France

Les dommages sociaux liés aux consommations d'alcool ou de drogues illicites restent peu documentés :

- plus de 121 000 interpellations ont été comptabilisées en 2007 pour usage de stupéfiants, 16 400 pour usage et revente, 5 800 pour trafic et 13 600 pour d'autres actes délinquants en rapport avec des stupéfiants (ministère de la Justice 2008) ;
- en 2006, 84 000 personnes ont été arrêtées pour usage de cannabis, ce qui représente environ 90 % de l'ensemble des interpellations pour usage simple de stupéfiants (OFDT 2007).

États-Unis

- en 2002, 52 % des femmes et 44 % des hommes incarcérés répondaient aux critères cliniques d'une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues illicites ;
- à New York, quelque 75 % des crimes commis par des usagers de drogues le sont pour des motifs économiques ; moins de 5 % des crimes sont simplement liés à la consommation de la drogue et 10 % sont liés à la consommation d'alcool seul ;
- les victimes de violence (âge > 12 ans) ont été de 11,1 millions/an entre 1992 et 1995 (4,4 % de la population totale). Vingt-cinq pour cent des victimes étaient sûres que l'agresseur avait

consommé de l'alcool, l'usage d'autres drogues seules ou d'alcool associé à des stupéfiants restant, en comparaison, minoritaire (respectivement 4 % et 7 % des agresseurs). L'alcool est particulièrement en cause dans les agressions sexuelles puisqu'il concerne 37 % des agresseurs ; les autres drogues ne sont à l'origine que de 4 % des cas.

Royaume-Uni

- Une analyse des publications et rapports ayant porté sur l'ensemble des homicides perpétrés au Royaume-Uni entre 1996 et 1999 montre que dans 42 % des cas l'agresseur est sous l'emprise de l'alcool ou en est dépendant, et que dans 40 % des cas il est sous l'emprise d'un stupéfiant ou en est dépendant (Shaw *et al.*, 2006).
- Ces chiffres illustrent ce que montrent de nombreuses analyses (Barré, 1997 ; Brochu, 2009 ; Pérez-Diaz *et al.*, 2007) : les individus connus comme délinquants présentent un taux de consommation de psychotropes plus élevé que la moyenne de la population. Il n'en reste pas moins impossible de déduire que la délinquance soit la conséquence d'un abus de drogues, ou l'inverse.

Des limites aux statistiques

La consommation de substances psychoactives est associée à un risque accru de blessures de toute nature mais la nature de la corrélation reste peu claire (Vitale, 2006).

En effet, les corrélations observées peuvent résulter d'un biais méthodologique, les populations sélectionnées pour les études épidémiologiques ne correspondant pas à la population générale des usagers de tel ou tel produit. Les auteurs privilégient souvent les recherches sur des usagers stigmatisés socialement (usagers de drogues par voie veineuse notamment), au risque de négliger la délinquance associée à l'usage abusif d'alcool ou de cannabis (Hammersley, 1988).

Les statistiques judiciaires se limitent souvent à comptabiliser les faits d'usage et non d'abus ou encore moins de dépendance : ces données ne sont pas pleinement exploitables par les criminologues car elles reflètent imparfaitement les liens entre substances psychoactives et criminalité (Goldstein, 1985) : les études portant sur les taux de drogues dans l'urine ou le sang permettent de retrouver leurs métabolites alors même que les effets psychoactifs des produits ont disparus.

Les études reposant sur les déclarations spontanées de l'agresseur sous-estiment l'incidence de la consommation de drogue, sauf dans les pays où cet aveu constitue un amendement à la gravité des faits (Vitale, 2006).

Beaucoup d'études sont anciennes (remontant aux années 1970) : elles portaient sur des usagers ayant expérimenté les psychotropes à un âge plus avancé que ne le font les jeunes actuellement (Barré, 1997 ; Brochu, 2006). Probablement faut-il remonter aux années 1980 pour constater un tournant dans le regard porté par les usagers sur les drogues : l'abus et la dépendance se sont alors installés dans des groupes sociaux ayant de forts problèmes d'intégration, d'où un lien alors devenu plus étroit entre substances psychoactives et violence.

Typologie des liens entre psychotropes et délinquance

Les travaux du criminologue américain Paul J. Goldstein (Goldstein, 1985) constituent la base d'une distinction entre divers types de relations psychotropes/délinquance (Brochu, 1997 ; 2006) :

- **lien pharmacologique** : l'usage du produit, vécu comme une mise à l'épreuve du corps, engendrerait des comportements violents du fait de son action sur le cerveau ;
- **lien économique** : Le besoin de se procurer le produit psychoactif conduirait l'usager à la délinquance et à la violence ;
- **lien sociologique** : La délinquance ferait partie du style de vie de la plupart des usagers de substances psychoactives (Brochu, 1997 ; 2006) : cette délinquance dite « systémique » participe à une mise à l'épreuve du psychisme dans un contexte général de « prise de risque » (Angel, 2005 ; Brochu, 1997 ; 2006).

Ajoutons à ceci un lien auto-induit non détaillé ici : la société et ses lois créent artificiellement une délinquance en faisant poursuivre, par exemple, pour simple usage de stupéfiants un consommateur (Brochu, 2006 ; Caballero *et al.*, 2000).

Tableau 40.II. Risques sociaux induits par les principaux types de substances psychoactives (adapté et modifié, d'après le Rapport Reynaud).

	Risques liés à des troubles du comportement après consommation aiguë	Risques sociaux lors d'une consommation régulière
Alcool	Élevés : violence, homicide, comportements sexuels à risque	Élevés : désinsertion sociale, problèmes judiciaires
Tabac	Absents	Faibles : tabagisme passif
Cannabis	Faibles : ivresse cannabique, anxiété, délire, agressivité	Moyens : désinsertion sociale et scolaire, problèmes judiciaires
Héroïne	Moyens : lors du sevrage	Élevés : désinsertion sociale, problèmes judiciaires, délinquance acquisitive
Cocaïne	Rares mais graves : anxiété, agitation, délire paranoïde, agressivité	Élevés : désinsertion sociale, problèmes judiciaires
Drogues de synthèse et psychostimulants	Moyens	Moyens
Benzodiazépines et apparentés	Faibles mais graves : syndrome de sevrage, comportements sexuels à risque, désinhibition paradoxale, violence	Faibles : désinsertion sociale

Délinquance pharmacologique

Pour les tenants de ce modèle, la consommation de substances psychoactives induirait une action pharmacologique susceptible d'engendrer délinquance et violence, indépendamment d'autres facteurs (Tableau 40.II). On note également des actes violents survenant lors des phases de manque chez des sujets dépendants d'alcool, d'opiacés ou d'un psychostimulant (crack, amphétamines) (Ben Amar, 2007; Brochu, 2006; Curran, 2004; Hammersley *et al.*, 1988) ou lors de l'usage abusif de médicaments susceptibles de perturber le psychisme, comme, par exemple, les glucocorticoïdes et autres stéroïdes anabolisants (Skarberg *et al.*, 2010; Klötz *et al.*, 2007).

Action psychodysleptique

Cette action, avec modification des perceptions, troubles de la pensée et altération du jugement, est fréquente lors de l'usage d'hallucinogènes (LSD, phencyclidine, champignons, peyotl, etc.), de psychostimulants (psychoses amphétaminique ou cocaïnique), mais aussi lors de celui d'alcool et/ou de cannabis.

Action psychotomimétique

L'usage des psychostimulants (amphétamines, phényléthylamines dont l'ecstasy et ses analogues, cocaïne et crack), comme le manque chez le sujet devenu dépendant, induit notamment des troubles de l'humeur et des réactions paranoïdes d'allure psychotique expliquant des actes auto- ou hétéroagressifs. Les réactions violentes et imprévisibles sont plus fréquentes lorsque la drogue est consommée par inhalation (vapeurs, de crack par exemple) que lorsqu'elle est sniffée (poudre) (Markowitz, 2005).

Action désinhibitrice

Cet effet est décrit chez l'usager d'alcool, de cannabis, ainsi que chez les usagers de médicaments anxiolytiques ou hypnotiques. Bien que des études aient montré l'existence d'une corrélation entre usage d'alcool[61] ou de cannabis et violence, rien ne prouve qu'il y ait là une relation de causalité (MacDonald, 2003).

[61] Les relations entre alcool et violences sont l'objet d'un chapitre distinct : nous ne les évoquons donc pas ici.

Cannabis

Le cannabis modifie le comportement et la cognition ; en particulier, il réduit la vigilance et perturbe les fonctions sensorielles (Costes, 2007 ; MacDonald, 2003 ; Reynaud, 2004). Sa consommation inhibe les comportements agressifs à faible dose mais peut se révéler, lors d'un usage prolongé et/ou à fortes doses, à l'origine de comportements violents (Markowitz, 2005 ; Moore *et al.*, 2005).

Benzodiazépines (BZD) et apparentés

Les BZD et apparentés (zolpidem, zopiclone) sont des médicaments très banalement prescrits, mais aussi autoadministrés et donnant lieu à un mésusage fréquent. Le flunitrazépam (Rohypnol, retiré du commerce en France en 2013) a retenu l'attention du criminologue (Bramness, 2006) par ses propriétés desinhibitrices et amnésiantes puissantes, d'autres BZD donnent lieu à des comportements délinquants : clonazépam, clorazépate, diazépam, témazépam, triazolam (retiré du commerce en France). Les hypnotiques (zolpidem, zopiclone) posent des problèmes médico-légaux importants, et sont associés à certains homicides (Paradis *et al.* 2012).

BZD comme apparentés peuvent induire un état de semi-inconscience associant obnubilation, syndrome confuso-onirique, euphorie, irritabilité, ébriété, sensation d'invincibilité, levée des inhibitions avec agressivité, manifestations paranoïdes, passages à l'acte suivis d'une phase d'endormissement avec amnésie antérograde (Gunja 2013; Michel, 2003).

Certains délinquants recourent à la prise de BZD avant de commettre des délits : cette « autosoumission » leur permet de se livrer à des actes qu'ils n'auraient la volonté de mettre en œuvre en toute lucidité (Angel, 2005). Ceci reste cependant exceptionnel en regard du nombre de patients traités par ces médicaments : il n'est pas opportun de remettre en question l'intérêt des anxiolytiques, mais, simplement, de respecter les précautions réglementaires (en France, inscription sur la liste des stupéfiants des dosages forts de clorazépate ou du flunitrazépam, restriction à l'usage du clonazépam, etc.).

Exploitant ces propriétés désinhibitrices, la « soumission chimique » désigne l'administration clandestine de telles substances à des fins délictueuses ou criminelles : en sont victimes femmes, enfants, adolescents (agressions sexuelles) ou personnes âgées (vols, extorsion de fonds, signature de chèques, etc.). Le recours au gamma-hydroxybutyrate (GHB) a été médiatisé mais de nombreuses autres substances amnésiantes, désinhibitrices et sédatives peuvent être utilisées (alcool, cannabis, benzodiazépines, etc.). Il est aussi possible d'abolir la volonté par l'administration d'anesthésiques (phényléthylamines, GHB, kétamine et analogues, parfois phencyclidine). Ces psychotropes sont mélangés à des boissons ou à des aliments ; ils sont, plus rarement, présentés comme des médicaments ou… des drogues.

Délinquance acquisitive (ou délinquance d'obtention)

Il existe une corrélation entre l'usage de drogues coûteuses au fort potentiel addictif (opiacés, cocaïne, etc.) et une délinquance dite « acquisitive », comprenant la falsification d'ordonnances de documents facilitant l'accès aux stupéfiants, les vols de diverses natures, les attaques à main armée, le chantage, l'escroquerie, etc., que renforcent la prohibition ou le contrôle de nombreux psychotropes (Caballero, 2000).

Délinquance systémique

Pour la majorité des auteurs, les liens entre usage de psychotropes (notamment illicites) et délinquance participent d'un « style de vie » (ici déviant), comme l'illustrent les travaux de criminologues québécois et notamment de Serge Brochu (2006) qui définit le style de vie déviant comme « une tendance à adopter des comportements plus ou moins socialement condamnés et à opter pour la non-conformité aux règles de la culture dominante dans le but de parvenir à ses fins, de donner un sens à son existence et de se définir une identité personnelle » (Brochu, 2007).

Ce modèle, reposant sur une interaction entre un milieu criminogène, un style de vie et le marché des drogues, ne met plus le produit psychoactif au centre de la problématique de la délinquance, mais l'interaction entre des individus ayant

adopté un style de vie déviant et opérant des transactions illégales dans un environnement criminogène (Brochu, 2006). Il ne valide pas l'existence d'une causalité automatique entre usage de drogues et délinquance : c'est le style de vie ancré dans la délinquance qui conduit à l'abus de substances psychoactives, l'inverse semblant moins fréquent (Brochu, 2006).

Les carences affectives et les traumatismes psychologiques précoces dont est victime le délinquant sont analogues à ceux dont est victime le toxicomane : familles caractérisées par l'absence de discipline, discontinuité brisante des relations affectives, traumatismes nombreux dans l'enfance (abandons, séparations, deuils, agressions, etc.), alcoolisme ou usage abusif de drogues intrafamilial, difficultés financières, insuccès scolaire, qualité des loisirs, fréquentations, profil psychologique, relations avec les services sociaux, etc. (Brochu, 2006). Dans ce contexte, délinquance et usage de substances psychoactives constituent une stratégie d'évitement de conflits inconscients. Dans les deux cas, il y a dépendance, une addiction à la délinquance se construisant de façon progressive comme se développe une addiction aux psychotropes.

Maladies mentales, usage de psychotropes et délinquance

Constituant un risque de violence en population générale, l'usage de toxiques en constitue un chez les malades mentaux (Millaud, 2005). Toutefois, hors contexte d'abus, les personnes souffrant d'un trouble mental grave ont trois à quatre fois plus de risques de commettre un acte violent (Dubreucq, 2005 ; Senon, 2006). Une nuance doit être faite selon la pathologie : schizophrénie et trouble bipolaire induisent plus de violence que la dépression ou un trouble anxieux, mais la consommation d'alcool ou de drogue augmente encore ce risque d'une façon importante (Senon, 2006).

Quelques données illustrent ce point :

- dans les pays industrialisés, le taux d'homicide est compris entre 1 et 5/100 000 habitants et les troubles mentaux graves sont considérés comme responsables de 0,16 homicides/100 000 habitants (Dubreucq, 2005) ;
- le risque de violence est quatre fois plus élevé chez le sujet schizophrène qu'en population générale, et plus de huit fois plus élevé s'il abuse de drogues ou d'alcool (Senon, 2006) ;
- chez les hommes, un double diagnostic de schizophrénie et d'abus de drogue ou d'alcool multiplie par 17 le risque de commettre un homicide par rapport à la population générale (Senon, 2006).

Il importe donc d'intégrer dans la réponse thérapeutique en psychiatrie la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autre drogue, au besoin en travaillant en réseau avec une équipe d'addictologie, et en n'hésitant pas à mettre en place des traitements de substitution aux opiacés (TSO) chez le patient psychotique opiodépendant (Senon, 2006 ; Stallwitz *et al.*, 2007).

Références

Angel, P., Richard, D., Valleur, M., & Chagnard, E. (2005). *Toxicomanies* (336p). Paris : Masson..

Barré, M. D., Richard, D., & Senon, J. L. (1997). *Délinquance et toxicomanie* (Vol. 2) (pp. 1–39). Lyon : Revue Documentaire Toxibase.

Ben, Amar M. (2007). Les psychotropes criminogènes. *Criminologie*, *40*(1), 11–30.

Bramness, J. C., Svetlana, S., & Mørland, J. (2006). Flunitrazepam : psychomotor impairment, agitation and paradoxical reactions. *Forensic Science International*, *159*, 83–91.

Brochu, S., & Brunelle, N. (1997). Toxicomanie et délinquance : une question de style de vie ? *Psychotropes*, *3*(4), 107–125.

Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité : une relation complexe* (2e éd.), (240p). Montréal : Presses de l'Université de Montréal, coll. « Paramètres ».

Caballero, F., & Bisiou, Y. (2000). *Droit de la drogue*. (2e éd.), (827p). Paris : Dalloz.

Costes, J. M. (dir), (2007). *Cannabis : données essentielles* (232p). Saint-Denis la Plaine : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Curran, V., Rees, H., Hoare, Th., Hoshi, R., & Bond, A. (2004). Empathy and aggression : two faces of ecstasy ? A study of interpretative cognitive bias and mood change in ecstasy users. *Psychopharmacology*, *173*(3–4), 425–433.

Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Medico-Psychologiques*, *163*, 852–865.

Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, *15*, 493–506.

Gunja, N. (2013). The clinical and forensic toxicology of Z-drugs. *Journal of Medical Toxicology*, 9(2), 155–62.

Hammersley, R., & Morrison, V. (1988). Crime amongst heroin, alcohol and cannabis users. *Medicine and Law*, *7*, 185–193.

Klötz, F., Petersson, A., Isacson, D., & Thiblin, I. (2007). Violent crime and substance abuse : a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs. *Forensic Science International*, *173*, 57–63.

MacDonald, S., Anglin-Bodrug, K., Mann, R. E., Erickson, P., Hathaway, A., et al. (2003). Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and Alcohol Dependence*, *72*, 99–115.

Markowitz, S. (2005). Alcohol, drugs and violent crime. *International Review of Law and Economics*, *25*, 20–44.

Michel, L., & Lang, J. P. (2003). Benzodiazépines et passage à l'acte criminel. *L'Encéphale*, *XXIX*, 479–485.

Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Annales Medico-Psychologiques*, *163*, 846–851.

Moore, T. M., & Stuart, G. (2005). A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. *Aggression & Violent Behavior*, *10*(2), 171–192.

Paradis, C.M., Siegel, L.A., & Kleinman, S.B. (2012). Two cases of zolpidem-associated homicide. *Prim Care Companion CNS Disord, 14*(4), epub.

Pérez-Diaz, C., & Huré, M. S. (2007). Violences conjugales et Alcool : quel traitement judiciaire ? *Tendances (revue de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)*, *55*.

Reynaud, M. (2002). *Usage nocif de substances psychoactives* (277p). Paris : La Documentation Française.

Reynaud, M. (2004). *Cannabis & Santé* (194p). Paris : Flammarion.

Senon, J. L., Manzanera, C., Humeau, M., & Gotzamanis, L. (2006). Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'Information Psychiatrique*, *82*, 645–652.

Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., et al. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, *101*(8), 1071–1072.

Skarberg, K., Nyberg, F., & Engström, I. (2010). Is there an association between the use of anabolic-androgenic steroids and criminality? *European Addiction Research*, 16(4), 213–9.

Sinha, R., & Easton, C. (1999). Substance abuse and criminality. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *27*(4), 513–526.

Stallwitz, A., & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons a literature review. *The International Journal on Drug Policy*, *18*, 464–474.

Vitale, S., & van de Mheen, D. (2006). Illicit drug use and injuries : a review of emergency room studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *82*, 1–9.

Violences sexuelles

CHAPITRE 41

Délinquance sexuelle : de la psychopathologie à la prise en charge, quelques repères

Bruno Gravier

La rencontre avec un sujet auteur d'un délit sexuel oblige à prendre en considération une psychopathologie particulière, mais aussi un contexte spécifique, légal notamment, qui va donner un cadre particulier à cette rencontre. Celle-ci pourra déboucher sur une prise en charge qu'il faudra construire patiemment en recherchant une cohérence qui intègre repères cliniques, légaux, mais aussi éthiques.

Des questions se posent : quand sommes-nous dans le soin ? Ces sujets présentent-ils une pathologie ? Leur souffrance est-elle authentique ? Que peuvent-ils entendre d'un possible traitement ? Quel est le poids de leur histoire ? Qu'en restituer à ceux qui nous mandatent ? Comment soigner sans être hantés par le risque de récidive ?

Délinquance, infraction, violence, abus, les dénominations sont variées et induisent autant de représentations qui s'entremêlent avec la question de la perversion. Nous parlons, pour notre part, de sujets qui commettent un acte d'une violence particulière qui fait effraction dans l'intimité, psychique, physique et sexuelle, de leur victime.

La qualification pénale rend compte de la dimension délictuelle, et de la réprobation que les actes commis soulèvent. L'acte est d'abord « un acte puni » au sens où Durkheim fonde le crime. Il suscite colère, indignation, et incompréhension. Il représente maintenant l'expression la plus monstrueuse de la criminalité, une sorte de mal absolu. Il témoigne, dans sa violence, de l'indicible de ce qui s'y joue, mais aussi d'une défaillance particulière du rapport entre le psychisme et la loi.

Situer la perversion

L'approche thérapeutique actuelle de ces délinquances part d'un paradoxe : la transgression révèle le fait pathologique mais ne peut, en aucun cas, être considérée elle-même comme pathologie. C'est un couple indissociable, mais antagoniste sur le plan épistémologique, avec lequel nous devrons cheminer.

Longtemps la délinquance sexuelle a été synonyme de perversion et d'inaccessibilité thérapeutique. Pourtant, ce qui se joue va au-delà d'une sexualité marquée par la perversion. Certains comportements, symptômes et modes de relation ont, évidemment à voir avec celle-ci. Les comportements sexuels délinquants recouvrent un champ psychopathologique beaucoup plus large.

Les perversions ont été d'abord définies comme « *déviation par rapport à l'acte sexuel normal* (…). *On dit qu'il y a perversion quand l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels* (…) *ou par d'autres zones corporelles* (…) *ou quand l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à des conditions extrinsèques…* » (Laplanche, Pontalis, 1973).

La perversion nous parle en premier lieu d'une expression érotique ritualisée où le partenaire est réduit à un objet partiel, considérablement investi

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

et remplissant une fonction quasi magique. D'inerte, passif ou parfois consentant dans la conduite dite perverse, dès lors que cette conduite devient agression, le partenaire devient victime, objet de brutalité et d'emprise. La dimension orgasmique de ce qui est en jeu apparaît alors secondaire pour laisser la place à l'expression violente.

Le comportement ne qualifie pas le discours. Celui de la perversion est bien particulier. Quiconque se trouve face au discours pervers se sent envahi par le malaise. Pourtant, le discours est cohérent, compréhensible ; les arguments présentés sont dans la norme. Un vécu désagréable indique que ce patient n'est pas dans le même échange que nous, que son insistance à nous convaincre ou à nous faire adhérer à son discours ne relève pas de l'intérêt dans lequel il tient notre opinion, mais de l'absolue certitude que nous n'existons que comme spectateur passif et consentant (Gravier, 1995). Ce malaise tient à la fois du vécu d'intrusion, du ressenti d'irrespect et de l'absence de pudeur dont il témoigne à notre égard.

Le discours pervers nous méconnaît comme il méconnaît la loi. Ce discours est tourné vers l'agir et la manipulation et s'exprime dans une modalité relationnelle où celui qui en est l'auteur recherche excitation et jubilation dans la maîtrise et le déni de celui qui en fait les frais.

Le DSM-IV a évacué la perversion de son vocabulaire pour évoquer les attirances sexuelles pathologiques sous le terme de paraphilies, « *fantaisies imaginatives, sexuellement excitantes, impulsions ou comportements survenant de façon répétée et intense, impliquant : des objets inanimés, souffrance ou humiliation de soi-même ou de son partenaire, des enfants ou d'autres personnes non consentantes* ». Cette définition place l'excitation sexuelle pathologique comme déterminant central, moteur de la violence et la découple du scénario pervers.

La perversion signe aussi des comportements destructeurs qui procèdent de la psychopathie et de la perversité narcissique. L'organisation défensive contre une terreur innommable est alors fondée sur le déni, l'expulsion et la projection sur autrui qui peut conduire aux comportements sexuels les plus violents (Balier, 2005 ; Bouchet-Kervella, 2001).

Situer la dynamique agressive du patient : les typologies

Un exhibitionniste a un fonctionnement psychique différent de celui d'un pédophile, d'un père incestueux ou d'un auteur de viol. Celui qui commet une agression sexuelle isolée a peu à voir avec celui dont la psyché est envahie par des compulsions obsédantes ou celui pour qui la violence sexuelle n'est qu'une des multiples expressions de sa violence. Certains vont organiser toute leur vie, psychique ou sociale, autour de l'agression sexuelle. Pour d'autres, l'agression sexuelle sera un raté de la trajectoire existentielle, mouvement régressif, et déstructuration plus ou moins momentanée du sujet.

Même s'il s'agit d'un champ qui « par nature, échappe et résiste à toute entreprise de rassemblement » (Adam, 2006), les typologies aident à appréhender la dynamique agressive, délictuelle et violente de ces sujets. Elles s'appuient sur certaines données de l'acte : degré de violence, volonté de contrôle et de domination, présence de désinhibiteurs, violences associées. Elles essayent de rendre compte du fonctionnement psychique de l'auteur : fantasmes sous-jacents, attitudes irrationnelles, traits psychopathologiques et distorsions cognitives. Elles s'intéressent aussi à son fonctionnement social, à son cadre de vie familial ou extrafamilial (Prentky, 1991 ; Conférence de Consensus, 2001).

Mac Kibben (Mac Kibben, 1993) propose de regrouper les auteurs de viol autour de quatre axes qui soulignent les dimensions psychopathiques ou narcissiques.

- *Le sadisme* : les agressions sont alors planifiées, ritualisées, les mauvais traitements infligés à la victime apparaissent érotisés. On parle de la fusion de la sexualité et de l'agression.
- *Le mode de vie antisocial* : l'impulsivité apparaît centrale chez ce type de délinquant, véritable mode de vie organisé autour de la recherche de la satisfaction immédiate des besoins. Le délit sexuel est alors secondaire au mode de vie et à l'impulsivité plus qu'à l'aboutissement d'un processus.
- *La rage* : l'agression est alors brutale, son but est de dégrader et de détruire la victime. Le délit est

souvent impulsif, consécutif à un événement déclencheur (dispute), sans élaboration fantasmatique suscitant l'excitation sexuelle.

- *La recherche de pouvoir* : le viol apparaît comme une manière de nier les doutes relatifs à une virilité vécue comme défaillante. Le délit est planifié et associé à une volonté de maîtrise de la victime.
- En ce qui concerne les pédophiles, la littérature (Groth, 1977 ; Knight, 1989) distingue :
  - ceux qui se situent du côté de la violence et de la destructivité, de la colère ;
  - ceux qui sont gouvernés par une volonté de puissance ;
  - ceux qui se situent du côté du rapproché factice avec les enfants, soit dans une forme de fixation, soit dans une dynamique régressive.

Identifier les traumatismes et leur retentissement sur le psychisme

Le vécu de violence infantile augmente la probabilité de devenir agresseur sexuel (Lee, 2002 ; Starzyk , 2003). Le psychisme de ces sujets a dû faire face à nombre d'événements traumatiques ou violents : décès et suicides de proches, séparations, placements, abus sexuels, abandon, alcoolisme familial, les faits marquants se retrouvent dans 74,4 % des dossiers étudiés dans notre recherche (Gravier , 2001).

Maltraitance, violence et punitions abusives dans l'enfance

Les violences auxquelles ont été exposés les sujets sont peu spécifiées, les descriptions recourant de manière indifférenciée aux termes d'abus ou de maltraitance. Les travaux distinguent cependant quatre catégories de maltraitance : la discipline non violente, les agressions psychologiques, les agressions physiques et la négligence (Stanley, 2004). L'enfant aurait été confronté à un climat violent ou a des victimisations répétitives.

La relation avec le père serait précocement marquée par le rejet et la négligence, tandis que la relation avec la mère apparaîtrait bienveillante, mais avec des frontières approximatives (McCormack, 2001).

Ces sujets entretiennent un rapport particulier aux traumatismes vécus et aux émotions qui en découlent en se trouvant le plus souvent dans l'incapacité de mettre en lien les unes avec les autres. De plus, les punitions que ces sujets ont vécues dans leur enfance relèvent souvent de la maltraitance sans pouvoir être identifiées comme telle ce qui contribue à la confusion et aux difficultés de repérage (Abbiati, non publié).

Abus sexuel subi, climat familial incestuel, et initiation sexuelle pathologique

Le rapport à la sexualité, en dehors de l'acte d'agression, est bien souvent pathologique. Ces sujets ont connu une initiation précoce et inadéquate à la sexualité, parfois dans un contexte familial où la sexualité est vécue dans l'excès et l'absence de limites entre les membres de la famille, dans un climat souvent qualifié d'incestuel. À l'inverse, la sexualité peut être marquée du sceau d'un tabou familial et des interdits oppressants.

Les abus sexuels subis par les sujets pendant leur propre enfance sont fréquents. Les pourcentages donnés dans différentes études témoignent toutefois d'une grande dispersion et varient entre 28,6 % et 93 % selon les études. Cette variation pourrait rendre compte, indépendamment des questions méthodologiques, de la difficulté de ces sujets à retracer leur anamnèse et du polymorphisme de leur vécu.

Il n'est pas rare que ces patients soient dans l'incapacité de reconnaître comme tels les abus dont ils ont été victimes et vivent dans le souvenir d'une sexualité imposée et intrusive qu'ils ne peuvent pas nommer.

Un fonctionnement psychique qui s'en trouve perturbé

Ces sujets ont vécu dans un univers de violence psychologique difficile à reconnaître comme telle et qui se masque derrière un couvert de normalité, ce qui complique l'identification de la violence subie durant leur enfance et leur adolescence.

Pour la même raison, différencier ce qui relève d'une violence maltraitante et ce qui relève de comportements punitifs s'inscrivant sdans une attitude éducative s'en trouve malaisé.

Quoi qu'il en soit, cet afflux de violence conduit à une sidération de l'activité fantasmatique qui permet le développement de la sexualité infantile. Le jeu en est impossible car les possibilités d'identification se télescopent avec une réalité souvent particulièrement crue comme lorsque les enfants se trouvent, d'une façon ou d'une autre, associés à la sexualité des parents.

Ils n'ont pas pu jouer à prendre la place de l'un ou de l'autre parent et se trouvent dans l'impossibilité de se mettre en position d'identification œdipienne et n'ont plus que le recours possible à une situation d'identification narcissique.

Leur fonctionnement psychique est marqué par des carences d'élaboration qui conduisent à produire un discours vide ou superficiel, s'accompagnant d'hostilité. Les violences rapportées semblent vidées de leur charge émotionnelle et sont minimisées et banalisées. La répression de l'affect apparaît un mécanisme prépondérant ne laissant que peu de possibilités à l'expression émotionnelle et peut être considérée comme une manifestation de l'identification à l'agresseur (Balier, 1996 ; Ciavaldini, 1999).

Ce fonctionnement psychique laisse une part prépondérante aux mécanismes de déni et de clivage. « *Le clivage du moi adossé au déni de la réalité permet aux pathologies violentes les plus régressives d'échapper à la plongée dans la psychose. Dans le cadre des perversions, il donne la possibilité au sujet de recourir à la dénégation et de jouer avec la loi* » (Balier, 2000).

Le clivage se rejoue à tous niveaux et rejaillit sans fin sur les interlocuteurs, les équipes qui s'occupent d'eux, quelle que soit leur fonction. Il rend impossible les processus de liaison émotionnelle et donne une tonalité particulière à toutes les relations qui peuvent s'établir. Il est indissociable du déni qui va se déployer dans toutes les sphères relationnelles. Déni de la différence des générations qui légitime cette manière particulière des pédophiles de placer l'enfant dans un statut particulier. Déni de la fonction parentale qui rend difficile la représentation du rôle protecteur de l'adulte. Déni de la séparation qui teinte d'une compulsivité particulière les passages à l'acte.

Le fonctionnement psychique du délinquant adulte porte la marque de cette histoire difficile et de ces mécanismes particuliers. La conflictualité devient impossible à repérer, en premier lieu dans les investissements de couple. La pauvreté de la vie sexuelle contraste avec la prégnance de l'attirance pathologique. Les capacités à établir une vie sociale durable et satisfaisante font défaut. La violence subie se rejoue constamment dans de nouvelles victimisations, notamment dans des moments de vie collective.

Définir les objectifs thérapeutiques

La clarté de l'indication évite la confusion quant à ce qui peut être attendu du soin autant par le sujet que par la justice. Les approches thérapeutiques reposent sur une évaluation appropriée de la capacité du sujet à s'engager dans le soin et vont de la rencontre ponctuelle imposée par la justice jusqu'à une véritable psychothérapie.

La reconnaissance du délit par l'auteur, de sa responsabilité dans celui-ci, de la violence avec laquelle l'acte a été commis et des conséquences pour la victime, est un indicateur important de la capacité de s'engager dans une démarche. La plupart du temps la reconnaissance est partielle (48 % des sujets dans notre recherche), mais n'interdit pas une prise en charge. Au contraire, un travail sur ce qui est en jeu dans la reconnaissance de l'acte et donc de l'altérité peut être un puissant inducteur (Stigler, 2003).

La capacité à s'inscrire dans une démarche de prise de conscience du fonctionnement psychique et ainsi de développer une capacité de mentalisation doit être soigneusement évaluée, de même que les capacités intellectuelles de compréhension et d'élaboration.

Un accent particulier doit être porté sur l'existence d'un soutien social permettant au patient d'accepter d'autres modalités relationnelles et d'autres styles de vie que ceux qui prévalaient au moment du passage à l'acte.

C'est l'évaluation de ce qui est mobilisable chez le patient qui définira un accompagnement thérapeutique possible. Dans certains cas, seules des

rencontres espacées autoriseront l'ébauche d'un lien. De telles rencontres, peu productives dans l'immédiat sur le plan thérapeutique, posent clairement la question de la limite entre la fonction de contrôle social, imposée par l'injonction thérapeutique et une démarche « préthérapeutique » qui permet au sujet d'éprouver ce qu'implique une rencontre avec un soignant.

Un contrôle social bien conduit et bien pensé peut être souvent plus aidant qu'un soin qui se base sur de mauvaises indications et des prémices fausses. Il est donc nécessaire de ne pas vouloir soigner à tout prix, malgré la pression.

Définir précisément le cadre

Clarifier la situation légale

À quel moment de son parcours pénal se trouve le patient ? Qu'en est-il de sa rencontre avec la loi ? Ce sont deux questions essentielles qui aident à construire un cadre de soin qui s'étaye sur le cadre pénal et autorisent à poser la loi comme « méta cadre » (Ciavaldini, 2012).

L'acte commis est parfois en interrogation lorsque le sujet vient demander de l'aide après son arrestation, parfois en débat dans l'attente du jugement, parfois contesté après celui-ci. Ce sont autant de situations qui nécessitent une particulière clarté quant à ce qui sera attendu de la rencontre et du thérapeute. À partir de cette clarification pourront se préciser des niveaux d'intervention souvent très différents. Le thérapeute pourra ainsi mieux se saisir des incertitudes qui surgissent quant à l'acte commis et sa gravité, surtout face à des reconnaissances partielles, incomplètes, brouillées de zones d'ombre.

Savoir ce qu'il en est du rapport du sujet avec l'autorité judiciaire est primordial pour éviter de se fourvoyer, soit dans une banalisation partagée avec le sujet, soit dans le recours immodéré à une réponse pénale hypothétique lorsque le sujet échappe à tout cadre. Faute de savoir clairement ce qui mobilise la demande du patient, le thérapeute peut se trouver dans une situation bien inconfortable lorsque, par exemple, celui-ci demande de témoigner d'un soin pour satisfaire à un contrôle social alors que la rencontre paraissait détachée de toute contingence judiciaire.

Définir l'articulation avec la justice et les autres acteurs sociaux

Le contrat thérapeutique doit être défini en tenant compte d'un triple rapport, à l'autorité, aux équipes soignantes et sociales, aux proches. La prise en charge d'un délinquant sexuel confronte tôt ou tard à des dilemmes éthiques, cliniques, légaux dans ces trois domaines. Il faudra les anticiper.

Ainsi, il sera nécessaire de préciser, autant avec le patient qu'avec l'autorité qui mandate, de quelle manière celle-ci sera renseignée sur ce qui se passe dans le traitement, comment vont circuler les informations échangées, quelle sera la périodicité des rapports transmis, leur contenu (simple attestation de présence, certificat qualitatif, etc.) et quelle sera l'attitude lorsque les exigences formulées ne sont pas respectées ou qu'une inquiétude surgira.

Dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, la position psychothérapeutique se situe à l'opposé de la position classique qui impose de partir du seul discours du patient pour construire la démarche de soin et entendre sa demande. C'est, paradoxalement, ainsi que pourra se préserver un échange thérapeutique authentique.

L'obligation de soin va être un vecteur d'étayage, mais elle n'a de sens que s'il existe une indication médicale claire qui peut être respectée par la décision de justice. C'est ainsi que peut se construire un ancrage qui permet au sujet de se dire : je ressens, malgré tout, une certaine nécessité de m'engager dans ce soin. C'est dire l'importance d'un partenariat de qualité avec les autorités judiciaires qui souvent ne veulent, ou ne peuvent, pas saisir le caractère princeps de l'indication médicale.

L'échange entre la justice et la personne astreinte à l'obligation de soin où le thérapeute assume sa fonction de tiers, permet de déployer une scène thérapeutique singulière qui fournit un cadre protecteur au thérapeute comme à son patient.

L'articulation avec la justice impose souvent un travail en réseau et des moments interdisciplinaires où les attentes des uns et des autres et ce qui va être dit du soin par le thérapeute vont être clairement explicités. Ceci impose de savoir délimiter ce qui va être transmis à l'autorité de ce qui va rester

dans le colloque singulier et permet de sortir de l'inconfort de l'emprise ou du sentiment diffus d'une complicité malsaine participant de la complicité des dénis (Ciavaldini).

Le thérapeute n'est pas l'expert, c'est une évidence qu'il faut toujours rappeler pour ne pas tomber dans la confusion, surtout lorsque les autorités se font pressantes pour obtenir des indications pouvant guider leur décision. C'est donc du soin qu'il témoignera et non du pronostic ou du risque.

Aménager la relation avec un support à la consultation

La recherche de l'ARTAAS (Ciavaldini, 1999) a montré qu'à partir du moment où les auteurs d'agression sexuelle ont été systématiquement rencontrés, qu'on leur a proposé un questionnaire d'investigation qui leur permettait de parler d'eux-mêmes et de leur acte, nombreux étaient ceux qui pouvaient demander un suivi thérapeutique, alors qu'*a priori* ils en étaient totalement exclus.

À partir d'une double approche évaluative et thérapeutique, ce questionnaire facilite une écoute de la dynamique mentale du sujet. « *L'amplitude du spectre des questions abordées devait permettre au sujet agresseur sexuel qui y répondait de placer des mots sur des pans entiers de sa propre histoire et ainsi de la percevoir* » (Ciavaldini, 1999).

Ce questionnaire, défini comme « aménageur de la relation », oblige à un travail de perception psychique des éprouvés extérieurs. Nommer la perception permet de la reconnaître comme sienne. Il s'agit d'un dispositif, mais aussi d'une façon de permettre, en l'inscrivant dans une temporalité, cette rencontre particulière et ainsi donner la possibilité d'une certaine maturation processuelle.

Ainsi l'aménageur de la relation permettra d'approfondir des caractéristiques de la vie psychique qui apparaissent comme axes principaux d'une prise en charge. Il signale un événement isolé, dévitalisé de l'histoire du sujet dont on doute même de l'existence, pour mettre en place le fil d'une histoire. Il permet de percevoir les effets de décalage émotionnels qui ne peuvent que se fourvoyer dans une écoute qui privilégie la liberté associative.

Recentrer les attentes vis-à-vis du traitement

Beaucoup d'illusions et de méconnaissances circulent quant à ce qui peut être attendu d'un traitement vécu comme une panacée incernable et non comme une mise en travail interne. La même méconnaissance règne quant aux indications, aux possibilités évolutives de la personne, etc. Le travail thérapeutique n'est ni un parcours moral, ni une rééducation sociale, ni une approche miracle qui résout toutes les inquiétudes sociales et encore moins une forme de vengeance sociale.

Dans un contexte marqué par l'anxiété vis-à-vis des potentialités agressives du patient, par la méfiance à l'égard du psychiatre, à tout instant la perversité relationnelle du patient peut se déployer en disqualifiant les uns et les autres et de préférence ceux qui le confrontent et en semant le doute quant à ce qui est attendu.

Clarifier les enjeux particuliers

L'identification d'autres enjeux devra aussi baliser ce patient travail de clarification. Il peut s'agir d'enjeux personnels : la famille se fait pressante pour un suivi qui permettrait d'éluder la confrontation judiciaire. Parfois, la passivité de celle-ci en dit long sur sa vulnérabilité face à l'emprise du patient. Il peut aussi s'agir d'enjeux professionnels qui soulignent la fragilité sociale, l'isolement ou la précarité de la situation du patient. Il peut enfin s'agir d'enjeux culturels qui pérennisent la mise à l'écart du patient vis-à-vis de son groupe d'origine.

Principes généraux du traitement

Le traitement de tels patients est toujours susceptible d'être infiltré par des considérations morales, par la réprobation que les actes commis entraînent. Il ne faut pas perdre de vue non plus que la vulnérabilité traumatique de ces patients est réelle. Ainsi une approche qui ne respecte pas certains équilibres peut elle-même être traumatisante et aggraver les processus d'aliénation et de retrait et accroître les risques de récidive (Tardiff, 1995).

La prise en charge des délinquants sexuels, compte tenu des différents croisements entre le thérapeutique, le légal et le social, ne peut se résumer à la notion de traitement. Certains (Kaul, 1993) préfèrent adopter, dans cette perspective, une vision plus large incluant l'évaluation, la dimension thérapeutique, le suivi à long terme, voire le contrôle social.

Engager un sujet auteur de délit sexuel dans un traitement, c'est l'aider à cheminer entre la confrontation à la loi et l'interrogation thérapeutique, entre contrôle social et confrontation thérapeutique. C'est un cheminement au long cours qui l'amènera à travailler la reconnaissance de l'acte commis à travers ce que lui en dit la justice, à reconnaître la souffrance de sa victime et en éprouver de l'empathie. C'est ainsi qu'il peut espérer rencontrer sa propre souffrance enfouie, déniée, percevoir ses vulnérabilités traumatiques et reconnaître les situations à risque.

C'est un cheminement parallèle qui permettra au thérapeute d'affronter «l'inimaginable, l'impensable, et l'inquestionnable» (Prins, 1991) et les points aveugles des éléments contre-transférentiels survenant dans ce type de prise en charge. Les contre-attitudes personnelles ne peuvent être négligées tant elles peuvent injecter de la colère, de la frayeur ou du dégoût non métabolisés.

Les bénéfices attendus par le patient font aussi partie de la démarche de soin. Lorsque la liberté a pour prix un passage par le traitement, quelle que soit la qualité de l'alliance qui pourra s'établir, les attentes concrètes prendront longtemps le pas sur toute reconnaissance de ce que le traitement peut apporter de soulagement. Les mécanismes d'emprise, de déni et de clivage n'en seront que plus puissants et doivent être soigneusement travaillés.

Les indications thérapeutiques

Poser une indication thérapeutique conduit à prendre en considération la manière dont les patients sont envahis par des pensées sexuelles pathologiques qui peuvent mobiliser toute leur énergie psychique. Pour un patient, reconnaître l'importance d'un tel envahissement est souvent difficile tant celui-ci est rapidement évacué par le clivage.

Identifier ce que le patient perçoit de la vulnérabilité de ses victimes est aussi un bon indicateur de sa capacité à s'engager dans un travail qui a pour ambition de l'amener à renoncer à un mode de fonctionnement qui a guidé sa vie des années durant.

Accepter que le questionnement s'adresse d'abord à lui-même et ne peut être évacué, par un retournement pervers, comme question posée à son interlocuteur est aussi un préalable à investiguer qui va aider à choisir les modalités thérapeutiques.

La compréhension psychodynamique peut faire «fonction de liaison des différentes modalités thérapeutiques à l'intérieur d'un modèle conceptuel élaboré qui situe le symptôme pervers au-delà de son implication concrète et descriptive» (Tardiff, 1995). Le patient peut être ainsi situé sur le continuum du développement du processus primaire d'un symptôme d'action et de décharge à celui du processus secondaire concerné par le conflit et sa représentation.

Certains sujets qui présentent un fonctionnement psychique marqué par la pensée opératoire et une grande faiblesse du Moi seront amenés à travailler de façon «concrète et active», tandis que ceux pouvant s'impliquer dans un processus d'introspection seront plus à même de travailler les processus de symbolisation et de mentalisation.

Les indications thérapeutiques sont fonction, bien sûr, de l'engagement du patient et de sa capacité à affronter ses actes mais aussi de ses attitudes qui vont orienter le thérapeute entre confrontation active et recherche d'une alliance.

Lorsque le déni, la victimisation, la banalisation, la tentative de prise de contrôle de l'autre sont au-devant de la scène, il est illusoire de vouloir instaurer une thérapie découvrante. Poser le cadre d'une rencontre qui permettra au sujet de se raconter et de se découvrir porteur d'une histoire est le premier défi thérapeutique. Être dans l'accompagnement du sujet face à la sanction à faire sans être dans l'apitoiement ou la complaisance est un autre défi.

Au-delà des écoles thérapeutiques, un accompagnement thérapeutique vise à permettre une maturation de la personnalité, une clarification des représentations mentales liées à la fantasmatique et à la sexualité, et à repérer les situations à risque (Coutanceau, 2010).

Approches groupales

Si l'accompagnement individuel conserve toute sa valeur, les prises en charge groupales revêtent une importance particulière pour des sujets présentant de faibles capacités d'insight, une carence d'élaboration, un égocentrisme qui rend nécessaire une confrontation directe à l'altérité, une pathologie narcissique plus facile à moduler par la médiation du groupe ou des problématiques compliquées par la honte ou la solitude (Smith, 2010).

Approches cognitives

Dans la continuité des approches groupales, les prises en charge cognitives développant l'expression émotionnelle, l'estime de soi, la prise de responsabilité et la capacité de résolution de problèmes ont été largement développées. On note d'ailleurs une évolution sensible s'éloignant d'approches comportementales et culpabilisantes pour aller vers le développement de compétences permettant une vie plus épanouie (*good lives model*) (Marshall, 2010).

Travailler à la prévention de la réitération

Cette préoccupation s'inscrit dans toutes les prises en charges, quel qu'en soit le cadre. « Le modèle de prévention de la récidive (…) part du postulat que le comportement sexuel déviant résulte d'une succession non aléatoire d'événements comportementaux, cognitifs et affectifs » (Cornet , 2003). Cette approche facilite une élaboration de la prévention de la récidive en aidant le patient à inscrire le passage à l'acte comme résultante d'une chaîne d'événements, de pensées, d'affects et de fantaisies. Les pratiques thérapeutiques insistent sur deux volets : l'identification des problèmes présents à chacune des étapes de la chaîne et l'élaboration d'alternatives au processus du délit.

Indépendamment des références initiales théoriques qui s'inspirent des théories cognitives, tout travail thérapeutique de soutien se réfère à un moment où l'autre à cette préoccupation. C'est souvent un conflit non élaboré qui, lors de sa résurgence, va remettre en mouvement pensées, affects et attirance pathologiques et placer le patient dans une situation de tension.

Il s'agit, en aidant le patient à affronter sa réalité, d'identifier les zones à risque à repérer ou les interdits qu'il doit s'imposer pour éviter de se mettre en situation de possible transgression. Le patient peut ainsi s'interroger sur ce qu'il peut mettre en place pour demander de l'aide ou se mettre à l'écart de situations à risque dont l'occurrence ne doit jamais être banalisée.

Psychothérapie

Un travail véritablement introspectif est aussi possible avec ces sujets moyennant une adaptation du cadre, une clarification des objectifs (Cornet, 2003), ainsi qu'une prise en compte des mécanismes psychiques particuliers de ces sujets qui doit permettre une mise en forme des processus thérapeutiques. Fragilité du narcissisme, destructivité, besoin d'emprise peuvent être travaillés pour donner naissance à un véritable processus de subjectivation qui se construit dans le face à face de la relation thérapeutique (Balier, 2000). C'est le plus souvent dans un second temps que le travail psychothérapique peut véritablement se déployer, après une longue période, de tensions et d'affrontement autour du cadre légal, de déni de la réalité, de tentatives de distorsions relationnelles. Ces mouvements défensifs doivent être pensés comme des passages obligés que l'on peut considérer comme autant de stratégies plus ou moins inconscientes pour éviter l'affrontement à l'indicible et à la violence intérieure.

Rester vivant en face de son patient : les thérapies actives

Ces patients, si inquiétants et difficiles, nécessitent donc une adaptation spécifique de la rencontre psychothérapeutique pour permettre une véritable entrée en soin. C'est ainsi que nous avons essayé de définir l'ensemble des éléments qui doivent être pris en compte dans ces approches en insistant sur la notion de thérapie active qui va « inscrire le patient dans une démarche de soins en l'aidant à renoncer à certaines modalités relationnelles pathologiques » et « permet d'envisager le changement qui replacera l'interdit comme organisateur de la vie sociale du sujet » (Gravier, 2000). Une thérapie active vise avant tout à promouvoir une atti-

tude thérapeutique qui essaye d'éviter la captation par l'emprise et la répétition du clivage en privilégiant une attitude active qui se dégage de la passivité, nomme la réalité, fait le lien entre l'impensable et l'impensé.

La cothérapie, c'est-à-dire deux thérapeutes ensemble pour recevoir le patient, est un des éléments centraux de ce dispositif de soin. Conduite partagée d'un même processus thérapeutique, la cothérapie permet d'affronter la violence psychique qui se déploie dans ces relations et de décliver les affects que ces patients déposent dès qu'ils sont confrontés à une relation duelle. Fascination, séduction, confusion sont des mécanismes de déni de l'altérité maintenant bien connus, qui se situent au cœur de la perversion relationnelle de ces sujets.

Réinstaurer une parole « de sujet à sujet » (Balier) passe par un réinvestissement du récit qui tient compte de l'horreur à penser : nommer des faits dans la pudeur des mots lorsque l'on aborde le passage à l'acte et les victimes, aider le patient à nommer le scénario délictuel qui vient hanter le délinquant jusqu'à rechercher le soulagement par le passage à l'acte. Il s'agit d'une trame signifiante à reconstruire et à relier à une émotion évacuée par le patient et qui nous traverse avant de faire sens et de rejoindre les vécus traumatiques inconnaissables de ces patients.

Le sentiment de vide est aussi une constante de ce que doit affronter le thérapeute face à ces patients. Face à un tel vide, le défi est de rester en vie, d'exister au-delà du sentiment de néant qui tôt ou tard envahit ces thérapies tant est difficile à penser la froideur émotionnelle de ces patients et le décalage constant qui se fait jour entre ce qu'ils disent vivre et les émotions qu'ils nous font éprouver.

Vivre la relation thérapeutique

Dans un tel contexte relationnel et thérapeutique, il est souvent difficile d'identifier ce qui se joue entre le patient et ses thérapeutes. Un lien, probablement plus fort que l'on ne veut bien le penser, est susceptible de se tisser, qui tient de mécanismes transférentiels archaïques et renvoie à des identifications douloureuses à une figure maternelle particulièrement défaillante ainsi qu'à une figure paternelle incapable d'incarner une véritable loi.

La force de ce lien difficile à nommer consiste aussi en une circulation d'affects qui tiennent du rapprochement et de mouvements non élaborés, de ce que C. Balier réfère au « partage affectif », quelque chose qui surgit de nulle part et qui nous saisit à partir de notre vulnérabilité de thérapeute, écho de la vulnérabilité de l'enfant qu'a été le patient et qui n'a jamais pu trouver écoute ou espace propre.

La relation psychothérapique entre ces patients violents et leur thérapeute fait naître des angoisses souvent considérables et inconciliables, parfois partagées : angoisses d'intrusion dans l'espace psychique et angoisses d'abandon face à un lien qui se met en forme. L'obligation de soin permet, d'une certaine manière, au patient de poser la question qui sous-tend toutes ses relations interpersonnelles : est-il un monstre déshumanisé incapable d'affect ? Est-il capable de s'attacher affectivement à un autre qui incarne tout ce à quoi il n'a pu accéder jusqu'à maintenant ? Le doute reste toujours présent pour le patient : « Qu'est-ce qui se passe pour que vous vous intéressiez à moi ? ».

Références

Abbiati M., Mezzo B., Waeny-Desponds J., Minervini J., Mormont C.,& Gravier B. *Victimization in childhood among sex offenders, Relationship between violence experienced and subsequent offences through discourse analysis*. Communication non publiée.

Adam, C. (2006). Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature. *Déviance et Société*, *30*, 233–261.

Balier, C. (2000). Eléments pour la mise en forme des processus thérapeutiques. In A. Ciavaldini, & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 95–103). Masson : Paris.

Balier, C. (2005). *La violence en Abyme* (389p). Paris : PUF.

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents* (253p). Paris : PUF.

Bouchet-Kervella, D. (2001). *Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes. Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de Consensus 2001* (pp. 101–112). Paris : John Libbey.

Ciavaldini, A. (2012). *Prise en charge des délinquants sexuels* (60p). Bruxelles : Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels* (251p). Paris : Masson.

Cornet, J. P., Giovannangeli, D., & Ch, Mormont (2003). *Les délinquants sexuels, théories, évaluations et traitements* (211p). Paris : Frison-Roche.

Coutanceau, R., & Smith, J. (2010). *La violence sexuelle, approche psycho-criminologique* (386p). Paris : Dunod.

Gravier, B., Legoff, V., & Devaud, C. (2000). Les thérapies actives. In A. Ciavaldini & C. Balier (Eds.), (pp. 219–228). Paris : Masson.

Gravier, B., & Devaud, C. (1995). *Délinquance sexuelle, état des lieux* (vol. 8) (10–22). Paris : Nervure.

Gravier, B., Mezzo, B., Stankovic, M., Boichat, F., & Spagnoli, J. (2001). *Étude épidémiologique des délinquants sexuels poursuivis par le système pénal vaudois* (14p). Résumés, Québec : Premier congrès international francophone sur l'agression sexuelle.

Groth, A. N., & Burgess, A. W. (1977). Motivational intent in the sexual assault of children. *Criminal Justice and Behavior*, *4*(3).

Kaul, A. (1993). Sex offenders - Cure or Management? *Medicine, Science, and the Law*, *33*(3), 207–212.

Knight, R. A., Carter, D. L., & Prentky, R. A. (1989). A system for the classification of child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, *4*, 3–23.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1973). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lee, J. K. P., Jackson, H. J., Pattison, P., & Ward, T. (2002). Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse & Neglect*, *26*, 73–92.

Mac Kibben, A. (1993). La classification des agresseurs sexuel. In J. Aubut, et al. (Eds.), *Les agresseurs sexuels* (pp. 58–78). Montréal : La Chenelière & Maloine.

Marshall, W. L., Serran, G. A., Marshall, L. E., & O'Brien, M. D. (2010). Programme de prise en charge des délinquants sexuels au sein de la Clinique Rockwood. In R. Coutanceau. & J. Smith (Eds.), *La violence sexuelle, approche psycho-criminologique* (pp. 287–305). Paris : Dunod.

McCormack, J., Hudson, S. M., & Ward, T. (2002). Sexual offenders' perceptions of their early interpersonal relationships : an attachment perspective. *Journal of Sex Research*, *39*(2), 85–93.

Prentky, R. A., & Knight, R. A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 643–661.

Prins, H. (1991). Dangerous people or dangerous situations? *Medicine, Science, and the Law*, *31*, 25–36.

Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, Texte des recommandations élaborées par le Jury de la conférence de consensus. Conférence de Consensus 2001. (2001). Paris : John Libbey.

Smith, J., Coutanceau, R., Smith. (2010). Psychothérapies. In *La violence sexuelle, approche psycho-criminologique* (pp. 47–49). Paris : Dunod.

Stanley, J., & Goddard, C. (2004). Multiple forms of violence and other criminal activities as an indicator of severe child maltreatment. *Child Abuse Review*, *13*, 246–262.

Starzyk, K. B., & Marshall, W. L. (2003). Childhood family and personological risk factors for sexual offending. *Agression and Violent Behavior*, *8*, 93–105.

Stigler, M. (2003). *Reconnaissance de l'acte commis : ouverture à la thérapie ou clôture de la relation thérapeutique ?* Bruxelles : Communication CIFAS.

Tardiff, M. (13 janvier 1995). L'approche psychodynamique au sein d'un programme à composantes éclectiques : modèle pour un traitement en milieu fermé et ouvert, conférence au Colloque « pédophilie : approche pluridisciplinaire ». Bruxelles.

Inceste : clinique et prises en charge familiales

Bernard Savin

La pensée sur le comportement incestueux est très souvent réduite à une pensée sur la relation entre l'agresseur et la victime : le père, le beau-père, le frère, la mère.

Le corpus théoricoclinique de la thérapie familiale psychanalytique nous permet de penser ce comportement, dramatique s'il en fut, comme un aménagement défensif groupal familial et le lien incestueux comme une modalité du lien familial.

Nous devons à Francine André-Fustier et Évelyne Grange-Ségéral (1995) une réflexion fondamentale sur la question de la violence intrafamiliale comme modalité du lien : « (…) nous proposons de considérer les manifestations violentes (…)

comme l'expression du besoin d'agrippement, comme la recherche de cohésion d'une famille aux prises avec les difficultés de l'individuation réactivant avec elle des angoisses de mort et d'effondrement non représentables et non métabolisables psychiquement. Ces manifestations violentes s'expriment sous forme de paradoxes où ce qui est mis en acte est en même temps dénié verbalement : s'agripper dans un "corps à corps" tout en annulant le besoin et la dépendance à l'égard de l'autre. ».

À l'origine de la famille : le couple

Toute famille s'origine dans la mise en couple. Chacun des partenaires apporte avec lui dans le « pot commun » du couple sont propre fonctionnement familial, le fonctionnement de sa famille d'origine. La rencontre du couple n'est pas simplement la rencontre de deux individus, mais aussi la rencontre de deux lignées, de deux cultures familiales avec leur mythologie singulière, leur idéologie particulière. Cette rencontre fondatrice porte en elle, potentiellement, le fonctionnement de la future famille qui prendra corps lors de la naissance du premier enfant.

Le choix du partenaire dans la famille où un jour s'actualisera un comportement incestueux s'effectuera le plus souvent sur un mode de lien de type abandonnique où la violence peut être présente d'emblée. Ce choix sera envisagé comme une protection contre l'abandon mais en même temps comme une répétition de l'abandon, d'où sa dimension paradoxale. C'est ainsi qu'un homme ou une femme choisira un partenaire protecteur représentant la mère idéale qu'il n'a jamais eue mais ayant de brusques accès de violence ou des conduites addictives comme l'alcoolisme, ou l'usage de drogues, qui le rendront absent à la relation. Ainsi se rejouera le lien traumatique de l'abandon. Ce lien traumatique est fait de beaucoup d'excitation, excitation protégeant contre la surprise de la perte et de l'abandon comme l'explique très bien Laurence Knéra (1996).

Illustration clinique

Ainsi, Monsieur et Madame M. que je rencontre dans deux maisons d'arrêt différentes où ils sont incarcérés, lui pour le viol de ses deux filles aînées et elle pour complicité de viol. Monsieur M. est âgé de 40 ans. Il est directeur d'une entreprise. Marié à l'âge de 18 ans, il est père de cinq enfants : trois filles âgées respectivement de 21 ans, 20 ans et 5 ans et deux garçons de 16 et 13 ans. Monsieur M. est accusé de viol sur mineur de moins de 15 ans sur ses filles aînées. Il a un enfant de sa première fille. L'enfant a été placé en pouponnière.

Monsieur M. est issue d'une famille de cinq enfants dont il est le dernier. Ses parents divorcent quand il a 5 ans. Il est élevé essentiellement par sa grand-mère paternelle. Ses parents ne veulent pas le garder. Sa belle-mère ne le supporte pas et elle lui apprend qu'il n'est pas le fils de son père. Sa mère est dépressive et mène une vie professionnelle et sentimentale instable. Après avoir quitté le domicile, elle ne donne plus de nouvelles et monsieur M. va essayer de la retrouver toute une partie de son adolescence. Monsieur M. se sent mal-aimé et rejeté par les membres de sa famille. Ce manque d'attention est à l'origine de plusieurs tentatives de suicide.

Scolairement il est bon élève, et change plusieurs fois d'établissement à la suite de déménagements fréquents de ses parents. Il a ainsi du mal à se faire des amis et à s'adapter. On retrouve également cette instabilité au niveau professionnel. Il dit évoluer en fonction de ses projets c'est pourquoi il a souvent changé de travail.

À la mort de sa grand-mère chez laquelle il avait trouvé refuge, il décide seul d'intégrer un foyer de l'enfance où il est reste jusqu'à sa majorité.

Puis il rencontre sa femme, madame M., qui est plus jeune que lui de 2 ans. Ils se marient rapidement pour fuir la famille de monsieur M. où il avait dû revenir après sa sortie du foyer et également parce que madame M. est enceinte.

Madame M. est l'aînée d'une famille de deux filles. Elle décrit le climat familial comme violent, sa sœur et elle-même étant les « esclaves » de sa mère pour les tâches ménagères. À l'âge de 8 ans, ▶

suite

elle est victime pour la première fois d'abus sexuels de la part de son père. Elle dit être allée chercher secours auprès de sa mère dont la seule réaction a été de lui donner une gifle. Elle raconte ensuite avoir été victime de viol de la part de son oncle et de son père à plusieurs reprises. Selon elle, sa mère était au courant de ce qui se passait mais ne voulait pas remettre son couple en question. Aussi, lorsque Mme M. se tourne encore vers sa mère, à l'âge de 14 ans, cette dernière la « jettera dehors » en la traitant de « traînée ». C'est juste après son départ forcé du domicile parental qu'elle rencontra Monsieur M. Lorsque Mme M. raconte sa rencontre avec son époux, c'est sur un mode enfantin et presque magique : ils avaient tellement souffert tous les deux dans leurs familles respectives qu'ils ne pouvaient qu'œuvrer ensemble pour un bonheur futur.

Lorsque les enfants naissent, ils sont pris dans ce fonctionnement. Ils auront eux aussi à trouver une place dans une famille traumatisée par ce lien abandonnique. Ainsi, l'un des enfants sera le protecteur d'une mère battue et bafouée par son conjoint, un autre pourra prendre en charge le père lorsqu'il rentrera alcoolisé. Les rôles peuvent être totalement inversés à certains moments de la vie familiale.

Le corps au centre de la problématique incestueuse

Mais la seule vraie défense contre l'abandon serait de ne former qu'un grand corps commun. Malheureusement la réalité incontournable et définitive des corps individuels opère une violence insupportable dans ces familles. C'est donc bien sûr les corps et à propos des corps que va se jouer la problématique familiale.

Ainsi les parents vont-ils se situer dans ce lien abandonnique et en référence au corps. Certains pères s'approprieront totalement le maternage des enfants, les soins corporels, ce sont les pères « maternants ». Leur femme sera disqualifiée dans cette fonction ou se disqualifiera pour laisser la place libre. Ce maternage ne suit pas l'évolution des enfants, c'est ainsi qu'un père fera toujours la toilette de sa fille qui atteint l'âge de 15 ans. « Elle ne sait pas se laver toute seule », dira-t-il.

La mère pourra prendre la place de l'absente, de l'abandonnante soit par une dépression permanente la rendant indisponible pour tout échange affectif soit réellement par des fugues à répétition et des relations amoureuses de passage.

Les rôles peuvent s'inverser dans le temps et prendre des formes diverses.

Le grand scandale dans les familles incestueuses est l'existence des corps individuels. C'est donc sur le corps que va se jouer l'emprise. L'inceste est une négation de l'autre dans sa dimension subjective et une réduction de celui-ci à un corps utilisable. Ne faire qu'un corps pour triompher de la perte et de l'abandon.

L'excitation : composante principale du lien abandonnique

L'excitation sera essentiellement basée sur la dimension sensorielle du fonctionnement familial. Le recours au sensoriel est nécessaire pour présentifier le lien. Quand on ne peut se penser en lien, il faut se sentir en lien. « La sensation fait contact mais pas lien (…) » écrit dans un même ordre d'idée Philippe Jeammet (2005). L'inceste réalise ce contact des corps dans une excitation commune. Mais, en même temps et dans une dimension paradoxale, le passage à l'acte incestueux permet groupalement de calmer le fonctionnement familial de la même façon que la violence physique.

La dimension calmante de l'excitation

André Ciavaldini évoque dès 1999 en ce qui concerne les auteurs d'agression sexuelle, la dimension calmante de l'excitation : « (…) le sujet aurait besoin d'encore plus d'excitation pour se calmer, pour réduire la tension provoquée par le contexte. L'excitation deviendrait alors un dernier moyen pour venir juguler l'excitation, d'où des passages à l'acte visant de plus en plus directement des systèmes d'excitations sexuelles qui, paradoxalement, perdent leur qualité sexuelle au sens freudien de ce terme. Ces systèmes n'ont de sexuel que l'excitation qu'ils sont censés produire :

l'objet sexuel perdant subitement sa qualité d'objet au sens libidinal de ce terme ».

La référence aux travaux des psychosomaticiens qui se sont intéressés aux procédés autocalmant du Moi est explicite.

Les sujets qui ont recours aux passages à l'acte, ces « esclaves de la quantité » qu'évoquait Michel de M'Uzan (1984), fonctionnent psychiquement sur un mode très proche de celui des patients psychosomatiques. Le Moi face à des quantités importantes d'excitations non métabolisables, non liables à des affects et à des représentations, contraint à des « mesures particulières » écrit Claude Smadja (1993) visant à ramener le calme au sein de l'appareil psychique. Ces procédés constituent un mode particulier de maîtrise des excitations. Ces procédés ne peuvent servir à lier l'excitation mais uniquement à la maîtriser momentanément. Myriam Boubli (2002) remarque que Michel Fain « considère que les procédés autocalmants sont en même temps des procédés autoexcitants. Le terme de calmant est, doublement trompeur, dans le sens où le procédé est une excitation qui constitue une protection contre l'effondrement produit par le traumatisme. La recherche effrénée de sensorialité (c'est moi qui souligne), le plus souvent motrice, chez les personnes qui ont recours aux procédés autocalmants n'est en rien recherche de plaisir mais de calme ». Remarquons que lorsque nous demandons à un père incestueux si les actes lui ont procuré du plaisir ou l'apaisement d'une tension, dans la grande majorité des cas c'est la seconde occurrence qui est évoquée, à savoir l'apaisement d'une tension interne insupportable. Remarquons également que ces tensions internes, cette excitation peut parfois faire l'objet, également, d'une tentative de maîtrise par un recours aux toxiques et particulièrement à l'alcool.

Plus loin dans son texte, Myriam Boubli (2002) évoque les travaux de Gérard Szwec (1993) qui propose de considérer « les procédés autocalmants comme une forme de recherche traumatophilique visant à reproduire une situation de détresse initiale dans une tentative, la plupart du temps vouée à l'échec, de liaison masochique du traumatisme » et pour résumer « les procédés autocalmants m'apparaissent ainsi, soit comme une tentative d'arrachement par la maîtrise à la tendance autosensuelle, soit comme une recherche traumatophilique de celle-ci. » Relevons la dimension paradoxale de ces procédés, à la fois calmant et nécessaire au maintien d'un certain niveau d'excitation.

C'est ce qu'a mis en lumière dans son excellent travail sur les familles abandonniques Laurence Knéra (1996), lorsqu'elle évoque dans le fonctionnement de ces familles une dimension traumatophilique nécessaire au maintien du sentiment d'être ensemble grâce à l'excitation.

Le comportement incestueux : un procédé calmant familial

Je fais donc l'hypothèse que la famille incestueuse va utiliser des procédés calmants et que le passage à l'acte incestueux est l'un de ces procédés. Il en est d'autres, qui peuvent être la maltraitance physique, l'emprise psychologique, etc. D'ailleurs, il m'est souvent arrivé de rencontrer des familles ou plusieurs de ces procédés étaient utilisés simultanément ou successivement.

Illustration clinique

Ainsi, dans cette famille nombreuse (14 enfants), une des filles étaient le souffre-douleur de la mère, persuadée qu'elle était que cette enfant avait mangé dans son ventre le frère jumeau qui s'y trouvait. Cette petite fille faisait l'objet de nombreux sévices. Face à cette situation, le père se retrouvait narcissiquement dans cette fille « comme dans un miroir », dira-t-il. Il a été lui-même maltraité par son grand-père maternel, véritable tyran domestique. Celui-ci avait abusé de sa mère et la demi-sœur aînée de cet homme était le fruit cet abus. Cet homme prit donc systématiquement la défense de sa fille. La mère lui dit alors : « puisque tu la défends tout le temps, va coucher avec ta putain ». Ce qu'il fit pendant de longues années. Ce qui ne fit, d'ailleurs, pas cesser les maltraitances.

L'inceste : une thanatisation du lien familial

Dans l'inceste, il n'y a pas de différence des générations, pas d'organisation œdipienne du lien possible, d'où la nécessité du recours à un niveau plus primaire du lien, la sensorialité.

En ce qui concerne l'individu, les procédés autocalmants sont nécessaires par défaut de la possibilité de la mise en place des autoérotismes. L'autosensualité remplace l'autoérotisme.

Dans les familles incestueuses, l'érotisation nécessaire des liens à travers les marques d'affections, les « câlins », etc., ne peut se mettre en place car ne pouvant être symbolisés en terme amoureux, c'est-à-dire liés à des sentiments et référés à des interdits et, bien sûr, principalement l'interdit de l'inceste.

Ne pouvant être érotisés, les liens familiaux vont être sensualisés, sensorialisés, ce n'est plus Eros qui est aux commandes mais Thanatos. La répétition, le déni d'altérité, l'absence de parole, la violence, la terreur constitueront la seule possibilité du maintien d'une suffisante homéostasie familiale. Il s'agit dans ces familles d'une thanatisation des liens.

Les accompagnements familiaux et les thérapies familiales

L'accompagnement familial lors du dévoilement de l'inceste

Le dévoilement de l'inceste est un extrême soulagement pour la ou les victimes. Cependant, il constitue un traumatisme familial important. Ce qui était dans l'ombre éclate à la lumière, le fonctionnement familial est bouleversé. Le dévoilement, cet acte salutaire, ne doit pas nous faire méconnaître la souffrance familiale engendrée. La souffrance familiale se définit comme un blocage des liens familiaux à un niveau indifférencié, fusionnel. Elle va se donner à voir par d'éventuels épisodes dépressifs de différents membres de la famille, parfois aussi par une grande violence contre la victime venant de la fratrie par exemple et c'est alors la victime qui doit être éloignée de la famille !

Il faudra s'occuper plus tard de la souffrance familiale structurelle, nécessite un accompagnement thérapeutique.

Le cadre de prise en charge doit être souple, accueillant, très à l'écoute des besoins psychiques de la famille et de ces différents membres. Cet accompagnement n'a pas vocation à s'inscrire dans la durée mais de permettre à la famille de contenir la crise qu'elle a à vivre face au dévoilement des actes incestueux.

Soulignons que cet accompagnement familial permettra également de pouvoir évaluer les capacités de la famille à supporter une éventuelle prise en charge individuelle de la victime.

Certaines psychothérapies individuelles des victimes échouent car cette dimension n'a pas été prise en compte. Comme je l'ai montré au début de cet article, l'inceste est une pathologie du lien familial S'il n'est pas étayé, contenu, il n'y a aucune raison qu'il se modifie et puisse permettre l'individuation d'un de ces membres, fut-il victime.

Passé ce moment de crise et le jugement, il est possible d'envisager des entretiens thérapeutiques familiaux. Le jugement est d'une particulière importance car il signifie socialement la transgression et la violence infligée à la victime. Il situe chacun des protagonistes, agresseur et victime, à leur place.

S'il y a une demande insistante, qui est à évaluer finement, de la part de la victime de renouer les liens avec l'agresseur, il peut être souhaitable de mettre en place des entretiens thérapeutiques familiaux en milieu carcéral (Savin, 2000°).

Ces entretiens devront être menés par des thérapeutes familiaux confirmés car les modalités du lien familial vont, bien sûr, tenter de se rejouer, il faudra alors recadrer les interventions des uns et des autres et les référer au passage à l'acte et au fonctionnement qui les a permis. Les thérapeutes doivent focaliser ces entretiens sur une parole autour des émotions et des pensées qui étaient là au moment des agressions. Il est souhaitable d'être très attentif à ne pas être en complicité avec le fonctionnement familial. Très souvent, la demande est de « tourner la page » sur cette période douloureuse. Dans ces cas-là, tourner une page blanche ne sert à rien, il faudra en tourner toute sa vie. Je propose que, ensemble, dans la thérapie, nous écrivions cette page dramatique. Alors peut-être sera-t-il possible de la tourner et elle prendra, alors, place dans le livre de l'histoire de la famille et de chacun de ses membres.

En tout cas, les « retrouvailles » entre la victime et l'agresseur doivent toujours être médiatisées par un tiers. Sinon, comme je l'ai mentionné plus haut, le lien se renouera comme auparavant et

cette modalité du lien n'ayant pas ou peu été transformée a de fortes chances de se transmettre aux générations suivantes.

La thérapie sociofamiliale (Savin, 1998) comme mode de prise en charge thérapeutique possible de la famille incestueuse

Le travailleur social est à l'origine de la demande de thérapie familiale. Il occupe la place du « porte-demande » du groupe qu'il constitue avec la famille et avec ses collègues concernés par la situation familiale. En effet, ces familles sont très souvent étayées par de nombreux travailleurs sociaux. Il ne s'agit pas, dans l'optique développée, d'inviter le travailleur social porteur de la demande à participer aux séances, le temps que la famille « s'approprie cette démarche » (comme nous l'entendons parfois), mais de mettre en place un dispositif thérapeutique d'écoute de la souffrance de ce groupe spécifique : le groupe sociofamilial.

Le cadre sera instauré en référence à cette pensée groupale. Le travailleur social, porteur de la demande de thérapie, sera invité au même titre que les membres de la famille à s'engager dans ce dispositif thérapeutique. Cet engagement se fera, bien sûr, en tant que représentant d'une institution, mais aussi en tant que sujet pris dans un ensemble intersubjectif où les liens affectifs occupent une place prépondérante.

La mise en place de la thérapie sociofamiliale

Une rencontre est organisée avec tous les travailleurs sociaux, référents des différents membres de la famille (dans le cas où les enfants sont confiés à l'Aide sociale à l'enfance).

L'objectif est la présentation de la situation, son historique et une réflexion commune sur la meilleure manière d'organiser la prise en charge thérapeutique.

Il s'agit de constituer une première enveloppe groupale avec tous les partenaires. Notons que la plupart du temps, les intervenants, appartenant à des services différents, ont peu d'espaces de concertation.

À l'issue de cette première rencontre, nous décidons de la forme que vont prendre les séances de thérapie familiale, ainsi que la suite du travail groupal avec les intervenants.

Quel que soit le dispositif choisi, il est convenu que le travailleur socioéducatif à l'origine de la demande soit présent à la première séance avec la famille, afin de présenter, en présence de tous, les raisons de sa demande de thérapie familiale. Le dispositif thérapeutique est alors explicité.

Il peut être décidé que les intervenants participent régulièrement ou occasionnellement aux séances de thérapie familiale.

Le travailleur socioéducatif n'est donc pas « de passage » et ne « confie » pas la famille à des spécialistes.

Un cadre très proche de celui de la cure-type familiale

Le cadre technique mis en place ne diffère pas du cadre classique de la thérapie familiale psychanalytique. Les séances ont une durée d'1 heure au rythme d'une séance toutes les 2 semaines. Le jour et l'heure des séances sont fixes : elles ont lieu le même jour à la même heure.

La cothérapie (plusieurs thérapeutes en séance) est de rigueur, d'autant plus, peut-être, avec ce groupe sociofamilial en mal de contenance. Le travail intertransférentiel en préséance et en post-séance revêt une importance toute particulière afin de mettre en pensée et en travail psychique les éprouvés et les vécus contretransférentiels et ainsi d'assurer la pérennité du cadre contenant.

Les règles de libre association et d'abstinence sont énoncées de la même façon que dans la thérapie classique. Lors des séances, il est possible de dire ce qui vient l'esprit mais il n'y a pas d'obligation à tout dire. Les thérapeutes ne donneront pas de conseils et n'interviendront pas dans la réalité. C'est-à-dire qu'ils ne feront pas de rapport au juge des enfants si un ou plusieurs enfants de la famille sont placés, par exemple. Si les thérapeutes évoquent la situation de la famille ou sont interpellés par le travailleur social participant à ce groupe sociofamilial en dehors des séances, en ce qui concerne cette famille, le contenu de ce contact sera rapporté à la séance suivante. Il en va d'ailleurs de même pour tout membre de la

famille qui contacterait les thérapeutes en dehors des séances. Les règles, comme délimitation du cadre, fournissent la dimension symboligène de la loi. Le groupe sociofamilial est soumis aux mêmes types d'angoisses que ceux régnant dans la famille, c'est-à-dire des angoisses confusionnelles d'engloutissement, de dilution ou de rejet et de persécution.

Nécessité du maintien de l'écoute groupale et d'une analyse fine du contre-transfert et de l'intertransfert

L'écoute groupale est indispensable pour pouvoir comprendre ce qui se joue, se répète dans ce groupe sociofamilial. S'il y a lieu de préciser cela, c'est que, contre-transférentiellement, il est difficile de ne pas faire alliance avec le travailleur social qui, en définitive, est un peu comme nous : nous sommes un peu de la même famille professionnelle.

Toute alliance passée avec l'un des membres du groupe et à fortiori le non-familial, induira ou réactivera des vécus de rivalités insupportables et menacera l'intégrité du groupe sociofamilial et par là même l'intégrité du néogroupe de thérapie familiale.

Le travail d'analyse contretransférentielle et intertransférentielle doit être mené avec beaucoup de rigueur et d'approfondissement afin que le cadre thérapeutique puisse être maintenu et remplir sa fonction essentielle de contenance.

Conclusion

L'inceste est un mode de fonctionnement familial, une modalité du lien familial. La sensorialité est une des composantes principales de ce lien qui ne peut recevoir une symbolisation suffisante. Ce défaut de symbolisation ne permet pas que la famille s'organise en référence aux interdits fondamentaux et en particulier à l'interdit de l'inceste.

Les liens familiaux forment la matrice de tous nos liens ultérieurs. C'est donc à partir de ces modalités particulières du lien que devront se mettre en place les dispositifs thérapeutiques spécifiques.

En ce qui concerne les familles, la thérapie familiale est particulièrement indiquée. Elles peuvent se mettre en place avec ou sans l'auteur des violences et concourent à permettre grâce au cadre thérapeutique et au processus qu'il permet, une réflexion sur les modalités du lien familial et une expérimentation d'autres modalités de ce lien dans la thérapie. Les liens familiaux ainsi transformés, se transmettront aux générations ultérieures et pourront ainsi arrêter le cycle infernal de la répétition que nous constations malheureusement trop souvent dans les situations incestueuses.

Références

André-Fustier, F., & Grange-Ségéral, E. (1995). *La violence intrafamiliale comme modalité du lien : Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, *24*, 73–89.

Boubli, M. (2002). Autosensualité, procédés autocalmants et créativité. In M. Boubli, A. Konicheckis, et al. (Eds.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 59–94). Paris : Dunod.

Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels* (250p). Paris : Masson.

Ciavaldini, A. (2006). L'agir violent sexuel. In C. Chabert, A. Ciavaldini, P. Jeammet, & S. Schenckery (Eds.), *Actes et dépendances* (pp. 111–169). Paris : Dunod.

Jeammet, P. (2005). L'excitation : un concept séduisant mais trompeur. Pour une critique du point de vue économique en psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse, LXIX*(1), 103–120.

Knéra, L. (1996). *Des familles à l'abandon : l'abandonnisme familial en thérapie familiale psychanalytique,* Thèse de Doctorat de psychologie clinique et pathologique sous la direction de, In M.André Ruffiotle Professeur (Ed), (572p). Grenoble II : Université Pierre Mendès-France.

M'uzan de, M. (1984). Les esclaves de la quantité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, *30*, 129–138.

Savin, B. (1998). La thérapie sociofamiliale psychanalytique. *Le Divan familial*, *1*, 67–76.

Savin, B. (2000). Entretiens thérapeutiques familiaux. In A. Ciavaldini, & C. Balier (Eds.), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 181–191). Paris : Masson.

Smadja, C. (1993). À propos des procédés autocalmants du Moi. *Revue Française de Psychosomatique*, *4*, 19–26.

Szwec, G. (1993). Les procédés autocalmants par la recherche de l'excitation. Les galériens volontaires. *Revue Française de Psychosomatique*, *4*, 26–51.

L'exhibitionnisme

Anne Isabelle Bouyer-Richard, Jean-Paul Lhuillier

Histoire de l'entité médicale

Dans son ouvrage sur les attentats aux mœurs, Tardieu regrette le « silence absolu des auteurs », qui « tous ont négligé […] les faits que la loi désigne sous le nom d'outrage public à la pudeur » (Tardieu, 1995). C'est au cours du XIX^{e} siècle, notamment grâce au développement des expertises médicales requises par la justice, que la médecine puis la psychiatrie vont s'approprier l'étude de cette transgression.

L'usage médical du terme d'« exhibitionnisme » apparaît en 1877 dans l'observation princeps de Lassègue (1844). Dans son récit clinique de l'« exhibitionniste de Saint Roch », homme honorable qui exhibe ses organes génitaux à multiples reprises, dans des circonstances de temps et de lieu stéréotypées, l'état pathologique est qualifié d'instantané, se limitant « à une exhibition qui n'est jamais le point de départ de lubriques aventures ». Son caractère absurde est reconnu par l'auteur des faits, qui se présente paradoxalement indifférent aux conséquences de ses actes.

L'entité clinique est par la suite répertoriée dans l'ouvrage *Psychopathia sexualis* (Krafft-Ebing, 1990), et les nombreuses observations historiques ultérieures permettent de la vulgariser dans le champ psychiatrique, jusqu'à son apparition plus tardive dans les classifications internationales athéoriques.

L'exhibitionnisme fait son entrée dans la 2^{e} édition du DSM en 1968. L'entité est aujourd'hui classée au sein des « troubles sexuels et de l'identité sexuelle », dans le sous-groupe des paraphilies et est décrite comme « la présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements […] consistant à exposer ses organes génitaux […] ». Cette description fait aussi mention de la fréquence du trouble, de son intensité, de sa durée, de la souffrance qui en résulte et des caractéristiques de la victime (« personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement »).

De l'« outrage public à la pudeur » à « l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui »

Bien avant d'être qualifiée d'« atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne », l'infraction sexuelle était considérée au Moyen Âge comme un attentat à l'ordre divin. Après la Révolution, c'est la brutalité physique qui reste la mesure-étalon de l'infraction, et édicte la lourdeur de la punition. L'évolution datant de la fin du XVIII^{e} siècle entraînera la répression de l'outrage public à la pudeur par une loi de police correctionnelle de juillet 1791, punissant d'amende et d'emprisonnement « ceux qui seraient prévenus d'avoir attenté publiquement aux mœurs, par outrage à la pudeur des femmes, par action déshonnête, par exposition ou vente d'images obscènes ».

Le Code pénal de 1810 généralise le délit à toutes sortes de victimes et non plus spécifiquement aux femmes, référençant, dans son article 330, le délit d'« outrage public à la pudeur », acte contraire aux bonnes mœurs, accompli consciemment, et de nature à porter atteinte à un sentiment « raisonnable » de pudeur.

Le délit est aujourd'hui réprimé sur le fondement de l'article 222-32 du Code pénal (1997) et figure au sein de la qualification judiciaire générique d'« agressions sexuelles ». L'exhibition sexuelle « imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public » peut être sanctionnée par une peine principale d'1 an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.

La qualification d'« exhibition sexuelle » suppose la réunion de trois éléments : l'acte matériel d'exhibition lui-même, le fait qu'il ait été commis en public, et la conscience d'offenser volontairement ou par négligence la pudeur publique. L'élément de publicité est réalisé par la seule présence d'un témoin involontaire.

Pour que la nudité reste considérée comme offensante, il faut aussi que l'infraction ait « une certaine

connotation sexuelle» qui fait défaut dans le nu ne cherchant pas à mettre en valeur les parties du corps à vocation spécifiquement sexuelle, comme dans le nu artistique, par exemple (Donate, 2001 ; Rassat, 2006).

Épidémiologie, formes cliniques et psychopathologie

Épidémiologie

Les données disponibles sur la prévalence de l'exhibition sexuelle sont hétérogènes quant à leurs résultats. Les études traitent souvent des agressions sexuelles en général, sans préciser la part relative de chacun des types d'atteintes sexuelles. Il existe aussi des biais qui fragilisent la comparaison des études de la littérature scientifique (disparité des définitions de termes ou de catégories pénales, hétérogénéité des populations et de la méthodologie).

Les travaux traitant spécifiquement de la prévalence des conduites exhibitionnistes en population générale sont rares, le phénomène étant difficile à appréhender au point de vue quantitatif. L'étude d'une population d'étudiants a permis de montrer que parmi les 11,2 % d'adolescentes mineures qui ont été victimes d'une agression sexuelle, 3 % ont connu une situation d'atteinte exhibitionniste (Edgardh, Ormstad, 2000). Dans une série de 2 450 sujets suédois en population générale, 3,1 % déclarent s'être exhibés devant un ou des étrangers au moins une fois (Langstrom, Seto, 2006). Une autre étude prospective en population générale a mis en évidence que 0,5 % des sujets ont été arrêtés pour exhibitionnisme ou voyeurisme, ce qui place ces deux infractions en tête de l'ensemble des infractions sexuelles relevées (Alden, 2007).

Formes cliniques

Des auteurs proposent avant tout une distinction fondamentale entre les «manifestations contingentes» à une pathologie, produisant par ailleurs d'autres symptômes, et les «manifestations prévalentes», à caractère répétitif, résumées sous le terme de «perversions» tel que l'exhibitionnisme au sens des classifications psychiatriques internationales.

Dans son étude n° 12, H. Ey insiste sur cette distinction, réservant le terme d'«exhibitionnisme» à «l'étalage morbide des parties génitales», afin de le différentier des «exhibeurs» classe plus générale d'auteurs d'exhibitions génitales (Ey, 1950). D'autres auteurs ont distingué l'exhibitionniste «pénal» qui recherche la confrontation aux autorités, et l'exhibitionniste «anonyme», qui, tout en s'exhibant, recherche l'anonymat et échappe à toute autorité (Bonnet, 1981). De nombreuses autres catégorisations cliniques ont été proposées (Coutanceau, 2010).

Psychopathologie

Au niveau psychopathologique, certains éléments identifiés chez les sujets qui s'exhibent sont communs aux auteurs d'autres agressions sexuelles. Le fonctionnement psychique peut être marqué par un rapport à autrui de type dominant/dominé, avec une perception altérée de la réalité psychique de celui sur lequel s'exerce un certain degré d'emprise. La dimension egocentrique est donc souvent perceptible, et cohabite avec une immaturité affectivo-émotionnelle et une fragilité narcissique. Le plaisir du «défi» (aux autorités, aux victimes) que procure l'acte de l'exhibition est une caractéristique à évaluer chez ces sujets, qui par ailleurs peuvent se montrer en difficulté dans les habiletés sociales et relations interpersonnelles courantes, par inhibition, difficulté d'affirmation de soi, ou évitement de la confrontation à l'échec.

Lorsque le sujet exhibitionniste est aux prises avec un mode de fonctionnement psychique plus projectif, désignant ses victimes comme des provocatrices, l'hostilité peut se manifester par un acte d'exhibition plus agressif et ciblé, inaugurant éventuellement des violences d'une autre nature (Coutanceau, 2010).

Enfin, pour d'autres patients, le scénario de l'exhibition constitue une véritable obsession, pouvant envahir le champ psychique et se résoudre, au moins temporairement, par sa mise en acte. La crainte de telles compulsions irrépressibles peut imposer à leur auteur une restriction de leur vie sociale. On peut voir naître une symptomatologie d'allure phobique et un isolement visant à éviter toute situation à risque de réactiver les obsessions et compulsions.

La littérature scientifique met en évidence une plus grande proportion des personnalités du cluster B du DSM-IV-R parmi les sujets auteurs d'exhibition ou d'infraction sexuelle autre. On note aussi une occurrence significative de personnalités du cluster C, ce qui correspond aux caractéris-

tiques d'introversion sociale, de passivité, de timidité ou de défaut d'assurance qui peuvent être décrites chez les sujets exhibitionnistes. (Curnoe, Langevin, 2002; Dunsieth *et al.*, 2004; Grant, 2005; Harsch *et al.*, 2006; Leue *et al.*, 2004). Des travaux montrent aussi que la présence de traits psychopathiques chez les exhibitionnistes paraphiles est corrélée au risque de commission d'une infraction violente ultérieure. En ce qui concerne les sujets schizophrènes présentant des troubles comportementaux à type d'exhibition, la présence de traits de personnalité psychopathiques augmenterait significativement le risque de passage à l'acte avec agression physique (Alden, 2007).

Comorbidités psychiatriques, toxiques et somatiques

Les travaux traitant des comorbidités psychiatriques de l'exhibitionnisme sont là encore hétérogènes et les amplitudes importantes dans les résultats présentés sont le reflet de cette disparité.

La révision de la littérature scientifique permet de mettre en évidence la très grande fréquence des comorbidités anxieuses et thymiques dans les populations de patients agresseurs sexuels ou paraphiles, comprenant des exhibitionnistes. La prévalence «vie entière» des diagnostics de troubles anxieux s'échelonne entre 36 et 69 %, et les prévalences instantanées sont moindres, entre 16 et 36 % selon les études. Les troubles thymiques sont encore plus représentés, les prévalences vie entière étant de l'ordre de 56 à 76 %, tandis que les prévalences instantanées varient entre 36 et 61 % (Curnoe, Langevin, 2002; Dunsieth *et al.*, 2004; Grant, 2005; Harsch *et al.*, 2006; Leue *et al.*, 2004).

Quant à la comorbidité avec les troubles psychotiques, des travaux avancent que le risque relatif d'infraction sexuelle sans agression physique chez les schizophrènes est très significativement augmenté par rapport à un groupe contrôle, alors que le risque de passage à l'acte sexuel avec agression physique n'est pas majoré dans ce même groupe (Alden, 2007). Une étude rétrospective réalisée dans une unité médicolégale sur 157 patients en soins pour des infractions de nature sexuelle «mineures», sans violence physique, conclut à une prévalence de 45 % de schizophrènes dans la série, dont 28,7 % étaient en phase processuelle de la maladie au moment des faits (Chan *et al.*, 1997). Plusieurs études concourent en effet à préciser que lorsqu'un patient psychotique commet une infraction sexuelle, celle-ci survient au décours d'un paroxysme de l'évolution morbide (Phillips *et al.*, 1999).

La revue de littérature de Marshall relève par ailleurs des prévalences hétérogènes des troubles liés à l'utilisation d'une substance parmi les populations d'agresseurs sexuels, s'échelonnant de 7,8 à 60 % (Marshall 2007). Concernant les sujets exhibitionnistes, des travaux montrent que l'abus ou la dépendance aux produits illicites sont retrouvés dans 22 % à 36 % des cas (Grant, 2005; Langstrom, Seto, 2006). Dans une étude objectivant la fréquence de la prise de substances au moment des faits, environ 10 % des sujets ont perpétré leur acte sous l'influence de l'alcool et 2,5 % avaient consommé une autre substance psychoactive, alors qu'environ 25 % d'entre eux présentaient un antécédent d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive. On peut aussi retenir des données de la littérature que les toxiques accroissent le risque de récidive violente, et joue un rôle de catalyseur dans le passage à l'acte, quelle qu'en soit sa nature (Alden, 2007; Firestone *et al.*, 2006).

Certains travaux ont aussi cherché à quantifier l'occurrence des «paraphilies multiples», c'est-à-dire la coexistence de plusieurs troubles de la préférence sexuelle. Les prévalences du frotteurisme, voyeurisme et transvestisme sont classiquement réputées parmi les plus élevées dans les populations de sujets exhibitionnistes. On retrouve aussi parfois une inclination pédophile ou la pratique d'appels téléphoniques obscènes (Price *et al.*, 2002; Rassat, 2006). La revue de littérature de Marshall *et al.* concluent à une fréquence de coexistence de plusieurs paraphilies chez un même sujet pour 5 à 10 % des populations étudiées (Marshall, 2007).

Enfin, il ne faut pas négliger la recherche de certaines comorbidités somatiques, pouvant parfois constituer l'étiologie du comportement. Citons les actes automatiques au décours de crises comitiales complexes partielles, de périodes de confusion post-critique, ou d'accès nocturnes de somnambulisme; les comportements sexuels inappropriés dans le contexte des maladies neurodégénératives, notamment frontales, etc. Les conclusions médicolégales, en termes de responsabilité pénale, pourront se voir fondamentalement modifiées par un tel diagnostic chez l'auteur des faits.

Axes thérapeutiques

Les soins aux auteurs d'exhibition sexuelle se déroulent classiquement dans le contexte d'une contrainte judiciaire (obligation de soins, loi du 17 juin 1998) après de multiples passages à l'acte. L'abord thérapeutique requiert préalablement une évaluation multiaxiale (psychopathologique, criminologique, sexologique). Elle permettra d'effectuer un choix pertinent quant aux stratégies thérapeutiques à privilégier. L'expérience des services spécialisés pour le traitement de ce type de patients nous apprend que les thérapies de groupe, encadrées par une approche pluridisciplinaire, sont souvent les plus fructueuses (Coutanceau, 2010). Bien sûr, il conviendra de traiter les différentes comorbidités psychiatriques, et d'aborder spécifiquement un éventuel abus de substance. Réservé à des situations spécifiques, le recours aux traitements hormonaux antiandrogènes n'est pas de première intention.

Références

Alden, A., Brennan, P., Hodgins, S., et al. (2007). Psychotic disorders and sex offending in a danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *64*(11), 1251–1258.

American Psychiatric AssociatioN (APA). (2003). DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. texte révisé (Washington DC, 2000), In J. D. Guelfi, et al. (Eds.), (120p). Paris : Masson.

Bader S. M., Schoeneman-Morris, K. A., Scalora, M. J., et al. (2008). Exhibitionism : findings from a Midwestern police contact Sample. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *52*(3), 270–279.

Bonnet, G. (1981). *Voir-Etre vu, Études cliniques sur l'exhibitionnisme* (207p). Paris : PUF.

Chan, A. O., Lim, L. E., & Ong, S. H. (1997). A review of outrage of modesty offenders remanded in a state mental hospital. *Medicine, Science, and the Law*, *37*(4), 349–352.

Curnoe, S., & Langevin, R. (2002). Personality and deviant sexual fantasies : an examination of the MMPIs of sex offenders. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(7), 803–815.

Code pénal; nouveau Code pénal; ancien Code pénal. (1997). (95e ed). Paris : Dalloz.

Coutanceau, R., & Smith, J. (2010). *La violence sexuelle, approche psychocriminologique* (386p). Paris : Dunod.

Donate, D. (2001–2002). *De l'outrage public à la pudeur à l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui* (86p). Mémoire de DEA de droit pénal et sciences criminelles. Université Montesquieu, Bordeaux IV, Année universitaire.

Dunsieth, Nw, Nelson, Eb, Brusman-Lovins, L. A., et al. (2004). Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *The Journal of clinical psychiatry*, *65*, 293–300.

Edgardh, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Pediatrica*, *89*, 310–319.

Ey, H. (1950). Étude n° 12 : Exhibitionnisme. In H. EY (Ed.), *Études psychiatriques*. (Tome. 2) (pp. 213–232). Paris : Desclée de Brower.

Firestone, P., Kingston Da, WexlER A et al. (2006). Long-term follow-up of exhibitionists : psychological, phallometric, and offense characteristics. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *34*(3), 349–359.

Grant, J. E. (2005). Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in males with exhibitionism. *The Journal of clinical psychiatry*, *66*(11), 1367–1371.

Harsch, S., Bergk Je, Steinert, T., et al. (2006). Prevalence of mental disorder among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International journal of law and psychiatry*, *29*, 443–449.

Kafka M. P., & Prentky, R. A. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders : a comorbidity study. *The Journal of clinical psychiatry*, *59*(7), 388–396.

Krafft-Ebing, R. (1990). Psychopathia sexualis, étude médicolégale à l'usage des médecins et des juristes. 1886. Traduction française de, In R. Lobstein (Ed.), Paris : Ed. climats.

Langstrom, N., & Seto, M. C. (2006). Exhibitionistic and yoyeuristic behavior in a swedish national population survey. *Archives of Sexual Behavior*, *35*, 427–435.

Lassègue, E. C. (1844). *De l'anorexie hystérique et les exhibitionnistes*. Asselin.

Leue, A., Borchard, B., & Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, *19*, 123–130.

Marshall, W. L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders : their incidence and treatment. *Aggression and violent behaviour*, *12*, 16–35.

Mcelroy, S. L., Soutullo, C. A., Taylor, P., et al. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *The Journal of clinical psychiatry*, *60*, 414–420.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions cliniques et Directives pour le Diagnostic, CIM-10/ICD-10*. Paris : Masson.

Phillips, L. P., Heads, T. C., Taylor, P. J., et al. (1999). Sexual offending and antisocial behavior among patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, *60*(3), 170–175.

Price, M., Kafka, M., Commons, M. L., et al. (2002). Telephone scatologia comorbidity with other paraphilias and paraphilia-related disorders. *International journal of law and psychiatry, 25*, 37–49.

Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., et al. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *The American journal of psychiatry, 156*, 786–788.

Rassat, M. L. (2006). *Droit pénal spécial : infractions des et contre les particuliers* (5e éd.) (724 p). Paris : Dalloz.

Tardieu, A. (1995). *Les attentats aux moeurs, 1857* (222p). Grenoble : J. Millon.

Les pédophilies extrafamiliales multirécidivantes

André Mc Kibben, Emmanuelle Croteau,
Nancy Ponton, Jean-Pierre Guay

La polymorphie des auteurs d'agression sexuelle

La polymorphie du comportement criminel a toujours été au cœur de l'interrogation criminologique. Depuis le XIX[e] siècle, ce problème d'instabilité et de variance dans le comportement criminel a battu en brèche les efforts des experts des différentes disciplines qui ont voulu, à partir des caractéristiques du criminel, du crime ou de la victime, créer des systèmes logiques de classification qui permettraient de mieux connaître l'évolution naturelle des diverses carrières criminelles et, par extension, de prédire la réapparition des conduites.

Il existe indéniablement des faits et des observations à l'effet qu'une certaine proportion de criminels ont tendance à se « spécialiser » dans un type particulier de conduite criminelle (Farrington, 1992 ; Blumstein *et al.*, 1988). Cette tendance a aussi été observée chez les auteurs d'agression sexuelle, particulièrement chez ceux qui agressent des enfants, dont le profil diffère de celui des criminels non sexuels sur le plan démographique (ex. : statut marital, éducation), mais aussi sur le plan de la récidive. Ceux-ci sont beaucoup plus souvent réarrêtés pour des délits de nature sexuelle et beaucoup moins souvent pour des délits de violence non sexuelle (Hanson *et al.*, 1995). Des observations du même type avaient été rapportées par Gebhard *et al.*, (1965), qui décrivaient les auteurs de gestes incestueux et les auteurs d'agression sexuelle extrafamiliale de garçons comme les plus stables en ce qui a trait au choix de leurs victimes.

Mais, au-delà de ces similitudes minimales, les variations demeurent très importantes. Boutin (1999) a mis en évidence le fait qu'antérieurement à leur condamnation, les auteurs d'agression sexuelle d'enfants avaient commis en moyenne 5,1 crimes sexuels, 1,6 crimes de violence, 2,6 crimes contre la propriété et 3,4 crimes d'autre nature. En comparaison, les auteurs d'agression sexuelle de femmes adultes avaient commis en moyenne 2,3 crimes sexuels, 4,4 crimes de violence, 5,1 crimes contre la propriété et 6,7 crimes d'autre nature.

Il a aussi été démontré que 35 % des auteurs d'agression sexuelle extrafamiliale de fillettes présentaient un antécédent à l'endroit d'un garçon, que 12 % avaient été impliqués dans des contacts incestueux et que 25 % avaient déjà commis un viol (Abel *et al.*, 1987, 1988). Ces variations dans le choix des victimes et des conduites s'expliquent en partie par la présence concomitante de plusieurs paraphilies chez les personnes condamnées pour des délits sexuels (Abel *et al.*, 1987, 1988) ou référées en psychiatrie pour des troubles de la conduite sexuelle (Bradford, 1992).

Enfin, Guay *et al.* (2001) ont démontré que les auteurs d'agression sexuelle ont une tendance à présenter une certaine stabilité mais que les niveaux de polymorphie varient selon leur type. Les plus hauts niveaux de polymorphie étaient observés chez les auteurs d'agression sexuelle pseudo-incestueux (agressant par exemple l'enfant de leur concubine) et les auteurs d'agression sexuelle de femmes adultes n'ayant pas de lien significatif avec la victime. Les plus bas niveaux de polymorphie étaient observés chez les auteurs d'agression sexuelle d'enfants sans lien significatif et de femmes sans lien significatif.

Dans ce chapitre, nous voulons vérifier si, sur la base du sexe de la victime, des différences significatives peuvent être observées entre les auteurs d'agression sexuelle eux-mêmes, entre les crimes commis et les caractéristiques des victimes. Enfin, nous vérifierons si d'autres différences significatives sont associées à des auteurs plus versatiles, c'est-à-dire, ceux dont les victimes sont des enfants des deux sexes.

Dans ce chapitre, nous tenterons donc de vérifier si, comme le titre le suggère, il existe, non pas un, mais plusieurs types de pédophilies extrafamiliales multirécidivantes. Le cas échéant, nous chercherons aussi à mettre en évidence les principales caractéristiques associées à ces types.

Population à l'étude et méthode

Nos sujets proviennent d'une recherche menée entre 1995 et 2000 au Centre régional de réception, un établissement pénitentiaire du Service correctionnel canadien ayant pour fonction d'accueillir en début de sentence les personnes condamnées à des sentences fédérales (2 ans ou plus d'incarcération). Six cent treize personnes, soit 94 % des personnes condamnées à des peines fédérales durant ces années au Québec pour des délits de nature sexuelle, ont accepté de participer à cette recherche. Des données sur les antécédents familiaux et personnels, les antécédents criminels, l'histoire relationnelle, les phases précrime, percrime et postcrime et sur la victime étaient notamment récoltées de façon systématique sur les sujets ayant accepté de participer.

Nous avons formé, à partir de cette population initiale, un groupe de sujets répondant de la façon la plus stricte possible à la définition générale de *pédophilies extrafamiliales multirécidivantes*. Pour ce faire, nous avons identifié parmi cette population 113 sujets qui, au moins à deux reprises au cours de leur vie, ont été condamnés pour des délits sexuels sur des enfants. Nous considérons que ces enfants étaient prépubères parce qu'ils étaient tous âgés de moins de 12 ans au moment des délits. Ces sujets n'ont jamais été condamnés pour des crimes sexuels sur des adultes, ce qui confère une certaine homogénéité à notre groupe. Ces caractéristiques des victimes semblent donc satisfaire à un premier critère de définition de notre groupe à l'étude, celui de la pédophilie.

Les sujets de notre groupe comptent en moyenne, incluant la condamnation actuelle, 5,6 condamnations pour des crimes sexuels au cours de leur vie, il apparaît justifié d'affirmer que nous sommes en présence d'une problématique multirécidivante, ce qui satisfait au deuxième critère de notre groupe à l'étude.

Afin de satisfaire le troisième critère, nous avons aussi sélectionné des sujets qui n'avaient jamais abusé de victimes avec qui ils avaient un lien biologique direct. Les pères ayant abusé à un moment ou à un autre de leur vie d'un ou de plusieurs de leurs enfants ont en ce sens été retranchés.

Par rapport à la condamnation actuelle, ces auteurs d'agression sexuelle ont, dans 24,8 % des cas, agressé une victime qui était une étrangère, une inconnue ou une connaissance lointaine; dans 17,4 % des cas, ont agressé une victime dont ils avaient une connaissance restreinte (voisin(e), élève, etc.) et, dans 57,8 % des cas, une victime dont ils avaient une connaissance intime (l'enfant de leur conjointe ou concubine, un membre de la famille élargie), sans que cette relation constitue un lien biologique direct. Le troisième critère, relatif au caractère extrafamilial de la relation entre l'auteur et la victime, est donc également satisfait.

Afin de tester notre hypothèse nos hypothèses de départ, ces 113 pédophiles extrafamiliaux multirécidivants ont ensuite été divisés en trois groupes :

- **groupe 1.** Des sujets dont le délit actuel, et tous les antécédents de nature sexuelle, ont été commis à l'endroit de **garçons** de moins de 12 ans : n = 21 ;
- **groupe 2.** Des sujets dont le délit actuel, et tous les antécédents de nature sexuelle, ont été commis à l'endroit de **fillettes** de moins de 12 ans : n = 64 ;
- **groupe 3.** Des sujets dont le délit actuel, et tous les antécédents de nature sexuelle, ont été commis à l'endroit d'**enfants de sexe masculin ou féminin** de moins de 12 ans : n = 28.

Résultats

Les résultats présentés ici (Tableau 41.I) concernent les caractéristiques du sujet, de la victime ou du crime pour lesquelles des différences statistiquement significatives (p égal ou plus petit que .05)

Tableau 41.I. Synthèse des résultats de l'étude.

	Variable	Homo.	Hétéro.	Mixte	Sig.
Données démographiques	État civil : célibataire	52 %	11 %	45 %	.093
	Années de scolarisation	12,5	9,38	9,9	.020
Carrière criminelle	Antécédents criminels adultes/violence non sexuelle	.200	1,1	.222	.025
	Nombre total de crimes sexuels	8,8	4.9	6.2	.000
	Mesure d'intensité de la carrière criminelle (rapport entre le nombre de délits commis et l'âge) par rapport aux délits sexuels commis	1,07	.53	**1.5**	.059
	Mesure d'intensité de la carrière criminelle (rapport entre le nombre de délits commis et l'âge) par rapport aux délits contre la propriété	,09	.17	**. 46**	.073
	Mesure d'intensité (rapport entre le nombre de délits commis et l'âge) par rapport aux délits de toute nature commis	1,8	1,13	**2,9**	.045
Antécédents personnels	Nombre de suivis antérieurs pour une problématique de déviance sexuelle	**1,9**	. 86	. 57	.016
	Nombre relations affectives stables antérieures	2,3	**3,8**	2,9	.050
	Nombre d'amis masculins intimes	8	**16**	8	.302
	Nombre d'amies féminines intimes	8	**13**	8	.1159
Données sur la victime	Relation intime entre la victime et l'agresseur	31 %	**72 %**	53 %	.012
	Victime perçue comme issue d'un milieu dysfonctionnel	**55 %**	29 %	33 %	.05
	Reconnaissance de conséquences négatives sur victime	**31 %**	17 %	14 %	.04
	Reconnaissance des gestes posés et des faits relatifs au délit	**59 %**	37 %	32 %	.05
Période pré-crime	*Un an avant*				
	Sentiment de solitude	**31 %**	17 %	4 %	.023
	Fantaisies déviantes envers d'autres personnes que la victime	**53 %**	12 %	47 %	.003
	48 heures avant				
	Sentiment de solitude	**52 %**	24 %	29 %	.024
	Sentiment de dévalorisation	**38 %**	23 %	10 %	.05
	Fantaisies déviantes envers la victime	**50 %**	21 %	23 %	.016
	Fantaisies déviantes envers d'autres personnes que la victime	**39 %**	16 %	23 %	.061
	Immédiatement avant				
	Alcool avant le délit	10 %	27 %	**37 %**	.074
	Drogue avant le délit	4 %	14 %	**29 %**	.032
	Pornographie avant le délit	14 %	2 %	**25 %**	.002
	Pendant le délit				
	Nombre total d'événements à caractère sexuel avec la (les) victime(s) en rapport avec la présente condamnation	27	**63**	28	.060

entre les trois groupes n'étaient pas toujours présentes mais pour lesquelles un des trois groupes se distinguait de façon significative d'au moins un ou des deux autres groupes. Afin de bien mettre en évidence ces caractéristiques propres à chaque groupe, ces résultats sont indiqués en foncé.

Les sujets du groupe 1, celui des pédophiles multirécidivistes extrafamiliaux contre les garçons, se distinguent d'abord par le fait qu'ils sont beaucoup plus souvent célibataires au moment du délit. Ces sujets ont aussi connu le moins grand nombre de relations affectives stables au cours de leur vie. Ils rapportent le moins grand nombre d'amis masculins ou féminins. Ces données suggèrent un certain isolement chez ces sujets.

En ce qui a trait aux antécédents criminels, ils comptent le plus grand nombre de délits sexuels antérieurs et le moins grand nombre de délits de violence non sexuelle et de délits contre la propriété. Ils constituent conséquemment le groupe le moins polymorphe, leur carrière criminelle s'avérant globalement relativement intense (2e rang sur la mesure générale d'intensité), mais très intense au plan sexuel parce que très homogène, surtout centrée sur des délits de nature sexuelle.

La déviance sexuelle peut être pointée comme un facteur associé à cette spécialisation dans la mesure où les délits sexuels apparaissent supportés par une fantasmatique déviante bien installée. Ces sujets rapportent le plus de fantaisies déviantes envers des personnes autres que la victime durant l'année qui précède leur délit. De même, ils rapportent le plus de fantaisies déviantes envers la victime durant les 48 heures précédant le délit. Ils comptent également le plus de références antérieures pour un traitement d'une problématique de déviance sexuelle, ce qui indique que cette problématique a probablement été identifiée au cours de leurs passages précédents dans le système judiciaire.

Ils ont significativement tendance à agresser des victimes avec qui ils n'entretiennent pas une relation de proximité, des étrangers ou des connaissances. Ils reconnaissent plus fortement que ces délits ont eu des conséquences négatives pour leurs victimes, percevant souvent celles-ci comme issues de milieux dysfonctionnels. Le contexte délictuel est très caractéristique : durant les 48 heures précédant les délits, des affects de solitude et de dévalorisation sont significativement présents alors que l'alcool ou la drogue le sont très peu.

Les sujets du groupe 2, celui des pédophiles multirécidivistes contre les fillettes, sont les moins scolarisés. À peine 11 % d'entre eux sont célibataires au moment du délit. Ils comptent le plus de relations affectives antérieures stables au cours de leur vie et rapportent le plus grand nombre d'amis intimes masculins et féminins. En ce qui concerne l'isolement social et affectif, ils se situent aux antipodes des sujets du groupe 1.

Sur le plan des antécédents criminels, ces sujets ont le moins grand nombre de délits sexuels antérieurs. Ils figurent au 2e rang en ce qui concerne les délits contre la propriété, mais au 1er rang en ce qui a trait aux délits de violence non sexuelle. Globalement, la carrière criminelle, plutôt hétérogène, apparaît comme la moins intense des trois groupes.

La relation à la victime distingue le mieux ces sujets puisqu'il s'agit, dans une très forte proportion, d'enfants avec lesquels ils ont une relation intime significative (72 %), majoritairement l'enfant de leur concubine. Cet accès immédiat aux victimes contribue probablement à une caractéristique significative du crime, la condamnation actuelle ayant été imposée en rapport avec le plus grand nombre d'événements à caractère sexuel avec la victime. Ce sont aussi les sujets qui ont le moins tendance à percevoir les victimes comme issues d'un milieu dysfonctionnel.

Ce sont les sujets qui reconnaissent le moins souvent la présence de fantaisies déviantes, tant envers la victime qu'une autre personne, que ce soit 1 an ou 48 heures avant le délit. Sur le plan des affects prédélictuels, le sentiment de solitude est le moins fréquemment rapporté parmi les trois groupes, le sentiment de dévalorisation étant quand même rapporté à une certaine fréquence (27 % : 2e rang), mais de façon non significative.

Enfin, les facteurs de désinhibition liés à l'alcool, aux drogues ou à l'utilisation de pornographie immédiatement avant le délit s'avèrent non significatifs.

Les sujets du groupe 3, celui des pédophiles multirécidivistes mixtes, apparaissent aussi passablement isolés puisque 45 % sont célibataires au moment du délit et qu'ils ont, avec les sujets du

groupe 1, le moins grand nombre d'amis intimes masculins et féminins. Ils comptent également peu de relations affectives stables antérieures (2e rang).

Concernant les mesures de la carrière criminelle, les résultats mettent en évidence le caractère intense et polymorphe de la carrière criminelle de ces sujets, ceux-ci se classant au 1er rang par rapport aux délits sexuels, aux délits contre la propriété et aux délits de toute nature commis.

Le choix de la victime apparaît également caractérisé par la polymorphie, ces sujets ayant, à parts égales, agressé une victime avec laquelle ils avaient ou non une relation de proximité. Ce sont ceux qui admettent le moins spontanément les faits relatifs aux délits et les conséquences sur leurs victimes.

Quant au contexte du délit, il n'apparaît pas associé à des affects de solitude ou de dévalorisation (2e et 3e rangs). On note cependant la présence de fantaisies sexuelles déviantes au long cours chez ce groupe, 47 % des sujets rapportant de telles fantaisies envers une autre personne que la victime durant l'année précédant le délit. Ce même facteur apparaît contributif au délit dans la mesure où ces sujets se classent au 2e rang en ce qui a trait à la présence de fantaisies sexuelles déviantes envers la victime ou une autre personne durant les 48 heures qui précèdent le délit. Au moment du passage à l'acte, c'est néanmoins l'utilisation d'alcool, de drogues ou de pornographie juste avant le délit qui caractérise le mieux ce groupe.

Discussion

Parmi les facteurs dont l'association à la récidive a été démontrée chez les auteurs d'agression sexuelle, il en est un qui supplante tous les autres : la présence d'antécédents criminels de nature sexuelle. Dans les échelles d'évaluation du risque de récidive, ce facteur est d'ailleurs généralement surpondéré (Hanson *et al.*, 2007) parce qu'il a été empiriquement démontré que le niveau de risque de récidive sexuelle s'accroît à mesure que le nombre d'antécédents de nature sexuelle augmente. Nous croyons donc que la population de pédophiles extrafamiliaux multirécidivants que nous avons rassemblée, ayant en moyenne 5,6 condamnations antérieures pour des délits de nature sexuelle, constitue un certain « noyau dur » de la pédophilie.

Parmi les autres facteurs ayant été empiriquement associés à la récidive chez les auteurs d'agression sexuelle, le fait d'avoir agressé un enfant mâle et d'avoir agressé une victime inconnue ont aussi été identifiés. On comprend donc que les sujets du groupe 1, ayant le plus grand nombre d'antécédents de nature sexuelle, n'ayant agressé que des enfants mâles qui, dans une proportion de 69 %, sont des étrangers ou des connaissances passagères, forment un groupe qui se distingue encore plus particulièrement.

Nos données font d'abord ressortir chez ces sujets une dimension de solitude caractérisant leur vie. Ce groupe compte la plus grande proportion de célibataires, les sujets qui ont le moins grand nombre d'amis intimes, féminins ou masculins et qui ont entretenu un nombre significativement moindre de relations affectives stables antérieures. Ces éléments signalent un isolement repérable sur les plans social et affectif.

Cette dynamique d'isolement semble prendre sa source dans un malaise et une méfiance à l'égard des adultes. Cette méfiance, chronique, peut être associée à des expériences négatives durant l'enfance avec des adultes, particulièrement l'abandon parental précoce, les carences et des figures d'attachement infantile inadéquates. Les victimisations sexuelles dans l'enfance sont également un facteur associé à la méfiance envers les adultes et à la reproduction du comportement déviant à l'âge adulte, particulièrement chez les pédophiles homosexuels (Abel *et al.*, 1987 ; Pham *et al.*, 2006).

Les lacunes sur le plan des habiletés sociales, de l'affirmation de soi et de l'intimité peuvent être invoquées pour expliquer leurs difficultés à entreprendre et à maintenir une relation avec d'autres adultes et, particulièrement, une relation intime. On pourrait aussi affirmer qu'ils possèdent les habiletés nécessaires à une insertion superficielle dans le monde des adultes, en parvenant par exemple à maintenir un emploi, souvent par la présentation d'une façade conformiste masquant le caractère superficiel de leurs rapports aux adultes et le peu d'intérêt et de désir relationnel à leur égard.

En ce sens, les données sur la fantasmatique de ces sujets nous apparaissent révélatrices. La présence importante de fantaisies déviantes récurrentes et routinières est en effet notée, celles-ci ciblant

parfois la victime mais aussi plusieurs autres objets sexuels immatures. L'observation clinique de pédophiles homosexuels multirécidivistes met d'ailleurs en évidence une forte proportion de ces sujets présentant une fantasmatique exclusivement déviante. Nous croyons qu'une proportion importante des sujets du Groupe 1 entretient et perpétue, par leurs pratiques masturbatoires, de fortes préférences sexuelles déviantes, plutôt impersonnelles et indifférenciées, envers plusieurs objets sexuels prépubères. À un premier niveau, la stabilité dans le choix des victimes et la persistance de la carrière criminelle sexuelle repérées dans nos données pourraient donc en partie s'expliquer par cette réalité.

À un autre niveau, la sexualité déviante est probablement pour ces sujets un mécanisme routinier de gestion des affects négatifs qu'elle permet de refouler, de gérer au quotidien. Les fantaisies et comportements masturbatoires déviants, bien installés dans la vie de ces sujets, apparaissent comme un mécanisme de compensation correspondant à des illusions fugitives et éphémères de rapprochement avec des objets qui deviennent, à travers leur vulnérabilité et leur facilité à être contrôlés, les derniers recours pour une compatibilité affective et sexuelle dans l'existence de ces sujets. Nos données révèlent d'ailleurs des affects négatifs comme la solitude et la dévalorisation présents au long cours dans la vie de ces sujets, affects qui ont la particularité d'être exacerbés dans les heures qui précèdent les passages à l'acte.

L'ensemble de ces données et observations nous amène donc à croire qu'une proportion importante des sujets de ce groupe présente une déviance sexuelle qui supporte les conduites déviantes mais aussi une problématique relationnelle, ceux-ci semblant souvent avoir abdiqué face à la perspective d'établir et de maintenir une relation affective, voire sexuelle, avec un(e) partenaire adulte adéquat(e) et présentant même une certaine aversion à envisager ce type de rapprochement intime avec une femme adulte.

Leur position relationnelle apparaît extrêmement inconfortable, une angoisse fusionnelle les amenant à éviter et à fuir les rapprochements. Il en résulte un isolement qui les expose à une angoisse d'abandon qui doit être résolue. Elle l'est de façon fugitive et éphémère dans le contexte des délits où les enfants apparaissent comme des objets moins menaçants avec lesquels la relation semble davantage accessible afin de combler leurs besoins d'affection, d'intimité et de sexualité et de retrouver une certaine valorisation. C'est sans doute ce qui amenait Aubut *et al.* (1993, p. 32–33) à dire qu'«… *un même acte pédophile peut renvoyer à des motivations bien différentes.* […] *l'adhésion au symptôme n'est pas uniquement liée à la satisfaction sexuelle, mais aussi à l'exercice du triomphe sur l'autre et à la crainte fondamentale d'établir une relation.* […] *la pédophilie n'est pas uniquement l'attirance envers les enfants, c'est aussi et surtout une crainte fondamentale de la femme et des adultes en général*».

Conséquemment, les relations avec ces objets de désir substituts immatures, plus faciles à contrôler, ne sont pas aménagées au hasard. Nos données indiquent d'abord que les victimes sont significativement des étrangers ou des connaissances lointaines et passagères, décrites comme issues de milieux dysfonctionnels (jeunes isolés, en difficultés, en famille d'accueil, en centre jeunesse, etc.). L'agression sexuelle ainsi posée dans un tel cadre relationnel à un garçon vulnérable, procure au pédophile homosexuel l'occasion d'un rapprochement contrôlé. Compte tenu des lacunes de ces sujets sur le plan de la compétence sociale, d'un envahissement par des affects vécus négativement et des besoins sous-jacents à leurs propres carences, l'agression sexuelle peut aussi être un lieu de réparation de son propre vécu, voire de son enfance. Nous notons d'ailleurs que nombre de ces sujets ont tendance à se percevoir comme empathiques à la victime, voire comme des éducateurs ou des philanthropes. Les données complémentaires relevant que l'utilisation d'alcool, de drogue ou de pornographie n'est généralement pas associée aux passages à l'acte de ce groupe, nous amènent aussi à croire que l'auteur recherche la satisfaction directe de certains des besoins autres que sexuels relevés précédemment.

Nos sujets du groupe 2 se présentent d'emblée de façon fondamentalement différente, étant ceux qui entretiennent et actualisent un désir relationnel plus manifeste envers les adultes. Ils ont connu le plus grand nombre de relations affectives stables antérieures. Au moment du délit, ils sont le moins souvent célibataires et comptent le plus grand nombre d'amis intimes, masculins ou féminins. Ils sont d'ailleurs passablement moins mar-

ginalisés socialement, présentant la carrière criminelle la moins intense parmi les trois groupes.

Leur sexualité apparaît aussi moins marginale. Spécifiquement, ce sont ceux qui comptent le moins d'antécédents de nature sexuelle. Dans leur vécu quotidien, la fantasmatique apparaît plutôt discrète et, lorsqu'elle est présente, elle semble coexister avec des intérêts sexuels non-déviants envers les adultes. En fait, nos données, pour ces sujets, posent au second plan la déviance sexuelle comme motivation au délit, celle-ci n'y apparaissant pas significativement associée.

C'est la relation à la victime qui les caractérise le mieux alors que, dans une proportion de 72 %, ils sélectionnent dans leur milieu immédiat des victimes avec qui ils entretiennent une relation intime et dont ils abusent à une fréquence beaucoup plus élevée et, fort probablement, pendant plus longtemps. Puisque la carrière criminelle des pédophiles hétérosexuels s'avère la moins intense parmi les trois groupes et ne montre pas de signe évident de spécialisation, nous pouvons supposer que les gestes posés comportent une dimension régressive qui détermine en partie le profil de ces sujets.

Désireux d'établir des relations affectives significatives avec des femmes, ils sont probablement moins habiles à les maintenir et à les développer sur un mode mature. Ils nourrissent, dans leur désir immature de vivre une relation fusionnelle avec leur partenaire, des attentes démesurées, idéalisant l'autre comme unique source potentielle de satisfaction à leurs besoins. Ils deviennent rapidement ambivalents une fois la relation établie. Face aux inévitables déceptions qui surgissent lorsque la relation est posée en ces termes, les compétences plus sophistiquées nécessaires à l'intimité et à l'expression authentique de leurs besoins, désirs, limites et insatisfactions, semblent leur faire défaut et constituent des obstacles à la résolution des problèmes. Les relations au sein desquelles ils évoluent semblent d'ailleurs se caractériser par des conflits interpersonnels récurrents.

Les délits semblent se développer dans le contexte d'une perturbation émotionnelle liée à des situations conjugales conflictuelles, donnant lieu aux attentes déçues et aux frustrations précédemment évoquées, mais aussi à un élargissement des fantasmes et des comportements sexuels.

Nous estimons qu'une proportion importante des sujets de ce groupe manifeste un désir affectif et sexuel envers les adultes mais régresse sur les plans émotionnel et sexuel dans un contexte particulier d'insatisfaction générant de la frustration. Ils pallient alors leurs manques par des attouchements, parfois sur un mode vengeur, sur la fille ou la petite sœur de leur concubine, un membre de la famille élargie, ces victimes tenant lieu de substitut illusoire. Nous notons d'ailleurs que l'affect prédélictuel le plus fréquemment évoqué par ces sujets (23 %) est, sans être significatif par rapport aux autres groupes, un sentiment de dévalorisation. Le fait qu'ils constituent le groupe comptant le plus grand nombre d'antécédents de violence non sexuelle met en lumière l'accumulation d'insatisfactions et de frustrations qui se repère dans leurs comportements.

Les sujets du groupe 3 présentent un amalgame de caractéristiques tout aussi spécifiques. Ils comptent très peu d'amis intimes masculins ou féminins, dans la même proportion que les sujets du groupe 1. Ils sont très souvent célibataires (45 %) au moment du délit. La carrière criminelle est la plus intense et la plus polymorphe parmi trois groupes, se composant de délits de toute nature mais comportant une importante composante sexuelle. Ces sujets s'apparentent sous divers aspects à la population criminelle générale par son caractère antisocial et nous pourrions, comme Gottfredson and Hirschi (1990), faire l'hypothèse que « la versatilité de l'agir délictuel résulte de lacunes variées, liées à une maîtrise de soi déficitaire, lesquelles s'avèrent particulièrement proéminentes au sein des populations criminelles. Les individus présentant une maîtrise de soi déficitaire sont beaucoup plus susceptibles d'être impliqués dans des types de crimes variés et des comportements déviants, incluant le viol, le vol, voire le meurtre. De plus, ils ont une forte tendance à boire, à fumer et à être impliqués dans toutes sortes d'accidents, incluant des incendies domestiques, des collisions automobiles et des grossesses non désirées. »

L'utilisation lors du délit de désinhibiteurs tels que l'alcool, les drogues et la pornographie distinguent en effet significativement ces sujets de ceux des deux autres groupes, complétant ainsi le profil antisocial déjà mis en lumière. Les fantaisies sexuelles déviantes sont un autre facteur contributif

relativement fréquent dans les heures qui précèdent le délit (23 %) et qui en explique l'actualisation.

Le désir relationnel à l'égard d'autrui est donc présent mais il est perverti et s'actualise sur le mode de la manipulation, de l'exploitation, de l'insensibilité, de l'indifférence et du mépris à l'égard d'autrui. Dans ce contexte, les enfants des deux sexes peuvent être victimisés, probablement en fonction de l'opportunité, les pédophiles mixtes étant attirés par les adultes mais commettant malgré tout des délits sexuels sur des enfants des deux sexes avec lesquels ils entretiennent une relation de proximité (53 %) tout aussi souvent que des étrangers ou des connaissances (47 %).

En résumé, on pourrait dire que, chez nos pédophiles homosexuels, l'acte d'agression sexuelle renvoie à une crainte fondamentale d'établir une relation et de vivre l'angoisse de rapprochement alors que le même acte, chez nos pédophiles hétérosexuels, fait référence à l'ambivalence relationnelle et que, chez le pédophile mixte, il apparaît d'abord rendre compte de l'exercice d'un certain triomphe sur l'autre.

Conclusion

Plusieurs limites peuvent être formulées face à nos conclusions et interprétations, la moindre n'étant pas le fait que nos données ont été rassemblées auprès d'auteurs d'agression sexuelle incarcérés. Les formulations dynamiques que nous avons esquissées à gros traits pour chacun de nos trois groupes ne sont pas exhaustives et ne peuvent être généralisées à chacun des membres de ce groupe.

Nous en convenons volontiers. C'est le cas, par exemple, de nos sujets du groupe 2 pour lesquels nous avons mis en évidence le caractère régressif du délit. Il est probable que, parmi ces sujets, il se trouve aussi dans une certaine proportion des pédophiles hétérosexuels structurés privilégiant, au profit d'une fixation érotique envers les fillettes, des choix de conjointes, mères de familles monoparentales multidysfonctionnelles, leur donnant ainsi un accès direct facile à des victimes. Leurs délits n'auraient rien de régressif.

Nous croyons cependant que les critères que nous avons utilisés pour constituer notre population de pédophiles extrafamiliaux multirécidivistes, « noyau dur » de la pédophilie, étaient rigoureux, pertinents et clairs. Nous avons par la suite utilisé comme critère de classification la stabilité ou l'instabilité dans le sexe de la victime pour fractionner cette population de départ. Nous croyons que cette façon de faire nous a effectivement permis d'identifier, dans chacun de nos trois groupes, des caractéristiques de l'auteur, des victimes et du crime qui correspondent à une dynamique générale particulière à chacun des groupes même si, sur une base individuelle, les membres de ces groupes y correspondent de façon variable.

Ces résultats suggèrent que l'utilisation de ce critère pourrait être élargie. Nous pourrions, par exemple, pour fins de comparaison, créer un groupe d'auteurs d'agression sexuelle relativement semblable à nos trois groupes mais qui serait composé d'auteurs ayant aussi agressé au cours de leur carrière criminelle des victimes adultes. Il deviendrait possible de comparer des groupes de sujets présentant une polymorphie « faible », « modérée » ou « élevée ».

Ces considérations méthodologiques nous rappellent que la classification des auteurs d'agression sexuelle est un champ d'activité qui a été quelque peu délaissé au cours des dernières décennies, probablement dans le contexte où l'évaluation du risque, s'imposant comme un outil de « gestion rationnelle », a canalisé les énergies des chercheurs et les fonds des administrations publiques et des organismes subventionnaires. Dans le contexte de ce chapitre, nous espérons avoir rappelé qu'une démarche rigoureuse de classification demeure une méthode qui permet de cibler les caractéristiques les plus pertinentes d'un groupe de sujets et, conséquemment, de formuler des interventions et des objectifs plus pertinents à leur égard.

Références

Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., & Murphy, W. D. (1987). Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of interpersonal violence*, *2*, 3–25.

Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M., & Rouleau, J. L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *16*, 153–168.

Aubut, J. ,& collaborateurs. (1993). *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*. Québec : Les Éditions de la Chenelière inc., Montréal.

Boutin, S. (1999). *La carrière criminelle des auteurs d'agression sexuelle sexuels, Mémoire de maîtrise, École de Criminologie*. Montréal, Québec, Canada : Université de Montréal.

Bradford, J. M. W., Boulet, J., & Pawlak, A. (1992). The paraphilias : A multiplicity of deviant behaviours. *Canadian Journal of Psychiatry*, *37*, 104–108.

Blumstein, A., Cohen, J., Das, S., & Moitra, S. D. (1988). Specialization and seriousness during adult criminal careers. *Journal of Quantitative Criminology*, *4*, 303–345.

Farrington, D. P., Snyder, H. S., & Finnegan, T. A. (1988). Specialization in juvenile court careers. *Criminology*, *26*, 461–487.

Gebhard, P. H., Gagnon, J. H., Pomeroy, W. B., & Christenson, V. V. (1965). *Sex Offenders : An Analysis of Types*. New York : Harper & Row.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Stanford : Stanford University Press.

Guay, J.-P., Proulx, J., Cusson, M., & Ouimet, M. (2001). Victim-Choice Polymorphia Among Serious Sex Offenders. *Archives of Sexual Behavior, 5*.

Hanson, K. R., Scott, H., & Steffy, R. A. (1995). A comparison of child molesters and nonsexual criminals : Risk predictors and long-term recidivism. *Journal of Research.in Crime & Delinquency, 32*, 325–337.

Hanson, K. R., Harris, A. J. R., Scott, T.-L., & Helmus, L. (2007). *Évaluation du risque chez les délinquants sexuels soumis à une surveillance dans la collectivité : le Projet de surveillance dynamique, Rapport pour spécialistes no 2007-05*. Ottawa (Ont.) : Sécurité publique Canada.

Pham, T. H. (2006). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Belgique : Les Éditions Mardaga.

Soins aux auteurs de violence sexuelle : approche psychanalytique

Alain Harrault, Claudette Hugon

« La méthode analytique de psychothérapie est celle qui pénètre le plus profondément, qui a la plus grande portée, celle par qui les patients peuvent le mieux être transformés. »

La technique psychanalytique, Sigmund Freud.

« Sous le nom de psychothérapie analytique on entend une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse » (Laplanche et Pontalis). Depuis la parution de ces lignes, la psychanalyse s'est diversifiée et de nombreuses méthodes ont été mises au point. Elles portent parfois sur des aspects particuliers du psychisme mais elles s'articulent toujours autour des notions d'inconscient, de fonctionnement psychique, de pulsion et de transfert. Le travail est basé sur la relation transférentielle et la mise en sens de ce qui y est actualisé.

Avant d'aborder la prise en charge (PEC), nous nous arrêterons sur les conditions dans lesquelles les auteurs de violence sexuelle (AVS) s'adressent à nous, sur leur organisation psychique et sur le sens que l'on peut attribuer à leurs actes.

Compréhension psychanalytique des agirs sexuels violents et du fonctionnement psychique des AVS

Les patients viennent nous voir suite à des actes de violence sexuelle qui ont été désignés comme « symptôme » par la société. Parfois ils font symptôme aussi pour l'entourage ou (et) l'auteur.

Cette dimension de contrainte liée aux soins pénalement ordonnés devra s'inscrire dans le dispositif de soin. L'écart existant entre la demande de la société, du sujet et de son entourage devra être interrogé et donner lieu à un travail de différenciation et d'articulation.

Les actes violents sexuels ont-ils toujours le même sens ?

En référence aux travaux de P. Aulagnier, C. Balier (1996) définit trois compréhensions de l'acte différentes :

- le niveau originaire où seul le pictogramme « pénétrant-pénétré » est présent. Les actes sont souvent très violents car la poussée pulsionnelle n'a pas pu rencontrer la représentation. L'objet n'existe pas ;
- le niveau primaire où « la dynamique de l'acte est fondée sur la recherche du double ». Il y a capacité de renversement de l'activité en passivité. Le retournement sur la personne propre entraînant la capacité à se voir soi-même est possible. Cependant le double retournement n'est pas intégré au niveau psychique et l'autre ne peut être reconnu dans son désir propre. L'objet est souvent fétichisé. La sécurité sur le plan affectif n'a pu se constituer ;
- le niveau secondaire où les actes correspondent à des points de fixations régressifs. Le lien à l'autre différencié existe et les points de fixations pourront donner lieu à un travail d'analyse et d'élaboration.

Concernant les niveaux originaires et primaires C. Balier parle de recours à l'acte. L'enjeu est la survie psychique. Au niveau secondaire, il s'agit de passage à l'acte où l'enjeu est le court-circuit de la mentalisation et la décharge de l'agressivité non liée.

G. Bonnet (2008), fait référence aux messages énigmatiques de J. Laplanche. Ces messages, à valeur sexuelle, sont envoyés aux enfants sans qu'ils aient la possibilité de les lier à des représentations. Ils constituent une charge d'excitation non liée susceptible d'émerger si quelque chose du réel y fait écho. Peu à peu cependant ces excitations sont en principe intégrées à un circuit pulsionnel complet grâce aux idéaux fondamentaux transmis par l'entourage. Quand les excitations n'ont pu être intégrées à ce circuit, « La sexualité pulsionnelle passe au service » de ce qu'il appelle « la sexualité fondamentale » (la gestion des excitations issues des messages énigmatiques), « celle du Ça, où l'exigence de jouissance l'emporte envers et contre tout ».

La construction de la pulsion suppose la rencontre avec un objet capable de recevoir, contenir et transformer les tensions internes, les excitations puis de les transmettre afin que le sujet puisse se construire en se les appropriant ainsi transformées. Ce travail de transformation effectué par l'objet prend appuis sur les dimensions familiales (ou du groupe d'appartenance) et sociales.

A. Ciavaldini (2012) évoque des « enclaves de psyché » : « la pulsionnalité apparaît non temporisée comme une enclave infantile qui serait restée à l'état *brut* et où l'excitation n'est pas parvenue au statut du représentatif ». Selon lui, il se produirait un « gel des processus sensorimoteurs » prenant source dans un sentiment d'insécurité profond lié à l'histoire du sujet. L'acte provoque un apaisement et/ou une jouissance liée au contrôle repris qui sauvegarde le narcissisme. Ce qui peut conduire à une fétichisation du parcours sensorimoteur et amener à la répétition des actes.

Pour R. Kaës (2009), la construction du psychisme prend appui sur les espaces individuels, groupaux et sociétaux. Les différenciations entre et à l'intérieur de ces trois niveaux se constituent par des mouvements d'aller-retour entre chacun de ces espaces. Chacun des mouvements transforme à la fois le contenu qui y est véhiculé et les espaces qu'il traverse. Les contenus mais aussi les logiques sont différents dans chaque espace. C'est par le passage d'un régime logique et d'un contenu à l'autre que les tensions trop importantes propres à chaque espace peuvent être liées puis revenir dans leur espace d'origine, non seulement sans le menacer de dislocation, mais en participant à son évolution et à sa consolidation.

Par leurs actes, les AVS déversent des tensions issues de l'intrapsychique dans d'autres espaces, celui de la victime, celui de différents groupes d'appartenances, celui de la société. Les capacités de ces espaces à recevoir, contenir, transformer, transmettre les tensions déversées en leur sein auront des conséquences au niveau du psychisme individuel de l'auteur et de la victime.

Pour conclure, nous considérerons, avec A. Ciavaldini et C. Balier que l'acte survient lorsque l'excitation, les tensions internes sont telles qu'elles menacent l'intégrité de l'appareil psychique. Cette défaillance peut être rapportée à un accroc dans la construction du psychisme de l'auteur, mais aussi aux incapacités des autres espaces (entourage et société) à contenir leurs propres tensions. Ainsi les actes de violence sexuelle sont à mettre en regard avec la qualité de la mise en représentation des tensions, excitations et le processus de différenciation. L'objectif des soignants consiste alors à « repriser » le circuit pulsionnel en se mettant en position de faire le travail de transforma-

tion et de transmission nécessaire à la subjectivation. Pour cela, une attention particulière aux éprouvés corporels et une articulation avec l'accompagnement judiciaire sont essentielles.

Les principaux traits de personnalité rencontrés

Même s'il n'existe pas de profil psychopathologique des AVS, les professionnels qui ont étudié leurs personnalités (Balier, Ciavaldini, Coutanceau) sont d'accord pour dire que des éléments spécifiques se retrouvent très souvent dans leur fonctionnement psychologique. Les AVS utilisent outre le recours à l'acte, des mécanismes de défenses archaïques tels que le clivage, le déni d'altérité, l'emprise. Ce fonctionnement clivé nous donne à voir d'un côté « le monstre » rejeté par la société et condamné par la justice; de l'autre le sujet plus ou moins adapté, niant en grande partie toute souffrance psychologique et parfois aussi toute implication dans les faits qui lui sont reprochés.

En consultation individuelle, on a le plus souvent à faire uniquement à la partie adaptée. Il nous est alors très difficile de pouvoir interroger leurs comportements et susciter une analyse. Le discours est le plus souvent opératoire, accroché à la réalité matérielle et dans l'évitement et/ou la projection des conflits internes. L'angoisse de perte d'objet est peu élaborée ce qui génère une intériorisation de l'objet inachevée et/ou défaillante, un besoin d'emprise important, des difficultés de séparation. Ces patients oscillent de la confusion moi-autre à des positions clivées très excluantes où l'autre est soit un objet persécuteur soit une partie de soi. On rencontre aussi souvent un accrochage au social. Véritable essai de combler la faille narcissique en prenant appuis sur les idéaux sociaux sans qu'ils aient pu être réellement intériorisés faute d'avoir été liés au sein des relations d'objet. La confrontation à l'image véhiculée socialement des AVS (monstres) constitue donc en soi un facteur de déstabilisation majeur.

Les soins : un espace de transformation et de transmission

Reprenons les principales caractéristiques de l'approche psychodynamique en tenant compte de ce qui précède.

Adaptation du cadre analytique aux AVS

Dans tous les cas, il existe une particularité, la demande ne peut être considérée comme si elle émanait directement du sujet, elle est d'abord judiciaire. Cela a des implications au niveau de la mobilisation psychique, du transfert et de l'alliance thérapeutique. Un espace particulier devra y être consacré dans l'organisation des soins.

Pour tenir compte des particularités d'organisations psychiques, d'autres aménagements spécifiques sont nécessaires.

Le transfert

B. Penot [7] parle de la nécessité pour tenir compte de la clinique de spécifier différents registres d'implication subjective de l'analyste. Il en relève au moins trois :

- celui du désir de l'analyste qui va conditionner la conceptualisation même dont il sera capable. Au-delà, son désir conditionne le contenu du transfert. Il existerait une sorte de « prêt à transférer » constitué par et constitutif de celui-ci. Ce n'est qu'au regard de son existence que le thérapeute peut réellement interroger la position de sujet du patient ;
- celui du contre-transfert, soit la façon dont « l'analyste reçoit subjectivement l'investissement fantasmatique dont il est l'objet », qui « ne peut exister que dans un rapport dialectique avec ce qui le précédait (le prêt à transférer)… À ce niveau, le travail du psychanalyste consiste à analyser le contre-transfert en articulation avec l'analyse de son désir » ;
- celui du transfert « subjectal » que l'on rencontre avec des patients présentant des carences au niveau de la construction et de l'appropriation fantasmatique (la majorité des AVS). L'analyste se trouve pris dans une « répétition induite chez l'autre ». Il ne sera en mesure de la percevoir qu'après coup, son système conscient/préconscient ayant été court-circuité. Il est alors question de la réactualisation d'une « empreinte » réelle de type traumatique, qui a fait trace mais se situe en deçà de la constitution d'un fantasme (par exemple les messages énigmatiques qui n'ont pas été transformés). Nous sommes

convoqués à des niveaux où nous-mêmes sommes ou avons été impactés. À nous de transformer cet impact, de l'articuler au symbolique et à l'imaginaire. Pour B. Penot, cette répétition est la seule « à même de réactualiser la charge affective de manière à la restituer dans la vie subjective du patient dont elle demeurait rejetée ».

L'alliance thérapeutique

Celle-ci n'est jamais acquise d'emblée. Pour la construire nous devrons tenir compte des spécificités psychiques et de l'existence de l'obligation judiciaire : au niveau originaire et primaire l'alliance thérapeutique est souvent rendue difficile par l'angoisse que fait surgir la différenciation. Le thérapeute peut, par exemple, être mis dans une position de persécuteur.

Il sera essentiel de veiller à différencier et respecter les espaces du sujet, de la justice, des groupes d'appartenance. Quelle est la demande ou la non-demande de chacun des espaces ? Quelles articulations possibles ?

Un travail réflexif renforcé permettant la reprise d'un processus de subjectivation

Il sera question de mise en sens et d'intériorisation, là où l'efficacité des représentations et des mots pour lier les tensions internes s'avèrent insuffisantes. Les interprétations ne seront d'aucun secours elles donneront lieu soit à un collage au discours soit à un vécu d'intrusion. Ce sera la capacité du thérapeute à aller voir du côté de son impensé, voire impensable, qui pourra aider le patient à lier cette charge affective et lui donner accès à la représentation et à la mise en fantasme… On perçoit combien les éprouvés seront centraux.

Les outils

Dans toute thérapie psychanalytique il est à la fois question d'interroger les origines de la demande, de mobiliser le fonctionnement psychique du patient afin de permettre un travail d'élaboration. Quels outils nous semblent les plus à même de permettre ce travail sachant que chez les AVS, les éprouvés corporels et l'infraverbal sont au premier plan ?

Le cadre

Il permet de contenir les éprouvés. Il doit donc être suffisamment fiable et souple pour permettre leur apparition et leur transformation.

Il s'agit à la fois du cadre théorique, du cadre institutionnel et du fonctionnement groupal. Au-delà des techniques utilisées, il est nécessaire de penser l'articulation de ces différents cadres afin de leur donner une cohérence globale. Pour les AVS, l'implication de différentes institutions rend celle-ci plus difficile à obtenir.

La groupalité

Le groupe est un outil particulièrement opérant pour aborder ces sujets. Groupe de patients mais aussi groupe de soignants. Nous ferons appel à R. Kaës (2009) pour définir le travail analytique groupal. La situation groupale mobilise psychiquement. D'emblée vont entrer en conflit l'envie d'appartenir au groupe et l'envie de se différencier. Des angoisses d'anéantissement ou de morcellement suivant les personnes et les groupes vont apparaître. Chaque individu va réagir en fonction de son fonctionnement psychique et de son histoire. La situation groupale fait échos avec les situations familiales. Vont apparaître des illusions groupales et des alliances inconscientes entre les membres. Elles s'organisent autour de l'évitement de la confrontation à ce qui menace ou pourrait menacer l'intégrité psychique et en réaction aux angoisses mobilisées. Les alliances inconscientes peuvent être de nature différentes, structurantes (elles permettent l'élaboration de l'angoisse), offensives (elles évitent l'angoisse par projection sur l'autre), aliénantes (elles évitent l'angoisse mais enferment dans la répétition). Dans les groupes de patients AVS, les alliances aliénantes qui apparaissent le plus souvent sont le pacte narcissique, le contrat pervers et la communauté de déni.

L'objectif thérapeutique devient la transformation des alliances aliénantes en alliances structurantes. Pour y parvenir, les thérapeutes prennent appui sur le cadre, analyse les transferts et contre-transferts, repèrent et analysent les alliances inconscientes. Ainsi, un travail d'élaboration de l'angoisse peut commencer, ouvrant la voie à la reprise du processus de subjectivation pour les patients et à des modifications au niveau des

illusions groupales (changements de thème ou meilleur articulation avec la réalité). Dans tous les types de groupes thérapeutiques psychanalytiques ces mécanismes sont à l'œuvre, seuls les outils de mobilisations ou/et d'élaborations diffèrent. Le psychodrame se servira de l'engagement du corps et du jeu comme vecteurs permettant de faire surgir des éprouvés et de favoriser leur mise en représentation. Dans les groupes utilisant les techniques du corps l'accent sera mis sur les éprouvés en lien avec le mouvement ou la passivité. Dans les groupes d'art-thérapie, les sensations cinesthésiques, visuelles et esthétiques seront d'avantages sollicitées…

Travailler groupalement ou le travail d'équipe

Il est pour nous fondamental. Fonctionner groupalement en équipe, c'est travailler à accueillir, repérer et transformer ce qui s'y dépose en lien avec le transfert subjectal et l'histoire des patients. Cela suppose qu'au sein de l'équipe puissent se mettent en place suffisamment d'alliances structurantes pour permettre une élaboration des angoisses qui y sont déposées. Un climat de confiance doit pouvoir s'instaurer. Cela n'est possible que par l'appui sur un cadre théorique et un cadre institutionnel suffisamment solides.

Les rencontres pluridisciplinaires

Les rencontres pluriprofessionnelles devront constituer un lieu d'échange authentique entre les professionnels concernés et si possible avec le patient. Elles doivent permettre l'articulation des différentes pratiques pour que se constitue « un environnement favorable aux soins et adapté aux capacités du sujet » (A. Ciavaldini). Ce sera l'actualisation de ce qu'il nomme l'intercontenance « qui fait de chaque cadre institutionnel un pôle d'étayage pour l'autre et qui permet le passage de la fonction contenante à celle, processuelle transformative, de conteneur telles que R. Kaës les a définies. L'intercontenance inclut un travail de deuil pour chacun des professionnels celui d'une certaine omnipotence, deuil qui ramène le professionnel à n'être qu'un parmi d'autres, c'est-à-dire à n'être efficace que parce que d'autres y sont ». « Cette dimension de mantèlement de l'environnement proposé par le maillage interinstitutionnel et interdisciplinaire entraîne des contraintes latentes pour les différents acteurs de ces institutions engagées dans ce maillage. Contraintes qui forment les qualités fondamentales de cet espace ». Pour le patient il s'agit de faire l'expérience de l'existence de la différence des logiques propres à chaque espace sans qu'il y ait clivage ou confusion.

Un exemple : l'unité de traitement des auteurs d'agressions sexuelles du CH de Niort a été construite en utilisant ces principes (Girard, Harrault, Hugon).

Conclusion

Cette approche comporte des limites :

- au niveau personnel, elle est coûteuse car elle demande une vraie implication avec des personnes qui souvent nous font plutôt horreur ;
- au niveau institutionnel, elle est difficile et longue car sans cesse soumise à des forces violentes et clivantes. Les attaques du cadre sont multiples et doivent être sans relâche analysées et interprétées.

Nous avons pu observer les effets de la reprise du processus de subjectivation que génère cette approche : attitudes physiques moins tendues, redressement du corps, plus grande cohérence entre l'attitude physique et le discours, meilleur ajustement à la réalité de l'autre avec ses différences… mais aussi amélioration du rapport à la loi, apparition d'une réelle empathie pour la victime. Un travail d'évaluations plus rigoureux reste à élaborer.

La prévention de la récidive ne passe pas forcément par les soins. Pour certains auteurs un accompagnement social de qualité peut se révéler plus opérant.

Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, l'espace individuel n'est pas le seul concerné dans les affaires de violence sexuelle. Qu'en est-il de la réflexion sur la fonction sociale des AVS, la carence de contenance de notre société postmoderne et sur les idéaux de notre époque à l'origine de l'évolution des mœurs ?

G. Bonnet avec d'autres parle du « climat de jouissance à n'importe quel prix » qui caractérise notre

monde actuel. Peut-être est-il urgent de se demander pourquoi ce monde entretient notre exigence de jouissance inconsciente selon cette modalité ?

Références

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents* (253p). PUF : Paris.

Bonnet, G. (2008). *Les idéaux fondamentaux* (302p). Paris : PUF.

Ciavaldini, A., (ss dir.). (2012). *Violences sexuelles chez les mineurs* (245p). Paris : In Press.

Girard L. Harrault A. Hugon C. Le groupe : un espace de transformation des tensions psychiques internes. Consultable à l'adresse suivante : http://www.artaas.org/documentation/LE%20GROUPE%20UN%20ESPACE%20DE%20TRANSFORMATION.pdf.

Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes* (248p). Paris : Dunod.

Penot, B. (2001). *La passion du sujet freudien* (180p). Toulouse : Ères.

Penot, B. (1994). L'implication subjective est-elle soluble dans le transfert. *Revue française de psychanalyse*, *58*, 1593–1596.

Soigner et/ou accompagner les auteurs de violence sexuelle

Sophie Baron Laforet

Le contexte social

Les auteurs de violence sexuelle forment une « population » regroupée en fonction d'une catégorie d'actes commis. Leur nombre est allé croissant depuis une vingtaine d'années. Le phénomène n'est pas nouveau. L'inquiétude est grande, les actualités évoquent les crimes les plus effrayants. La violence sexuelle ordinaire étonne et est le plus souvent méconnue. C'est une part du comportement humain qui interroge sur l'humanité des acteurs, ou leur monstruosité. Est-il malade ? Si oui la médecine peut-elle quelque chose pour lui ? S'il n'est pas malade, un individu qui s'est comporté comme cela peut-il évoluer ? Changer ? Reconnaître, respecter, les règles et les tabous qui organisent nos sociétés ?

Par manque de lisibilité des actions et de confiance sur des mandats adaptés, la tentation des enfermements à vie, de la réclusion sur la peur de la récidive est récurrente. La méconnaissance et les attentes irréalistes sont légions. Que peuvent proposer les aujourd'hui les professionnels du soin et de l'accompagnement dans ses diverses formes ?

Les retentissements de la violence sexuelle peuvent être importants. Si s'occuper des personnes victimes est indiscutable, prendre en charge les auteurs s'est imposé. Les pouvoirs publics ont mis en avant la partie sanitaire, la maladie, la maladie mentale, la folie. Ils se sont appuyés pour cela sur les constats des professionnels de psychiatrie implantés depuis peu en milieu pénitentiaire. L'amélioration des connaissances, les résultats des recherches, les échanges avec les collègues étrangers, nous ont fait évoluer dans nos pratiques.

Depuis longtemps la psychiatrie publique insistait sur le fait que les soins de santé mentale doivent s'insérer avec les pratiques des acteurs de l'accompagnement social. Le secteur psychiatrique défendait les actions pour le logement et le travail notamment rappelant l'effet sur l'amélioration de la pathologie de la socialisation et de l'intégration de ceux désignés comme différents. Les notions d'accompagnement, de soutien, sont présentes dans les pratiques de soin.

Les interrogations sur l'accompagnement à la sortie de prison, la continuité du travail social et de probation ont entraîné la création des SPIP, service pénitentiaire d'insertion et de probation à la place des services sociaux en milieu fermé et des comités de probation et d'assistance aux libérés en milieu libre.

La question doit être à chaque fois posée de la place du soin (le plus souvent pénalement ordonné) et de l'accompagnement dans le projet

de la personne sous main de justice, en milieu fermé (la prison) ou en milieu libre.

Les acteurs du soin sont des personnels sanitaires, les acteurs de l'accompagnement peuvent être du sanitaire ou du social ou du judiciaire. La place des professionnels doit donc aussi faire l'objet de notre attention.

Soigner ou accompagner

Entrer en cure ou prendre soin

La loi du 17 juin 1998, dite de suivi sociojudiciaire, ne parle que de « soin », injonction de soin, et de l'évaluation de l'impact du soin sur l'évolution de la personne vis-à-vis de la récidive. Son application s'est d'abord jouée sur l'intervention du sanitaire.

Le mot « soin » a plusieurs sens et le législateur l'a focalisé sur le médical et le thérapeutique. La langue anglaise différencie le fait du *cure* (soigner, changer, enrayer un processus pathologique) et du *care* (prendre soin).

Ce terme de soin a été entendu ces dernières années le plus souvent comme *cure* : entrer en soin, négocier l'accord pour le soin psychothérapeutique et médicamenteux, voire contrôler la prise du médicament, oubliant que le *care* était souvent ce dont ces personnes avaient le plus besoin avant d'accepter un soin (*cure*), nécessaire ou pas, et dont les objectifs et les attentes doivent être précisé.

L'accompagnement se situe du côté du terme anglais de *care*, prendre soin. De nombreuses personnes prennent soin de ces condamnés, ainsi que des autres condamnés : personnel pénitentiaire au sens large, directeurs, surveillants, et bien sûr les personnels des SPIP, services pénitentiaires d'insertion et de probation, les éducateurs et responsables d'hébergements et de formation professionnelle, employeurs, sans oublier les visiteurs de prison, les aumôniers et bien d'autres bénévoles ou acteurs d'associations dont les interventions peuvent être d'une grande aide et soutien dans l'insertion ou la traversée des temps judiciaires, pénitentiaires, jugement, sortie de prison, gestion des interdictions, réorientations professionnelles, vie à distance du domicile ou des attaches, réaménagement des relations sociales, etc.

Alors soigner ou accompagner les auteurs de violence sexuelle se pose au quotidien dans une réflexion d'une utilisation écologique des ressources en moyens humains et en temps d'organisations professionnelles en remaniement. Il ne s'agit pas que d'économies mais de propositions adaptées, d'abord aux individus concernés, en garantissant à la population et aux politiques territoriales une utilisation rationnelle des connaissances et des moyens.

Une même attention est nécessaire sur « traitement » et soin : traitement peut être entendu comme traitement médical, voire traitement médicamenteux. Il est aussi employé dans un mode d'abord et d'accompagnement : traitement social, traitement pénitentiaire, traiter d'une situation ou d'un problème.

Nous pourrions convenir que nous sommes d'accord pour « traiter » du problème que pose la situation des auteurs de violence sexuelle et de définir selon les cas si le soin et accompagnement sont nécessaires. Et chercher à les qualifier dans leurs modalités et attentes.

Nous ne résumerons pas l'accompagnement à un travail social. Il est question d'accompagnement dans nombre de pathologies chroniques ou chronicisées avec plus ou moins d'évolutivité. Les acteurs de santé publique sont des possibles accompagnants. La psychiatrie de « secteur » a été un terrain d'expérimentation de ces actions de proximité, tant vis-à-vis du sujet, que de l'accompagnement des projets et du travail institutionnel avec l'ensemble des acteurs mobilisés :

Les objectifs : accès au soin, insertion sociale, prévention de la récidive

Prévention de la récidive

Ces deux sujets, soigner et prévenir la récidive, ont été confondus fréquemment dans les attentes politiques et sociales, retentissant sur les pratiques en tant que frein aux innovations dans un mésusage des ressources.

Il nous faut d'emblée situer notre propos : soigner ou accompagner, sont à différencier de la prévention de la récidive qui reste un des objectifs jamais perdu de vue mais qui n'est pas superposable.

Prévenir la récidive est bien sûr un des objectifs de l'action sociale et de la politique publique. C'est un facteur essentiel, non seulement pour les victimes ou futures victimes, mais aussi pour l'auteur. L'expérience montre à quel point ces actes sont trop souvent commis dans le désarroi, et entraîne une rupture sociale douloureuse. La prévention de la récidive doit être réfléchie et organisée fonction de critères, d'évaluation, de parcours… Et la politique publique a pour charge de mettre en œuvre les moyens nécessaires : moyens juridiques, pénitentiaires, sociaux. Accompagnement et, parfois, le soin en font partie, tout comme accompagnement et soin font partie des modalités proposées dans le champ médical dans les pathologies chroniques ou dépistées plus ou moins précocement. C'est un axe de la santé publique comme dans le diabète, l'hypertension, les pathologies cardiaques. Les patients sont ainsi l'objet de soin ou d'accompagnement, d'information… En psychiatrie, c'est le cas des personnes présentant des pathologies chroniques, le plus souvent des troubles bipolaires ou schizophréniques.

Ces notions de soin et accompagnement sont au cœur des métiers de santé publique, des services publics de santé et des services sociaux au sens large. Ces réflexions pourront je l'espère alimenter nos réflexions au quotidien vis-à-vis des personnes et des populations concernées et vis-à-vis des professionnels dont les métiers évoluent et sont en mutation.

Insertion sociale

L'insertion sociale est un facteur incontournable de stabilisation tant dans la délinquance, la criminologie que dans la pathologie ou la santé en tant qu'état de bien-être psychique et social… Et dans les deux axes que sont la prévention ou le « traitement » après le début d'une trajectoire, aussi précocement que possible.

Le soin sans insertion sociale se heurte rapidement à la rechute, les complications des pathologies, la difficulté de poursuivre les soins proposés… Sans parler de l'importance repérée de longue date pour les sortants de prison, la petite et la grande délinquance. En corollaire psychologique, la reconnaissance d'une place sociale, d'une compétence professionnelle, peuvent être des appuis fondamentaux d'aménagements de la fragilité psychique de certains auteurs de violence sexuelle.

Comparée à la population incarcérée, les auteurs de violence sexuelle sont dans leur majorité mieux insérés socialement selon les critères classiques d'emplois et de logement. La recherche avait montré qu'il s'agissait plus d'une capacité de modelage que d'intégration, une façon de répondre à des codes sans pouvoir en saisir le sens. Leur parcours professionnel sera souvent à lire avec une attention particulière sur les relations pour être un facteur d'insertion.

Cette notion d'insertion se retrouve au carrefour des pratiques de soin, et d'accompagnement dont elle dépend.

Accès au soin

La préoccupation de l'accès aux soins est essentielle pour une population qui comme la population carcérale a peu accès aux soins, et a des besoins de santé au sens large et de santé mentale souvent niés ou négligés. Notamment auprès d'une population jeune, moins de 30 ans de moyenne d'âge, période importante dans le début des troubles mentaux graves et dont les soins précoces modifient nettement le pronostic.

L'accès au soin nécessite de l'accompagnement et la population des auteurs de violence sexuelle convoquée en soins obligés est une des premières concernées. Les magistrats de l'application des peines, les professionnels des SPIP, services pénitentiaires d'insertion et de probation, et les personnels soignants vont avoir à travailler avec des personnes qu'ils adressent aux soignants de la psychiatrie et qui, le plus souvent, ne l'ont pas demandé, n'en voient pas la nécessité, voire qui se sentent exclus d'une compréhension par leur interlocuteur par cette adresse à la psychiatrie.

Le premier travail sera de situer l'accès aux soins, l'histoire pour ce sujet des soins et interventions extérieures, la nécessité et l'urgence éventuelle de cette démarche et d'en formuler si possible les attentes : regard associé d'un autre professionnel pour un soutien plus adapté, entrée en thérapie avec évaluation des réaménagements qu'évaluera le médecin coordonnateur (MC), intervention sur

l'entourage plus que thérapie individuelle… donner du sens aux mesures prononcées sans négliger l'obligation qui est faîte. L'obligation, la contrainte légale viendra alors comme support d'un projet défini si possible en commun.

L'accès aux soins sera un des objectifs à partager entre les acteurs des soins pénalement ordonnés.

Soigner

Le consentement

L'accent a d'emblée été mis sur la nécessité de travailler avec des personnes rencontrées par leur passage à l'acte et non par une souffrance dont ils faisaient état pour demander un soulagement. Cette situation se recoupe avec les pratiques en psychiatrie de liaison et bien sûr en milieu pénitentiaire.

Le consentement requis au moment du jugement pour une injonction de soin est le plus souvent une acceptation d'un processus, voire d'un accompagnement, mais pas d'un soin au sens thérapeutique d'une pathologie.

Un premier temps de rencontre doit être mis en place : oser s'intéresser à des personnes non demandeuses, s'autoriser à les questionner, non par souhait d'investigation ou de curiosité déplacées, mais pour permettre de rencontrer l'humain derrière l'image sociale qui les isole.

Des outils ont été développés, s'appuyant sur des hypothèses psychopathologiques permettant de faciliter pour les sujets auteurs de supporter la rencontre et l'aménagement d'une relation possible, tant pour eux que pour les soignants parfois mis à mal par les aménagements défensifs (emprise). Le questionnaire d'investigation clinique pour auteur de violence sexuelle, QICPAAS. L'utilisation de médiation s'est avérée dans ce cadre le plus souvent indispensable.

Le soin, entendu comme relationnel, psychothérapeutique, a besoin de s'appuyer sur une relation de confiance à construire. Les aménagements défensifs souvent rencontrés ont imposé de clarifier les objectifs du soin, les limites de la confiance, de la modalité relationnelle avec le soin en fonction du cadre et du mandat.

Le rapport d'E. Blanc pour l'Assemblée nationale en 2012 rappelle qu'il ne peut y avoir de soins sans consentement du patient.

Soins spécifiques et non spécifiques

Si la situation de rencontre des auteurs de violence sexuelle paraît spécifique, elle peut révéler des situations et demander des soins peu ou pas spécifiques : dépression, personnalités limites à expression psychopathique, parcours psychotique. La spécificité repose d'abord sur l'évaluation de la composante du passage ou recours à l'acte, et d'un abord sans doute plus important de la place de la sexualité, en ayant en référence des notions de victimologie. Ceci fait l'objet des formations et enseignements relayés par les centres ressources régionaux, CRIAVS, centres ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle.

La spécificité des soins :

- facilitation par l'abord groupal plus qu'individuel : thérapies de groupe permettant de conforter les personnalités limites et de travailler les représentations, liaisons psychiques face au clivage, le plus souvent avec des médiations ;
- thérapies de soutien, thérapies individuelles : importance des recours, de ne pas travailler seul, de situer le mandat et le cadre d'exercice ;
- médicaments si besoin : les antidépresseurs et les traitements hormonaux, « aide au contrôle des pulsions ».

L'indication d'un traitement par médicaments doit toujours être discutée pour ne pas prescrire par défaut mais par choix sur une indication. Ces traitements auront un effet qu'il faudra évaluer au cas par cas, demandant adaptation et suivi. Et donc un engagement dans un suivi. Prescrire sans un minimum d'engagement peut se révéler dangereux et à minima inefficace.

Les indications de ces traitements par médicaments ne peuvent et ne doivent pas être systématiques en fonction d'un comportement. Cette notion est régulièrement rappelée au niveau international comme récemment[62] « Ainsi, les systèmes législatifs qui requièrent de tous les « violeurs » ou de tous les « incestueux » qu'ils soient médiqués manifestent-ils une ignorance patente quant à l'hétérogénéité de ces catégories de délinquants ».

[62] AJP n°12 déc. 2012, dossier « Éviter la récidive du délinquant sexuel », Don Grubin, p. 623.

Comme tout traitement, prescrit à bon escient, ils soulagent et permettent une évolution dont les patients témoignent. Leur prescription n'est pas forcément à vie comme un traitement substitutif d'une incapacité du patient auquel le médicament suppléerait. Dans certains cas le traitement permet de passer un cap ; toujours avec une psychothérapie et un « accompagnement ». Il nous faut retrouver confiance dans les professionnels du soin et respecter leurs références. Ces pratiques évoluent et ont besoin de continuer à se construire avec des recherches et des validations au sein de la profession.

Le déni : un objectif du soin ou un élément à connaître pour permettre un accompagnement ?

Le déni en tant que fonctionnement psychique se traduisant par l'incapacité de relier les événements entre eux, le clivage d'éléments de la réalité, déconcerte nombre d'acteurs judiciaires, sociaux et soignants, les interrogeant sur le sens de l'action des professionnels vis-à-vis de ces sujets et sur « l'authenticité » des sujets dans les entretiens divers.

Le déni en tant qu'aménagement défensif demande :

▪ d'être diagnostiqué, différencié de la négation (en conscience) ;

▪ d'être évalué : repérer les éléments sur lesquels il s'exprime : les faits, leur retentissement, la responsabilité, la nécessité d'un traitement au sens large…

▪ de repérer dans quelle situation relationnelle il s'exprime.

Il ne s'agit pas de viser un fonctionnement psychique sans déni. Avec certains sujets, le réaménagement sera possible. Pour d'autres, le fonctionnement est inscrit ou a une fonction psychique qu'il faudra respecter. Il faut rappeler que le déni, s'il est difficilement supportable parfois pour les professionnels, ne signe pas la dangerosité et n'est pas un élément fondamental de prédiction de la récidive. Il est en revanche souvent un élément de pronostic de la difficulté relationnelle.

Adapter le soin à la situation

L'acte, les actes, de violence sexuelle sont l'opportunité d'une rencontre avec le système de soins psychique, d'une évaluation et d'un diagnostic, pas l'entrée systématique en soin et son refus, le signe d'un échec annoncé.

De fait, depuis près de 20 ans maintenant, nombre de professionnels du soin psychique rencontrent, et suivent (soignent) les personnes qui ont été auteur d'actes à caractère sexuel :

- certains, pas les plus nombreux entrent dans la catégorie « paraphilie » : les soins seront orientés sur cet axe, psychothérapie individuelle, de groupe surtout, et chimiothérapie si besoin ;
- l'importance de la dépression a longtemps été minorée : dépression au sens classique ou processus dépressif ancien, non reconnu, bloquant l'évolution du sujet, nécessitant une reprise du parcours avec un encadrement adapté ;
- nous arrivent aussi nombre de personnes carencées, en difficultés relationnelles et sociales qui se manifestent, entre autres, à un moment, dans ce registre étiqueté de violence sexuelle. La question de l'accompagnement, sans les exclure du soin, sera d'autant plus importante. Débuter le soin, ou reprendre un parcours de soin qui n'a pu être mis en place à un moment donné, à partir de cet étiquetage social n'est pas chose simple. Il est sans doute plus fréquent qu'on ne le croit : handicap difficile à reconnaître par l'entourage ou la famille, échappement souhaité à la maladie mentale, banalisation des difficultés, incapacité à faire face… L'accompagnement devra nécessairement faire partie des propositions de traitement.

L'éclairage psychiatrique, psychodynamique et psychanalytique a eu pour effet de rendre une humanité et des possibilités d'évolution et de soins à des personnes que beaucoup auraient tôt fait d'enfermer dans la fixité du fonctionnement et l'incapacité de changement.

Accompagner un auteur de violence sexuelle

Accompagner, c'est être à côté de quelqu'un. Ce terme revient de plus en plus souvent dans nombre de pratiques professionnelles se défaisant d'une relation d'autorité implicite, et cherchant à pou-

voir rejoindre le sujet dans son cheminement, à son rythme. Accompagner, c'est accueillir écouter, participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et de ce qu'il recherche, c'est cheminer à ses côtés pour le confirmer dans le sens où il s'engage. Ayant la même étymologie que le compagnonnage, il s'appuie sur « le partage du pain et des activités », ce que l'on retrouve dans les pratiques des infirmiers et éducateurs de secteur psychiatrique.

L'accompagnement nécessite une présence physique, psychologique et professionnelle d'un intervenant dans une phase d'adaptation, de réadaptation ou d'intégration sociale. Les définitions et repères de l'accompagnement se heurtent vite aux modalités relationnelles de beaucoup d'auteur de violence sexuelle (AVS). Tous ces éléments ne sont pas naturels auprès de personnes désignées comme telles. Si l'accompagnement des AVS s'avère un outil fondamental il n'est pas souvent aisé et naturel. Dans l'acte, le pouvoir, le contrôle de la victime, sur l'autre, aura souvent été en jeu. Les professionnels auxquels le sujet sera confié auront besoin d'informations et de formation. L'accompagnement n'est pas naturel non plus aux auteurs dans leur grande majorité : leur solitude, la difficulté à éprouver l'altérité, les vécus abandonniques, leur difficulté à exprimer des besoins d'aide rendent la situation d'accompagnement plus contrôlante à leurs yeux et sans fondement acceptable.

Le contrat est implicite au départ et s'explicite en « marchant. »

- explicitation des rôles de chacun des acteurs du suivi ;
- élucidation des enjeux ;
- énonciation des solutions possibles et résolution de problèmes.

Sans oublier que cette relation d'accompagnement entre deux personnes se fait au nom d'une institution et dans un projet.

Il s'agira dans ces pratiques d'accompagner les premiers pas d'un nouvel itinéraire. Cette notion rejoint celle de la « désistance » : changer de parcours, quitter le parcours délinquant ou qui a pu mener à la délinquance.

Accompagnement et récidive

Les objectifs de l'accompagnement des AVS peuvent s'appuyer sur les étapes recensées par C. Rossi et M. Cusson dans leur recherche sur ce qui avait permis à une population de criminels sexuels de ne pas récidiver[63] :

- reconnaître l'interdit social et légal, à ne pas confondre à la reconnaissance des faits ;
- ressentir un sentiment de honte et vouloir changer la situation : honte d'avoir agressé, de s'être fait arrêter, d'être considéré comme un agresseur sexuel…
- les messages encourageants qu'il a perçus ;
- un compromis entre plaisir et interdit dans un réaménagement des conduites sexuelles.

Les modalités seront la relation duelle, le fait d'avoir un accompagnant nommé et repéré et des séquences en groupe comme celles qui peuvent être proposées dans les PPR, programmes de prévention de la récidive.

Accompagnement et suivi

Le suivi est souvent relié à la notion de contrat et concerne les ressources qu'apportera l'accompagnant (Tableau 41.II). De même que l'acteur de soin doit être proposant pour initier la rencontre, l'accompagnant doit s'autoriser à proposer selon son évaluation. L'émergence de l'autonomie, du souhait du justiciable devra être recherchée et stimulée.

Il me semble toujours utile de rappeler que traiter d'un processus incestueux nécessitera de se poser la question de l'abord familial ou de l'environnement, à nouveau en questionnant ce qui pourra relever du soin ou pas : accompagnement, information des professionnels intervenants auprès de la famille, entretiens familiaux ou thérapie familiale.

En référence psychologique, l'étayage des personnalités narcissiques, fragiles, est aussi réalisé par le regard d'un gendarme devant lequel le justiciable doit signer, par un enseignant qui le considère à propos… Il n'y a pas que le « soin » qui soigne.

[63] Rossi C, Cusson M, Proulx J. « Cesse-t-on d'agresser sexuellement à cause du traitement ou de stratégies de compensation ? Approche qualitative et typologique », Dossier spécial : Récidive sexuelle, *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, vol. LXII, p. 301–318, oct.–déc. 2009.

Tableau 41.II. Modalités de suivi des AVS.

	Contrôle	Accompagnement	Thérapie
Qui demande ?	La société	Société et patient	Le patient
Attitude de la PPSMJ	Passive	Participative	Active
Prérequis	Aucun	Supporter	Adhésion
Attente/PPSMJ	Conformité	Utilisation de médiations	Satisfaction
Échanges entre professionnels	Indispensables	Protocolisés	Proscrits
Rapports/écrits	Essentiels	Fonctionnels	Sens unique : expertises, MC

Évaluer, différencier les étapes, les objectifs et les mandats

Soin ou accompagnement ne sont, le plus souvent, pas exclusifs l'un de l'autre. Il est souhaitable de pouvoir être clair sur les missions des professionnels et les objectifs vis-à-vis de la PPSMJ, et de situer les recours pour les sujets.

Articulation des pratiques

L'accompagnement permet de relier de façon dynamique des pratiques d'aide jusqu'ici fragmentées. Le rapport d'E. Blanc pour l'Assemblée nationale reprend cette préoccupation la nécessité d'une articulation entre les professionnels. Ces articulations doivent pouvoir s'appuyer sur des objectifs énoncés, des mandats différenciés et des échanges d'informations protocolisés respectant les champs d'intervention de chacun. Ces champs d'intervention sont aussi des points d'appui de mise en scène sur lesquels la PPSMJ pourra s'appuyer peu à peu. Parfois il nous faudra supporter la confusion, en l'ayant repérée, sans la diaboliser, et en l'accompagnant de façon cadrante.

Ces pratiques nécessitent un travail institutionnel large actuellement en construction : travail de réseau des CRIAVS, centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle, commissions semestrielles d'application des peines… Ces moments d'échanges permettent de comprendre ce que font les autres, de le confronter dans des situations concrètes. Ces échanges font partie du travail d'accompagnement et de soin, permettant de ne pas céder à la tentation de se replier soi-même, de construire des séquences de suivi et d'accompagnement, de valider des pratiques dans une ambiance qui prête plus à la méfiance alors que la confiance et le partage sont plus qu'indispensable.

Ces pratiques, nommées et différenciées, poussent à mettre en place des séquences d'évaluation : que ce soit en début de prise en charge, puis lors d'étapes (le procès, la sortie de prison, changement de mode d'hébergement…), en interrogeant d'emblée les informations qui seront transmises et partageables. L'évaluation de la problématique du sujet dans le passage à l'acte, des facteurs de vulnérabilité, des besoins sociaux et de santé, des ressources, des contextes réconfortants qu'il pourra percevoir, sa capacité à appeler à l'aide ou la nécessité d'une vigilance pour ne pas lui laisser seul la responsabilité qu'il ne peut pas prendre dans certaines circonstances.

Certains supports existent, d'autres sont à créer :

- supports écrits : actuellement les expertises sont une évaluation du fonctionnement du sujet au moment du passage à l'acte, puis dans son évolution lors de l'exécution de la peine, les rapports du médecin coordonnateur au juge de l'application des peines, JAP. Des équipes ont créé des supports synthétiques de transmission entre SPIP et équipes de soin ;
- des rencontres, réunions de professionnels comme les commissions d'application des peines citées ou des rencontres ponctuelles dans un objectif défini (projet d'hébergement, par ex.) avec la PPSMJ et les professionnels concernés.

Après une grande focalisation sur la partie sanitaire et psychiatrique, qui aura concouru à une meilleure connaissance des parcours et des sujets,

il faut pouvoir élargir les propositions, les rendre lisibles et crédibles, c'est-à-dire les valider par des recherches et des analyses de pratiques. Cela devrait restaurer la confiance nécessaire permettant :

- d'adresser en soin au moment voulu, Ce n'est pas en contrôlant le soin ou en renvoyant dos à dos les institutions que l'on facilite le travail et surtout le parcours du sujet justiciable ;
- de faire confiance pour aménager les suivis, entre professionnels du SPIP et du « soin » de l'associatif et de la réhabilitation ;
- de rendre crédible la probation, celle de l'individu et de l'environnement.

Bibliographie

Adam, C. H. (2011). *Délinquants sexuels et pratiques psychosociales – Rester clinicien en milieu carcéral.* Préface de Debuyst Ch. Bruxelles : De Boeck, Larcier.

Baron-Laforet, S. (2007). Dans le cadre de l'injonction de soins ou de l'obligation de soins, comment articuler l'expertise psychiatrique de la personne sous main de justice, les soins apportés et le rôle de l'instance judiciaire ? sous la direction de, In J.-L. Senon, J.-C. Pascal, & G. Rossinelli (Eds.), *Expertise psychiatrique pénale* (pp. 207–216). FFP, Paris : John Libbey Eurotext.

Baron-Laforet, S. (juin 2012). *Les auteurs de violence sexuelle : un problème ancien, une peur récente, quelles actions sur le terrain ?* (pp. 75–83). Cahiers de la Sécurité.

Blanc, E. (29 février 2012). *Assemblée Nationale, Rapport d'Information N° 4421 « Sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel ».* http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i4421.pdf.

Tardif, M., & Forouzan, E. (2012). Évaluation clinique des auteurs de violences sexuelles et organisation des réponses thérapeutiques. *EMC-Psychiatrie*, Vol.37-510-A-50.

Haute Autorité de santé, Recommandations.

Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. (juillet 2009).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/prise-en-charge-des-auteurs-dagression-sexuelle-a-lencontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans.

Ministère de la Santé, ministère de la Justice. *Plan d'actions stratégiques 2010–2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.* http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf.

Obligation de soins et injonction de soins

Laurence Leturmy

Chacun s'accorde sur un constat : celui de l'infiltration grandissante des soins dans les politiques pénales de ces dernières années. Les écrits de juristes, médecins, psychiatres, philosophes et historiens sont nombreux sur le sujet. Nous ne reviendrons pas, dans ce texte, sur les termes du débat, relancé à chaque nouvelle loi – la justice pénale est-elle légitime à prescrire des soins ? Peut-on soigner contre son gré ? Comment concilier respect de la personne et de ses libertés individuelles avec protection sociale et responsabilité collective ? Nous nous contenterons, pour répondre à la « commande », d'une présentation technique du dispositif des soins pénalement ordonnés.

À dire vrai, le dispositif est pluriel. Trois catégories de soins sont juridiquement distinguées à partir d'adjectifs qui leur sont associés par la doctrine bien plus que par la loi.

Les soins « contraints » d'abord. Ils sont dénommés ainsi car ils sont délivrés au patient qui, du fait de sa maladie mentale, ne peut y consentir. Ils constituent ainsi l'exception, la seule, au principe défini à l'article L1111-4 du Code de la santé publique (CSP), selon lequel le soin est librement consenti. S'ils sont demeurés longtemps de la compétence exclusive de l'autorité publique, la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental fait entorse à cette règle. Elle accorde en effet au juge pénal (chambre de l'instruction et juridictions de jugement) la faculté de décider de soins sous contrainte sous la forme d'une hospitalisation complète à l'encontre de celui qui a été déclaré pénalement irresponsable de son acte sur le fondement de l'article 121-2, alinéa 1er (abolition du discernement) du Code pénal (CP) alors que ses troubles mentaux nécessitent

des soins et compromettent la sécurité des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (art. 706-135 du Code de procédure pénale).

Les soins « obligés » et les soins « enjoints » ensuite. Plusieurs points les rassemblent qui sont autant de différences avec les soins contraints : ils ne supposent pas qu'il y ait maladie mentale ; ils ne peuvent être prononcés qu'à l'égard du délinquant responsable de l'infraction commise ; bien qu'imposés par la justice pénale, ils ne peuvent être pratiqués sans le consentement de ce dernier.

Mais comme toutes les fois où le droit pénal en appelle à l'accord de celui qu'elle condamne, le consentement ici requis résonne de manière particulière. D'abord parce que s'il doit être formellement exprimé par celui qui fait l'objet d'une injonction de soins, quelle que soit l'autorité répressive qui la prononce (juridiction de jugement, juge de l'application des peines ou juridiction régionale de la rétention de sûreté), il n'est que présumé de la part de l'obligé aux soins. Ensuite, et surtout, parce que l'absence de consentement n'est jamais sans incidence. Ainsi, le refus de consentir à une injonction de soins expose l'intéressé à une peine privative de liberté, d'une durée maximale de 3 ou 7 ans selon que la condamnation a été prononcée pour un délit ou pour un crime. Le refus de l'obligation de soins, déduit de sa violation, emporte quant à lui le retrait possible de la « mesure de confiance » dans laquelle cette obligation s'inscrivait.

Au-delà de ces parentés, obligation de soins et injonction de soins relèvent de cadres légaux distincts qui, respectivement, précisent pour quelles infractions, à quelles étapes du processus judiciaire et sous quelles conditions le juge pénal peut les prononcer.

Les infractions pouvant emporter des soins pénalement ordonnés

L'obligation de soins, exprimée dans les textes par cette formule générale de « mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, y compris sous le régime de l'hospitalisation », participe de la mise à l'épreuve du délinquant. Selon le droit commun, elle est susceptible d'être imposée à tout auteur d'infraction, sans distinction selon la nature de celle-ci. Des dispositions spécifiques, insérées dans le Code de la santé publique, prévoient que l'obligation de soins peut consister en une **injonction thérapeutique** définie de manière générale comme une mesure de soins ou de surveillance médicale exercée par l'autorité sanitaire. Participant de la lutte contre les maladies et dépendances, elle s'adresse, sous cette forme particulière, à ceux qui font usage de stupéfiants ou ont une consommation habituelle et excessive de boissons alcoolisées.

L'injonction de soins est, à l'origine, une mesure attachée à la peine de suivi sociojudiciaire, que cette dernière ait été effectivement prononcée ou qu'elle soit simplement encourue pour l'infraction commise. Ce faisant, l'injonction de soins dépend donc directement du champ d'application de cette peine qui, du fait de son caractère de peine complémentaire, ne peut elle-même être infligée que dans les cas énoncés par la loi. Créée par la loi du 17 juin 1998, elle n'était, à cette date, prévue qu'à l'encontre des auteurs d'infractions à caractère sexuel : viol et autres agressions sexuelles, atteintes sexuelles, exhibition sexuelle, corruption de mineurs, diffusion de messages à caractère pornographique et meurtre ou assassinat précédé ou accompagné de viol, torture ou acte de barbarie. Depuis, elle a été élargie à trois reprises à des infractions disparates et très inégalement sanctionnées : en 2005, aux crimes d'atteinte volontaire à la vie, d'enlèvement et de séquestration, de tortures et d'actes de barbarie et aux destructions, dégradations et détérioration dangereuses, en 2007 à des faits de violences aggravées puis en 2010 aux menaces commises sur le conjoint, concubin ou partenaire pacsé de la victime ou sur « les ex ». La liste des infractions concernées est livrée par l'article D49-23 du Code de procédure pénale (CPP).

La peine de suivi sociojudiciaire n'est toutefois plus aujourd'hui son cadre légal exclusif. D'une part, la loi du 25 février 2008 précitée prévoit que l'injonction de soins puisse intervenir dans le cadre d'une surveillance de sûreté dont l'application dépend de la peine prononcée (au moins 15 ans de réclusion criminelle) et de l'infraction commise (la liste, qui recoupe celle du suivi sociojudiciaire, figure à l'art. 706-53-13 CPP). D'autre

part, depuis la loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure, l'injonction de soins peut également accompagner la surveillance judiciaire des personnes multirécidivistes condamnées à au moins 5 ans pour un crime ou un délit.

Les stades procéduraux du prononcé des soins pénalement ordonnés

L'obligation de soins **relevant du droit commun** n'est jamais une réponse pénale qui peut être décidée seule. Elle s'inscrit toujours dans un cadre pénal particulier qui diffère selon que l'on se situe avant la condamnation, au moment ou après celle-ci.

- **Avant la condamnation**, au stade de l'instruction, l'obligation de se soigner peut être prononcée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention comme obligation attachée au **contrôle judiciaire** imposé au mis en examen (art. 138, 10° CPP). Sa durée ne peut dépasser celle du contrôle judiciaire. Son irrespect, comme pour toute autre obligation accompagnant ce contrôle, peut entraîner la mise en détention provisoire.
- **Au moment de la condamnation**, au stade sentenciel, l'obligation de soins peut être prononcée comme obligation **du sursis avec mise à l'épreuve** assortissant une peine d'emprisonnement, que ce sursis soit assorti (art. 132-54 al. 2 CP) ou non (art. 132-45, 3° CP) d'un travail d'intérêt général. Sa durée est alors au plus égale à la durée du sursis accordé et sa violation, dans tous les cas, peut conduire à une décision de révocation dudit sursis. L'obligation de soins peut encore être prononcée dans le cadre d'un **ajournement avec mise à l'épreuve de la peine** (art. 132-64 CP). Dans ce cas, le tribunal correctionnel tient compte de l'accomplissement de cette obligation, limitée à 1 an au plus, pour décider soit de dispenser le prévenu de peine soit, au contraire, de la prononcer.
- **Après la condamnation**, au stade postsentenciel, l'obligation de soins peut, sur décision du juge de l'application des peines, accompagner **divers aménagements de la peine privative de liberté** ferme prononcée en amont : semiliberté (art. 723-4 CPP), placement à l'extérieur (même texte) placement sous surveillance électronique (art. 723-10 CPP) ou libération conditionnelle (art. 731 CPP). Sa durée dépend de l'aménagement qu'elle assortit et son irrespect risque d'en emporter le retrait. L'obligation de soins peut également être prévue au titre et pour le temps d'**une surveillance judiciaire** (art. 723-30 CPP).

L'injonction thérapeutique peut elle aussi, en application du Code de la santé publique, intervenir à différentes étapes. Aux deux premières, elle constitue une réponse pénale autonome, à la dernière, elle s'ajoute à une peine. Ainsi, l'injonction peut être décidée :

- **avant même l'exercice des poursuites** (art. L3423-1 CSP), au titre d'une alternative telle la composition pénale (art. 41-2 CPP) initiée par le procureur de la République. Dans cette hypothèse, la durée de la mesure est de 6 mois, renouvelable trois fois. Le fait de ne pas s'y soumettre ou de ne pas la suivre jusqu'à son terme expose l'auteur à l'exercice de l'action publique ;
- **au stade de l'instruction** à l'initiative du juge d'instruction, du juge des libertés et de la détention ou du juge des enfants (art. L3424-1 CSP). L'injonction est ici limitée à 24 mois au plus. Si sa bonne exécution permet de stopper les poursuites par la clôture de l'information (ordonnance de non-lieu), son irrespect, en revanche, laisse augurer d'un renvoi devant la juridiction de jugement ;
- **au moment du jugement**, en tant que peine complémentaire qui ne peut dépasser à nouveau 24 mois (art. L3425-1 CSP). Sa violation n'emporte pas de conséquente particulière puisqu'elle est punie des mêmes peines que celles encourues pour le délit d'usage illicite de produits stupéfiants initialement commis, soit 1 an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende (art. L3421-1).

L'injonction de soins, parce qu'elle est rattachée à la peine de suivi sociojudiciaire dont elle constitue une modalité, suppose, par définition, que l'auteur de l'infraction ait été condamné.

Dans cette mesure, l'injonction de soins peut être infligée **au moment du jugement** dans le cadre d'**un suivi sociojudiciaire prononcé** par le tribunal correctionnel (à titre soit de peine complémentaire

soit de peine principale de substitution ; art. 131-36-1 et 131-36-7 CP) ou par la Cour d'assises (à titre exclusif de peine complémentaire, art. 131-36-1 CP).

Elle peut l'être également au **stade postsentenciel** :

- par le juge de l'application des peines d'abord, soit comme **modalité complémentaire d'un suivi sociojudiciaire prononcé** en amont par la juridiction de jugement mais sans injonction de soins (art. 763-3, al. 3 CPP), soit, à condition que la peine de **suivi sociojudiciaire ait été encourue** (et donc non prononcée) pour l'infraction commise, comme obligation d'une **surveillance judiciaire** (art. 723-30, dernier alinéa CPP, sous la réserve toutefois, énoncée plus haut, de la situation des multirécidivistes condamnés à au moins 5 ans quel que soit le crime ou le délit) ou d'**une libération conditionnelle** (art. 731-1, 1er al., CPP) ;
- par la juridiction régionale de la rétention de sûreté ensuite, au titre d'une obligation attachée à la **surveillance de sûreté** (art. 706-53-19 CPP).

Dans tous ces cas, l'injonction de soins présente les mêmes caractéristiques :

- **sa durée**. Calquée sur celle de la peine de suivi sociojudiciaire, elle est, en principe, de 10 ou 20 ans selon que la condamnation a été prononcée pour un délit ou un crime. Des exceptions toutefois existent. Ainsi, en matière délictuelle, la durée peut être portée à 20 ans par décision spécialement motivée. En matière criminelle, elle peut atteindre trente ans si le crime est lui-même puni de trente ans, voire n'obéir à aucune limitation de durée si le crime est puni de la réclusion à perpétuité (art. 131-36-4 CP). Dans ce cas, la possibilité est néanmoins réservée au tribunal de l'application des peines d'y mettre un terme à l'issue d'un délai de 30 ans.
- **sa systématicité**. Les textes prévoient aujourd'hui que les personnes, condamnées ou encourant la peine de suivi sociojudiciaire, sont soumises, par prescription de la loi, à une injonction de soins *sauf* décision contraire du juge. Les juridictions n'ont donc plus à décider de l'injonction mais à faire savoir qu'elles ne la prononcent pas. L'injonction de soins s'impose également dans le cadre d'une surveillance de sûreté.
- **sa violation**. Le fait de ne pas consentir à une injonction de soins édictée dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire prononcé fait encourir, cela a été précisé plus haut, une peine d'emprisonnement (art. 131-36-4 CP et 763-3 CPP). Parallèlement, le fait de refuser de commencer, de poursuivre ou de suivre régulièrement le traitement proposé alors que le suivi sociojudiciaire était encouru emporte également des conséquences importantes. Assimilés par principe à une violation des obligations, ces refus peuvent conduire au retrait en toute ou partie des réductions de peines de celui qui était astreint à l'injonction de soins au titre d'une surveillance judiciaire (art. 732-35, al. 2 CPP), à la révocation de la libération conditionnelle (art. 733 CPP), ou au placement en rétention de sûreté de celui qui s'est soustrait aux soins alors qu'il était placé sous surveillance de sûreté (art. 706-53-19, dernier alinéa CPP).

Les conditions encadrant les soins pénalement ordonnés

Il convient de distinguer les conditions imposées selon qu'elles ont trait au prononcé ou au déroulement des soins. Et noter immédiatement que l'obligation de soins est la seule qui échappe à toute exigence légale spécifique.

Condition tenant au prononcé de l'injonction de soins

L'injonction de soins, quel que soit le cadre dans lequel elle intervient et le moment où elle est décidée, suppose au préalable et *a minima* une expertise, dite « médicale », parfois « psychiatrique », dont l'objet est d'établir que la personne « est susceptible de faire l'objet d'un traitement ». Selon les cas, des examens complémentaires, *via* un placement de quelques semaines dans un centre national d'évaluation, peuvent ou doivent être effectués.

En principe, l'expertise est réalisée par un seul expert. Mais la loi permet (art. 723-31-1 CPP : injonction de soins au titre d'une surveillance judiciaire), voire oblige à leur pluralité (art. 731-1 et 712-21 CPP : injonction de soins visant la personne condamnée pour meurtre, assassinat ou viol d'un mineur de 15 ans dans le cadre d'une libération conditionnelle).

Conditions tenant au déroulement de l'injonction thérapeutique et de l'injonction de soins

Ces deux mesures de soins reposent sur une triangulation des relations entre monde judiciaire et milieu médical. Inhérente à l'injonction de soins par la présence imposée dès 1998 d'un médecin coordonnateur désigné par le juge de l'application des peines, elle se retrouve aussi, depuis 2007, pour l'injonction thérapeutique qui suppose l'intervention d'un médecin relais désigné par l'autorité régionale de la santé.

L'un et l'autre jouent un rôle d'interface. Aussi, leurs missions, à bien des égards, s'apparentent comme le tableau 41.III le montre.

La différence essentielle entre les deux dispositifs tient dans les éléments judiciaires portés à la connaissance du médecin traitant pour l'exercice de sa mission. Le médecin prenant en charge une injonction thérapeutique n'est destinataire que d'une information minimale : le cadre juridique dans lequel s'inscrivent les soins. Il faut reconnaître que selon l'étape procédurale à laquelle l'injonction est décidée, le dossier de l'intéressé peut ne contenir que très peu, voire aucun élément utile au médecin. Celui qui assure le suivi d'une injonction de soins est, en revanche, plus largement renseigné. La loi du 27 mars 2012 a d'ailleurs modifié sur ce point l'alinéa 1er de l'article L3711-2 CSP pour prévoir :

- une communication systématique de la copie de la décision ayant ordonné l'injonction de soins ;
- une communication possible, sur demande du médecin traitant ou à l'initiative du juge, des copies des rapports d'expertises médicales réalisées pendant l'enquête, l'instruction, ou en cours d'exécution de la peine, du réquisitoire définitif, de la décision de renvoi devant la juridiction de jugement, de la décision de condamnation et toute autre pièce utile du dossier.

L'alinéa 2 de ce texte, non modifié, énonce par ailleurs que les informations médicales connues des praticiens chargés de dispenser des soins en pri-

Tableau 41.III. Les missions respectives du médecin relais et du médecin coordonnateur.

	Médecin relais (art. L3413-1 et S. et R3413-10 et suivants CSP)	Médecin coordonnateur (art. L3711-1 et suivants et R3711-18 et suivants CSP)
En amont de la mesure	Donner un avis sur l'opportunité médicale de la mesure après avoir procédé à un examen médical de l'intéressé	
Mission auprès de la personne poursuivie ou condamnée	– l'informer des modalités d'exécution de la mesure ; l'inviter à choisir le médecin qui assure la prise en charge ; – procéder à son examen médical aux 3e et 6e mois de la mesure puis semestriellement	– l'informer des modalités d'exécution de la mesure ; – l'inviter à choisir un médecin traitant. Il peut refuser d'avaliser ce choix ; la convoquer au moins une fois par trimestre pour réaliser un bilan de sa situation
Mission auprès de l'autorité judiciaire	L'informer par écrit, après chaque examen médical, de l'évolution de la situation médicale : le type de soins mis en place, la régularité du suivi et tout autre renseignement permettant d'apprécier l'effectivité de l'adhésion de l'intéressé à la mesure	Lui transmettre, au moins une fois par an, un rapport comportant tous les éléments nécessaires au contrôle du respect de la mesure : bilan précis de sa mise en œuvre, éléments d'appréciation sur l'évolution du condamné au regard de son besoin de soins, propositions éventuelles sur les modalités de poursuite de l'injonction
Mission auprès du médecin traitant	– s'assurer de son accord par écrit pour prendre en charge la personne ; – l'informer du cadre juridique dans lequel l'injonction thérapeutique s'inscrit	– s'assurer de son accord par écrit pour prendre en charge la personne ; – lui transmettre des pièces de la procédure judiciaire

son sont communiquées au médecin coordonnateur pour transmission au médecin traitant.

À ce propos, et pour conclure, il faut souligner qu'en milieu pénitentiaire il n'y a ni obligation ni injonction de soins mais une « proposition » de soins. Elle s'adresse à deux « catégories » de détenus qui doivent être affectés dans un établissement permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Ceux d'abord qui, en complément de la peine privative de liberté, sont condamnés à un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins (art. 763-7 CPP). Ils doivent être informés qu'ils ont la possibilité d'entreprendre immédiatement les soins en détention. Cette information, par le juge de l'application des peines, doit être renouvelée au moins une fois par an, et ce tant que durent l'incarcération et le refus opposé aux soins.

Ceux ensuite qui ont été condamnés pour une infraction faisant encourir un suivi sociojudiciaire (art. 717-1 CPP). Le juge de l'application des peines peut, après avis d'un médecin (et non d'un expert) leur proposer de suivre un traitement durant leur détention.

Ces soins dits « proposés » dans les textes n'en ont en réalité que le nom tant la pression sur le détenu est importante. Ce sont en effet ses perspectives de sortie anticipée qui sont directement en jeu. Ainsi, si l'acceptation des soins, appréhendée comme un gage sérieux de réinsertion sociale, est le sésame des aménagements de peine, leur refus, en revanche, est « sanctionné ». Le juge de l'application des peines peut en effet procéder au retrait partiel du crédit de réduction de peine (art. 721, al. 3 CPP), ne pas octroyer (art. 721-1, al. 1er CPP) ou dans une moindre mesure (art. 721-1 al. 2 CPP), des réductions supplémentaires de peine. Surtout, il perd toute possibilité d'accorder une libération conditionnelle (art. 729, al. 10 CPP).

Prévenir la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel en France : présentation et mise en perspective des interventions cognitivo-comportementales

Massil Benbouriche, Olivier Vanderstukken,
Ronan Palaric, Pascal Le Bas

Au regard des conséquences tant sur le plan humain que social qu'elles entraînent, les infractions à caractère sexuel soulèvent un bon nombre de questions pour l'ensemble de la société. Si l'opinion publique tend à considérer les « délinquants » et les « criminels » comme une population en marge du corps social, les auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS) occupent une place singulière dans l'imaginaire collectif. L'émotion suscitée par la médiatisation de faits divers, relatant notamment des infractions à caractère sexuel commises en état de récidive légale ou de réitération, aussi légitime soit-elle, participe en effet à faire des AICS des individus fondamentalement différents (qu'ils soient considérés comme des « monstres » ou comme souffrant de troubles mentaux « incurables »), pour lesquels aucune intervention n'est possible (Grossman, 1999).

Les données de la littérature internationale en matière de prévention de la récidive sont pourtant claires et ne laissent que peu de place au doute : il est possible d'identifier des interventions *efficaces*[64] pour prévenir la récidive des AICS (Hanson et al., 2009). Loin du « rien ne marche » de Martinson (1974), la perspective des données probantes permet ainsi d'identifier le type d'intervention le plus

[64] L'italique vient souligner qu'il n'existe pas d'intervention « efficace » en soi. L'efficacité doit être comprise comme une notion relative, toujours dépendante d'un objectif initial.

approprié au regard d'un critère principal de diminution de la récidive. Dans ce cadre, les interventions cognitivo-comportementales (ICC) sont généralement considérées comme des interventions correctionnelles *efficaces* (Lösel, Schmucker, 2005). Originaires des pays anglo-saxons, les ICC sont alors perçues comme une (si ce n'est *la*) réponse au « retard français » et sont à ce titre de plus en plus sollicitées par les professionnels impliqués dans la prévention de la récidive. De fait, elles ont été sources d'inspiration pour la création des programmes de prévention de la récidive, menés en France par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Pour autant, les modèles les plus récents (Risques-Besoins-Réceptivité ou R-B-R) ont démontré que ces interventions devaient s'inscrire dans un système plus large dont la cohérence est centrale à toute réforme jugée nécessaire en matière de prévention de la récidive.

Pour une meilleure compréhension de l'intérêt et des limites des ICC, une description des principales cibles de ces interventions sera présentée. Le modèle le plus probant en matière de prévention de la récidive (R-B-R) permettra ensuite de replacer les ICC dans un système de réhabilitation dont elles ne constituent qu'un élément. Les implications en matière de prévention de la récidive en France seront alors discutées.

Présentation des interventions cognitivo-comportementales

Comme nous l'évoquions dans un précédent chapitre (Vanderstukken, Benbouriche, 2012), parler aujourd'hui d'interventions cognitivo-comportementales permet de souligner le fait qu'il existe une grande diversité d'interventions cognitives intégrant certains éléments du comportementalisme classique et s'ouvrant à une pluralité des modélisations du comportement, à l'instar de l'apprentissage social. L'ensemble des ICC a toutefois en commun de considérer l'agression sexuelle comme un comportement acquis, résultat d'une interaction dysfonctionnelle entre comportements, pensées et émotions.

Au Canada, et plus largement dans les pays anglo-saxons, lorsqu'elles ont pour objectif de prévenir la récidive sexuelle, les ICC sont menées par des criminologues, des psychologues ou encore des sexologues mandatés par le ministère de la Sécurité publique. Les ICC destinées aux AICS doivent alors s'attacher à travailler des dimensions spécifiquement associées à l'agression sexuelle. Les programmes de traitement sont ainsi généralement organisés autour :

- de l'identification des schémas cognitifs et la restructuration des distorsions cognitives, et plus largement des attitudes antisociales ;
- de la gestion des émotions, et plus particulièrement des affects négatifs ;
- de l'acquisition de stratégies adaptées de résolution des problèmes et des conflits ;
- de la diminution et/ou du contrôle des préférences et de l'excitation sexuelle déviante ;
- de l'acquisition et du développement d'habiletés relatives à la sphère de l'intimité et des relations sociales.

Parmi les méthodes d'intervention, la restructuration cognitive est au cœur de toutes les ICC (Yates, 2003). En effet, au regard de l'importance accordée aux cognitions, et en particulier aux distorsions cognitives, une partie importante de l'intervention cherche à identifier, analyser, et modifier les croyances et pensées impliquées dans le passage à l'acte. Des techniques comme l'examen de la réalité, l'auto-observation ou l'analyse des coûts et des bénéfices sont généralement d'une grande utilité. Conceptualiser les distorsions cognitives, et plus largement les attitudes antisociales, en termes de schémas cognitifs et de théories implicites peut alors être bénéfique ; en particulier lorsqu'il s'agit de comprendre les implications du traitement de l'information et des processus cognitifs dans un ensemble de domaines de vie (Drake *et al.*, 2004). Dans ce cadre, le jeu de rôle peut également constituer un mode d'intervention particulièrement intéressant. Le jeu de rôle permet d'aider le sujet à recréer une situation passée, susceptible d'avoir été vulnérabilisante et/ou en lien avec le passage à l'acte, afin de trouver de nouveaux modes d'adaptation. L'intervenant peut alors jouer le rôle de l'AICS et ce dernier celui de l'intervenant, d'un représentant de la loi, ou éventuellement d'une victime. Il s'agit ainsi de mettre en pratique les acquis de l'intervention en particulier en termes de flexibilité cognitive et de développement d'un répertoire de stratégies d'adaptation lors de l'activation de

schémas cognitifs, tout en bénéficiant d'un environnement étayant préalablement établi par l'intervenant. De manière générale, les méthodes, empruntées aux ICC dites « classiques », sont nombreuses et variées. Souvent associé aux ICC, le groupe constitue ainsi un levier intéressant et permet d'apprécier la généralisation des acquis d'un participant lors de ses interactions avec les autres. Enfin, un intérêt croissant s'est développé ces dernières années pour les questions relatives à la motivation, la préparation à la prise en charge, ainsi que l'alliance thérapeutique.

Mise en perspective

Les ICC ne constituent toutefois qu'un des éléments nécessaires à l'élaboration et au développement d'un modèle de réhabilitation permettant de prévenir la récidive. Aucun changement ni implantation isolée de pratiques ne pourraient prétendre constituer une évolution suffisante sans une réflexion plus profonde à même de contribuer à une réforme cohérente en matière de prévention de la récidive.

Interventions cognitivo-comportementales et modèle de réhabilitation

En 1990, Andrews, Bonta et Hodge publiaient un premier article destiné à poser les bases d'un modèle de réhabilitation des personnes placées sous main de justice (Andrews *et al.*, 1990, 2011). Connu sous le nom de modèle « R-B-R » (Risque-Besoins-Réceptivité), il s'agit actuellement de l'approche correctionnelle dominante au Canada, et plus généralement dans le monde anglo-saxon. Afin de prévenir la récidive, ce modèle préconise que le risque de récidive puisse être adéquatement évalué, que les interventions se centrent sur les facteurs empiriquement associés à la récidive, et que les stratégies d'intervention prennent en compte les capacités de compréhension des personnes placées sous main de justice. Plusieurs études et méta-analyses indiquent que les interventions qui respectent ces principes sont associées à une diminution significative de la récidive, de telle sorte que l'efficacité du modèle R-B-R en matière de prévention de la récidive fait consensus dans la littérature internationale. Le respect de ces principes s'avère également pertinent pour prévenir la récidive des AICS, qu'il s'agisse de prévenir la récidive générale ou la récidive sexuelle (pour une méta-analyse, voir Hanson *et al.*, 2009).

Plus précisément, le principe du risque implique d'une part de disposer d'une évaluation fiable du risque de récidive, et d'autre part d'adapter l'intensité de l'intervention au niveau de risque des personnes placées sous main de justice. Un mauvais équilibre entre niveau de risque et intensité tend en effet à faire augmenter le risque de récidive, de telle sorte que les interventions doivent être particulièrement intensives auprès de personnes présentant un risque élevé de récidive et minimales lorsque le risque est bas. Ensuite, selon le principe des besoins, les interventions doivent cibler les « besoins » criminogènes qui correspondent aux facteurs de risque dynamiques. Il s'agit de caractéristiques stables et/ou aiguës associées empiriquement à la récidive et qui peuvent être modifiées par une intervention. En accord avec le principe des besoins, les interventions destinées à prévenir spécifiquement la récidive sexuelle des AICS devraient cibler les intérêts sexuels déviants, les préoccupations sexuelles, les attitudes antisociales et les distorsions cognitives, ainsi que les déficits relatifs à l'intimité. N'étant pas associés à la récidive, certains facteurs comme une faible estime de soi, le déni, ou un déficit d'empathie envers la victime ne devraient alors pas être travaillés dans une intervention dont le but est de prévenir la récidive (Hanson *et al.*, 2009). Enfin, le principe de réceptivité implique que les stratégies et les modes d'intervention soient adaptés aux capacités de compréhension et aux styles d'apprentissage des personnes placées sous main de justice. Plus exactement, Kennedy (2000) distingue les facteurs internes et externes au sujet. Les premiers renvoient aux caractéristiques de la personne, sa motivation, ses capacités intellectuelles, etc. ; les seconds sont constitués des caractéristiques de l'environnement dans lequel l'intervention est mise en place. Parmi ces éléments, la nature de l'intervention proposée constitue un élément majeur. C'est à ce titre que les interventions structurées d'orientation cognitivo-comportementales sont considérées comme des interventions *efficaces* en matière de prévention de la récidive (Lösel, Schmucker, 2005). En effet, d'après Cortoni et

Lafortune (2009, p. 69) : « […] les délinquants affichent des caractéristiques, telles que des problèmes d'impulsivité, de pauvres capacités de résolution des problèmes, des attitudes antisociales et une faible motivation pour le traitement, qui les empêchent de s'engager significativement dans les interventions non directives et orientées sur l'introspection […] » .

Au regard des principes du modèle R-B-R, il est intéressant de remarquer que si la très grande majorité des programmes de traitement en Amérique du Nord respectent aujourd'hui le principe de réceptivité en proposant des ICC, les programmes ne se limitent généralement pas au travail des facteurs de risque dynamiques. À ce titre, McGrath, Cummings et Burchard (2003) constatent que plus de 80 % des programmes de traitement en Amérique du Nord faisaient de l'empathie envers la victime, du déni et de l'attribution de la responsabilité, ou des habiletés sociales des cibles à part entière en matière de prévention de la récidive des AICS (McGrath *et al.*, 2003). De prime abord, il importe alors de rappeler que si des dimensions non criminogènes ne peuvent pas être complètement ignorées, la réduction de la récidive tient à une attention particulière portée aux facteurs de risque dynamiques (Hanson, 2009). Cependant, à l'instar des habilités sociales, il est également envisageable de comprendre certaines dimensions non criminogènes comme des facteurs de réceptivité; de telle sorte que de plus amples études apparaissent nécessaires quant à l'importance d'inclure ces dimensions afin d'améliorer la portée d'interventions destinées à prévenir la récidive des AICS (Hanson, 2009).

Ensuite, il est important de souligner qu'une prise en charge qui se voudrait *efficace* en matière de prévention de la récidive des AICS ne devrait toutefois pas se limiter à des ICC ne ciblant que des dimensions associées à la récidive sexuelle. Une prise en charge globale devrait également s'attacher à travailler les facteurs associés à la récidive générale comme le style de vie antisociale, l'instabilité socioprofessionnelle ou encore des problématiques relatives à la toxicomanie et l'abus de substances. L'un des enjeux majeurs (source de difficultés importantes) est alors de proposer une prise en charge basée sur une formulation individualisée des besoins criminogènes, si bien qu'« un délinquant ne devrait pas automatiquement recevoir un traitement pour contrer des facteurs qui, bien que pertinents pour la plupart des délinquants, ne sont pas présents chez lui. » (Cortoni et Lafortune, 2009, p. 68).

Prévenir la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel en France

En France, la prévention de la récidive constitue aujourd'hui la mission phare du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (Direction de l'Administration pénitentiaire, 2010). Jusqu'à récemment, les seuls outils de prévention de la récidive des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation étaient l'entretien et le suivi individuel des personnes placées sous main de justice. Si la mise en place de groupes de parole dits « PPR » (programmes de prévention de la récidive) apparaît comme une pratique innovante (Moulin, 2012), il conviendrait, au vu de la littérature internationale, de mettre au travail la question de l'évaluation du niveau de risque et des besoins de la population probationnaire française. L'évaluation constitue en effet un préalable indispensable à toute intervention, ce que souligne le modèle R-B-R au travers des principes du risque et du besoin. L'implantation d'une approche structurée en matière d'évaluation du risque de récidive et des besoins criminogènes constitue donc une étape cruciale alors que les pratiques actuelles en France ne montrent qu'une fiabilité et une validité des plus limitées (Benbouriche *et al.*, 2012). L'intégrité des programmes (en anglais, *programme integrity*) constitue à cet égard un enjeu déterminant pour prévenir la récidive (pour une méta-analyse, voir Andrews, Dowden, 2005). Ce n'est qu'en proposant une intervention accompagnée des moyens nécessaires, dispensée par des professionnels aux compétences appropriées, et intégrée au sein d'un système cohérent qu'il est possible d'envisager une réforme nécessaire en matière de prévention de la récidive.

Toute transformation en matière de prévention de la récidive ne peut donc se restreindre à un changement en termes de méthodes d'intervention. Celle-ci ne peut pas non plus reposer sur une importation *in globo* de programmes de traitement mis en place Outre-Atlantique, et ce sans tenir compte des particularités culturelles et

sociales françaises, entre autres en matière de cohérence entre les sphères de justice et de santé.

À cet égard, si la prévention de la récidive constitue un objectif légitime, elle doit pouvoir se faire en complémentarité de l'amélioration du bien-être subjectif des personnes placées sous main de justice lorsque des soins apparaissent nécessaires. Au-delà de la dimension criminologique du rapport à l'acte inhérente à la question de la récidive, il conviendrait de penser la complexité des rapports entre santé et justice. La question des antécédents pénaux et de la récidive interpelle bien évidemment le soignant en tant que « répétition » et demande à ce qu'elle soit pensée dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. Toutefois, définir l'efficacité thérapeutique en termes de réduction de « la récidive ne dit rien, ou bien trop peu, de l'amélioration de la santé et du bien-être du patient, la diminution des troubles, ainsi que la qualité du lien intersubjectif » (Vanderstukken et Benbouriche, 2012, p. 131). L'un des enjeux majeurs d'une réforme de la prévention de la récidive est sans nul doute l'articulation santé-justice dans la prise en charge des AICS et la reconnaissance des missions respectives de chacun des professionnels impliqués. Des accords interministériels sont mis en œuvre dans les établissements pénitentiaires français et se développent progressivement (Direction de l'Administration pénitentiaire, 2012). Ils nécessitent qu'une coopération interprofessionnelle s'élabore entre les deux champs, ouvrant sur une articulation des interventions dans l'intérêt des probationnaires pour les uns, des patients pour les autres, concourant conjointement à une dynamique de soin et de protection sociale.

Références

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation : Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior, 17*, 19–52.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model : Does adding the Good Lives model contribute to effective crime prevention ? *Criminal Justice and Behavior, 38*, 735–755.

Andrews, D. A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism : A meta-analytic review of program integrity. *Legal and Criminological Psychology, 10*, 173–187.

Benbouriche, M., Ventéjoux, A., Lebougault, M., & Hirschelmann, A. (2012). L'évaluation du risque de récidive en France : Expérience et Attitudes des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique, LXV*, 305–318.

Cortoni, F., & Lafortune, D. (2009). Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension. *Criminologie, 42*, 61–90.

Direction de l'Administration Pénitentiaire, (2012). *Protocole Santé-Justice relatif à la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel dans les établissements pénitentiaires*. Ministère de la Justice et des Libertés.

Direction de l'Administration Pénitentiaire, (2010). *Référentiel : Programme de prévention de la récidive*. Ministère de la Justice et des Libertés.

Drake, C., Ward, T., Nathan, P., & Lee, J. K. P. (2004). Challenging the cognitive distortions of child molesters : An implicit approach. *Journal of Sexual Aggression, 7*, 25–40.

Grossman, L., Martis, B., & Fichtner, C. (1999). Are sex offenders treatable ? A research overview. *Psychiatric Services, 50*, 349–361.

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, J., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior, 36*, 865–891.

Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders : A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 117–146.

McGrath, R. J., Cumming, G. F., & Burchard, B. L. (2003). *Current practices and trends in sexual abuser management. The Safer Society 2002 nationwide survey* (158p). Brandon, VT : Safer Society Press.

Moulin, V., Palaric, R., Laurent, C., & Groupe de parole de prévention de la récidive au sein des SPIP. (2012). *Enjeux et incidences d'une pratique institutionnelle innovante*. Recherche subventionnée par le GIP Mission de Recherche Droit et Justice.

Vanderstukken, O., & Benbouriche, M. (2012). Interventions cognitivo-comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France : entre Santé et Justice. In J.-L. Senon, G. Lopez, & R. Cario (Eds.), *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise.* (pp. 123–132). Paris : Dunod.

Yates, P. M. (2003). Treatment of adult sexual offenders : A therapeutic cognitive-behavioral model of intervention. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*, 195–232.

Recommandations nationales et internationales dans la prise en charge thérapeutique des auteurs de violence sexuelle

Héloïse Delavenne, Frederico Garcia, Florence Thibaut

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle est un enjeu à la fois médical et sociétal majeur (Thibaut, 2012). La plupart des acteurs impliqués dans la prise en charge des délinquants sexuels reconnaissent que la seule incarcération ne permet pas de résoudre les cas de violence sexuelle (Delamothe, 2011). Proposer un traitement aux auteurs d'agression sexuelle est essentiel pour améliorer la symptomatologie clinique en favorisant l'amélioration du trouble des conduites sexuelles et la réinsertion psychosociale de l'agresseur tout en limitant ainsi les récidives. Nous proposons de faire une synthèse des recommandations nationales et internationales destinées aux auteurs de violence sexuelle.

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle

La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle comporte plusieurs dimensions : médicale, psychologique et socioéducative (Thibaut, 2010). Compte tenu de l'importante stigmatisation des conduites sexuelles déviantes, les sujets consultent malheureusement peu avant le passage à l'acte sexuel délictueux. Dans certains pays, comme l'Allemagne, il existe un numéro de téléphone que les sujets peuvent appeler de façon anonyme pour être aidés lorsqu'ils présentent des fantasmes sexuels déviants, ce qui contribue à limiter les agressions sexuelles. Dans la majorité des cas, en France, le sujet est amené à consulter sur injonction du juge au décours d'un crime ou délit sexuel. Dans le cadre de soins ordonnés pénalement, le patient sera suivi à la fois par une équipe socioéducative et par une équipe de professionnels de santé (Tesson *et al.*, 2012 ; Aghababian *et al.*, 2001).

L'objectif de la prise en charge par l'équipe de soins sera tout d'abord de construire une bonne relation thérapeutique avec le patient, qui permettra de renforcer, ou parfois de faire émerger, une demande de soins de la part du patient. Une fois ces bases obtenues, le soin visera à améliorer le fonctionnement psychosocial du patient et à diminuer l'activité sexuelle déviante. Ces objectifs auront, entre autres, pour conséquence une réduction du risque de récidive de violence sexuelle. L'absence de récidive ne peut pas être considérée comme l'unique objectif de la prise en charge par l'équipe de soins (Thibaut, 2010 ; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009).

La prise en charge médicopsychologique comporte plusieurs axes : l'évaluation du sujet à la recherche d'une ou de plusieurs paraphilies, de troubles de personnalité ou de troubles psychiatriques associés, le traitement des troubles somatiques et psychiatriques comorbides, la psychothérapie et éventuellement le recours à des traitements pharmacologiques.

Des recommandations portant sur la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans ont été publiées en 2010 par une commission nationale placée sous l'égide de la Haute Autorité de santé (2009 ; www.has-sante.fr). Des recommandations internationales portant plus spécifiquement sur le traitement pharmacologique des paraphilies ont été publiées sous l'égide de la *Word Federation of Societies of Biological Psychiatry* et sont disponibles sur le site de la WFSBP dans la rubrique Treatment Guidelines (Thibaut, 2010 ; www.wfsbp.org).

La prise en charge psychothérapeutique

La psychothérapie est indiquée pour tous les auteurs de violence sexuelle dans les recommandations nationales et internationales (Thibaut *et al.*, 2010 ; Recommandations de la Haute Autorité de

santé, 2009). L'association d'une prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique est plus efficace en comparaison au traitement pharmacologique ou psychothérapeutique utilisé seul (Garcia, Thibaut, 2010 ; Guay, 2009). La réduction de la libido obtenue avec les traitements hormonaux semble augmenter les résultats de la psychothérapie chez certains patients à haut risque de violence sexuelle.

Les modalités de la psychothérapie sont à adapter aux capacités psychologiques du patient, ainsi qu'à son niveau de verbalisation et à sa demande. La motivation du patient peut être totalement différente si le patient consulte de lui-même ou s'il est adressé dans le cadre d'une injonction de soins (Gabbard, Bennett, 2005).

Les objectifs et les modalités de la psychothérapie varient fréquemment en fonction des moments du parcours judiciaire du patient. Durant la phase présentencielle, la présomption d'innocence doit prévaloir et le thérapeute ne doit pas débuter sur la base d'un supposé « déni » des faits qui sont reprochés au patient. Un suivi psychologique classique et non spécifique peut être proposé (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009 ; Hachouf, Bénézech, 2001). Durant l'incarcération après la condamnation, la psychothérapie est recommandée et peut être plus spécifique et explorer les faits sanctionnés (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009 ; Hachouf, Bénézech, 2001 ; Smith, Petibon, 2005). Lors de la sortie d'incarcération, lorsque le patient est sous injonction de soins, le médecin coordonnateur est chargé d'effectuer un bilan de ce qui a été fait en prison et de programmer un suivi en fonction des caractéristiques du patient et des ressources locales (Tesson *et al.*, 2012).

Les psychothérapies peuvent être de type psychodynamique, cognitivocomportemental, systémique ou familial selon l'âge, les besoins et l'évolution du sujet. Les psychothérapies peuvent être conduites en groupe ou individuellement. Les psychothérapies individuelles fonctionnent mieux si le patient est motivé, s'il a des potentialités d'autoanalyse, de symbolisation et d'insight (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Les psychothérapies de groupe permettent d'améliorer la verbalisation et la capacité d'introspection des patients et ont montré des résultats intéressants (Smith, Petibon, 2005).

Les principales études publiées utilisent la psychothérapie cognitivocomportementale, les recommandations internationales soulignent l'intérêt de ce type de psychothérapie par rapport aux autres psychothérapies (Thibaut, 2010 ; Smith, Petibon, 2005 ; Marshall *et al.*, 1991). Cependant, en France, les psychothérapies proposées en pratique ont fréquemment comme base les théories psychanalytiques (Smith, Petibon, 2005 , Hajbia, Loubeyreb, 2011). L'approche psychanalytique permet une compréhension et un abord intéressant des auteurs de violence sexuelle, cependant le manque d'études publiées rend difficile l'affirmation de leur efficacité (Hajbia, Loubeyreb, 2011 ; Berner, Briken, 2012).

La psychothérapie vise en général une amélioration du fonctionnement psychosocial. Elle cherchera à améliorer chez le patient les relations interpersonnelles, les habilités sociales comme l'affirmation de soi et l'empathie, la gestion du stress et des émotions comme la colère, l'impulsivité, les moments dépressifs. Le développement d'une autocritique, des capacités d'insight et l'amélioration de l'estime de soi sont également des objectifs importants (Hadjipavlou, Ogrodniczuk, 2010). La psychothérapie chez les patients auteurs de violence sexuelle cherche plus spécifiquement à ce que le patient reconnaisse les faits ainsi que les émotions de la victime et la perception de la contrainte et de la violence qu'il a exercées sur l'autre lors de l'agression sexuelle (Gabbard, Bennett, 2005 ; van Naerssen, 1990 ; Drapeau *et al.*, 2005).

Les traitements pharmacologiques et leur surveillance

Le traitement idéal pour un patient paraphile agirait en réduisant ou en éliminant les fantasmes et les comportements sexuels inappropriés tout en permettant aux patients de vivre une vie sexuelle normale. Ce traitement idéal n'aurait pas d'effets secondaires et il permettrait une prévention du risque de délinquance sexuelle. Ce traitement idéal n'existe pas actuellement et les traitements disponibles diminuent, de façon globale, l'activité et le désir sexuels (Garcia, Thibaut, 2011). Les principales classes de médicaments utilisées dans

les paraphilies, en association avec une psychothérapie, sont les antidépresseurs et les antiandrogènes (acétate de cyprotérone et analogues de la gonadotrophine-releasing hormone [GnRH]).

Les antidépresseurs

Les IRS ont montré une bonne efficacité dans le traitement de certains patients paraphiles du fait, en particulier, de leurs effets secondaires de réduction de la libido (Garcia, Thibaut, 2011). Toutefois la qualité des études disponibles est limitée par des biais méthodologiques (par exemple l'hétérogénéité des critères d'évaluation utilisés, la durée de suivi en général courte et l'hétérogénéité des patients inclus) et aucune étude contrôlée et randomisée dans l'indication des paraphilies n'est disponible à ce jour. Les patients présentant un exhibitionnisme, une masturbation compulsive, semblent bénéficier davantage des IRS (Garcia, Thibaut, 2011). La compliance et l'acceptation du traitement par IRS semblent être meilleures par rapport aux traitements hormonaux chez les auteurs de violence sexuelle (Drapeau *et al.*, 2005).

Les recommandations nationales et internationales actuelles recommandent leur utilisation chez certains patients auteurs de violence sexuelle présentant une paraphilie sans risque important de violence par exemple l'exhibitionnisme, ou chez les jeunes patients (en particulier les adolescents), ou lors de troubles du contrôle de l'impulsivité ou de troubles dépressifs associés (Garcia, Thibaut, 2011).

De nombreux patients décrivent ainsi une incapacité à résister à leurs désirs sexuels très intenses. Ces descriptions cliniques soutiennent l'hypothèse de l'existence d'idées sexuelles obsédantes et de compulsions dans certains troubles paraphiliques. Dans ces contextes cliniques particuliers, les antidépresseurs sérotoninergiques (en particulier, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, citalopram, escitalopram, sertraline) peuvent être une option thérapeutique, en dépit de leur absence d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Leur tolérance est en générale bonne et pour certains auteurs, les IRS auraient même une action plus spécifique de réduction du comportement sexuel déviant permettant ainsi au sujet de conserver une activité sexuelle conventionnelle (Gua, 2009; Garcia, Thibaut, 2011). Les posologies utilisées peuvent être progressivement augmentées sur plusieurs mois si l'efficacité n'est pas suffisante, en l'absence de contre-indications, et jusqu'à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs.

Les traitements hormonaux

Même en cas de soin ordonné pénalement, la prescription des traitements hormonaux nécessite un consentement écrit et éclairé qui est clairement recommandé dans les recommandations tant nationales qu'internationales (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Le droit du patient de refuser un traitement doit être respecté par le clinicien (Voyer *et al.*, 2012). Cependant, dans les cas où le risque de récidive de violence sexuelle est majeur, l'avis du juge peut alors être sollicité par le médecin coordonnateur dans le cadre d'une mesure d'injonction de soins et le juge d'application des peines pourra demander l'avis d'experts.

Les traitements hormonaux ne sont pas proposés à tous les patients auteurs d'agression sexuelle. Le diagnostic de paraphilie doit être établi de façon claire. Seulement les cas les plus sévères, comme par exemple des patients avec des désirs sexuels déviants fréquents et intenses pouvant amener à des comportements de pédophilie ou de viols en série, pourront nécessiter un traitement hormonal, en pratique cela correspond à environ 10 % des sujets bénéficiant d'une mesure d'injonction de soins (Tesson *et al.*, 2012; Thibaut *et al.*, 2010; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Les traitements antiandrogènes peuvent également être utilisés chez des patients présentant un retard mental, auteurs d'agression sexuelle mais l'avis de la famille et éventuellement du curateur ou du tuteur seront systématiquement recueillis.

Les traitements hormonaux ont pour but de réduire, voire de supprimer, les pulsions sexuelles déviantes. Ces traitements réduisent les comportements sexuels inappropriés dans le cadre d'une diminution plus globale de l'activité sexuelle (surtout après 40 ans) (Fagan *et al.*, 2002). Les traitements hormonaux réduisent significativement l'intensité et la fréquence du désir sexuel mais,

comme les autres types de prise en charge, ne modifient pas le type de paraphilie. Il existe deux classes différentes de traitement ayant l'autorisation de mise sur le marché en France pour l'indication des paraphilies (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009) : l'acétate de cyprotérone (Androcur®) qui n'est commercialisé que sous forme de comprimés et les analogues de la GnRH (Décapeptyl® ou Enantone®), commercialisés sous forme intramusculaire.

Les traitements antiandrogènes stéroïdiens, dont l'acétate de cyprotérone est le chef de file (Androcur®) inhibent la liaison de la testostérone à ses sites récepteurs, tout en ayant un effet progestatif, et modifient ainsi de façon modérée et inconstante le taux de testostérone plasmatique. La prise est orale et quotidienne. Seule la forme 100 mg a reçu l'autorisation de mise sur le marché en France et bénéficie d'un remboursement dans cette indication.

La seconde classe de traitement hormonal correspond aux analogues ou agonistes de la GnRH. La triptoréline dans sa forme injectable par voie intramusculaire tous les 3 mois (Salvacyl® LP) a reçu l'autorisation de mise sur le marché en France depuis 2007 et bénéficie d'un remboursement dans l'indication « la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères ». Les agonistes, ou analogues de la GnRH, après une courte phase de stimulation initiale de la sécrétion de LH (et possiblement de la testostérone ou effet « *flare-up* »), induisent rapidement une désensibilisation des récepteurs hypophysaires qui conduit à une réduction drastique du taux de LH et consécutivement du taux de testostérone plasmatique qui atteint des valeurs équivalentes à celles observées lors des castrations chirurgicales, d'où l'emploi impropre, mais parfois utilisé, du terme « castration chimique » pour qualifier l'effet de ces traitements. Une coprescription d'acétate de cyprotérone, débutée une semaine avant l'injection de triptoréline et maintenue en association pendant le premier mois de traitement, permet d'éviter tout risque de passage à l'acte pendant la première semaine de traitement par la triptoréline.

Le délai d'action de ces traitements varie entre 1 et 3 mois. L'efficacité sur le comportement sexuel déviant est très importante avec une disparition du comportement sexuel déviant dans environ 60 à 80 % des cas avec l'acétate de cyprotérone et, dans plus de 90 % des cas, avec les analogues de la GnRH (Thibaut 2012). Ces traitements hormonaux diminuent significativement l'intensité et la fréquence des fantasmes sexuels déviants, mais ne modifient pas leur contenu dans les paraphilies (Fagan, 2002). Il s'agit donc, comme pour la plupart des traitements psychotropes prescrits par ailleurs, d'un traitement symptomatique des comportements sexuels déviants lié à une réduction globale du fonctionnement sexuel et peut-être à un effet direct supplémentaire des agonistes sur certains récepteurs cérébraux situés en dehors des régions hypophysaires. Les analogues de la GnRH apparaissent comme les traitements les plus prometteurs pour la prise en charge des patients auteurs de violence sexuelle avec un fort risque de passage à l'acte, comme les patients pédophiles ou violeurs en série (Fagan, 2002).

Bilan initial et surveillance lors de la prescription d'un traitement hormonal

Les contre-indications les plus communes de l'acétate de cyprotérone sont les suivantes : puberté et croissance osseuse en cours, refus du traitement par le patient, dysfonction hépatique, psychose, antécédents personnels et familiaux de maladie thromboembolique veineuse (Guay, 2009).

Les contre-indications de la triptoréline comprennent une puberté ou une croissance osseuse en cours, un refus du traitement par le patient, une ostéoporose sévère non traitée (Guay, 2009).

Les recommandations soulignent la nécessité d'un examen physique complet avec une pesée, une mesure de la pression artérielle, la recherche d'antécédents personnels de thromboembolisme, de pathologie hépatique, de cancer hépatique, de tuberculose, de diabète, de cachexie, d'épilepsie, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose, d'antécédents cardiovasculaires, de psychose, de trouble dépressif ou d'antécédents de conduites suicidaires, de consommation abusive ou de dépendance à l'alcool, à des drogues et au tabac (Thibaut *et al.*, 2010 ; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009).

Un bilan sanguin doit être réalisé avec un bilan hormonal comprenant notamment un dosage de la testostérone plasmatique totale, de la protéine transporteuse de la testostérone (TeBG) qui permet d'évaluer le taux de testostérone libre (forme active), de la LH, de la FSH et de la prolactine. Un bilan de la fonction hépatique et rénale, de la glycémie, un profil lipidique, un hémogramme, une calcémie et phosphatémie sont également recommandés. Si un risque personnel ou familial d'ostéoporose existe, ou si le patient a plus de 50 ans, une ostéodensitométrie doit être effectuée avant de débuter le traitement pour mesurer la densité osseuse. La réalisation d'un électrocardiogramme est recommandée (Thibaut *et al.*, 2010; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009).

Un suivi de l'efficacité et des effets indésirables doit être mis en place durant toute la durée du traitement antiandrogène. Des entretiens mensuels ou au moins tous les 3 mois doivent rechercher la présence de fantasmes et des activités sexuelles déviantes et non déviantes en caractérisant leur nature, leur intensité et leur fréquence. Une évaluation du risque de violence sexuelle doit être réalisée à cette même fréquence (Thibaut *et al.*, 2010; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Des échelles d'évaluation permettent d'aider à l'évaluation du risque de récidive (Thibaut, 2010; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009).

Les effets indésirables principaux de l'acétate de cyprotérone sont la gynécomastie (20 %) réversible à l'arrêt du traitement, l'hépatotoxicité qui nécessite l'interruption du traitement, les complications thromboemboliques (surtout en cas d'antécédents personnels ou familiaux de ce type), un trouble dépressif. Les effets indésirables les plus fréquemment observés avec la triptoréline sont des bouffées de chaleur, un trouble dépressif, une déminéralisation osseuse (Guay, 2009).

Au niveau clinique, tous les 3 à 6 mois, une mesure de la pression artérielle et du poids ainsi que la recherche de trouble dépressif, de problèmes émotionnels, de féminisation sont recommandés. Au niveau biologique, tous les 6 mois, la glycémie, le profil lipidique, la calcémie et la phosphatémie doivent être contrôlés. Dans le cas d'un traitement par acétate de cyprotérone, la réalisation mensuelle pendant les trois premiers mois, puis trimestrielle d'un bilan hépatique, est recommandée.

Tous les 2 ans, ou chaque année si le patient présente un fort risque d'ostéoporose, une ostéodensitométrie est recommandée. Si une ostéoporose est diagnostiquée, une supplémentation en calcium et vitamine D ou un traitement par des biphosphonates doivent être prescrits. Une supplémentation systématique trimestrielle en vitamine D en hiver dans les régions peu ensoleillées est également souhaitable. L'avis d'un rhumatologue est recommandé dans les cas d'ostéoporose avérée.

Un dosage de la testostérone peut être demandé pour vérifier l'observance du traitement, au moindre doute, ou encore s'il existe une suspicion de supplémentation masquée par de la testostérone (rarement observée).

Algorithme pour les auteurs de violence sexuelle

Les recommandations de traitement pour les auteurs de violence sexuelle, tant françaises qu'internationales, proposent un algorithme de traitement en six niveaux (Thibaut, 2010; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Le traitement pharmacologique éventuellement prescrit va dépendre de l'intensité des fantasmes sexuels du sujet et du risque de passage à l'acte avec violence sexuelle, des antécédents médicaux du patient, de l'observance présumée du traitement ainsi que de l'efficacité des traitements qui ont pu être prescrits antérieurement.

Niveau 1

Les objectifs du traitement sont le contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés, sans qu'il y ait un impact sur l'activité sexuelle conventionnelle et le désir sexuel. Le traitement recommandé est la psychothérapie, de préférence cognitivocomportementale si le thérapeute est formé.

Niveau 2

Les indications sont les suivantes : absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1, patients paraphiles avec un faible risque d'agression

sexuelle (comme par exemple un exhibitionnisme sans risque de viol). Le traitement recommandé associe une psychothérapie et une prescription, hors autorisation de mise sur le marché, d'un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) à une posologie progressivement croissante jusqu'à obtention d'une efficacité clinique satisfaisante (par exemple fluoxétine 40 à 60 mg par jour ou paroxétine 40 mg par jour).

Niveau 3

Les indications sont les suivantes : absence de résultats satisfaisants avec le niveau 2 avec une prescription d'antidépresseurs de 4 à 6 semaines à posologie élevée, patients paraphiles avec des passages à l'acte de type caresses, sans pénétration, patients avec des fantasmes sexuels inappropriés sans passage à l'acte violent. Le traitement recommandé, en plus de la psychothérapie, est l'association d'un traitement antidépresseur IRS avec une faible dose de traitement antiandrogène (par exemple acétate de cyprotérone 50 à 100 mg par jour *per os*). En pratique, le risque de passage à l'acte sexuel déviant étant très difficile à évaluer dans ces situations, il est recommandé d'être très prudent dans l'utilisation du niveau 3.

Niveau 4

Les indications sont les suivantes : absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3, risque modéré de violence sexuelle, comme par exemple un patient paraphile avec des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes. En pratique, ce niveau de recommandations est rarement utilisé du fait du risque de mauvaise observance très fréquemment rencontré chez les sujets pédophiles ou violeurs récidivistes, on aura alors, dans ces dernier cas, directement recours au niveau 5 et on préférera l'utilisation des analogues de la GnRH sous forme injectable retard, assurant ainsi une meilleure observance. Le traitement recommandé, au niveau 4, en plus de la psychothérapie, correspond à une dose standard d'acétate de cyprotérone de 200 à 300 mg par jour *per os*. Un antidépresseur IRS peut être associé si le médecin note la présence d'anxiété, de dépression ou symptômes obsessionnels.

Niveau 5

Les indications sont les suivantes : les patients avec un risque élevé de violence sexuelle, avec des fantasmes sexuels inappropriés ou des comportements sexuels sadiques ou présentant une violence sexuelle. En cas de mauvaise observance avérée ou simplement présumée ou de résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4. Les recommandations comprennent l'association à la psychothérapie de la prescription d'un analogue de la GnRH à longue durée d'action (triptoréline) 3 mg par mois ou 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire (seul le Salvacyl® bénéficie d'une AMM dans cette indication). Il est recommandé d'associer de l'acétate de cyprotérone à l'analogue de la GnRH, une semaine avant l'injection de ce dernier puis pendant le premier mois de traitement, afin de prévenir le risque de rechute du comportement sexuel inapproprié qui pourrait éventuellement être induit par l'effet « *flare-up* » initial des analogues de la GnRH.

Niveau 6

Les indications sont les suivantes : pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 et les cas les plus sévères de paraphilies. Le traitement recommandé consiste à associer à la psychothérapie, une prescription d'acétate de cyprotérone, de 50 à 200 mg par jour *per os*, et un analogue de la GnRH (voir niveau 5). Un antidépresseur IRS peut éventuellement être associé.

Il n'y a pas d'études portant sur l'évaluation de l'efficacité de ces traitements chez les délinquants sexuels meurtriers qui restent fort heureusement exceptionnels et font l'objet de longs séjours en prison.

En ce qui concerne les paraphilies observées chez les femmes, elles demeurent beaucoup moins fréquentes et leur traitement n'a fait l'objet que de quelques cas cliniques publiés (Thibaut, 2012).

Dans le cas des adolescents, les thérapies psychologiques, qu'elles soient familiales ou de type cognitivocomportemental, sont recommandées (Thibaut, 2010 ; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Des IRS peuvent éventuellement être associés (Girardin, 2004). Les traitements hormonaux sont contre-indiqués tant que la puberté, et en particulier la croissance osseuse, ne sont pas achevées. Des recommanda-

tions seront prochainement publiées sur ce thème par la WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry).

Conclusion

La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle comporte plusieurs dimensions : médicale, psychologique et éducative (3). La psychothérapie est indiquée pour tous les auteurs de violence sexuelle (Thibaut *et al.*, 2010). Les changements visés par la psychothérapie sont pluriels, comprenant une meilleure capacité de verbalisation et de mentalisation, une plus grande maturité émotionnelle et une meilleure aptitude relationnelle, une meilleure gestion de la sexualité en particulier dans les situations de stress, une compréhension et une reconnaissance de ses propres comportements pathologiques, notamment des comportements sexuels déviants, et une reconnaissance du vécu et de la souffrance infligée à la victime (Gabbard, Bennett, 2005 ; Smith, Petibon, 2005). La prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques est nécessaire tant sur le plan psychothérapeutique que pharmacologique.

Avant la mise en route d'un traitement pharmacologique, chaque patient doit être examiné par un psychiatre. L'évaluation clinique cherchera à caractériser la ou les paraphilie(s), les traitements précédents et la réponse obtenue, les troubles psychiatriques ou les troubles de personnalité comorbides et la présence d'un déficit intellectuel ou d'une démence (Monfort *et al.*, 2011). Les antidépresseurs de type IRS ont montré un bénéfice dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte et à forte tonalité compulsive ou en cas de dépression associée (Thibaut *et al.*, 2010 ; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Les doses prescrites sont en général élevées, comme dans les indications de traitement de trouble obsessionnel compulsif. Toutefois ces prescriptions sont hors autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Les traitements hormonaux réduisent significativement l'intensité et la fréquence du désir sexuel de façon réversible et ont montré une efficacité dans la prise en charge des paraphilies les plus sévères, comme les pédophilies avec un fort risque de passage à l'acte ou de violence et chez les violeurs récidivistes avec un comportement prédateur (Thibaut, 2010). Deux traitements ont l'AMM en France dans cette indication, l'acétate de cyprotérone (Androcur®) qui n'est commercialisé que sous forme de comprimés et les analogues de la GnRH (Salvacyl®), commercialisés sous forme intramusculaire ce qui garantit une meilleure observance. Ils ne peuvent être prescrits qu'après obtention du consentement écrit et éclairé du patient (Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009). Le traitement par analogues de la GnRH entraîne une diminution plus importante et plus constante des taux de testostérone garantissant une meilleure efficacité. Toutefois, les analogues de la GnRH doivent être utilisés seulement si les autres alternatives thérapeutiques n'ont pas montré de résultats satisfaisants ou s'il existe un risque de passage à l'acte de type violence sexuelle, comme chez certains patients pédophiles, sadiques sexuels ou violeurs en série (Thibaut, 2012).

L'orientation sexuelle ne va pas changer durant le traitement. Une surveillance régulière médicale et psychiatrique est nécessaire. Il n'existe pas dans la littérature de consensus pour la durée de la prise en charge. Une durée minimale de traitement de 3 à 5 ans est recommandée en cas de paraphilie sévère avec un fort risque de passage à l'acte (Thibaut *et al.*, 2010 ; Recommandations de la Haute Autorité de santé, 2009), le plus souvent il s'agit d'un traitement à long terme (Thibaut *et al.*, 1996 ; 1993).

Une enquête française réalisée en 2011 (Morali *et al.*, 2011) a montré la nécessité d'informer et de former les psychiatres hospitaliers dans le domaine de la prise en charge des agresseurs sexuels atteints de paraphilies. Une étude nationale est actuellement en cours en France afin d'identifier les sujets paraphiles ayant commis un délit sexuel et bénéficiant d'un traitement antiandrogène dans le but d'évaluer l'efficacité et la tolérance de ces traitements (contact : F. Thibaut).

Références

Aghababian, V., Lançon, C., Giocanti, D., Glezer, D., & Leonetti, G. (2001). Les décrets d'application de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des auteurs d'infractions sexuelles : aspects législatifs et cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, *159*(6), 424–430.

Berner, W., & Briken, P. (2012). Pleasure seeking and the aspect of longing for an object in perversion. A neuropsy-

choanalytical perspective. *American journal of psychotherapy*, *66*(2), 129–150.

Delamothe, T. (2011). What should we do with child sex offenders? *BMJ*, *343*, .

Fagan, P., Wise, T., Schmidt, C. J., & Berlin, F. (2002). Pedophilia. *JAMA*, *288*(19), 2458–2465.

Gabbard, G., & Bennett, T. (2005). Dilemmas in the psychotherapy of sexually impulsive patients. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 859–865.

Garcia, F., & Thibaut, F. (2011). Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*, *71*(6), 771–790.

Garcia, F., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*(5), 254–260.

Girardin, P., & Thibaut, F. (2004). Epidemiology and treatment of juvenile sexual offending. *Paediatric Drugs*, *6*(2), 79–91.

Guay, D. (2009). Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutics*, *31*(1), 1–31.

Hachouf, S., & Bénézech, M. (2001). Éléments pour une approche thérapeutique des agresseurs sexuels. *Annales Médico-Psychologiques*, *159*(3), 182–189.

Hadjipavlou, G., & Ogrodniczuk, J. (2010). Promising psychotherapies for personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(4), 202–210.

Hajbia, M., & Loubeyreb, J. (2011). La dynamique intrapsychique des sujets pédophiles. L'apport conjoint de la clinique et du test projectif Rorschach. *Annales médico-psychologiques*, *169*(8), 477–484.

Drapeau, M., Korner, A., Granger, L., & Brunet, L. (2005). What sex abusers say about their treatment : results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *Journal of Child Sexual Abuse*, *14*(1), 91–115.

Marshall, W., Eccles, A., & Barbaree, H. (1991). The treatment of exhibitionists : a focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behaviour Research and Therapy*, *29*(2), 129–135.

Monfort, J., Villemur, V., Lezy, A., Baron-Laforet, S., & Dröes, R. (2011). From paedophilia to gerontophilia. *Lancet*, *377*(9762), 300.

Morali, A., Baratta, A., Halleguen, O., & Lefevre, H. (2011). Étude sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle auprès d'une cohorte de psychiatres hospitaliers en France en 2011. *Annales Médico-Psychologiques*, *169*(9), 578–580.

Recommandations de la Haute Autorité de santé. (2009). *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. [database on the Internet]*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas__recommandations.pdf.

Smith, J., & Petibon, C. (2005). Relapse prevention group therapy for paedophiles : French adaptation. *Encephale*, *31*(5 Pt 1), 552–558.

Tesson, J., Cordier, B., & Thibaut, F. (2012). Loi du 17 juin 1998 : Bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *Encéphale*, *38*(2), 133–140.

Thibaut, F., Cordier, B., & Kuhn, J. (1993). Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(6), 445–450.

Thibaut, F., Cordier, B., & Kuhn, J. (1996). Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia : a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology*, *21*(4), 411–419.

Thibaut, F., de La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J., & the WFSBP Task Force on Sexual Disorders, (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *11*(4), 604–655.

Thibaut, F. (2012). *Approche psychiatrique des déviances sexuelles*. Paris : Springer-Verlag.

Thibaut, F. (2010). Pédophilie : quoi de neuf? *Encéphale*, *36*(6), 441–442.

van Naerssen, A. (1990). Man-boy lovers : assessment, counseling, and psychotherapy. *Journal of Homosexuality*, *20*(1–2), 175–187.

Voyer, M., Jonas, C., Jaafari, N., & Senon, J. (2012). Admission decisions in psychiatric care. *La Revue du Praticien*, *62*(3), 395–397.

Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles : les CRIAVS

Jean-Philippe Cano

« Rien ne sert de courir, il faut partir à point »
Fables, Livre VI, 10, Jean de la Fontaine

Aperçu historique de la création des CRIAVS

Il convient de rappeler brièvement le contexte dans lequel les CRIAVS ont été conçus, avec la prise en compte des préoccupations sociales et politiques autour du thème des violences sexuelles, et de leurs implications dans la répression pénale et la prise en charge des auteurs de celles-ci. La loi du 17 juin 1998 a institué le dispositif de suivi sociojudiciaire dans lequel peut être prononcée une injonction de soins pour les auteurs de délits ou de crimes sexuels condamnés. Les injonctions de soins ont été mises en place progressivement puis des lois successives (2005, 2007) ont intégré les possibilités de les appliquer à d'autres auteurs infractions, mais aussi de les prononcer automatiquement (2008) (Inspection générale des Affaires sociales, Inspection générale des Services judiciaires, 2011). En 2009, des injonctions de soins ont été associées à 66 % des 1 342 suivis sociojudiciaires prononcés. En 2011, le rapport IGAS/IGSJ évaluait à 3 800 le nombre de suivis sociojudiciaires en cours (avec une part de 90 % relative à des infractions sexuelles) et une projection approximative de 7 800 à terme (Inspection générale des Affaires sociales, Inspection générale des Services judiciaires, 2011). L'injonction de soin présente des intérêts cliniques, répondant ainsi à des recommandations de travaux interdisciplinaires pour les auteurs (demande de soin et motivation au suivi peu ou non formulée, faible part de troubles mentaux chez les agresseurs avec une prédominance de trouble de fonctionnement de personnalité, nécessité du cadre judicaire pour travailler le clivage et le déni…) (Inspection générale des Affaires sociales, Inspection générale des Services judiciaires, 2011 ; Fédération française de Psychiatrie, 2011). Il est observé cependant sur le terrain des difficultés diverses dans la mise en place du dispositif des injonctions de soins : recrutement insuffisant de médecins coordonnateurs et d'experts, réticences d'une partie des soignants du fait de positions, de représentations négatives ou de méconnaissances. Il faut rappeler en outre que de nombreuses obligations de soins classiques sont encore prononcées pour une partie des auteurs de violences sexuelles et ne possèdent pas l'organisation formalisée des injonctions du fait notamment de l'absence de médecin coordonnateur. Par ailleurs, l'implication de personnes provenant de différents champs professionnels rend nécessaire la possibilité d'échanges à travers la constitution de réseaux.

La création des centres de ressources pour les auteurs de violences sexuelles (CRAVS) sur le territoire national s'est donc imposée au travers du Plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008 qui a défini, dans le cadre des actions santé-justice, les objectifs en matière de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles et préconise le déploiement de cinq centres ressources interrégionaux (Ministère de la Santé et de la Solidarité, 2005).

Rappelons dans une période assez proche les créations préalables des Centre ressources autisme, issus du Plan autisme 2005. L'intitulé « Ressources » avait été choisi préférentiellement aux dénominations de centres « experts » ou « référents » afin d'insister sur

l'offre polyvalente d'appui aux familles, institutions et professionnels et sur une nécessité de soutien à la coordination de différents champs d'action.

La circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 précise les modalités de cette prise en charge au travers de la définition des objectifs, des missions et des modalités d'organisation de ces centres (Ministère de la Santé et de la Solidarité, 2006).

La circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/208/264 du 8 août 2008 indique que le dispositif créant des centres de ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) est régionalisé dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la *loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.* Chaque région devra être ainsi dotée d'un centre de ressources pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 2008).

Les six missions des CRIAVS

Être un lieu d'interface, de soutien et de recours pour les intervenants :

- organiser des rencontres cliniques : conseil, intervision, supervision ou analyse de pratiques ;
- proposer des lieux d'interfaces multiprofessionnels entre les acteurs de santé, de justice et de l'administration pénitentiaire notamment ;
- possibilité d'évaluation et/ou d'orientation des patients ou des familles de patients mineurs en recherche de thérapeute du fait de la connaissance du réseau local de prise en charge.

Assurer la formation et l'information sur le thème des violences sexuelles :

- en termes de formations continues : optimiser les compétences des professionnels et des équipes, apporter des éclairages cliniques, thérapeutiques et législatifs et actualiser les connaissances dans ce domaine, participer aux formations continues des magistrats et des personnels de l'administration pénitentiaire, policiers et gendarmes, enseignants, et assurer des formations croisées santé-justice ;
- en termes de formations initiales auprès des facultés et des instituts de formation des étudiants : internes DES de psychiatrie, étudiants en psychologie, étudiants infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs, magistrats, conseillers de probation… ;
- information auprès des médias, du grand public…

Promouvoir un travail en partenariat :

- en renforçant ou créant des réseaux à l'échelle départementale et régionale ;
- favorisant les interactions entre professionnels de proximité.

Mettre en place d'un centre de documentation :

- accessible et actualisé ;
- base de références : ouvrages, articles, revues, échelles d'évaluation, outils de médiation thérapeutique (ex. : « qu'en dit-on ? » versions adultes et juniors), supports audiovisuels…

Impulser et diffuser la recherche :

- initier ou soutenir des travaux et études ainsi qu'améliorer la communication des résultats de recherche ;
- participer à des études en collaboration avec d'autres CRIAVS ou d'autres unités de recherche.

Développer la prévention

- primaire : diffuser des informations, interventions dans les établissements scolaires et les lieux de vie, rôle auprès des victimes ;
- secondaire : demandes de professionnels, améliorer et développer notamment les prise en charge de mineurs auteurs de violences sexuelles et l'amélioration de la réinsertion des sortants de prison ;
- tertiaire : proposer par exemple des actions ciblées comme des centres d'appels intégrés dans des dispositifs de réponses ou de prises en charge dans les situations à risque.

L'activité de prise en charge directe ne relève pas des missions cardinales des CRIAVS, qui ne doivent pas se substituer aux équipes de soins de proximité. Les CRIAVS tiennent d'ailleurs au

maintien de la lettre I (pour Intervenants) dans leur abréviation pour limiter la confusion que peut entretenir la désignation CRAVS des circulaires.

Dans la circulaire du 8 août 2008, est prévue une possibilité de rôle des CRIAVS «en matière de prise en charge adaptée des patients, notamment les cas les plus complexes» ce qui laisse finalement une liberté d'interprétation à la modalité du type d'intervention.

Il peut s'agir par exemple d'une aide à la mise en place d'accueil et de prise en charge avec un rôle de supervision ou de coréférence éventuelle temporaire.

L'adossement d'une structure de soins au CRIAVS référent existe dans de nombreux sites, où une partie des professionnels exercent dans les deux unités. Dans certains cas, il s'agit d'une structure sanitaire de type unité de consultation et de soins ambulatoires, service médicopsychologique régional ou centre médicopsychologique. Dans d'autres CRIAVS, une unité de soins spécialisés pour la prise en charge d'AVS existe et apparaît distincte en matière administrative et budgétaire.

Le modèle d'organisation d'une structure de soins d'un secteur en plateforme référentielle contractualisée avec l'Agence régionale de santé et le CRIAVS référent qui assure la logistique continue de formation et de supervision représente un exemple concret qui correspond mieux au rôle d'appui opérationnel dévolu au CRIAVS rappelé dans le rapport Blanc (Assemblée nationale, 2012).

Carte d'implantation des CRIAVS

(Figure 41.1)

Les équipes des CRIAVS

Celles-ci sont essentiellement constituées de professionnels provenant du champ sanitaire.

Il s'agit de psychiatres, psychologue, infirmiers, éducateurs, assistantes sociales, documentalistes et secrétaires. Certains CRIAVS ont intégré d'autres professionnels au sein de leur équipe : criminologue, psychomotricien, sociologue, juriste.

Ces équipes recensent des personnes possédant des expériences de pratiques et de connaissances en matière d'évaluation et de prise en charge qu'elles peuvent diffuser et partager. Les compétences en termes d'approches théoriques et thérapeutiques doivent y être diversifiées et non exclusives.

Aucun personnel issu du milieu pénitentiaire ou de la justice ne figure à ce jour dans une équipe CRIAVS, une option de composition qui pourrait s'avérer pertinente au vu du public concernés par les missions.



Un réseau national : la Fédération nationale des CRIAVS

Cette association, initiée en 2008, regroupe les CRIAVS dans des objectifs multiples de mutualisation de moyens, de formations continues des professionnels des centres, d'associations à des travaux de recherche, et dans la représentation auprès des différentes instances publiques. Le réseau documentaire national inter-CRIAVS y est particulièrement développé avec le site Théséas accessible en ligne http://theseas.reseaudoc.org/opac/.

Perspectives évolutives des CRIAVS

Des rapports récents ont recommandé des possibilités évolutives des missions à une participation systématique des CRIAVS à l'offre de soins spécialisés ou à l'extension de leur action au thème des personnes violentes. Ils incitent également à l'amélioration de la lisibilité de leurs actions sur des indicateurs d'activité communs (Assemblée nationale, 2012 ; Inspection générale des Affaires sociales, Inspection générale des Services Judiciaires, 2011).

Compte tenu du caractère récent de la création de la majorité de ces structures, de la complexité de la tâche et des nombreux ressorts indépendants de leurs actions (difficultés chroniques de la psychiatrie, démographie médicale faible dans plusieurs régions, effets sur les croyances et représentations sociales, freins institutionnels et individuels…), il paraît difficile d'envisager raisonnablement des effets spectaculaires à court terme des actions des CRIAVS. Idéalement, un modèle régional d'organisation pourrait s'envisager sur trois niveaux : plusieurs CMP sensibilisés, une équipe référente de soins spécialisée par département et le CRIAVS sur un troisième niveau transversal, associé à des réseaux fonctionnels. Gageons que les outils originaux que sont les CRIAVS puissent en être les artisans.

Références

Références législatives et rapports :

Assemblée nationale. (2012). *Rapport d'information de l'Assemblée Nationale relatif au suivi des Auteurs d'infractions à caractère sexuel* (194p). 29 février 2012, présenté par M. Étienne Blanc. Paris.

Inspection générale des Affaires sociales, Inspection générale des Services Judiciaires. (2011). *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins* (143p). Paris, 2011.

Ministère de la Santé et de la Solidarité. (2005). *Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005–2008* (98p). Paris.

Ministère de la Santé et de la Solidarité. (2006). *Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centre de ressources interrégionaux* (7p). Paris.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. (2008). *Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/208/264 du 8 août 2008 relative à la campagne tarifaire des établissements de santé* (13p). Paris.

Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice. (2009). *Guide de l'injonction de soins* (67p). Paris.

Livre :

Fédération française de Psychiatrie. (2001). *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles, Cinquième conférence de consensus, 22 et 23 novembre 2001* (581p). Paris : John Libbey Eurotext.

Évaluation de la dangerosité : données historiques et contextuelles

Chapitre 42

Jean-Louis Senon, Mélanie Voyer, Guillaume Davignon

L'évaluation de la dangerosité ou plutôt du risque de récidive est devenue un problème dans la plupart des sociétés démocratiques au-delà même des pays anglo-saxons. Tous les pays européens ont cette préoccupation.

L'obsession de la sécurité et l'évaluation de la dangerosité ont une incidence directe sur la stigmatisation des malades mentaux dans la mesure où les croyances populaires associent volontiers violence et maladie mentale, ce qui est un paradoxe quand on sait que les malades mentaux sont avant tout victimes dans notre société de plus en plus dure.

Dans notre pays, la préoccupation sécuritaire a eu comme incidence institutionnelle la création de six nouvelles unités pour malades difficiles de 40 places et le développement des UHSA (unités d'hospitalisation accueillant des détenus présentant des troubles mentaux avec une surveillance périmétrique assurée par la pénitentiaire).

Sur le plan des politiques pénales, les préoccupations sécuritaires sont à l'origine d'une nouvelle architecture judiciaire notamment depuis trois lois qui ont représenté une véritable cassure :

- La loi du 12 décembre 2005 sur la récidive qui instaure les peines planchers (cette mesure a un impact sur la détention des malades mentaux vulnérabilisés). Cette loi élargit aussi le champ du suivi sociojudiciaire avec injonction de soins, au-delà des violences sexuelles, aux crimes volontaires à la vie des personnes.
- La loi du 10 août 2007 sur la récidive et les peines planchers étend encore plus le champ de l'injonction de soins à tous les actes de violences contre les personnes commis par le conjoint, l'ex-conjoint ou le concubin de la victime, et aux actes de violences commis sur un mineur de 15 ans par ascendant légitime.
- La loi dite « rétention de sûreté » du 25 février 2008 introduit la possibilité de prononcer des mesures de suivi ou d'enfermement, sans aucun terme prévisible, à l'encontre de la personne chez laquelle on repère une dangerosité supposée. La loi fait relever de la rétention de sûreté « les personnes présentant une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité ». On est là dans un modèle médical du crime qui fait l'hypothèse qu'un crime horrible ne peut être commis que par une personne « souffrant » d'un trouble grave de la personnalité.

Dans ce contexte de préoccupations sécuriatires, nombre de pays ont développé de modèles de prévention de la récidive autour d'outils d'évaluation de la dangerosité.

Cinq modèles d'évaluation de dangerosité, ou plutôt du risque de violence, peuvent être repérés au niveau international, de la première génération à la 5e génération.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Première génération, avant 1970 : l'évaluation professionnelle

Avant la diffusion des travaux actuariels, l'évaluation a longtemps été une évaluation dite « professionnelle » s'appuyant sur le savoir-faire du praticien, qu'il soit officier de probation, psychologue ou psychiatre. L'abandon de ce modèle dans les pays anglo-saxons a été favorisé par la critique apportée par Monahan en 1981 qui, dans plusieurs études de cohortes, a avancé que psychiatres et psychologues surévaluaient la dangerosité en privant de liberté trois fois plus de personnes que celles qui devaient récidiver.

2e génération : l'évaluation actuarielle avec prédominance des facteurs statiques (1970–1980)

L'évaluation actuarielle a fait ses débuts aux États-Unis à Chicago quand Ernest Burgess a publié le devenir de 3 000 détenus en liberté conditionnelle dans les années 1920. Ernest Burgess détermine dans son travail des facteurs identifiables permettant de prévoir sur cette population de détenus les risques d'échec. Il isole le sexe, l'âge, la race du père, la nationalité, les antécédents de violence, les antécédents judiciaires et les antécédents de victimisation. Plus tard, y seront associés deux facteurs importants : l'échec scolaire à l'élémentaire et la dislocation du couple parental avant l'âge de 16 ans. Burgess établit un modèle mathématique de prédiction du risque de récidive comme le fait une société d'assurances quand elle fixe la prime de son client : à risque élevé, prime élevée. Dans le domaine pénal cela devient : à risque de violence élevé, neutralisation durable ce qui aura comme conséquence une augmentation continue de la durée des peines.

Pour lui, ce modèle mathématique et statistique de prédiction du risque de récidive peut être étendu à tout le champ pénal : la délinquance infantile, la probation et le jugement. Dans ce domaine, ses élèves vont favoriser la mise en place, à destination du juge de jugement, des tables de sentences actuellement utilisées aux États-Unis, notamment pour les crimes et les violences sexuelles.

L'utilisation de l'outil statistique se développe d'autant plus qu'apparaît aux États-Unis la nouvelle pénologie de Feeley et Simon qui avance le fait que la condamnation doit se baser non sur l'infraction ou la personnalité, mais sur des profils mathématiques et statistiques de risque, issus du modèle de l'assurance : à risque élevé, peine élevée, à risque faible, peine réduite.

À partir de cette époque, on va constater aux États-Unis puis dans les pays anglo-saxons la diffusion d'un nombre important d'échelles de type actuariel. Celles-ci peuvent conforter deux types de facteurs :

- Les facteurs statiques qui sont des facteurs propres à l'histoire de l'individu et qui ne se modifient guère avec le temps. Les facteurs statiques sont constitués autour de quelques items : le sexe, la séparation du couple parental avant l'âge de 16 ans, l'échec scolaire au cours élémentaire, le statut socioéconomique, les antécédents de violence agie comme ceux de violence subie. L'utilisation des facteurs statiques favorise la détention durable de la personne dont les caractéristiques historiques ne se modifient pas. Si au contraire les politiques acceptent de faire un pari sur l'évolution de l'individu, les échelles font une part importante aux facteurs dynamiques, autant de facteurs qui sont sensibles aux travaux éducatifs et thérapeutiques.
- Les facteurs dynamiques comportent les addictions, les capacités d'insight, la symptomatologie actuelle, l'existence d'un trouble de la personnalité, l'adhésion aux soins, le lieu de vie, la vie affective (former un couple protège de la récidive) et l'insertion professionnelle.

Toutes les échelles actuarielles font une place importante au score de psychopathie appréciée par la PCL-R de Hare.

3e génération évaluation actuarielle, facteurs statiques et facteurs dynamiques

La diffusion de l'évalution actuarielle a amené tout un questionnement devant le constat de l'allongement des peines. Pendant des années, l'idéologie *« nothing works »* a été prédominante en constatant que si, dans 50 à 60 % des cas, le traite-

ment correctionnel était efficace, cela signifiait qu'il ne marchait pas dans 40 à 50 % des cas, constat à l'origine de l'idéologie du « *nothing works* » des premières analyses de R. Martinson publiées en 1974, avant que ne soit fait, en 2006, le constat que les peines sévères n'ont pas d'effet de dissuasion et ne génèrent qu'une augmentation sans fin de la population pénale. La plupart des professionnels sont alors passés, dans le sillage de la nouvelle analyse de Martinson, à l'ére du « *what works ?* ».

La deuxième génération des outils actuariels, basée essentiellement sur les facteurs statiques, sera très critiquée à partir de 1990, le devenir de la personne évaluée étant fixé quand on utilise essentiellement des facteurs statiques. L'introduction de facteurs dynamiques présuppose la possibilité pour la personne de changer grâce à un travail socioéducatif et thérapeutique.

4e génération : le modèle RBR et le modèle des « good lives » depuis 2007

Dans ce contexte va se développer dans le sillage de J. Bonta et de D.A. Andrews, le modèle R-B-R (Risque-Besoin-Réceptivité). Bonta et Andrews font l'hypothèse que le crime s'appuie sur un apprentissage social du comportement criminel. Pour eux, des processus cognitifs sont à l'œuvre dans le comportement criminel. Ces processus peuvent être retravaillés quand des relations de qualité sont établies entre l'officier de probation ou le personnel correctionnel et le probationnaire. Ces relations doivent être fondées sur la collaboration et le respect.

Trois principes de base fondent le modèle R-B-R :

- le principe du risque avec la nécessité d'adapter le niveau de prise en charge au risque de récidive : à risque élevé, prise en charge intensive ;
- le principe des besoins avec l'importance pour l'officier de probation d'évaluer les facteurs criminogènes et de travailler ceux-ci ;
- le principe de réceptivité impose d'optimiser la capacité du délinquant en adaptant la prise en charge à sa capacité d'apprentissage, de motivation et aux « points forts » de celui-ci.

Deux éléments importants constituent le modèle R-B-R : les instruments d'évaluation des facteurs de risque et de protection et les « programmes cognitivocomportementaux ». Ces programmes ont pour objectif de modifier le comportement du délinquant en induisant un changement chez celui-ci grâce à un « management » du risque de récidive. Les critiques du modèle R-B-R se développent depuis ces trois dernières années : elles avancent que la personne est réduite à un ensemble de facteurs de risque, que les facteurs sociaux et environnementaux sont peu pris en comte et le modèle R-B-R cherche avant tout à protéger la société plus qu'à apporter une aide au probationnaire.

Un autre modèle s'est développé dans ce contexte, le modèle des « *good lives* ». Ce modèle avance que l'objectif du travail correctionnel est de promouvoir le bien-être du probationnaire, ce qui ne peut que réduire le risque de récidive, avec l'obligation de se poser la question des besoins de la personne, des aides à lui apporter, et d'aller vers une vie constructive et positive. Le modèle des « *good lives* » met l'accent sur les aspects protecteurs et les capacités positives du probationnaire qu'il convient de renforcer : renforcer les liens familiaux, la vie de couple, la force des sentiments portés aux enfants, les relations avec l'employeur, les responsabilités individuelles…

5e génération : le modèle de la désistance

Les travaux sur la désistance se multiplient dans les pays anglo-saxons et surtout en Europe. Le terme de *désistance* est un anglicisme pour signifier le moment où le délinquant, de lui-même, cesse sa carrière de délinquant. De cette théorisation, désister de la délinquance n'est pas un événement brutal. C'est un processus dynamique avec de possibles retours en arrière. La désistance apporte surtout une idée fondamentale, le fait que l'arrêt de la délinquance n'est pas lié à l'activité directe des professionnels mais à des facteurs propres au délinquant dans sa vie quotidienne : facteurs affectifs, déménagement, arrêt de l'addiction, insertion professionnelle, nouveau réseau d'amis… pouvant susciter l'abandon du comportement pro-criminel.

Pour S. Faral et R. Martinson, le travail social classique n'est pas déterminant mais peut devenir utile s'il s'appuie sur les facteurs de désistance. C. Trotter parle de « lever les obstacles à la désistance ». Plusieurs auteurs travaillent sur le modèle : F. McNeill à Glasgow, S. Maruna à Belfast, C. Trotter en Australie et G. Robinson au Royaume-Uni.

Pour S. Maruna, il s'agit de quitter le modèle médical des « programmes de soins » pour aller vers un « paradigme de la désistance » et pour lui, les agents de probation doivent intervenir moins comme agents de traitement pénal que comme soutiens des processus de désistance engagés par le probationnaire. Tous les auteurs insistent sur l'importance de l'établissement des relations positives et empathiques avec le probationnaire. C'est pour R. Canton « le facteur suprême ». On est là bien loin de l'évaluation des risques et surtout du travail du psychiatre. C'est tout le renouveau du travail de probation et du travail corerctionnel qui est en cause.

Comme on le perçoit dans cette synthèse, le problème de l'évaluation actuarielle des risques est maintenant largement dépassé au profit d'une nouvelle définition du travail des services correctionnels et des officiers de probation.

En quittant le modèle « *nothing works* » pour aller vers le modèle « *what works* », les recherches actuelles laissent penser que la qualité des relations des services correctionnels avec le délinquant est déterminante et que le travail de probation devrait se positionner dans une facilitation des processus à l'œuvre du probationnaire, permettant de favoriser la désistance. On est là bien loin de l'actuariel fondé sur les facteurs statiques que l'on voudrait imposer aux psychiatres et psychologues français.

Bibliographie

Bailleau, F., & Cartuyvels, Y. (2009). *La justice pénale des mineurs en Europe entre modèle welfare et inflexions néolibérales*. Paris : L'Harmattan.

Bénézech, M., et al. (1997). Le concept d'état dangereux en psychiatrie médicolégale Journal de Médecine Légale. *Droit Médical*, *40*, 323–333.

Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque Actes de la recherche en Sciences Sociales 47, 119–127.

Debuyst, C. (1981). *Dangerosité et justice pénale*. Paris : Masson.

Farrall, S. (2003). J'accuse : Probation Evaluation-Research Epistemologies : Part One : The Critique. *Criminal Justice*, *3*(2), 161–179.

Farrall, S., & Bowling, B. (1999). Structuration, Human Development and Desistance from Crime. *British Journal of Criminology*, *39* (2), 253–268.

Farrall, S., Bottoms, A., & Shapland, J. (2010). Social Structures and Desistance from Crime. *European Journal of Criminology*, 7 (6), 546–570.

Giudicelli-Delage, G., & Lazerges, C. (2012). *La dangerosité saisie par le droit pénal*. Paris : PUF.

Gravier, B. (2012). De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence. In J. L. Senon, G. Lopez, & R. Cario (Eds.), *Psychocriminologie*. Paris : Dunod.

Gravier B. Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents. *Ann Med Psychol, 163*, 668–680.

Harcourt, B. (2011). Surveiller et punir à l'âge actuariel Généalogie et critique. *Déviance et société*, *35*, 5–33.

Healy, D., & O'Donnell, I. (2008). Calling Time on Crime : Motivation, Generativity and Agency in Irish Probationers. *Probation Journal*, *55* (1), 25–38.

LeBel, T. P., Burnett, R., Maruna, S., & Bushway, S. (2008). The « Chicken and Egg » of Subjective and Social Factors in Desistance from Crime. *European Journal of Criminology*, *5* (2), 131–159.

Feeley, M., & Simon, J. (1992). The New Penology : Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications. *Criminology*, *30* (4), 449–474.

Martinson, R. (1972). Paradox of Prison Reform. *The New Republic,* 166. April 1, 6, 15 and 29.

Martinson, R. (Spring 1974). What Works ? - Questions and Answers About Prison Reform. *The Public Interest*, 22–54.

Maruna, S. (2012). Elements of Successful Desistance Signaling. *Criminology & Public Policy*, *11*(1), 73–86.

Mary, P. (2001). Pénalité et gestion des risques : vers une justice actuarielle en Europe ? *Déviance et société*, *25*, 33–51.

McCulloch, T. (2005). Probation, Social Context and Desistance : Retracing the Relationship. *Probation Journal*, *52* (1), 8–22.

McNeill, F. (2006). A Desistance Paradigm for Offender Management. *Criminology & Criminal Justice*, *6* (1), 39–62.

Monahan, J. (1981). Clinical en actual prediction of violence. In D. Faigman, D. Kay, M. Sacks, & J. Sanders (Eds.), *Modern Scientific evidence : the law an science of experts testimony* (Vo1.1). St Paul : West Publishing.

Moore, R. (2011). Beyond the Prison Walls : Some Thoughts on Prisoner « Resettlement » in England and Wales. *Criminology & Criminal Justice*, *12* (2), 129–147.

Pratt, J. (2001). Dangerosité, risque et technologies du pouvoir. *Criminologie*, *34*, 101–121.

Salas, D. (2012). La justice dévoyée, critique des utopies sécuritaires. Les arènes.

Senon, J. L. (2012). La psychiatrie à l'épreuve de l'inSécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *Information psychiatrique*, *88*, 407–414.

Steadman & Cocoza, (1974). Careers of the Criminally Insane : Excessive social control of deviance. Lexington, MA : Lexington Books.

Thornberry, & Jacoby, (1979). *The criminally Insane : community follow-up of mentally ill offenders.* Chicago, IL : University of Chicago Press.

Chapitre 43

L'utilisation des instruments d'évaluation du risque de violence

Vicky Lafleur, Nathalie Auclair, Suzanne Léveillée, Frédéric Millaud

L'évaluation du risque de violence chez les patients souffrant de troubles mentaux graves a fait l'objet de nombreuses publications et fait partie du quotidien des cliniciens en psychiatrie. Il s'agit d'un sujet de recherche d'actualité et une préoccupation pour les tribunaux et les instances carcérales. Au fil des ans, avec une plus grande connaissance de ce phénomène et une meilleure conscience des enjeux qui l'entourent, chercheurs et cliniciens sont passés de la notion de prédiction des comportements violents à celle d'évaluation et de gestion du risque.

Le présent chapitre est une réflexion sur la place des méthodes actuarielles et de jugement clinique structuré dans l'évaluation du risque de violence en clinique. Après un survol épistémologique des méthodes d'évaluation du risque, nous nous centrerons sur deux instruments utilisés dans le domaine médicolégal au Canada, soit le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (Vernon *et al.*, 2006) et le *Historical, Clinical, Risk Management-20* (HCR-20) (Webster, 1997). Nous nous attarderons davantage sur le HCR-20 utilisé dans notre pratique clinique à l'institut Philippe Pinel de Montréal auprès de patients psychotiques ayant commis un crime violent et jugés non responsables criminellement pour cause de troubles mentaux. Il est possible de se référer au texte écrit sur le même sujet pour un tableau plus exhaustif des outils d'évaluation en psychocriminologie (Millaud et Dubreucq, 2012).

Des instruments, des approches

L'évaluation de la dangerosité est une entreprise complexe et implique des éléments de différentes natures. Cet exercice s'est longtemps effectué en alliant l'évaluation clinique à des outils non-spécifiques comme des tests projectifs. Les années 1980–1990 ont été marquées par l'arrivée d'instruments standardisés dont les fondements reposent sur des prémisses théoriques différentes : l'approche objectiviste et l'approche subjectiviste.

Avec l'approche objectiviste, toute réalité est un phénomène observable, mesurable et vérifiable. Sur le plan épistémologique, la compréhension d'un phénomène (la dangerosité) passe par un processus inductif : l'observation de la régularité de certains comportements ou symptômes, objectivée dans l'optique d'émettre des lois qui les régissent (prédire). Au plan méthodologique, l'approche objectiviste se base sur des protocoles de recherche et des techniques nomothétiques dérivées des sciences physiques et statistiques. Dans le contexte qui nous intéresse, cette approche est représentée par des outils comme le VRAG qui vise à prédire les comportements violents sur une base probabiliste.

Avec l'approche subjectiviste, la réalité est dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées, l'épistémologie réfère à la réflexion du répondant : la nature des sciences

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. La conception de la recherche s'avère également idiographique : centrée sur l'importance de refléter le point de vue unique du répondant. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, basée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévision des risques de violence pour un individu particulier. Le HCR-20, que son concepteur considère comme un outil de jugement clinique structuré, s'inscrit dans la ligne de pensée de cette seconde stratégie d'évaluation (Millaud, Dubreucq, 2012).

Les instruments

Le VRAG (Annexe 43.1) est un outil actuariel de l'évaluation du risque de récidive violente qui se base sur l'analyse de tendances centrales en attribuant une pondération statistique spécifique aux différents facteurs de risque dont il est composé. Les 12 facteurs de risques qui le composent sont reconnus par la recherche expérimentale comme étant liés à l'adoption de comportements violents. Ils ont été construits en se basant sur un groupe de sujets comparables dont on connaît l'évolution au cours du temps. Ces facteurs sont statiques, ils ne varient pas dans le temps. Le résultat obtenu suite à la pondération de chacun de ces facteurs nous indique un pourcentage de risque de commette un acte violent sur les sept et dix prochaines années.

Plusieurs limites sont associées aux instruments actuariels sur les plans méthodologique et épistémologique (Côté, 2001), mais aussi éthique (Côté, 2001 ; Dvoskin, Heilbrun, 2001 ; Mullen, 2001). Ainsi, l'évaluation du risque devrait être motivée avant tout par le désir de proposer les meilleurs soins, de gérer le risque en fonction d'éléments cliniques que les traitements peuvent modifier. La question éthique des « faux positifs » est aussi soulevée (Freedman, 2001 ; Szmukler, 2001). On doit souligner également que la notion de facteur de risque implique une corrélation et non un lien de causalité (Fazel, Grann, 2006).

Devant la complexité des rapports entre maladie mentale et violence, ceci associé aux préoccupations de la gestion du risque et de l'offre des meilleurs soins possibles (Côté, 2001 ; Millaud, Dubreucq, 2005 ; Monahan *et al.*, 2001), chercheurs et cliniciens se tournent de plus en plus vers l'utilisation du jugement clinique structuré à l'aide d'outils comme le HCR-20 pour évaluer la dangerosité psychiatrique (Douglas *et al.*, 2003 ; Gravier, Lustenberger, 2005 ; Millaud, Dubreucq, 2005 ; 2010).

Le HCR-20 (Annexe 43.2) a été élaboré en 1995 au Canada par Webster et se voulait une réponse aux besoins de la *British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission* de standardiser l'évaluation du risque des patients suivi en médicolégal (Webster, 1998). Depuis, l'auteur a collaboré avec plusieurs cliniciens et chercheurs en établissements correctionnels et de santé mentale dans divers pays. L'instrument est composé de 20 facteurs qui sont empiriquement associés aux comportements violents. Ces facteurs doivent être documentés et approfondis plutôt que strictement quantifiés. La cotation chiffrée de certains instruments est une possibilité et peut devenir une tentation dangereuse pour le clinicien peu expérimenté. Cette cotation peut avoir un grand intérêt, par exemple, pour des recherches quantitatives, avec des objectifs catégoriels. Sur le plan clinique, comme le suggère Webster pour le HCR-20, il est préférable de ne pas chiffrer le résultat final. Outre la difficulté d'interpréter un nombre brut, le même score total peut revêtir des significations bien différentes. Les facteurs de risque peuvent pour un sujet se retrouver tous dans la section historique et pour un autre sujet ayant le même score total se situer dans les indices cliniques actuels ou ceux associés au contexte futur.

Ainsi bien que l'on attribue à chaque facteur une valeur de 0 (facteur absent), 1 (facteur en partie présent) ou 2 (facteur présent), la richesse du résultat ne réside pas dans le total de cette somme mais plutôt dans les différents aspects de la réalité du patient qui sont ici mis en relief et surtout en relation les uns avec les autres. On retrouve trois catégories de facteurs : 10 facteurs chronologiques liés à l'histoire du patient (passé documenté) ; cinq facteurs cliniques scrutés à la lumière de l'évolution actuelle du patient (présent observé) et enfin cinq facteurs de gestion du risque (futur projeté).

D'autres facteurs cliniques spécifiques au patient peuvent également être ajoutés afin d'enrichir et préciser l'analyse globale du risque qu'il peut représenter. Le HCR-20 permet ainsi d'une part, de tenir compte des changements et des progrès effectués par l'individu en ce qui a trait à ses facteurs de risque et d'autre part, permet de nuancer le risque tel qu'estimé à l'aide d'instruments purement actuariels. Les auteurs insistent d'ailleurs sur l'utilisation de l'outil dans un contexte global, tenant compte du jugement clinique, du cadre légal, des étapes à considérer pour réduire le risque, etc. (Webster, 2009).

Le HCR-20 est reconnu pour dresser un portrait tout en nuances de l'individu évalué, en prenant en considération ses caractéristiques propres, le contexte particulier dans lequel il évolue, tout en tenant compte du fait que les connaissances des facteurs de risque ont évolué au fil du temps et obligent à une certaine souplesse conceptuelle. Il se veut un aide-mémoire clinique et la question à laquelle il répond n'est pas de savoir si l'individu risque de commettre un comportement violent mais plutôt dans quelles circonstances et dans quel contexte l'individu présente un risque de violence et surtout, quels sont les éléments à mettre en place pour réduire le plus possible ce risque. Cet instrument contient des aspects statiques auxquels sont ajoutés des aspects cliniques liés à la gestion du risque. Il s'agit ainsi d'une façon de standardiser la démarche d'évaluation du clinicien en alliant l'opérationnalisation des aspects pertinents et le jugement clinique de façon à considérer l'individualité de chacun des sujets en tenant compte de leur évolution.

Instruments et pratique clinique

Le VRAG est un instrument davantage utilisé en milieu carcéral, plus spécifiquement dans des contextes où le clinicien doit orienter la prise en charge du détenu durant sa sentence ou encore au moment de l'élargissement de ses conditions. Dans un contexte de traitement, un instrument comme le VRAG peut nous être utile en début de séjour pour nous faire une idée globale de l'individu que nous recevons en traitement. Cependant, en cours de séjour, il est moins utile puisqu'il s'attarde à des facteurs statiques sur lesquels nous n'avons pas d'emprise. En fin de parcours, il peut servir à donner un niveau de base à l'évaluation du risque de récidive permettant de statuer sur l'encadrement nécessaire et l'orientation des soins. On reproche souvent à l'instrument VRAG de ne pas s'attarder aux causes ou aux aspects associés au passage à l'acte violent chez un individu. Nous constatons également que cet instrument est peu sensible aux changements et que certains aspects idiosyncrasiques échappent à son analyse.

Dans notre pratique auprès de patients violents présentant un trouble mental grave, l'utilisation de certains outils permet de systématiser notre démarche ainsi que d'améliorer la qualité des évaluations et des interventions qui leur sont prodiguées. Outre le HCR-20 qui occupe une place importante, on utilise à notre unité de traitement un instrument de gestion des comportements violents, l'OAS (*Overt Agression Scale*) (Stuart *et al.*, 1986) et un instrument de mesure des progrès cliniques, l'IMPC (instrument de mesure des progrès cliniques) (Millaud *et al.*,2007). L'évaluation psychologique avec des tests objectifs (MMPI) et projectifs (Rorschach) ainsi que l'évaluation neuropsychologique précisent les profils de personnalité avec leurs différentes composantes. Tous ces instruments ont des fonctions complémentaires à l'évaluation clinique globale. Ils ciblent des aspects différents et contribuent à une meilleure évaluation de la dangerosité que représente un patient et à la mise en place de mesures thérapeutiques adaptées à sa situation.

Le HCR-20 a le principal mérite d'améliorer la rigueur de l'évaluation de par son aspect systématique. Dans la description des habilités cliniques des professionnels qui utilisent le HCR-20, les auteurs insistent sur la capacité de nuancer selon le contexte. En clinique, l'évaluateur devrait posséder de solides compétences telles qu'une formation universitaire de deuxième cycle, une formation spécialisée ou une expérience pratique acquise sous supervision (Webster, 1997). Dans le contexte précis de notre pratique, le HCR-20 est utilisé par les psychiatres, psychologues et criminologues. Ceux-ci reçoivent une formation spécifique et s'adonnent à des vérifications occasionnelles de l'accord interjuge avec d'autres évaluateurs. Précisons que nous n'indiquons pas de cotation chiffrée

de cette échelle dans les dossiers des patients et que nous nous livrons plutôt à une analyse qualitative et nuancée des différents facteurs.

L'utilité et la pertinence d'un instrument comme le HCR-20 se constate dans toutes les étapes de l'hospitalisation des patients ainsi que dans différents contextes de réflexion que l'équipe fait à propos de leur évolution. En début de traitement, lors de l'évaluation criminologique, il contribue à documenter de façon systématique les différents facteurs reconnus comme étant liés à une augmentation du risque de violence et de les mettre en lien avec les principaux éléments d'anamnèse nécessaires à la compréhension de l'individu. Cette évaluation contribue à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé. Auprès de l'équipe traitante, il est un facilitateur à l'adoption d'un langage commun et aide à structurer le regard que nous posons sur les multiples facettes de la personnalité du patient. Notamment, il permet l'objectivation de certains comportements et attitudes clés dans l'évaluation de sa pathologie et du lien de celle-ci avec la dangerosité que le patient représente. En cours de processus, les items cliniques orientent la réflexion sur l'évolution du patient en regard de la compréhension et de la reconnaissance de sa maladie, enjeux crucial dans son traitement. Ces items cliniques peuvent servir d'indicateur de la pertinence d'entreprendre ou non une modalité thérapeutique bénéfique pour le patient (groupe psychoéducatif portant sur la reconnaissance de la maladie, thérapie individuelle ou autre). Et lorsque vient le moment d'établir un plan de réinsertion sociale, le HCR-20 peut nous aider à son élaboration en tenant compte des besoins et ressources du patient (ressources adaptées, planning occupationnel…). Bien que le HCR-20 porte sur l'identification de facteurs de risque, on doit souligner que certains d'entre eux peuvent se transformer en facteurs de protection et de bon pronostic en cours de traitement et réciproquement (par ex. la présence ou l'absence de symptômes, de l'autocritique, d'un réseau social, etc.).

Quant aux limites de l'utilisation du HCR-20, son utilisation exclusive à certains professionnels ainsi que le fait qu'elle requiert une formation spécifique peuvent constituer des handicaps pour certains milieux. Les risques avec l'utilisation d'un tel instrument sont pour la plupart en lien avec un usage qui fait abstraction des nuances nécessaires. C'est un outil qui, comme d'autres ne peut pas être utilisé seul et doit s'inscrire dans une démarche clinique globale, au risque de nuire au patient et à la société. Comme la plupart des instruments, le HCR-20 ne permet pas de prédire l'occurrence d'un passage à l'acte ni de cerner la nature et la gravité d'un passage à l'acte futur.

Conclusion

Les outils d'évaluation du risque souffrent de quelques biais et lacunes et il faut les utiliser en toute connaissance de cause. Ils sont cependant utiles et doivent faire partie de l'arsenal évaluatif et thérapeutique des équipes amenées à évaluer et traiter des patients violents. Ils aident à systématiser la pensée, en organisant les connaissances scientifiques et sont de ce fait en constante évolution.

Annexe 43.1. *Brève description du VRAG*

Le VRAG se compose de 12 items :

- avoir vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans.
- mauvaise adaptation à l'école primaire.
- antécédents familiaux ou personnels de problèmes liés à l'alcool.
- statut marital.
- antécédents criminels non violents.
- antécédents de bris de condition.
- âge au moment du délit
- conséquences pour la victime.
- sexe de la victime.
- trouble de personnalité selon le DSM-III.
- schizophrénie selon le DSM-III.
- score au PCL-R.

La probabilité de récidive violente est calculée en fonction de deux perspectives temporelles : 7 ans et 10 ans, et en fonction de neuf catégories de scores totaux.

Annexe 43.2. *Brève description du HCR-20.*

Comme le VRAG, il inclut l'échelle de psychopathie de Hare. Il existe une version validée pour le Québec et la Belgique.

Historique (passé) :

- H1. Violence antérieure.
- H2. Premier acte de violence commis dans la jeunesse.
- H3. Instabilité des relations intimes.
- H4. Problèmes d'emploi.
- H5. Problèmes de toxicomanie.
- H6. Maladie mentale grave.
- H7. Psychopathie.
- H8. Inadaptation durant la jeunesse.
- H9. Troubles de la personnalité.
- H10. Échec de la surveillance.

Clinique (présent) :

- C1. Introspection difficile.
- C2. Attitudes négatives.
- C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave.
- C4. Impulsivité.
- C5. Résistance au traitement.

Gestion du risque (avenir) :

- R1. Plans irréalisables.
- R2. Exposition à des déstabilisants.
- R3. Manque de soutien personnel.
- R4. Inobservation des mesures curatives.
- R5. Stress.

Cotation de chacun des items : 0 = l'item est absent, 1 = il l'est de façon partielle et 2 = il est présent.

Références

Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*, *34*(1), 31–45.

Douglas, K. S., Ogloff, J. R., & Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, *54*(10), 1372–1379.

Dvoskin, J. A., & Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and release decision-making : toward resolving the great debate. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *29*(1), 6–10.

Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(8), 1397–1403.

Freedman, D. (2001). False prediction of future dangerousness : error rates and psychopathy checklist–revised. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *29*(1), 89–95.

Gravier, B., & Lustenberger, Y. (2005). L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*, 668–680.

McNiel, D. E., Gregory, A. L., Lam, J. N., Binder, R. L., & Sullivan, G. R. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(5), 945–953.

Millaud, F., Auclair, N., Guay, J. P., & McKibben, A. (2007). Instrument de mesure des progrès en traitement cliniques pour des patients psychotiques violents. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, *52*, 11.

Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2010). *Comment évaluer le risque de violence des « malades mentaux » ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagée dans l'équipe soignante* (201p). Paris : Haute Autorité de santé.

Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade psychotique. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*, 846–851.

Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2012). Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'Information Psychiatrique*, *88*(6), 431–437.

Monahan, L., Steadman, H., Silver, E., et al. (2001). Violence and the clinician : assessing and managing risk. In L. Monahan, H. Steadman, & E. Silver, et al. (Eds.), *Rethinking Risk Assessment*. New York : Oxford University Press.

Mullen, P. (2001). Dangerousness, risk and the prediction of probability. In M. Dans : Gelder, J. Lopez-Ibor, & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 2066–2078). Oxford (UK) : Oxford University Press.

Stuart, C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*, *143*(1), 35–39.

Szmukler, G. (2001). Violence risk prediction in practice. *The British Journal of Psychiatry*, *178*, 84–85.

Quinsey, Vernon L., Harris, Grant T., Rice, Marnie E., & Catherine, A. (2006). *Cormier. Violent Offenders Appraising and Managing Risk. APA PsycBooks* (356p). Washington : American Psychological Association.

Webster, C., Hucker, S., & Bloom, H. (2002). Transcending the actuarial versus clinical polemic in assessing risk for violence. *Criminal Justice and Behavior*, *29*(5), 659–665.

Webster, C. D. (1997). *HCR-20 : assessing risk for violence. Burnaby, B.C.* Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, in cooperation with the British Columbia Forensic Psychiatric Services Commission.

L'évaluation de la dangerosité : questionnement éthique

CHAPITRE 44

Valérie Moulin, Bruno Gravier

Notion controversée, l'évaluation de la dangerosité est devenue centrale dans les politiques pénales et les pratiques professionnelles, alors même que cette notion apparaît désuète. Partant de l'évolution du droit pénal en France et en Suisse, la notion de dangerosité est interrogée au regard des questionnements éthiques qu'elle soulève, des évolutions de la pénalité qu'elle induit et des conceptions positivistes et stigmatisantes qu'elle véhicule. Dans ce contexte, l'utilisation d'outils d'évaluation du risque de violence suscite de nombreux débats parmi les praticiens. Ces débats impliquent d'apprécier la place occupée par ces outils du point de vue scientifique et de l'usage qui peut en être fait, ainsi que dans la gestion des situations et dans la détermination des sanctions pénales.

Une évolution des politiques pénales de plus en plus centrées sur la dangerosité

Dans nombre de pays, l'évaluation de la dangerosité est un préalable aux décisions judiciaires. Les lois se centrent de plus en plus sur cette évaluation (Andrews, Bonta, 2010). Si, selon les historiens, la notion de dangerosité n'est pas nouvelle, celle-ci étant périodiquement réactualisée au gré des politiques, sa reviviscence, s'inscrirait dans un nouveau cadre marqué par l'émergence de la logique de précaution et d'anticipation des risques. Au sein de cette logique, le risque de récidive devient un risque probable dont il faudrait anticiper l'occurrence.

Depuis quelques années, les législations européennes montrent un déplacement des référents qui sous-tendent la logique de détermination de la durée de la peine et l'instauration de mesure de sûreté. Ce n'est plus l'acte infractionnel commis qui est déterminant mais davantage la dangerosité potentielle que présente un sujet. Ce dernier n'est plus seulement *condamné* puis détenu en raison de l'infraction commise, mais aussi pour ce qu'il risque de perpétrer au regard d'une probabilité de récidive. Or, cette probabilité est fondamentalement spéculative, soumise à une marge d'erreur importante dans son évaluation et aux aléas de la vie des sujets, inhérents à l'être humain, faisant dire à certains qu'aucune prédiction n'est assez fiable pour en faire dépendre la vie des sujets (Vacheron, *et al.*, 2010).

En plus de ses effets sur la condamnation, la dangerosité infiltre les corpus légaux européens qui s'étoffent de nouvelles *mesures* plus répressives visant la contenance et la transformation par le soin, notamment, de sujet dont on estime qu'ils sont susceptibles de récidiver, en raison de leur dangerosité supposée. Ces évolutions aboutissent à de nouveaux « modèles de politique criminelle » centrés sur la dangerosité (Danet, 2008). Nombre de pays occidentaux connaissent ainsi le développement de mesures dites de *sûreté*.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Le développement des mesures de sûreté : exemple de la Suisse.

Les mesures sont généralement définies ainsi : « en matière pénale, on appelle mesure, ou mesure de sûreté, une sanction imposée à un individu à la suite d'une infraction dans un but de protéger la société du danger qu'il représente (…) » (Parein, 2008). Contrairement à la peine qui respecte le principe de légalité, les mesures présentent la spécificité de pouvoir entraîner des enfermements indéterminés ou dépendants des réévaluations de la dangerosité supposée des sujets. Nous comprenons alors combien l'évaluation de cette dernière est décisive pour le devenir des sujets. Elle doit être cliniquement et scientifiquement fondée et consistante.

En Suisse, s'il conclut à la dangerosité potentielle d'un sujet en relation avec un trouble psychique, l'expert préconise une mesure de durée indéterminée. Ces mesures visent l'amendement et/ou l'exclusion sociale, en fonction de l'effet attendu d'un traitement ordonné ou du risque de récidive. Si la notion de traitement est présente au sein de ces dispositions, les mesures sont avant tout ordonnées à des fins de protection sociale, en fonction des risques encourus par la société en lien avec la probabilité de récidive. De plus, elles peuvent s'appliquer de manière relativement indépendante de la gravité de la pathologie éventuelle de l'auteur,[65] même si le législateur met en avant la notion de trouble psychique pour en justifier le prononcé.

Dans le Code pénal Suisse (modifié en 2007), la mesure d'internement, qui est la plus lourde, ne permet plus de suspendre la peine au profit de l'exécution de la mesure comme c'était le cas dans l'ancien Code pénal ; le sujet doit exécuter sa peine, puis au regard de l'évolution constatée de sa dangerosité, il sera soit interné pour une durée indéterminée, soit conduit à suivre un traitement institutionnel[66] (art. 64, al. 1, du Code pénal). Des réévaluations régulières du sujet sont réalisées.

Les problèmes soulevés par les notions de dangerosité et de risque

La dangerosité

Une difficulté d'évaluation

Si le devenir pénal du sujet dépend de sa dangerosité, il convient de rappeler que la notion de dangerosité ne fait pas consensus. Largement critiquée dans la littérature internationale dans les années 1970, elle a été abandonnée dans divers pays à cette époque en raison des problèmes de définition qu'elle pose, de son caractère flou et non opératoire (Shah, 1977) et de l'assimilation de la dangerosité à la personnalité du sujet (Monahan, Steadman, 1994 ; Shah, 1977) et à la présence de troubles mentaux.

Le retour d'une assimilation stigmatisante

Historiquement liée aux théories positivistes (Danet, 2008 ; Debuyst, 1984) et déterministes qui situaient dans la personne même du sujet les raisons de son crime, la notion de dangerosité a été associée à la théorie du « *fou criminel* » qui participa à la définition d'une psychiatrie médicolégale dont la psychiatrie générale s'est dégagée. « Les liens qui se sont dénoués au XX[e] siècle entre dangerosité et psychiatrie » (Senninger, 2007) seraient à nouveau tissés dans cet amalgame, malgré la distinction faite entre risque relatif de comportement violents[67] et risque attribuable[68] (Millaud, Dubreucq, 2005). Les médias et les représentations entourant le fait pathologique contribuent à surdéterminer et stigmatiser ce risque. Il conviendrait également d'évoquer l'assimilation récurrente au sein de ces derniers entre *pédophilie* et *dangerosité* à la faveur d'événements dramatiques qui défraient la chronique et la *surenchère* médiatique qui participe à façonner les *nouvelles figures* du délinquant dangereux.

65 Reléguant au second plan la notion d'irresponsabilité pénale, pourtant fondatrice du droit du malade mental à être confié au système sanitaire plutôt que judiciaire.

66 Ne pouvant dépasser 5 ans.

67 Soit le risque induit par le fait pathologique.

68 Soit la part effective des faits de violence dont sont responsables les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Les confusions et amalgames sur la source du danger

La diversité des dangerosités évoquées en France[69] par exemple, la surdétermination sociale et pénale de cette notion, son imprégnation émotionnelle, l'absence de définitions claires et la diversité des approches cherchant à désigner ce qui constitue le danger pour la société, suscitent un flou et un recouvrement partiel des champs auxquels elle se réfère. Cette notion présente la particularité de couvrir un spectre large qui balaie le *champ social et émotionnel*, à travers la médiatisation d'affaires et la peur qu'elles suscitent ; le *champ pénal*, à travers son insertion dans les textes légaux et dans les pratiques ; le *champ sociopolitique*, comme outil de régulation sociale (Debuyst, 1984). Mais aussi, le champ de la santé mentale, à travers l'interpellation des « psys » auxquels est demandé d'évaluer, puis de « soigner » la dangerosité. Ces derniers peuvent se sentir instrumentalisés par la polysémie de la notion et la multiplicité de ses usages. Les psychologues ou psychiatres ne sont pas les seuls à qui l'on demande d'évaluer la dangerosité et les magistrats se fondent sur divers avis, cependant l'usage consacre une place particulière à l'expertise. Ce qui ne va pas sans soulever des questionnements éthiques, cliniques et scientifiques chez les professionnels au regard de l'état des connaissances et des limites de la prédiction du risque de récidive.

Une prévalence de la dangerosité qui remet en question les missions professionnelles des acteurs

Au regard de la place prise par cette notion, les soignants en milieu carcéral interrogent le fondement de leur intervention, qui, dans ce cadre, tend à se déplacer et à viser tout autre chose que le sujet, mais plutôt « la souffrance de la société mise à mal par la violence du sujet délinquant » (Bragger, 2011). Les travailleurs sociaux dans le domaine pénitentiaire peuvent aussi avoir le sentiment de perdre leurs repères et leur identité professionnelle à travers une mission principalement centrée sur la prévention de la récidive qui se ferait, selon eux, au détriment de la mission de réinsertion (Moulin *et al.*, 2012). Du côté judiciaire, les magistrats peuvent se sentir pris au piège par cette notion (Lameyre, 2010), voire dessaisis d'une part de leur décision. Lorsque l'expert avance que le sujet est dangereux, il est difficile pour le magistrat d'aller à son encontre (Moulin, Palaric, 2012). L'accent mis sur la notion de dangerosité peut avoir pour implication une transformation insidieuse des pratiques professionnelles, autant dans ce qui les fonde que dans la manière dont elles vont se déployer. L'accumulation d'informations qu'elle implique pourrait sous-tendre des formes de contrôle renouvelées (Bessin, 2012) dans une perspective défensive qui légitime, à partir d'indicateurs signant une dangerosité, des dispositions renforçant les limitations imposées au sujet plutôt que l'ouverture que devrait signifier une perspective de réinsertion.

De la dangerosité à l'évaluation du risque de récidive en passant par l'évaluation du risque de comportements violents

Dans la littérature et dans les pratiques, le passage de la *dangerosité* au *risque de récidive* a eu pour conséquence un développement croissant des indicateurs de risque, des outils et une technicisation de ces derniers. Cette démarche s'est nourrie de la recherche autour des instruments d'évaluation du risque de comportements violents. Cette dernière s'est voulue, pour la plupart des auteurs, une démarche s'enracinant dans une lecture clinique et se démarquant d'une logique criminologique sous-tendue autant par la notion de dangerosité que par celle de risque de récidive. Si la littérature scientifique a souligné l'apport incontestable de différents outils dans le travail d'évaluation, les instruments ne peuvent apporter à eux seuls la réponse à la question du risque de récidive. Il est à craindre que ne se multiplient des avis, voire des décisions concernant

[69] La dangerosité dite « psychiatrique », « criminologique » (Conférence de consensus, 2013) ou encore celle liée à l'existence de troubles mentaux dans la loi de 2008.

l'appréciation de ce risque qui ne se fondent que sur le seul score issu de ces outils.

Suite aux critiques concernant les facteurs de risque statiques (immuables), les recherches de ces dernières années se sont centrées sur l'identification de facteurs de risque dynamiques (changeants), donnant lieu à leur multiplication, sans avancer sur la question de la restitution du sujet, de la dynamique des facteurs et de la théorisation des approches. Si les facteurs identifiés ont une pertinence, ils doivent être considérés avec circonspection. À titre d'exemple, lors d'une récente revue de la littérature sur les facteurs de risque dynamiques nous avons constaté leur grande hétérogénéité (un facteur de risque de récidive identifié dans une étude ne l'est pas dans une autre, alors qu'il s'agit du même type de violence). Les contradictions sur les données permettant de retenir un facteur de risque sont légion et il existe peu de consensus à ce sujet (Mann *et al.*, 2012). Principalement empiriques, et sans base théorique consistante, les facteurs identifiés posent un problème de définition et de validité de contenu. Les facteurs peuvent aussi relever de niveaux d'inférence et d'élaboration conceptuelle tout à fait hétérogènes (symptôme, comportement, trait psychologique, trouble, personnalité, etc.), annulant toute possibilité de comparaison d'un facteur à l'autre, alors qu'ils sont classés au sein d'une même catégorie descriptive. De plus, il existe aujourd'hui une remise en question de la distinction entre les catégories de facteurs *statique, dynamique stable ou aigu*, qui seront nommés tour à tour *trait*, *état*, *disposition psychologique, vulnérabilité, facteur psychologique significatif,* etc. (Beech, Ward, 2004 ; Mann *et al.*, 2012, montrant leur manque de déconstruction tant épistémologique, théorique, qu'empirique. Ces remarques indiquent les limites des échelles qui convoquent ces facteurs. Si l'apport heuristique en est indiscutable, leur validité reste toujours sujette à débats.

Évaluer le risque de récidive d'un point de vue expertal n'a de validité qu'en référence à une démarche clinique claire qui impose d'organiser les axes d'analyse afin de structurer une discussion en fonction de l'histoire de vie, du fonctionnement psychique (et de ses troubles éventuels), des actes antérieurs, des facteurs de risque, de protection et des projets du sujet.

Des questions éthiques autour de l'utilisation des outils d'évaluation du risque de récidive

Utiliser ou ne pas utiliser les outils dans l'évaluation de la dangerosité : une mauvaise question

L'emploi d'outils est l'objet de controverses dans la littérature scientifique francophone, en lien avec le caractère réducteur et déterministe de certains outils, avec l'usage qui a pu en être fait, donnant l'illusion qu'il était possible de prédire le comportement humain, alors que quel que soit le champ d'application, l'évaluation du risque est marquée par l'incertitude et demeure fondamentalement spéculative.

Les controverses sont également liées à la culture clinique francophone, avant tout basée sur la rencontre clinique et opposée à l'épistémologie et au pragmatisme des outils actuariels de première génération (extrêmement formalisés, quantitatifs et déterministes) et à l'usage de nombre d'outils en général. Pour certains : « Continuer à privilégier les classiques expertises psychologiques et psychiatriques aux dépens des méthodes et instruments de mesure modernes est une conduite archaïque… » (Benezech *et al.*, 2009). D'autres, sont particulièrement critiques : « Compte tenu de l'imperfection des outils d'évaluation et du mésusage qui peut en être fait, il convient de ne les utiliser que dans le cadre strict de la recherche et de ne pas s'aventurer à en faire un outil décisionnel » (Paulet, 2009).

S'il appartient au praticien de prendre position sur le fait d'évaluer ou de ne pas évaluer la dangerosité dans son contexte d'exercice professionnel, en fonction des objectifs de cette évaluation et de l'usage qui en sera fait ; la question de l'utilisation ou non d'outils apparaît désuète au regard de l'évolution des connaissances et des méthodes, si le professionnel a décidé de réaliser une évaluation du risque de récidive. Même chez les professionnels formés et compétents dans le champ de l'évaluation, la seule analyse clinique ne suffit pas à mobiliser adéquatement les indicateurs connus.

L'absence de prise en compte des connaissances acquises dans ce champ depuis trente ans est susceptible d'aboutir aux dérives des années 1970, à travers les évaluations cliniques intuitives de la dangerosité qui n'étaient pas plus précises que le simple hasard et tendaient à surévaluer les risques (faux positifs[70]) et par conséquent à considérer comme dangereux des sujets qui ne l'étaient pas sur le plan pénal.[71]

La cristallisation des positions des professionnels apparaît liée aux outils actuariels de première génération, reposant sur des facteurs de risque statiques, aux poids équivalents prédéterminés et basés sur une méthode mécanique de calcul, qui retire toute capacité d'appréciation à l'évaluateur. Au regard de l'évolution des outils, le problème ne semble plus être l'outil mais l'utilisation qui peut en être faite ou la représentation qui peut en être donnée. Le risque de la réduction d'un sujet à la somme des facteurs est toujours présent et fait le lit d'une justice dite *actuarielle*, au service de politiques sécuritaires. Ce n'est pas l'utilisation de ces instruments qui est en cause mais leur risque de dévoiement. Une utilisation raisonnée, qui tient compte des limites mentionnées plus haut, prend toute sa valeur en tant qu'elle apporte des points de repère pour éviter la dérive d'une évaluation subjective.

L'évolution des outils

Depuis plus de 20 ans, la littérature internationale préconise l'utilisation d'outils et d'indicateurs afin d'éviter les problèmes posés par les évaluations cliniques intuitives individuelles. Il existe différentes classifications et générations d'outils (Andrews, Bonta, 2010 ; Hanson *et al.*, 2007). Partant des premiers outils actuariels et face aux débats qui animaient les tenants des approches actuarielles et cliniques, divers auteurs ont plaidé pour l'intégration et l'articulation des deux afin d'optimiser les évaluations dans une visée prédictive et préventive. Les questionnements se sont déplacés sur la possibilité pour les cliniciens d'intégrer les données de recherche et sur l'articulation de données statiques et dynamiques dans le processus d'évaluation. Le poids des différents indicateurs dans le processus de décision est interrogé ainsi que la construction des décisions elles-mêmes (Elbogen, 2002). La prise en compte des facteurs de risque est passée d'une approche cumulative mécanique de facteurs (statiques) à leur pondération clinique, en tenant compte de l'ensemble des données recueillies sur le sujet, dans la prise de décision finale. Conçus dans cet esprit, les *jugements professionnels structurés* (exemple HCR-20), permettent de réintroduire une dimension dynamique dans l'articulation et la pondération des facteurs et autorisent la prise en compte des aspects singuliers d'un sujet évalué, tout en ayant un cadre général sur de grandes populations (approches nomothétiques *versus* idiographiques). Cette approche restitue également la capacité d'appréciation de l'évaluateur (Hart *et al.*, 2011) et met au travail la subjectivité des évaluateurs par les échanges, confrontations et explicitations à travers la méthode des consensus (De Vogel, 2009).

L'introduction des *facteurs de protection*[72] dans l'évaluation constitue également une avancée significative. La visée de l'évaluation se centre sur les potentialités du sujet et de son environnement, d'un point de vue positif. L'absence de prise en compte des facteurs de protection pourrait biaiser les évaluations, suscitant des évaluations inexactes et éventuellement une détention de longue durée pour les sujets, coûteuse pour les libertés individuelles et la société (Miller, 2006). La focalisation sur les facteurs de risque pourrait être la source d'une surévaluation du risque ; certains sujets se verraient exposés à des privations de liberté plus longues que ne le justifierait le délit commis.

[70] Sujets évalués comme étant à risque et qui ne récidivent pas.

[71] En raison du traitement pénal des informations sur la récidive, la seule référence légale est remise en question et implique de se référer à d'autres types de données.

[72] « Toute caractéristique propre à une personne, à son milieu ou à sa situation qui réduit le risque de comportement violent ultérieur » (De Vogel *et al.*, 2011).

De l'usage des outils à leur mésusage

Si les concepteurs de certains outils rappellent que le risque est marqué par l'incertitude et que l'outil n'est qu'un élément au sein d'un processus complexe d'évaluation qui articule différents types de données; l'usage des outils doit être restitué à sa juste place et s'inscrire dans une évaluation raisonnée, impliquant des connaissances et compétences des évaluateurs. L'évolution des outils, leur complexité croissante et le rétablissement d'une place importante aux évaluateurs dans la prise de décision impliquent que les utilisateurs acquièrent des compétences professionnelles en évaluation des risques, qu'ils soient formés aux outils, voire qu'ils disposent d'une habilitation professionnelle à les utiliser (Elbogen, 2002). Il existe aujourd'hui plus de 120 outils d'évaluation du risque (Fazel *et al.*, 2012). Le choix des outils implique d'en avoir une connaissance fine. Le contexte d'utilisation ayant une incidence sur l'évaluation, il doit préalablement être défini, ainsi que l'objectif de leur utilisation [28]. Les outils sont-ils utilisés dans un but de gestion de populations considérées comme étant à risque, dans un objectif de prédiction, de prévention et sur quelle période? À court, à moyen ou à long terme? Le moment d'utilisation est aussi important à prendre en compte : s'agit-il d'une évaluation avant le jugement[73], en cours d'exécution des peines, des mesures, à leur terme. Par qui les outils sont-ils utilisés : l'expert, le soignant, le criminologue? À qui les évaluations sont-elles destinées et quel sera leur devenir? Autant d'éléments qui doivent être interrogés et définis avant toute évaluation.

Pour conclure

Un positionnement éthique invite les praticiens à interroger les rationalités qui sous-tendent cette demande d'évaluation de la dangerosité et à interroger la place et la fonction occupée au sein du système dans lequel elle intervient, ainsi que le devenir de cette dernière. Si toute forme d'évaluation, s'inscrit dans une perspective plus complexe dont le praticien ne maîtrise pas le devenir et l'usage qu'il en sera fait à d'autres niveaux, l'incidence de l'évaluation de la dangerosité sur le devenir des sujets suppose de maintenir en tension les paradigmes du *fait social* et de la *définition sociale* (Pirès, Digneffe, 1992).

Au-delà des outils, caricaturalement montrés du doigt, l'évaluation de la dangerosité interroge l'usage qui en est fait par le praticien, qui doit être conscient de leurs intérêts et de leurs limites et être formé à leur utilisation. Les données recueillies doivent pouvoir être restituées dans une approche globale du sujet autorisant une analyse compréhensive des dynamiques de risque.

[73] Le plus souvent en phase d'instruction, alors que l'auteur n'a pas encore été jugé; impliquant alors de se prononcer sur le risque d'un nouvel acte à venir, malgré le fait que le premier ne soit pas avéré?

Références

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conducts. New Providence*. Paris : Lexis Nexis.

Audition publique : l'expertise psychiatrique. (janvier 2007). Paris : Haute Autorité de santé.

Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders : a theroetical framework. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 31–63.

Benezech, B., et al. (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. *Annales Médico-Psychologiques*, *167*, 39–50.

Bessin, M., Dugué, F., Cartuyvels, Y., & Cliquennois, G. (2012). *Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France. Rapport de recherche*. Mission de recherche droit et justice, Ministère de la justice.

Bragger, B. F. (2011). *Gefängnismedizin in der Schweiz*. http://jusletter.weblaw.ch/article/de/_9186 Jusletter, consulté à l'adresse.

Conférence de consensus, Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive, (le 20 février 2013). *Principes d'action et méthodes, Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre.* Paris.

Danet, J. (2008). La dangerosité, une notion criminologique séculaire et mutante. consulté à l'adresse, *Champ pénal*. http://champpenal.revues.org/6013.

Debuyst, C. (1984). La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie. *Criminologie*, *17*(2), 7–24.

De Vogel, V., De Ruiter, C., Bouman, Y., & De Vries Robbé, M. (2009). SAPROF *Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. English Version. Utrecht, The Netherlands : Forum Educatief.

De Vries, Robbé M., De Vogel, V., & De Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. *A* retrospect tive *validation study of the SAPROF. International Journal of Forensic Mental Health*, *10*, 178–186.

Elbogen, E., Mercado, C. C., Scalora, M. J., & Tomkins, A. J. (2002). Perceived relavance of factors for Violence Risk Assessment : a survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, *1*(1), 37–47.

Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people : systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 1–12.

Gravier, B., Moulin, V., & Senon, J.-L. (2012). L'évaluation de la dangerosité, impasse éthique. *L'Information psychiatrique*, *8*, 599–604.

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2007). *The Accuracy of Recidivism Risk Assessments for Sexual Offenders : A Meta-Analysis*. Ottawa : Public Safety Canada.

Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of Violence Risk Using Evidence-Based Assessments : The Structured Professionnal Judgment Approach. In P. Sturmey & M. McMurran (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester : Wiley-Blackwell.

Hart, S. D. (2007). *Homicides sexuels et paraphilies : Forum d'experts du Service correctionnel du Canada. Évaluation du risque : la violence sexuelle et le rôle de la paraphilie*. Service correctionnel.

Lameyre, X. (2010). Les dangers de la notion de dangerosité. *Essais de philosophie pénale et de criminologie*, *9*, 311–322.

Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2012). Assessing Risk for Sexual Recidivism : Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, *22*, 191–217.

Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*, 846–851.

Miller, H. A. (2006). A dynamic assessment of offender risk, needs, and strengths in a sample of general offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, *24*, 767–782.

Monahan, J., & Steadman, H. (1994). *Violence and Mental Disorder*. Chicago : The University of Chicago Press.

Montandon, C. (1979). Actualités bibliographiques : la dangerosité, revue de la littérature anglo-saxonne. *Déviance et société*, *3*(1), 89–104.

Mormont, C., Giovannangelli, D., & Cornet, J. P. (2000). *Étude comparative dans les 15 pays de l'Union européenne : les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels. Recherche n°99/028 réalisée avec le soutien du programme STOP de la Communauté Européenne.*

Moulin, V., Palaric, R., & Gravier, B. (2012). Quelle position professionnelle adopter face à la demande d'évaluation des dangerosités dans un cadre expertal. *L'Information psychiatrique*, *8*(88), 617–629.

Moulin, V., & Palaric, R. (2010). Les dangerosités. *Traité pratique de l'instruction*, *6–1*, 3–21.

Moulin, V., Palaric, R., & Laurent, C. (avril 2012). *Les groupes de parole de prévention de la récidive*. Rapport de recherche, Mission de recherche droit et justice, Ministère de la justice.

Nonstad, K., & Webster, C. D. (2011). How to Fail in the Implementation of a Risk Assessment Scheme or Any Other New Procedure in Your Organization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *81*, 94–99.

Parein, L. (2008). *Victime et procès pénal : je t'aime moi non plus ?* (90p). L'Hebe.

Paulet, C. (2009). Quelles approches de la notion polysémique de dangerosité ? Quels enjeux ? Association Nationale des Psychiatres présidents et vice-présidents des Commissions Médicales d'Etablissements Journée de réflexion, CH Édouard Toulouse, Marseille, 24 novembre 2009. In *Justice et Psychiatrie. Quel dialogue ? La loi relative à la rétention de sûreté*.

Pirès, A. P., & Digneffe, F. (1992). Vers un paradigme des interrelations sociales ? Pour une reconstruction du champ criminologique. *Criminologie*, *25*(2), 13–47.

Senninger, J. L. (2007). Notion de dangerosité en psychiatrie médicolégale. *EMC de Psychiatrie*, 37-510-A10.

Shah, S. A. (1977). Dangerousness : some definitional, conceptual and public policy issues. In B. Sales (Ed.), *The Criminal Justice System (Perspectives in Law & Psychology)*. New York : Plenum Press.

Vacheron, M. N., et al. (2010). *Prise en charge des états réputés dangereux*. Paris : Masson.

Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. Wiley-Blackwell : Chichester.

Dangerosité et maladie mentale

CHAPITRE 45

Mélanie Voyer

Si les individus souffrant de troubles mentaux graves (troubles schizophréniques, troubles bipolaires, épisodes dépressifs majeurs) ont plus de risque de commettre des actes de violence, les études internationales, mises en œuvre ces dernières années, ont montré que cette augmentation du risque de violence était multifactorielle et que la maladie mentale en elle-même n'en était que peu responsable. De plus, il convient de rappeler que les individus souffrant de troubles mentaux sont plus souvent victimes de violence qu'ils n'en sont les auteurs.

Violence et maladie mentale : les études de prévalence

Les études de suivi de cohorte de naissance

Ce sont des études prospectives qui sont particulièrement intéressantes pour fournir des informations sur les relations de causalité entre l'occurrence d'une maladie mentale et de comportements violents. La plupart de ces études ont été réalisées dans les pays scandinaves. La première étude de cohorte de naissance a été menée en Suède, par Hodgins (1992), avec un suivi de la naissance à 30 ans. Elle retrouvait que les hommes et les femmes souffrant d'un trouble mental majeur étaient plus à risque d'être condamnés pour une infraction que les personnes sans trouble mental (OR 2,5 pour les hommes et OR 5 pour les femmes). Pour les infractions avec violence, les OR étaient encore supérieurs (OR 4,2 pour les hommes et OR 27,4 pour les femmes).

Dans une autre étude de cohorte de naissance, Hodgins *et al.* (1996) ont trouvé des résultats similaires, avec un risque de commettre au moins une infraction violente multiplié par 4,5 en cas de trouble mental majeur chez les hommes et par 8,6 pour les femmes par rapport à la population générale.

Brennan, Mednick et Hodgins ont examiné la même cohorte de naissance en 2000, en se centrant sur les troubles psychotiques et ont retrouvé des OR, pour les taux d'arrestation pour violence chez les hommes et les femmes souffrant de schizophrénie, respectivement de 4,6 et 23,2.

L'étude d'une cohorte de naissance finlandaise réalisée par Tiihonen *et al.* (1997) a, quant à elle, retrouvé un OR de 3,1 pour le risque d'infraction chez les sujets souffrant de schizophrénie mais un OR de 7,2 pour les infractions avec violence. L'OR pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques était également élevé (OR 10,4). À partir de la même cohorte de naissance, Rasanen *et al.* (1998) ont mis en évidence que les hommes souffrant de schizophrénie avec comorbidité d'abus d'alcool étaient 25,2 fois plus à risque de commettre une infraction violente que les hommes sans troubles mentaux.

Enfin, dans une étude de cohorte de naissance néo-zélandaise, Arsenault *et al.* (2000) ont trouvé des résultats comparables aux études scandinaves, avec un risque de condamnation multiplié par 5,1 en cas de schizophrénie par rapport à la population générale, même après contrôle des variables démographiques et des comorbidités.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Enfin, dans une étude récente, Erikson *et al.* (2010) ont mis en évidence que le diagnostic de schizophrénie multipliait par quatre le risque de condamnation pour une infraction avec violence.

Les études transversales réalisées dans la communauté

Ces études comparent la prévalence de comportements violents dans deux groupes de personnes (avec ou sans troubles mentaux majeurs).

La plus importante de ces études a été réalisée par Swanson *et al.* (1990) à partir des données de l'étude ECA comportant 10 000 participants. Les auteurs ont retrouvé, à partir d'éléments autorapportés, que 8 % des patients souffrant de schizophrénie avaient présenté des comportements violents contre 2 % des personnes sans troubles mentaux majeurs.

Stueve et Link (1997) ont également montré que les troubles mentaux majeurs augmentaient le risque de comportements violents. Dans leur étude, 29 % des patients avec des troubles psychotiques avaient présenté un comportement violent dans les cinq dernières années alors que la prévalence était de 8 % chez les individus sans troubles mentaux.

Dans une autre étude, Swanson *et al.* (2006) ont suivi 1 410 patients souffrant de schizophrénie et ont retrouvé une prévalence de 19,1 % d'actes de violence mineure (agression sans blessure et sans arme) et 3,6 % de violence sévère (agression sexuelle et agression avec arme). Dans cette étude, les symptômes psychotiques positifs augmenteraient le risque de violence sévère par trois, les antécédents de victimisation par 3,84 et les antécédents de trouble des conduites dans l'enfance par 4,81.

Néanmoins, dans une étude récente, Elbogen et Johnson (2009) ont retrouvé une augmentation de la prévalence d'actes violents en cas de trouble schizophrénique (6,1 % *vs* 2,3 % en absence de troubles mentaux), mais ils ont constaté, après contrôle des facteurs historiques, cliniques et contextuels, que la maladie mentale en elle-même (la schizophrénie) n'était pas prédictive de comportements violents futurs.

Par contre, Fazel *et al.* (2009), dans une étude prospective de suivi sur 13 ans de sujets souffrant de schizophrénie, ont retrouvé une augmentation du risque de violence par deux par rapport à la population générale, même en l'absence de comorbidité d'abus de substance.

Les études réalisées à partir des registres criminels

Il s'agit d'études rétrospectives où les données sont recueillies à partir des dossiers judiciaires et des dossiers cliniques.

En 1990, à partir des dossiers de la police, Lindqvist et Allebeck ont suivi, pendant 15 ans, 644 sujets souffrant de schizophrénie. Ils ont retrouvé que ces individus avaient environ quatre fois plus de risque de commettre une infraction avec violence que la population générale.

Dans une autre étude, Wallace *et al.* (2004) ont comparé les dossiers judiciaires, sur une période de 25 ans, de patients admis pour schizophrénie avec ceux de sujets contrôles de la communauté. La prévalence d'infractions avec violence était de 8,2 % dans le groupe de sujets souffrant de schizophrénie contre 1,8 % dans le groupe contrôle. Pour les patients ou le groupe contrôle ayant une comorbidité d'abus de substance, la prévalence était respectivement de 68,1 % et 11,7 %.

Homicides et troubles mentaux

Cinq études scandinaves ont permis l'investigation de l'ensemble des cas d'homicide d'une population donnée. Eronen, en 1996, a, par exemple, retrouvé une augmentation du risque d'homicide par sept en cas de trouble mental majeur par rapport à la population générale et par 17 lorsqu'il existe une comorbidité d'abus d'alcool ou de drogue. Cette augmentation du risque a été répliquée dans les autres études (Eronen, 1996 ; Tiihonen *et al.*, 1996).

De même, Wallace *et al.* (1998), en Australie, ont retrouvé un risque d'homicide multiplié par sept en cas de trouble schizophrénique par rapport à la population générale, mais par 28,8 lorsqu'il existe une comorbidité d'abus de substance psychoactive.

S'il existe une augmentation du risque d'homicide en cas de trouble mental majeur, la prévalence d'individus présentant des troubles mentaux graves est néanmoins faible chez les auteurs d'homicide. En

effet, les études retrouvent une prévalence entre 5 et 10 % de schizophrénie et de 3 à 6 % d'épisode dépressif majeur chez les auteurs d'homicide (Schanda *et al.*, 2004 ; Meehan *et al.*, 2006).

Méta-analyses

Fazel *et al.*, dans deux méta-analyses récentes (2009 et 2010), ont retrouvé que les personnes souffrant d'un trouble schizophrénique seraient à l'origine de moins de 10 % des actes de violence hétéroagressive (3,2 à 9,9 % selon les études). Ils ont constaté néanmoins une augmentation du risque de violence chez les sujets souffrant de troubles mentaux par rapport à la population générale, avec un risque multiplié par un à neuf chez les hommes et quatre à 29 chez les femmes en cas de trouble schizophrénique, risque multiplié par deux à neuf en cas de trouble bipolaire. Ces méta-analyses mettent également en exergue le rôle majeur joué par la comorbidité d'abus de substance dans cette augmentation du risque (Fazel et al., 2009 ; 2010).

Dans une méta-analyse réalisée en 2012 comparant des sujets sans troubles psychiatriques ou neurologiques, des sujets présentant un retard mental ou des troubles cognitifs et des sujets souffrant de troubles mentaux graves, Hughes *et al.* ont retrouvé une prévalence d'actes violents (physiques, sexuels) de 24,3 % en cas de trouble mental, de 6,1 % en cas de retard mental et de 3,2 % en l'absence de troubles. L'OR moyen pour le risque de violence serait de 3,86 en cas de trouble mental par rapport à la population générale (Hughes *et al.*, 2012).

Violence et maladie mentale : les facteurs de risque

Facteurs de risque statiques

Facteurs sociodémographiques : âge, sexe

L'âge jeune (moins de 30 ans), mais également le sexe masculin, sont des facteurs de risque généraux de violence (Hodgins, 1992 ; Swanson *et al.*, 1990 ; 1994). Néanmoins, en cas de trouble mental, plusieurs études ont retrouvé une prévalence d'actes violents, en hospitalisation, similaires entre les hommes et les femmes (Newhill *et al.*, 1995).

D'autres facteurs, comme le faible niveau socioéconomique, le faible niveau scolaire, sont également retrouvés dans certaines études (Swanson *et al.*, 1990).

Antécédents de violences : subies, agies

De nombreuses études ont montré qu'un vécu précoce de violences physiques ou psychiques, des antécédents d'agressions sexuelles dans l'enfance et l'adolescence sont des facteurs de risque élevé de violence à l'âge adulte (Swanson *et al.*, 2002). La victimisation à l'âge adulte augmenterait également le risque de comportement hétéroagressif, ce qui est à prendre en compte en raison de la victimisation importante des sujets souffrant de troubles mentaux par rapport à la population générale.

Swanson *et al.* (2008) ont mis évidence que les antécédents de troubles des conduites dans l'enfance augmentaient significativement le risque de violence chez les patients schizophrènes. De même, Elbogen *et al.* (2009) mettent en évidence que les antécédents de violence multiplient par 4,14 le risque de violence sévère chez les patients présentant des troubles mentaux majeurs et que les antécédents de détention juvénile multiplient ce risque de violence sévère par 2,96 (Elbogen, Johnson, 2009).

Les antécédents d'hospitalisation pour des comportements violents seraient également associés dans l'étude de Fazel *et al.* (2010) au risque de passage à l'acte homicide chez les sujets souffrant de schizophrénie (OR 5,7).

Facteurs de risque dynamiques

Symptômes psychotiques positifs

Les symptômes psychotiques positifs, notamment les idées délirantes de persécution ou de menace, et les symptômes d'influence ont été corrélés avec la violence chez les individus souffrant de troubles psychotiques (Bjørkly, 2002 ; , Cheung *et al.*, 1997). La détresse, l'anxiété en lien avec ces idées délirantes de persécution pourraient contribuer à la commission d'actes violents (van Dongen *et al.*, 2012).

Néanmoins, ces symptômes ne joueraient pas un rôle majeur dans l'augmentation du risque de violence chez les individus souffrant de troubles mentaux. Fazel *et al.* (2010) n'ont pas retrouvé d'association entre l'existence d'un délire ou d'hallucinations dans les 6 mois suivant la sortie de l'hôpital et le risque d'homicide chez des sujets souffrant de schizophrénie.

Dans une autre étude, Swanson *et al.* (2008) ont, en revanche, mis en évidence que l'intensité des symptômes positifs était corrélée au risque de violence uniquement chez les patients schizophrènes sans antécédents de trouble des conduites dans l'enfance, montrant ainsi la nécessité d'une approche thérapeutique différente entre ces deux types de patients schizophrènes, les antipsychotiques ayant une efficacité limitée sur le risque de violence chez les patients aux antécédents de trouble des conduites).

Dépression et manie

Les études retrouvent plutôt un lien entre la dépression et des actes homicides chez les sujets souffrant de trouble bipolaire, alors que les épisodes maniaques entraîneraient plutôt des vols, exhibitions sexuelles, conduites en état d'ivresse (Fazel *et al.*, 2010). Yoon *et al.* (2012) ont retrouvé que la prévalence d'infractions était plus importante dans les phases maniaques que dans les phases dépressives (86,8 % *vs* 13,2 %) mais que la prévalence d'homicides était plus élevée dans les phases dépressives que dans les phases maniaques. Les victimes de l'homicide étaient le plus souvent des membres de la famille lorsque le passage à l'acte avait eu lieu lors d'un épisode de dépression (96,2 % *vs* 63,9 % dans la manie). Par contre, les parricides étaient commis uniquement lors d'épisodes maniaques.

Lors des épisodes dépressifs à tonalité mélancolique, l'homicide a une motivation « altruiste » alors que l'impulsivité se retrouve dans les passages à l'acte homicide en phase maniaque.

La dépression est également retrouvée dans les homicides conjugaux (Belfrage *et al.*, 2004), avec une prévalence dans cette étude de 11 % d'EDM chez les auteurs d'homicide, tout en sachant que 25 % des auteurs d'homicide conjugal de leur étude se sont suicidés dans les suites du passage à l'acte et n'ont donc pas pu être évalués (Belfrage *et al.*, 2004).

Personnalité antisociale/ psychopathie

Plusieurs études ont retrouvé des associations significatives entre le score à l'échelle de psychopathie (PCL-R) et la violence de patients hospitalisés (Dolan, Doyle, 2000 ; Fullam, Dolan, 2008) et avec la violence dans la communauté chez des patients médicolégaux (Doyle, Donan, 2008). Une méta-analyse récente suggère que les items du facteur 2 (déviance sociale) de la PCL-R plus que les items du facteur 1 (interpersonnel/affectif) contribueraient à cette relation avec la violence chez les patients souffrant de schizophrénie (McGregor *et al.*, 2012).

De plus, Mc Gregor *et al.* (2012) ont examiné la relation entre la PCL-R, l'abus de substance et la violence chez des patients souffrant de trouble schizophrénique et vivants dans la communauté. Ils ont mis en évidence que le score total à la PCL-R était plus important dans le groupe violent mais ils ont également mis en évidence que le score à l'échelle de psychopathie était un meilleur prédicteur de violence future que l'abus de substance (Fazel *et al.*, 2009).

Abus de substances psychoactives

La comorbidité d'abus de substance augmente significativement le risque de violence et d'homicide chez les sujets souffrant de troubles mentaux graves. Elbogen *et al.* (2009) retrouvent une augmentation significative du risque de violence en cas d'association d'un trouble mental majeur et d'abus d'alcool, par rapport à la présence d'un trouble mental majeur sans comorbidité d'abus d'alcool. Le risque de violence est multiplié par quatre chez les patients bipolaires, par trois chez les patients présentant un épisode de dépression majeur et par deux chez les patients schizophrènes (Elbogen, Johnson, 2009). De même, Fazel *et al.* (2009) ont retrouvé que le risque de violence était multiplié par trois en cas de trouble schizophrénique avec comorbidité d'abus de substance par rapport aux troubles schizophréniques seuls (Fazel *et al.*, 2009).

Troubles neurologiques/impulsivité

L'existence d'une atteinte cérébrale, en particulier les atteintes frontales, dans les psychoses chroniques, augmenterait le risque de violence du fait

de difficultés du contrôle pulsionnel. Il s'agirait de violences répétées en institution, impulsives, non préméditées et sans cible particulière (Krakowski *et al.*, 1989).

Adhésion aux soins, traitement, insight

La mauvaise adhésion aux soins et à l'observance du traitement est un facteur de risque de violence chez les patients souffrant de schizophrénie (Swartz *et al.*, 1998 ; Swanson *et al.*, 2004)

L'absence de compliance au traitement est retrouvée par Fazel *et al.* (2010) comme un facteur de risque d'homicide dans les 6 mois suivant la sortie de l'hôpital, chez des patients souffrant de schizophrénie (Fazel *et al.*, 2008).

L'étude Mac Arthur établit un lien inversement proportionnel entre le nombre d'événements violents et l'intensité du suivi psychiatrique. Ainsi, un groupe de patients suivi toutes les quatre semaines a 4 fois plus de risque de violence que le groupe suivi de façon hebdomadaire. Les vingt semaines après l'hospitalisation constitueraient la période la plus à risque de violences, période où le patient est fragilisé, où se jouent l'observance et l'alliance thérapeutique et les difficultés de réinsertion (Appelbaum *et al.*, 2010).

Facteurs contextuels

Plusieurs études, notamment, celle d'Elbogen *et al.* (2009), ont rappelé le rôle majeur de l'environnement et du contexte de vie dans les passages à l'acte des sujets souffrant de troubles mentaux, notamment la précarité, la perte d'emploi, la séparation ou l'existence d'un environnement violent (Elbogen, Johnson, 2009).

À partir de ces facteurs de risque, des profils de patients ont été développés.

Récemment, Dumais *et al.* (2011) ont proposé quatre profils de patients souffrant de schizophrénie et ayant commis des actes de violence sévère (homicide, tentative d'homicide, blessure infligée à quelqu'un avec une arme à feu ou un couteau), en fonction des comorbidités d'abus de substance et du niveau d'impulsivité (mesuré à l'a PCL-R et HCR-20) (Dumais *et al.*, 2011) :

- le profil 1 était caractérisé par un bas niveau d'abus de substance, d'impulsivité et de violence sévère. Ce groupe présenterait des difficultés dans l'adhésion au traitement et pourrait commettre des actes antisociaux mineurs ;
- le profil 2 par un haut niveau de violence sévère, et d'abus/dépendance à l'alcool et autres stimulants. Ce groupe est celui le plus à risque, avec une violence de type instrumental ou prédateur plutôt qu'impulsif ;
- le profil 3 par un haut niveau d'impulsivité. Des troubles neurologiques mineurs ou des antécédents de traumatisme crânien peuvent sous-tendre cette impulsivité ;
- le profil 4 par un niveau moyen ou l'absence d'impulsivité. Les actes violents de ce groupe sont commis, en lien avec la symptomatologie délirante, au cours d'un épisode aigu.

Violence et maladie mentale : vers une approche bio-psycho-sociale

Si des facteurs de risque de violence ont été mis en évidence chez les sujets souffrant de troubles mentaux, il existe une grande complexité dans leur interaction. Steinert et Whittington (2013) proposent un modèle (Figure 45.1) séparant d'un côté les prédispositions au passage à l'acte et de l'autre, la situation spécifique dans laquelle la personne passe à l'acte (45) :

- Dispositions individuelles :
  - aspects biologiques : âge (18–30 ans), sexe (masculin), cortex préfrontal…
  - aspects psychologiques et neurocognitifs : traits de personnalité antisociale, psychopathie, abus de substances psychoactives, impulsivité…
  - aspects sociaux : précarité, isolement social, victimisation.
- Situations spécifiques :
  - expérience subjective : frustration, provocation, réaction à la menace ;
  - état cognitif, affectif : colère, rage, anxiété, abus de substance psychoactives ;
  - facteurs inhibiteurs ou facilitateurs : supériorité physique, présence d'une arme, soutien de pairs… et inhibiteurs, infériorité physique, autres possibilités pour la résolution du conflit…

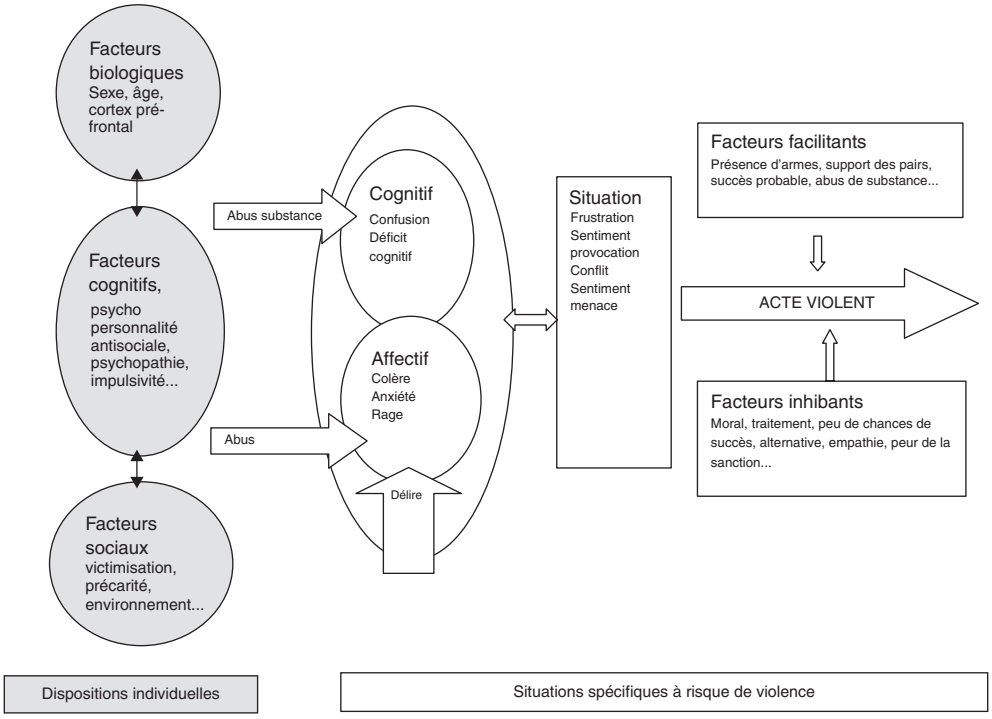


Figure 45.1. Modèle bio-psycho-social d'après Steinert et Whittington (2013).

Conclusion

Les individus atteints de troubles mentaux majeurs font l'objet d'une stigmatisation qui renforce leurs difficultés d'insertion sociale. La surmédiatisation des faits divers commis par des individus souffrant d'une pathologie psychiatrique, notamment de schizophrénie, majore la crainte et le rejet de la communauté vis-à-vis des patients alors que toutes les études démontrent que la majorité des actes violents, des actes mineurs aux actes les plus graves, est commise par des individus ne souffrant pas de trouble mental majeur.

Le risque de violence des sujets souffrant de troubles schizophréniques, troubles bipolaires ou épisodes dépressifs majeurs est fortement augmenté par la comorbidité d'abus d'alcool ou autre substance psychoactive, ce qui démontre l'importance de la prise en charge des addictions chez les patients.

De plus, le travail autour de l'adhésion aux soins et de l'observance du traitement, par des consultations régulières, a montré son intérêt dans la réduction de la prévalence des actes de violence chez les sujets souffrant de troubles mentaux. Pouvoir proposer des prises en charge adaptées aux problématiques et aux comorbidités des patients, sans oublier de tenir compte de l'environnement, notamment au travers d'une prise en charge sociale, permet de diminuer également le risque de violence.

L'audition publique sur la dangerosité psychiatrique organisée par la HAS en 2010 a permis de proposer des recommandations pour la pratique clinique visant à diminuer le risque de violence des patients souffrant de troubles mentaux (HAS, 2010).

Références

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions : data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(4), 566–572.

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort : results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, *57*(10), 979–986.

Belfrage, H., & Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators : a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *14*(2), 121–133.

Bjørkly, S. (2002). Psychotic symptoms and violence toward others : a literature review of some preliminary findings. *Aggression and violent behavior*, *7*(6), 617–631.

Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *57*(5), 494–500.

Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia : role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research*, *26*(2–3), 181–190.

Dolan, M., & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *The British Journal of Psychiatry*, *177*, 303–311.

Doyle, M., & Dolan, M. (2006). Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *The British Journal of Psychiatry*, *189*, 520–526.

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, *66*(2), 152–161.

Eriksson, A., Romelsjo, A., Stenbacka, M., & Tengstrom, A. (2010). Early risk factors for criminal offending in schizophrenia : a 35-year longitudinal cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, *53*(6), 497–501.

Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(1), 83–89.

Fazel, S., Buxrud, P., Ruchkin, V., & Grann, M. (2010). Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses : a national case-control study. *Schizophrenia Research*, *123*(2–3), 263–269.

Fazel, S., Grann, M., Carlstrom, E., Lichtenstein, P., & Langstrom, N. (2009). Risk factors for violent crime in Schizophrenia : a national cohort study of 13,806 patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(3), 362–369.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence : systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *6*(8), e1000120.

Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, *301*(19), 2016–2023.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Frisell, T., Grann, M., Goodwin, G., & Langstrom, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime : time at risk reanalysis. *Archives of General Psychiatry*, *67*(12), 1325–1326.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Langstrom, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime : new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *67*(9), 931–938.

Fullam, R. S., & Dolan, M. C. (2008). Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(3), 247–253.

HAS. (Déc 2010). *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence*. Paris : Audition Publique.

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *53*(6), 489–496.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *49*(6), 476–483.

Dumais, A., Potvin, S., Joyal, C., Allaire, J. F., Stip, E., Lesage, A., et al. (2011). Schizophrenia and serious violence : a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. *Schizophrenia Research*, *130*(1–3), 234–237.

Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., et al. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities : a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, *379*(9826), 1621–1629.

Krakowski, M. I., Convit, A., Jaeger, J., Lin, S., & Volavka, J. (1989). Neurological impairment in violent schizophrenic inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, *146*(7), 849–853.

Lindqvist, P., & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *The British Journal of Psychiatry*, *157*, 345–350.

McGregor, K., Castle, D., & Dolan, M. (2012). Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse, and the four-facet model of psychopathy : the relationship to violence. *Schizophrenia Research*, *136*(1–3), 116–121.

Meehan, J., Flynn, S., Hunt, I. M., Robinson, J., Bickley, H., Parsons, R., et al. (2006). Perpetrators of homicide with schizophrenia : a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Services*, *57*(11), 1648–1651.

Newhill, C. E., Mulvey, E. P., & Lidz, C. W. (1995). Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, *46*(8), 785–789.

Rasanen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J., & Moring, J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior : a 26-year followup study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, *24*(3), 437–441.

Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders : a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(2), 98–107.

Steinert, T., & Whittington, R. (2013). A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. *International Journal of Law and Psychiatry*, *36*(2), 168–175.

Stueve, A., & Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders : results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q*, *68*(4), 327–342.

Swanson, J. W., Holzer, C. E., 3rd, Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community : evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, *41*(7), 761–770.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Elbogen, E. B. (2004). Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(1), 3–20.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F. C., Wagner, H. R., Goodman, L. A., et al. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, *92*(9), 1523–1531.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *63*(5), 490–499.

Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B., & Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia : the role of childhood antisocial behavior problems. *Law and Human Behavior*, *32*(3), 228–240.

Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse and community violence : an epidemiological approach. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 101–136). Chicago : The University of Chicago Press.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness : the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(2), 226–231.

Tiihonen, J., Hakola, P., Eronen, M., Vartiainen, H., & Ryynanen, O. P. (1996). Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Science International*, *79*(2), 123–129.

Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality : a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, *154*(6), 840–845.

van Dongen, J. D., Buck, N. M., & van Marle, H. J. (2012). The role of ideational distress in the relation between persecutory ideations and reactive aggression. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *22*(5), 350–359.

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British Journal of Psychiatry*, *172*, 477–484.

Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(4), 716–727.

Yoon, J. H., Kim, J. H., Choi, S. S., Lyu, M. K., Kwon, J. H., Jang, Y. I., et al. (2012). Homicide and bipolar I disorder : a 22-year study. *Forensic Science International*, *217*(1–3), 113–118.

Violences et homicides intrafamiliaux

CHAPITRE 46

Violences familiales

Roland Coutanceau

Les violences familiales (violences sur enfant, violences incestueuses, violences conjugales) ont plusieurs caractéristiques spécifiques, dans l'ensemble des comportements violents :

- la première est qu'elles s'inscrivent dans un sous-ensemble de violences dans des systèmes clos (avec parallèlement les violences institutionnelles ou en milieu professionnel) ; sous ensemble qui a la particularité suivante : les dévoiler est un élément très fort de prévention, dans la mesure où elles se déroulent dans un espace restreint, facilement contrôlable, dès que la situation est repérée. La question de la précocité du dévoilement est donc une préoccupation centrale ;
- la deuxième caractéristique, c'est les différentes possibilités d'intervention judiciaire ;
- la troisième caractéristique, c'est qu'après le dévoilement, certains couples ou familles éclatent, et d'autres, parfois après un temps de latence choisi ou sur injonction judiciaire, reprenant la vie commune.

C'est donc un défi d'accompagner les différents protagonistes de la famille par les équipes de soin, avec nécessité de l'évaluation au cas par cas et d'une stratégie de prise en charge variable, en fonction notamment de la reprise de la cohabitation ou pas, après le dévoilement.

Enfin, il faut distinguer la violence physique, plus facilement objectivable socialement, de la violence psychologique isolée plus délicate à clarifier.

Pour illustrer ces éléments, nous prendrions comme type de description les violences conjugales, en problématisant la question du dévoilement, la judiciaire, et la stratégie thérapeutique.

Pourquoi un si long silence entre la première violence et le moment du dévoilement ?

Quels sont les différents ressorts psychologiques de cette difficulté à dire ?

Dans une première catégorie de situations, c'est clairement la peur de la violence en elle-même, l'inquiétude face aux menaces. La victime est, au sens littéral terrorisée.

Mais dans d'autres cas, c'est plus subtil, plus psychologique – c'est l'ambivalence de la victime à témoigner car le sujet violent peut alterner des moments de violence, de dénigrement, d'insultes, et d'autres où il s'excuse et fait des « cadeaux compensateurs ».

Les ressentis peuvent être divers (on aime encore, on peut espérer que « ça va changer » ; on peut se montrer d'une générosité excessive, faire preuve de compréhension de la violence de l'autre, vouloir tout excuser, tout pardonner ; on peut se culpabiliser soi-même, penser qu'on est la cause de cette violence – cette excessive culpabilité subjective ; on peut aussi redouter de faire part de dysfonctionnement dans un couple de peur que d'autres s'en emparent).

Troisième type de réalité psychique, la dépendance affective, la problématique abandonnique : la peur panique d'être quitté, la crainte par-dessus tout de la part de l'autre.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Il y a donc une difficulté à être lucide, au-delà de la répétition de la violence : un temps pour prendre conscience de ce qui se joue, de ce qui est peut-être la face cachée de l'autre, qu'on n'a pas vu, qu'on ne veut pas voir ou qu'on espère temporaire.

De cette difficulté à dire, découlent plusieurs messages sociaux à préconiser (et à discuter) :

- le premier message s'adresse à la victime. Tout faire pour « casser la bulle du silence : en parler à un membre de la famille, à un proche, à un professionnel, à un numéro anonyme (39 19) ;
- le deuxième message s'adresse à l'entourage, résultant de cette phrase de victime trop souvent entendue : « si quelqu'un avait deviné, je l'aurais dit plus tôt » ; s'autoriser à deviner cette violence pour faciliter le fait d'en parler, avec un corollaire, s'interroger dans les cas de maltraitance sur un droit d'ingérence, trouver le moyen d'interpeller la victime, avec tact. C'est un questionnement qui renvoie chacun à la réflexion, et à l'éthique personnelle.

Sur le plan social, quand il y a plainte, la sanction judiciaire relève du procureur de la République. Après l'évaluation de l'auteur de violence dans le cadre de la garde à vue, le procureur peut :

- soit orienter vers la comparution immédiate en cas de violences importantes ou d'antécédents du même type ; le jugement ayant lieu à l'issue de la garde à vue ;
- soit convoquer l'auteur devant le tribunal correctionnel dans un délai de 2 mois maximum. Cette procédure peut être associée à un contrôle judiciaire socioéducatif qui permet au juge, dans l'attente de l'audience, d'éloigner l'auteur du domicile ou (et) de le soumettre à une obligation de soins ;
- soit proposer un classement sous condition. Dans une situation de premier épisode où les faits ne sont pas trop graves, c'est une alternative intéressante aux poursuites judiciaires. La procédure est alors adressée au délégué du procureur, qui soumet le classement à la condition d'un suivi, notamment psychologique.

Au moment du jugement, le tribunal correctionnel peut :

- soit renvoyer l'audience de jugement à une date ultérieure, ce qui permet de prolonger le contrôle judiciaire et l'obligation de soins ;
- soit ajourner le prononcé de la peine pour un délai de 6 mois à 1 an ; le sujet interpellé étant soumis à une série d'obligations, dont l'obligation de soins ;
- soit prononcer la sentence avec sursis et mise à l'épreuve (SME) et définir une période pendant laquelle le sujet condamné est astreint à une série de contraintes, dont l'obligation soins.

En pratique, les obligations sont accompagnées par des associations sociojudiciaires ou les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Les obligations de soins sont réalisées par les services de santé ou par des consultations spécialisées.

Quant à la question de la prise en charge, elle s'élabore au cas par cas ; avec l'intérêt de l'association de techniques (individuelle, groupale, systémique) supposant des équipes spécialisées ou un travail en réseau.

Que ce soit pour les victimes ou les auteurs, la thérapie peut être individuelle ou de groupe. On peut aussi proposer des entretiens mère-enfant dans une logique d'accompagnement de l'ensemble de la famille.

Dans une description générale, il faut insister sur l'intérêt des techniques de groupe notamment quand, dans le travail individuel, il n'y a pas assez d'élaboration, d'insight, d'évolution dans la prise de conscience, et d'analyse dans ce qui se joue dans le couple.

Finalement, on pourrait dire que la thérapie individuelle seule n'est pertinente que si le sujet fournit d'emblée assez de matériel psychique pour évoluer.

Concernant l'entretien de couple, certains ont fort légitimement exprimé des réserves par crainte que l'emprise parfois présente soit toujours active dans cet espace.

De façon pragmatique, on peut définir des indications et des contre-indications.

Souvent, il est pertinent que le sujet violent travaille seul, de son côté, fasse du chemin avant l'éventuel suivi à deux (notamment chez ceux qui choisissent de rester ensemble après le dévoilement de la violence).

Nous proposons donc quatre critères pour préciser une éventuelle indication de suivi de couple, parallèlement à un suivi personnel :

- reconnaissance par le sujet violent de son comportement violent (et que celui-ci a cessé) ;
- reconnaissance par l'agresseur d'une problématique propre ;
- appréhension par le sujet du retentissement psychologique du côté de la victime ;
- sensibilité du sujet violent au regard de ses enfants, au regard de ses proches.

En conclusion, la prise en charge des violences conjugales suppose d'enrichir et de reformuler les messages sociaux les concernant ; pour faciliter la prévention ou la prise en charge précoce.

Elle suppose également le développement de la pluridisciplinarité dans le suivi ; ainsi que l'association de techniques thérapeutiques complémentaires.

Néonaticide et infanticide

Stéphane Richard-Devantoy, Anne Isabelle Bouyer-Richard

Introduction, définition légale et terminologie

L'infanticide est un des crimes qui soulève dans l'opinion publique le plus d'incompréhension, effroi et interrogations, eu égard au caractère de la victime, qui demeure, dans la représentation collective, vulnérable, innocent, dépendant de la protection des adultes, et notamment de l'attention de leurs plus proches parents.

L'infinie multiplicité des contextes psychopathologiques ne permet pas de fournir de profil type d'auteur d'un tel crime ou une explication univoque, simple et fluide, venant éclairer d'un coup la dynamique de ce type de passage à l'acte, résultant tantôt d'un geste accidentel sans intention initiale de donner la mort, d'une maltraitance active avec blessures physiques et/ou sexuelle, tantôt de négligences graves, d'agissements sur motivations altruistes ou encore d'un projet suicidaire élargi.

Dans son article 300, le Code pénal de 1810 qualifiait d'infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né. Les références criminologiques actuelles offrent d'autres repères en la matière (Dalloz, 2001) :

- l'infanticide, terme générique, qui définit le meurtre d'un enfant en général, ne préjugeant pas du lien qui unit l'auteur à sa victime ni de l'âge de celle-ci ;
- le néonaticide, en revanche, est le meurtre d'un nouveau-né dans ses 24 premières heures de vie. L'auteur est un parent au premier degré (Resnick, 1969) ;
- le filicide est le meurtre d'un enfant, quel que soit son âge, perpétré par sa mère ou son père ;
- enfin, le libéricide se définit comme le meurtre d'un enfant mineur par son père ou sa mère.

D'un point de vue légal, dans son article 221-1, le Code pénal français définit le meurtre par l'action de donner volontairement la mort à quelqu'un (homicide volontaire) et le distingue de l'assassinat qui lui est décrit comme un meurtre avec préméditation, relevant du « dessein avant l'action » (art. 132-72 du Code pénal). Selon l'article 221-4, des circonstances aggravantes, au premier rang desquelles on trouve l'âge de la victime, et notamment la victime mineure de moins de 15 ans, peuvent être retenues (Dalloz, 2001).

Données épidémiologiques

En 2010, on estime que 563 000 homicides, tous types confondus, ont été commis dans le monde (soit 10,5 pour 100 000 habitants) (Center for disease control and prevention, 2013), avec un ratio homme-femme de 3,4. Certains sous-groupes de la population, dépendamment de leur âge et de leur genre sont susceptibles d'être surreprésentées parmi les victimes d'homicides (Reza, *et al.*, 2001). Ainsi, à l'échelle mondiale, le taux d'homicide, dont l'auteur est une femme, est plus élevé pour les victimes âgées de 0 à 4 ans (8,7 pour 100 000). Il existe des disparités géographiques marquées, en fonction, entre autres, des contextes culturels (Chine : 15,5 pour 100 000 ; Pays de l'Europe de l'Est : 15,0 pour 100 000 ; Inde : 12,3 pour 100 000).

Même s'il existe une certaine hétérogénéité des chiffres avancés dans la littérature scientifique concernant les meurtres d'enfants en général (sans présumer du lien avec l'auteur), il semble que ces derniers ne représentent qu'une faible proportion du total des homicides, et dont la prévalence avoisine 5 %. En effet, Flynn *et al.* ont étudié 2 260 meurtres commis en Royaume-Uni et au Pays de Galles entre 1996 et 2001 (Figure 46.1), et parmi lesquels 112 (5 %) sont des meurtres d'enfants. Ils notent que l'âge des enfants victimes est, dans 44 % des cas, inférieur à 3 mois, et pour seulement 22 % des cas supérieur à 1 an (Flynn, *et al.*, 2007). De même, dans une série de 70 filicides finlandais, les mêmes proportions sont retrouvées : 37 % des enfants étaient tués avant l'âge d'1 an et 79 % avant l'âge de 5 ans (Vanamo, *et al.*, 2001). La plupart des infanticides sont commis dès les premiers instants de vie, et le risque de voir perpétrer un tel geste s'amoindrit à mesure que l'enfant grandi.

La journée au cours de laquelle une personne a le plus haut risque d'être tuée est en effet le premier jour de sa vie (Marks, *et al.*, 1993). Ainsi, Resnick a consacré le terme « néonaticide » pour décrire le meurtre de nouveau-né dans les premières 24 heures de vie (Resnick, 1969). Les taux de néonaticide seraient sous-estimés dans les études épidémiologiques (Botash, *et al.*, 1998 ; Newton, *et al.* 2006), en raison des cas de néonaticides dissimulés, et de classification en mort accidentelle de certains cas effectifs de néonaticides. On note par ailleurs qu'il existe une hétérogénéité marquée du taux de néonaticide : chaque année aux États-Unis, 2,1 nouveau-nés pour 100 000 naissances sont tués ou décèdent dans les suites d'un abandon précoce (Herman-Giddens, *et al.*, 2003), alors que ce même taux se situe entre 0,07 et 0,18 pour 100 000 naissances en Finlande (Putkonen, *et al.*, 2007).

Dans plus de 70 % des cas d'homicides d'enfants âgés de moins de 5 ans, les parents sont les auteurs du crime : 26 % à 49 % sont imputables au père et 41 % à 61 % à la mère (Tableau 46.I) (Vanamo *et al.*, 1970 ; Putkonen *et al.*, 2009 ; Kauppi *et al.*, 2010). Cette dernière est, de façon significative, plus souvent l'auteur du filicide que le père, et ceci est une donnée constante dans la littérature (Vanamo *et al.*, 1970 ; Putkonen *et al.*, 2009 ; Kauppi *et al.*, 2010), d'autant plus que l'enfant est jeune. Sur les 56 néonaticides d'une série de 200 meurtres d'enfants en Finlande, 52 cas étaient le fait de la mère (Kauppi *et al.*, 2010).

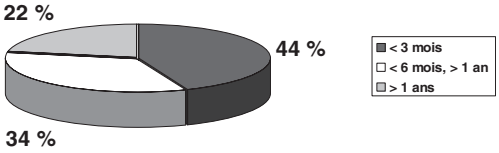


Figure 46.1. Âge de la victime dans les meurtres d'enfants (Flynn *et al.*, 2007).

Clinique du néonaticide

Nous n'aborderons ici que ce qui concerne le néonaticide commis par la mère, et dans les pays occidentaux. Comme nous l'avons déjà précisé, les parents ayant commis un geste homicide sur leur nouveau né sont en effet majoritairement les mères (Rodenburg, 1971 ; Marks *et al.*, 1993 ; 1996), même si ont été décrits des cas de participation paternelle au geste hétéroagressif, ce qui reste marginal (Adelson, 1991 ; Kaye *et al.*, 1990 ; Resnick, 1970). Les cas de néonaticides paternels, sans participation maternelle, sont encore plus rares.

Données sociodémographiques

Dans l'étude princeps de Resnick déjà citée, les mères qui ont commis des néonaticides étaient caractérisées par leur jeune âge (entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte) et le célibat. Même si cette donnée relative à l'âge maternel est constante dans la littérature, certaines études font état d'une plus grande disparité quant à cette variable. Le pourcentage de cas pour lesquels l'enfant victime est un premier-né varie entre 35 à 82 % dans la littérature scientifique (Herman-Giddens *et al.*, 2003 ; Putkonen *et al.*, 2007 ; Mendlowicz *et al.*, 1999 ; Mendlowicz, *et al.*, 1998).

Tableau 46.I. L'auteur de l'infanticide selon l'âge de l'enfant (Vanamo *et al.*, 2001).

Auteur	< 1 an	1–4 ans	5–14 ans
Mère	73 %	63 %	41 %
Père	23 %	29 %	53 %
Beau-père	4 %	4 %	6 %
Non-connu	0	4 %	0

Selon les études, 50 à 88 % des femmes auteures de néonaticide sont célibataires (Herman-Giddens *et al.*, 2003 ; Putkonen *et al.*, 2007 ; Friedman *et al.*, 2009 ; Mendlowicz *et al*, 1998), et près de la moitié vivent au domicile de leurs parents. Un faible niveau d'instruction et d'éducation de la mère auteure de l'homicide est aussi une constante (Mendlowicz, *et al.*, 1998). Ces femmes ne sont en général pas connues pour avoir perpétré antérieurement des gestes violents, transgressifs, judiciarisés ou non (Amon *et al.*, 2012).

Données concernant le contexte de la grossesse

La grossesse surviendrait plus précocement au cours de la vie, pour les mères qui commettront un néonaticide à son issue, que dans une population contrôle représentative de la population générale (Amon *et al.*, 2012). Cette grossesse ne bénéficie classiquement pas d'un suivi obstétrical adéquat, ou de soins prénataux indiqués. Un élément explicatif de ces derniers constats peut être la fréquence élevée, chez les femmes ayant commis un néonaticide, d'un déni et/ou d'une dissimulation de l'état de grossesse (voir plus loin). On notera que seule l'absence de soins prénataux constitue un facteur prédictif statistiquement valide de néonaticide (Friedman *et al.*, 2009 ; Amon, *et al*, 2012. Dans une étude récente sur 32 cas de néonaticide en Finlande, Putkonen *et al.* retrouvaient chez la majorité de ces femmes, de mauvaises relations, voire l'absence de relation avec le père de l'enfant à naître (Bonnet, 1993). Le motif invoqué était le plus souvent une grossesse non planifiée, survenue malgré l'usage d'une méthode contraceptive (Amon *et al.*, 2012).

Le déni de grossesse, défini comme une méconnaissance complète d'une grossesse au-delà du premier trimestre (Bonnet, 1993), se distingue de la dissimulation qui désigne un processus actif visant à cacher la grossesse (Friedman, *et al.*, 2009). Pour autant, la plupart des études portant sur le néonaticide n'ont pas distingué le déni de la dissimulation, bien que les processus psychologiques impliqués soient différents, même s'ils peuvent régulièrement coexister (Friedman, *et al.*, 2007 ; Spinelli, 2010). Pour cette raison, certains auteurs ont récemment utilisé le terme de « négation » plutôt que celui de déni ou dissimulation (Beier *et al.*, 2006). Le déni de grossesse se caractérise classiquement par la discrétion des signes physiques liés à la grossesse, et des métrorragies qui peuvent persister jusqu'à la fin de la grossesse. Les mouvements fœtaux ne sont pas ou peu ressentis, niés ou assimilés à des troubles digestifs. Dans la majorité des cas, le déni est spontanément levé vers le 4e mois, et l'on parle de déni partiel. Dans d'autres cas, le déni est total, et persiste jusqu'à l'accouchement (Bonnet, 1993). C'est dans ce dernier cas que le risque de geste néonaticide est réputé le plus important.

Données criminologiques

Dans la grande majorité des cas, les mères qui n'ont pas décelé leur grossesse ou l'ont dissimulée accouchent seules (Yamauchi *et al.*, 2000). La grossesse est considérée comme une sorte de « malédiction », avec incapacité de la femme à se confier à quiconque ou d'entreprendre la moindre action pour changer quelque chose du cours des événements. Se confinant dans une sorte de pensée magique, elles entretiennent l'idée que la grossesse pourrait disparaître. Elles accouchent alors « clandestinement » et sont prises de panique en présence de l'enfant vécu, comme une menace. Le crime a lieu au domicile de l'auteur, dans la salle de bain, les toilettes, plus rarement dans une autre pièce de la maison (Mendlowicz *et al.*, 2000 ; Yamauchi *et al.*, 2000). De rares cas de néonaticide survenant dans des établissements de soins ont été rapportés (Mendlowicz, *et al.*, 2000). Bonnet (1993) distingue le néonaticide « actif », incluant un geste meurtrier, du néonaticide « passif », négligence extrême et abandon. Les deux causes principales de décès sont en effet l'absence de premiers soins (entraînant hypothermie, déshydratation) et l'asphyxie provoquée par strangulation ou suffocation (Herman-Giddens *et al.*, 2003). Les décès par immersion ou traumatismes (notamment craniocéphaliques) sont des causes moins fréquentes. Enfin, rappelons que des néonaticides multiples lors de grossesses successives, en « série », ont été décrits dans la littérature (Putkonen *et al.*, 2007 ; Yamauchi *et al.*, 2000).

Contexte psychiatrique

Contrairement aux meurtres d'enfants plus âgés (Friedman *et al.*, 2005), il semble que la littérature

ne relève qu'une faible proportion de femmes auteures de néonaticide atteintes d'un trouble mental grave (Friedman *et al.*, 2005 ; 2009). Les troubles mentaux les plus représentés dans cette population sont les troubles de l'humeur caractérisés (épisode dépressif surtout) et les troubles psychotiques (Amon *et al.*, 2012). Les troubles de la personnalité seraient assez fréquents parmi les mères auteures de néonaticide (Putkonen *et al.*, 2007 ; 2009) (Tableau 46.II).

L'acte du néonaticide, commis par définition dans le premier jour de vie de l'enfant, survient donc bien avant l'émergence d'un éventuel épisode psychotique ou thymique du post-partum, qui n'est pas le facteur déterminant du geste, dans l'immense majorité des cas. Le suicide de la mère est un comportement postinfractionnel rare, peu documenté dans les cas de néonaticides, contrairement aux filicides maternels, après lesquels 16 à 29 % des mères se suicident (Porter *et al.*, 2010).

Sur le plan psychologique, les mères néonaticides apparaissent carencées sur le plan affectif, dans l'inhibition et la répression de leurs émotions, en situation de fréquente dépendance affective, avec parfois la crainte d'être abandonnées par un conjoint ayant laissé entendre qu'il ne voulait pas d'(autre) enfant (Porter *et al.*, 2010).

Conclusion

L'hétérogénéité des données de la littérature, le caractère paradoxal ou « immotivé » attribué au néonaticide témoignent probablement de notre propre incompréhension face à un geste que nous ne pouvons le plus souvent pas prévenir. L'auteur d'un néonaticide ou infanticide partage des facteurs communs, généraux et aspécifiques, de tout meurtrier (Audition publique, 2011), mais s'en distingue aussi par les enjeux souvent inconscients que représentent la parentalité, la filiation et ses avatars narcissiques.

Tableau 46.II. Diagnostic psychiatrique des auteurs de néonaticides examinés en unité médicolégale finlandaise (n = 14) (Putkonen *et al.*, 2007).

Diagnostic psychiatrique	N (%)
Trouble psychotique.	**4 (29)**
Dépression psychotique du post-partum.	3 (21)
Psychose non spécifiée.	1 (7)
Trouble de la personnalité	10 (71)
Non spécifié.	6 (43)
Personnalité *borderline*.	4 (29)
Abus de substances psychoactives	1 (7)

Références

Adelson, L. (1991). Pedicide revisited. The slaughter continues. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, *12*(1), 16–26.

Amon, S., et al. (2012). Potential predictors in neonaticide : the impact of the circumstances of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(3), 167–174.

Beier, K. M., et al. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction : a proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(5), 723–730.

Bonnet, C. (1993). Adoption at birth : prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse & Neglect*, *17*(4), 501–513.

Botash, A. S., et al. (1998). Child abuse and sudden infant death syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*, *10*(2), 217–223.

Centers for Disease Control, Prevention (CDC). Homicide rates among persons aged 10–24 years - United States, 1981–2010. *MMWR Morbidity and mortality weekly report, 62*(27), 545–8.

Dalloz. (2001). *Meurtre et autres crimes capitaux. Code pénal Nouveau Code pénal Ancien Code pénal.* Paris : Dalloz.

Flynn, S. M., et al. (2007). Homicide of infants : a cross-sectional study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(10), 1501–1509.

Friedman, S. H., et al. (2007). Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*, *48*(2), 117–122.

Friedman, S. H., et al. (2005). Child murder by mothers : a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(9), 1578–1587.

Friedman, S. H., et al. (2009). Neonaticide : Phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry*, *32*(1), 43–47.

Fugère, R., et al. (2009). Le passage à l'acte filicide. In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte* (pp. 140–153). Paris : Elsevier Masson.

Herman-Giddens, M. E., et al. (2003). Newborns killed or left to die by a parent : a population-based study. *JAMA*, *289*(11), 1425–1429.

Kauppi, A., et al. (2010). Maternal and paternal filicides : a retrospective review of filicides in Finland. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *38*(2), 229–238.

Kaye, N. S., et al. (1990). Families, murder, and insanity : a psychiatric review of paternal neonaticide. *Journal of Forensic Sciences*, *35*(1), 133–139.

Marks, M. N., et al. (1993). Infanticide in England and Wales. *Medicine, Science, and the Law*, *33*(4), 329–339.

Marks, M. N., et al. (1996). Infanticide in Scotland. *Medicine, Science, and the Law*, *36*(4), 299–305.

Mendlowicz, M. V., et al. (1998). A case-control study on the socio-demographic characteristics of 53 neonaticidal mothers. *International Journal of Law and Psychiatry*, *21*(2), 209–219.

Mendlowicz, M. V., et al. (2000). Mothers murdering their newborns in the hospital. *General Hospital Psychiatry*, *22*(1), 53–55.

Mendlowicz, M. V., et al. (1999). Neonaticide in the city of Rio de Janeiro : forensic and psycholegal perspectives. *Journal of Forensic Sciences*, *44*(4), 741–745.

Newton, A. W., et al. (2006). Unexplained infant and child death : a review of sudden infant death syndrome, sudden unexplained infant death, and child maltreatment fatalities including shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*, *18*(2), 196–200.

Porter, T., et al. (2010). Infanticide and neonaticide : a review of 40 years of research literature on incidence and causes. *Trauma, Violence & Abuse*, *11*(3), 99–112.

Audition publique (2011). *La Dangerosité Psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur.* Available from : www.has-santé.fr.

Putkonen, H., et al. (2009). Differences between homicide and filicide offenders ; results of a nationwide register-based case-control study. *BMC Psychiatry*, *9*, 27.

Putkonen, H., et al. (2009). Filicide in Austria and Finland–a register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995–2005. *BMC Psychiatry*, *9*, 74.

Putkonen, H., et al. (2007). Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980–2000. *International Journal of Law and Psychiatry*, *30*(3), 248–254.

Putkonen, H., et al. (2007). Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980–2000. *Archives of Women's Mental Health*, *10*(1), 15–23.

Resnick, P. J. (1969). Child murder by parents : a psychiatric review of filicide. *The American Journal of Psychiatry*, *126*(3), 325–334.

Resnick, P. J. (1970). Murder of the newborn : a psychiatric review of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*, *126*(10), 1414–1420.

Reza, A., et al. (2001). Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, *7*, 104–111.

Rodenburg, M. (1971). Child murder by depressed parents. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *16*(1), 41–48.

Spinelli, M. G. (2001). A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(5), 811–813.

Spinelli, M. G. (2010). Denial of pregnancy : a psychodynamic paradigm. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *38*(1), 117–131.

Vanamo, T., et al. (2001). Intra-familial child homicide in Finland 1970-1994 : incidence, causes of death and demographic characteristics. *Forensic Science International*, *117*(3), 199–204.

Yamauchi, M., et al. (2000). Medico-legal studies on infanticide : statistics and a case of repeated neonaticide. *Forensic Science International*, *113*(1–3), 205–208.

Le syndrome de Münchausen

Alexia Delbreil, Mélanie Voyer, Jean-Louis Senon

Le syndrome de Münchausen appartient à la catégorie des troubles factices ou pathomimies dans les classifications psychiatriques internationales. Il se définit par la production ou simulation intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, conduisant à des investigations médicales multiples, inutiles et préjudiciables, sans motif autre que le fait de jouer le rôle de malade (American, 2000).

C'est un trouble qui a été individualisé pour la première fois en 1951 par Richard Asher, médecin interniste, pour décrire des cas cliniques d'automutilations associées à la présence de fabulations dans le récit des histoires de vie et à un nomadisme médical. Le nom lui a été inspiré de l'histoire du baron de Münchhausen, militaire

allemand, auquel ont été attribuées nombre de prouesses rocambolesques (Asher, 1951).

Le syndrome de Münchausen peut se manifester de plusieurs manières. La plupart des sujets se provoquent volontairement des lésions physiques ou organiques, directement ou par l'intermédiaire de médicaments ingérés ou injectés, dans le but d'attirer l'attention du corps médical. Il s'agit dans ce cas de symptômes à prédominance physique. Ces patients affichent souvent le besoin de réaliser de nouveaux examens complémentaires, même les plus invasifs, voire d'être hospitalisés. Ils éprouvent, à travers le rôle de malade et de la prise en charge médicale qui en découle, une satisfaction régressive. Cependant, la motivation réelle de leurs actes échappe à leur conscience (Gasman, 2002), ils ne poursuivent pas de but autre que celui d'être malade. Il est également possible de rencontrer des troubles factices avec des symptômes psychiatriques et non physiques (Limousin, 1999). Ceux-ci sont tantôt simplement simulés, tantôt provoqués par des médicaments ou des drogues.

Avec le développement de l'informatique, des nouveaux réseaux de communication et d'information, il est aisé de trouver soi-même toutes les données relatives aux pathologies médicales et un nouveau mode d'expression du syndrome de Münchausen voit le jour : le syndrome de Münchausen « paraclinique ». La littérature rapporte ainsi des cas de falsifications d'examens complémentaires, par exemple des bilans biologiques pour simuler par exemple une hémopathie maligne, à l'aide de logiciels de traitement de texte (Thabuy, 2008). Il peut s'agir d'une forme de début de la maladie, avec des objectifs identiques au syndrome de Münchausen classique (simulation d'une pathologie grave avec fabulations anamnestiques et multiplication des explorations) sans atteinte à son propre corps.

G. Fénelon décrit trois symptômes caractéristiques du syndrome de Münchausen (Fenelon, 1998) :

- la présence de troubles factices simulant une pathologie urgente et grave, somatique ou psychique, conduisant à une démarche médicale lourde ;
- une biographie faite de fabulations incessantes, souvent particulièrement dramatique ;
- une errance médicale avec une tendance à la répétition des actes et des hospitalisations.

Le diagnostic est évoqué devant la discordance entre le tableau clinique présenté et des examens normaux, des bizarreries ou des incohérences dans l'histoire du patient, la demande incessante de soins et l'absence de crainte lors des interventions ou des investigations mêmes douloureuses, ainsi qu'une trop bonne adaptation au sein du milieu médical.

Peu de cas de syndrome de Münchausen sont rapportés dans la littérature. Il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des observations de syndrome de Münchausen par procuration, dans lequel les troubles factices sont feints sur autrui, le plus souvent un enfant. Cette entité nosographique est isolée pour la première fois en 1977 par R. Meadow pour décrire la pathologie d'une fillette induite par sa mère (Meadow, 1977). Ce trouble se définit par quatre caractéristiques :

- la maladie d'un enfant produite ou simulée délibérément par un parent ;
- des investigations médicales multiples et la prescription de traitement dans le but d'obtenir une reconnaissance ;
- le ou les parents responsables disent ne pas connaître la cause des symptômes ;
- les symptômes régressent lorsque l'enfant est séparé du parent responsable.

Ce syndrome, se situant au carrefour de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la justice, est considéré par nombre d'auteurs et par la classification internationale des maladies (CIM-10) comme une forme de maltraitance à enfant. Son incidence est estimée à 0,4/100 000 chez les enfants de moins de 16 ans (Lieder, 2005). Cependant, contrairement à la maltraitance classique où les parents se montrent réticents à l'idée de consulter un médecin, les parents à l'origine d'un syndrome de Münchausen par procuration inventent, simulent ou génèrent des symptômes chez leur enfant pour consulter. Les symptômes sont variés, mais il est fréquent d'observer des troubles neurologiques (malaises, convulsions), cardiorespiratoires (apnées, suffocation), hématologiques (saignements spontanés), digestifs (vomissements, diarrhées), métaboliques (hypoglycémie, hypernatrémie) ou infectieux (fièvre inexpliquée). Généralement, l'enfant présente toujours le même symptôme, à répétition (Bocquet, 1997). L'induction d'une pathologie chez l'enfant peut

parfois aboutir à des conséquences graves avec perte de substance par exemple (nécroses de tissus par injections sous-cutanées de produits toxiques), voire au décès (Moussaoui, 2009). Les méthodes utilisées sont variées : administration de médicaments par voie orale ou par injection (anticonvulsivants, opiacés, psychotropes…), action mécanique (étouffement, lésion traumatique…). Les examens ne retrouvent jamais d'étiologie organique aux troubles.

Des cas de syndrome de Münchausen par procuration à forme psychiatrique sont également rapportés dans la littérature. Ils semblent moins connus et plus difficiles à diagnostiquer (Schreier, 2000 ; Auxéméry, 2011).

Le parent responsable est le plus souvent la mère, qui exerce une profession paramédicale ou appartenant au milieu de l'enfance. Le père est absent physiquement ou moralement de l'éducation des enfants, il n'assure pas leur protection. Il est souvent difficile pour les médecins de suspecter que la mère est à l'origine de la maltraitance, alors qu'elle apparaît très protectrice et dévouée à son enfant. Elle est particulièrement impliquée dans la prise en charge, et du fait de ses quelques connaissances médicales, se sent tout à fait à l'aise en milieu hospitalier. Paradoxalement, elle encourage les explorations médicales, même invasives et douloureuses, se montrant peu inquiète pour le retentissement sur son enfant ; mais cela n'entraîne aucune jouissance (Wulfman, 2001). Le médecin devient indirectement acteur du syndrome de Münchausen par procuration, au moins au début de la prise en charge, en cherchant par tous les moyens l'étiologie des symptômes de l'enfant. Il entretient la maltraitance en multipliant les investigations et les traitements.

La majorité des enfants victimes ont moins de 5 ans lors des premiers faits et le sex-ratio est égal à 1. L'apparence de ces enfants peut paraître surprenante et ne correspond pas à celle d'enfants gravement malades. Ils se montrent souvent gais, dociles, attentifs, de contact facile, s'adaptant très bien au milieu dans lequel ils se trouvent. Derrière cet équilibre apparent se cache une grande fragilité, liée à une relation fusionnelle et ambivalente avec la mère, rendant l'intervention des soignants compliquée. La mère considère son enfant comme un prolongement d'elle-même, un objet de satisfaction de ses désirs et ne lui donne pas la possibilité de construire sa propre identité. Elle présente souvent des carences affectives anciennes, des troubles de la personnalité avec mésestime de soi, un isolement social ou une problématique conjugale. Le syndrome de Münchausen par procuration lui apporte des bénéfices secondaires authentiques au détriment du corps de l'enfant : l'attention du milieu médical, de son entourage, une apparence de cohésion familiale autour de l'enfant malade, qui constituent autant de récompenses qui viennent combler la faille narcissique (Wulfman, 2001).

Il est exceptionnel que la mère avoue être responsable des symptômes de son enfant, sauf parfois après le décès de celui-ci. L'enfant, même isolé du parent responsable, ne dénonce pas les falsifications quand il en a connaissance, car soumis, il obéit aux désirs de sa mère. Le diagnostic de syndrome de Münchausen est le plus souvent fait par le milieu médical devant l'association des éléments suivants :

- enfant présentant depuis longtemps les symptômes d'une maladie inexpliquée, répondant mal aux divers traitements proposés et avec une discordance entre les plaintes symptomatiques et les résultats médicaux ;
- symptômes annoncés par la mère, qui se produisent le plus souvent en sa présence ;
- mère très présente, apparaissant comme « exemplaire », plutôt complice avec le personnel soignant ;
- père peu étayant et peu présent.

Devant la suspicion de syndrome de Münchausen, pathologie de la relation mère-enfant-médecin, l'équipe soignante doit tenter d'être témoin des symptômes de l'enfant, soit directement, soit pas l'intermédiaire d'un enregistrement filmé (impossible en droit français sans avoir préalablement prévenu les parents). Le rôle du médecin est ensuite de protéger l'enfant, en le séparant du parent responsable, ceci passant par un signalement au procureur de la République.

Le diagnostic, complexe, est généralement tardif, venant mettre un terme aux sévices après plusieurs années d'évolution (2,7 ans en moyenne) (Gasman, 2002). La maladie factice est à l'origine de contraintes pour l'enfant qui la subit, comme par exemple l'absentéisme scolaire, l'interdiction d'exercer des activités sportives, un isolement

social progressif. Cette situation entraîne un repli sur soi et une relation quasi-exclusive à la mère. Le pronostic vital de l'enfant est parfois engagé (10 % de mortalité) (Dauver, 2003). Les traumatismes subis par l'enfant durant cette longue période auront des conséquences non négligeables sur son développement, surtout psychoaffectif, et son avenir : il peut conserver des plaintes somatiques, développer une réelle maladie, une invalidité physique ou un trouble psychiatrique (hypochondrie, troubles alimentaires, délire d'empoisonnement, syndrome de Münchausen) (Bocquet, 1997).

Le devenir des victimes du syndrome de Münchausen par procuration est préoccupant. La plupart des auteurs montrent qu'après traitement et prise en charge psychologique intensive, le maintien de l'enfant dans son milieu familial est de meilleur pronostic qu'une décision de placement. Le risque de récidive dans ce type de pathologie reste cependant élevé ; il est indispensable de protéger également la fratrie. Par ailleurs, l'évolution défavorable des troubles psychologiques résultant des sévices ne semble pas dépendre du mode de vie futur de l'enfant (Le Heuzey, 2010).

En résumé, le syndrome de Münchausen existe sous deux formes : simple (trouble factice auto-infligé) ou par procuration (trouble factice infligé à autrui, le plus souvent un enfant). Ce dernier, considéré comme une forme atypique de maltraitance à enfant, est souvent décrit dans la littérature. Classiquement, l'expression des symptômes est physique, mais nous avons vu qu'il existe également des syndromes de Münchausen à expression psychiatrique et que certaines formes de fausses allégations d'inceste peuvent se rapprocher de cette pathologie. Compte tenu de la rareté de ces troubles, les échanges autour des différents cas cliniques rencontrés permet de mieux individualiser la symptomatologie.

Les répercussions physiques et psychologiques sur les victimes du syndrome de Münchausen par procuration montrent l'intérêt d'une prise de conscience du personnel soignant sur l'existence de cette pathologie et la nécessité d'un repérage précoce. Une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire de l'enfant et de sa famille s'impose après le diagnostic, incluant médecins somaticiens, psychiatres, assistantes sociales et organismes sociaux et judiciaires de protection de l'enfance (Moussaoui, 2009).

Références

American, P. A. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington.

Asher, R. (1951). Münchausen's syndrome. *Lancet*, *1*, 339–341.

Auxéméry, Y. (2011). À propos d'un cas de syndrome de Münchausen par procuration à expression psychiatrique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *59*, 188–194.

Bocquet, N. B. P. (1997). Le syndrome de Münchausen par procuration. *Archives pédiatriques*, *4*, 770–778.

Dauver, S. D. J. (2003). Syndrome de Münchausen par procuration et fausses allégations d'abus sexuels dans un contexte de séparation parentale conflictuelle : vers un nouveau concept ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *51*, 433–438.

De Becker, E.A.-H.N. (2006). Les fausses allégations d'abus sexuels sur mineurs d'âge : entre Münchausen par procuration et al.iénation parentale. *L'évolution psychiatrique*, *71*, 471–483.

Fenelon, G. (1998). *Le syndrome de Münchhausen.* Paris : PUF.

Gasman, I. R. V. (2002). À propos du syndrome de Münchhausen, du Münchhausen par procuration et de ses descriptions cliniques. *Annales Médico-psychologiques*, *160*, 169–173.

LeHeuzey, M. (2010). Syndrome de Müchausen par procuration : l'avis du pédopsychiatre. *Archives de pédiatrie*, *17*(6), 642–643.

Lieder HS, I. S. (2005). Münchausen syndrome by proxy : a case report. *AACN Clinical Issues*, *16*(2), 178–184.

Limousin, F. A. J. (1999). Behcet's disease and factitious manic-depressive psychosis : a case of Munchausen syndrome. *La presse médicale*, *28*, 1460–1462.

Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy. *Lancet*, *II*, 343–5.

Moussaoui, A. F. N. (2009). Le syndrome de Münchausen par procuration. À propos d'un cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, *54*, 88–90.

Schreier, H. (2000). Factitious disorder by proxy in which the presenting problem is behavioral or psychiatric. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*, 985–988.

Thabuy, F. M. C. (2008). Pseudoleucémie par falsification d'examens biologiques : génèse d'un syndrome de Münchausen. *La revue de médecine interne*, *29*, 924–928.

Wulfman, R. (2001). Le syndrome de Münchausen par procuration : une étude psychiatrique et criminologique. *Médecine et droit*, *51*, 25–27.

Violence et homicide conjugal : la place des femmes dans l'homicide conjugal

Alexia Delbreil, Mélanie Voyer, Jean-Louis Senon

La violence conjugale et familiale a longtemps été présentée dans nos sociétés patriarcales comme un droit exercé et légitimé par les hommes sur leur famille. La femme en est la principale victime. L'homicide ne peut être totalement dissocié de la violence conjugale non mortelle, car le geste fatal est souvent l'apogée d'une violence exercée de façon régulière (Cusson, Marleau, 2006). Il existe une continuité entre le coup de poing donné par le mari à sa femme et le coup de feu qui lui enlève la vie (Cusson, Beaulieu, 2003).

Les politiques de prévention sont de plus en plus centrées en France sur la lutte contre les violences faites aux femmes. De nouvelles mesures de protection ont vu le jour ces dernières années et de nombreuses réflexions sont en cours afin d'améliorer le repérage des violences intrafamiliales. Nous concentrerons nos propos ici sur les violences conjugales dans une première partie, puis sur le profil des femmes auteurs et victimes d'homicide conjugal.

Violence conjugale

La violence conjugale comprend différentes situations, elle peut prendre différentes formes : agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, mais également les actes de domination sur le plan économique.

Elle regroupe tous les actes de violence au sein du couple, que la relation soit maritale, en concubinage, dans le cadre d'un pacs ou d'une simple relation amoureuse, mais se rencontre également très souvent après une séparation.

Elle se caractérise par une volonté de contrôle et de recherche de pouvoir de l'auteur sur la victime et se manifeste sous la forme d'une relation d'emprise, mise en place au travers d'attitudes, de comportements qui visent à dévaloriser, dominer, maîtriser l'autre.

Les études de prévalence de la violence conjugale, retrouvent qu'environ 20 % des agressions commises contre les personnes, le sont dans le cadre d'une relation conjugale (ministère de la Sécurité publique, 2006; ONDRP, 2012). En France, en 2011, 53 868 faits de violences non mortelles sur des femmes, au sein du couple ont été enregistrés par les forces de l'ordre, avec un coût global de ces violences estimé à environ 2,5 milliards d'euros (Étude Daphné, 2009).

Si les femmes sont plus souvent victimes de violence conjugale que les hommes, certaines études révèlent que celle-ci est également vécue par certains hommes. Néanmoins, la violence vécue par les femmes est souvent plus sévère que celle exercée contre les hommes (34 % femmes *vs* 10 % hommes), (ESG, 2009), avec des blessures physiques plus fréquentes et plus graves (42 % femmes *vs* 18 % hommes). De plus, dans cette étude canadienne, 33 % des femmes victimes avaient craint pour leur vie contre seulement 5 % des hommes. La violence exercée sur les hommes est plus souvent psychologique.

Les violences conjugales débutent fréquemment par des violences psychologiques (propos méprisants, insultes, reproches injustifiés, négligence…), avec une escalade progressive vers des violences plus sévères et plus fréquentes notamment lorsque la femme s'oppose.

Il peut alors se mettre en place un véritable « cycle de la violence » avec au départ un climat de tension et de peur qui va déboucher sur une crise avec acte de violence. L'auteur de l'acte violent va alors inverser les responsabilités en accusant la victime d'être responsable de l'acte violent « *C'est de ta faute, tu m'as poussé à bout* ». Puis, le conjoint violent peut exprimer des regrets, demande pardon, promet qu'il ne recommencera pas, ce qui peut entraîner chez la femme, un espoir dans un meilleur avenir et qui entretient un seuil élevé de tolérance à la violence, c'est la « lune de miel ».

Le cycle va alors se répéter avec une période de lune de miel de plus en plus courte qui finira par ne plus exister.

Les conséquences pour la victime de violence conjugale sont multiples, à la fois physique, psychologique et sociale.

Sur le plan physique différentes lésions peuvent être retrouvées (ecchymoses, hématomes, plaie franche ou contuse, brûlures, fractures…) fonction de l'intensité de la violence et de l'utilisation ou non d'objet. Ces lésions font souvent l'objet de passage dans les services d'urgences des centres hospitaliers, ce qui implique que les médecins soient suffisamment formés au dépistage des violences conjugales. En effet, les victimes de violence conjugales éprouvent souvent un sentiment de honte et de culpabilité vis-à-vis de la situation et ne veulent pas forcément expliquer les faits qui ont entraîné les lésions traumatiques. Lorsqu'il s'agit de violences sexuelles, les conséquences peuvent être à la fois aiguës et chroniques, avec des douleurs génitales persistantes et des dysfonctions sexuelles.

Sur le plan psychologique, les violences subies vont également avoir des conséquences importantes, avec des épisodes de dépression plus ou moins associés à des idées suicidaires, des états de stress posttraumatiques, des troubles anxieux avec attaque de panique, des conduites addictives avec abus d'alcool, de drogue et de médicament. Il s'agit d'une véritable attaque du narcissisme avec une perte totale de confiance en soi.

Sur le plan social, nous retrouvons généralement un isolement, avec diminution des interactions sociales et des arrêts de travail à répétition. La honte qui accable la victime de violence conjugale, est un sentiment entraînant un repli sur soi progressif. La vie quotidienne ne pourra reprendre son cours habituel qu'au prix d'un long travail axé sur la restauration de l'estime de soi.

Concernant les auteurs de violences conjugales, il n'existe pas de portrait type, du fait des variétés de violences possibles. Néanmoins quelques caractéristiques ressortent des études. Il s'agit d'un homme de jeune âge avec un niveau socio-économique faible, des modalités d'attachement de type insécure, des difficultés dans la gestion de la colère, de l'existence d'un trouble de la personnalité, de l'abus d'alcool et de drogue et de l'existence de difficultés dans le couple. Le fait d'avoir été soit même témoin de violence conjugale dans l'enfance et d'avoir été victime de maltraitance est un facteur favorisant chez les hommes l'émergence de violence au sein du couple.

L'homicide conjugal

L'homicide conjugal est un homicide intrafamilial commis sur un partenaire ou ex-partenaire de vie intime, avec ou sans lien officiel (mariage, concubinage, PACS ou simple relation amoureuse). L'expression de « crime passionnel » est fréquemment utilisée en France de manière un peu réductrice pour désigner l'homicide conjugal. Il existe également dans la littérature des termes plus spécifiques tels que « l'uxoricide » qui désigne l'homicide de la conjointe et « le maricide » qui désigne l'homicide du conjoint (Millaud, Marleau, 2008).

Ce type de passage à l'acte est peu à peu pris en compte par les programmes de prévention en France, mais reste considéré comme exceptionnel en regard de la violence conjugale. Il s'agit d'un geste criminel dont les femmes sont les principales victimes et qui ne peut être entièrement dissocié de la violence conjugale.

Des femmes sont également retrouvées parmi les auteurs d'homicide conjugal. Leur profil, difficile à mettre en évidence en raison de leur nombre restreint, a fait l'objet de récentes études.

Après une description générale de l'homicide conjugal, nous aborderons les caractéristiques propres aux femmes victimes et aux femmes auteurs, puis les principales pistes de prévention.

Épidémiologie

Les données statistiques concernant les homicides de manière générale sont similaires dans la plupart des pays industrialisés, avec un taux faible variant d'un à cinq cas pour 100 000 habitants par an (Dubreucq *et al.*, 2005).

En France, en 2011, *L'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple,* recense 146 personnes victimes d'homicide conjugal, ce qui représente 17,4 % des homicides commis sur le territoire national. Il s'agit du taux le plus faible depuis les six dernières années. Il ressort de cette étude qu'un homicide est commis tous les deux jours et demi au sein des couples, avec une majorité de victimes féminines (83,5 %). Les couples concernés étaient quasi exclusivement hétérosexuels. Ces chiffres sont probablement sous-estimés car cette étude ne comptabilise que les couples officiels (mariés, concubins ou PACSés). Pour la pre-

mière fois, l'étude intègre une comparaison avec des pays de l'Union européenne, montrant un taux pour 100 000 habitants en France relativement bas (Délégation, 2011).

Les données sont comparables au Canada, avec en 2009, un taux d'homicide conjugal représentant 16 % des homicides élucidés et près de la moitié des homicides intrafamiliaux (Statistique, 2011).

Qualification pénale

L'homicide conjugal est un crime que l'on retrouve sous plusieurs qualifications pénales :

- le meurtre : le fait de donner volontairement la mort à autrui est puni de 15 ans de réclusion criminelle (art. 221-1 du Code pénal). Cette qualification est la plus fréquente, elle est retrouvée dans 54,8 % des cas en 2011 (Délégation, 2011) ;
- l'assassinat : le meurtre avec préméditation est puni de la réclusion criminelle à perpétuité (art. 221-3 du Code pénal). Cette qualification n'est pas rare et concerne 40,4 % des cas en 2011 (Délégation, 2011) ;
- les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner : ce crime est puni de 15 ans de réclusion criminelle (art. 222-7 du Code pénal). Seuls 4,8 % des cas ont été jugés sous cette qualification en 2011 (Délégation, 2011) ;
- l'empoisonnement (art. 221-5 du Code pénal). Aucun cas d'empoisonnement n'est recensé en 2011 (Délégation, 2011).

L'absence de préméditation est une caractéristique importante de l'homicide conjugal.

Pour rappel, toute tentative de crime est jugée comme le crime lui-même et puni des mêmes peines.

Depuis 994, année de mise en place du nouveau Code pénal, le fait d'être le conjoint ou concubin de la victime est une circonstance aggravante qui s'applique à toutes les infractions citées ci-dessus. La loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple y ajoute les partenaires unis par un pacte civil de solidarité. Cette loi a également modifié l'article 132-80 du Code pénal, en ajoutant l'alinéa 2 qui étend les circonstances aggravantes aux « ex » conjoints, concubins ou pacsés, si l'infraction est commise « *en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime* ». Aucune notion de durée n'est précisée dans la définition d'« ex ». Ainsi, l'existence de cette circonstance aggravante alourdit automatiquement la peine encourue par l'auteur.

Profil du passage à l'acte homicidaire au sein du couple

Profil sociodémographique

L'homicide conjugal est un acte avant tout masculin. Au Canada, le taux d'homicide est plus élevé chez les personnes entre 15 et 24 ans, avec une décroissance à mesure que l'âge augmente (Statistique, 2011). En France, les statistiques de 2011 montrent, comme les années précédentes, qu'auteurs comme victimes sont d'âge moyen, entre 30 et 60 ans et qu'il existe dans 20 % des cas un écart d'âge important (plus de 10 ans) entre auteur et victime. Ils sont en majorité en couple au moment des faits, avec une proportion légèrement plus élevée de couples mariés. Seuls 17,8 % des couples étaient officiellement séparés au moment des faits (Délégation, 2011). Lorsqu'ils travaillent, auteurs et victimes appartiennent fréquemment aux mêmes catégories socioprofessionnelles, souvent les moins favorisées (employés, ouvriers). Cependant, plus de la moitié d'entre eux sont en inactivité (chômeurs, retraités, en invalidité). L'isolement, la précarité sociale et l'addiction à l'alcool sont par ailleurs des caractéristiques prépondérantes (Délégation, 2011 ; Delbreil, 2011).

Antécédents criminologiques et psychopathologiques

Plus de la moitié des auteurs présentent un passé criminel, des condamnations judiciaires antérieures. Celles-ci concernent en général des atteintes aux biens, aux personnes, des trafics de drogue et des conduites en état d'ivresse. Les antécédents de violence physique sur conjoint concernent 45 à 70 % des hommes auteurs selon les études. Contrairement aux autres types d'infractions, la littérature internationale fait état d'un risque de récidive rare dans l'homicide conjugal, voire exceptionnel (Belfrage, Rying, 2004 ; Delbreil, 2011).

La maladie mentale est peu représentée parmi les auteurs et les victimes d'homicide conjugal, même si spontanément cet acte est souvent mis en relation avec la « folie ». Il touche la sphère familiale, milieu habituellement perçu comme rassurant, étayant. Le geste criminel fait effraction dans la vie intime et anéantit la famille, ce qui le rend d'autant plus inexplicable aux yeux d'autrui. Toutefois, en 2008 au Québec, seulement 2,2 % des hommes et 11,8 % des femmes auteurs d'homicide conjugal ont été reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental (Léveillée, Lefebvre, 2008). En France, ils étaient 1 % en 2010 et il n'y en avait aucun en 2011 (Délégation, 2011). Lorsque la maladie mentale est présente, la dimension dépressive est majoritaire avec parfois des idéations suicidaires. La psychose est exceptionnelle dans ce type d'homicide intrafamilial, contrairement aux parricides par exemple (Farooque *et al.*, 2005). Il est en revanche beaucoup plus courant de rencontrer des troubles de la personnalité ou des traits de celle-ci, notamment narcissique, paranoïaque et *borderline*. De plus, quasiment tous les auteurs partagent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : immaturité affective, impulsivité, défaillances narcissiques, dépendance et carences affectives et/ou éducatives (Delbreil, 2011).

L'addiction à l'alcool touche près de la moitié des hommes auteurs et est une variable significativement liée à la violence conjugale physique. Son action désinhibitrice favorise les conflits, la violence et accroît la susceptibilité des individus, pouvant précipiter un passage à l'acte criminel. L'alcool est en revanche peu utilisé en aigu dans un objectif de facilitation du crime lorsque celui-ci est prémédité. Les substances stupéfiantes sont quant à elles davantage impliquées dans d'autres formes de délinquance comme le vol par exemple (Delbreil, 2011 ; Cusson, Boisvert, 1994).

Le crime, ses motivations et ses conséquences

À l'heure du passage à l'acte, le meurtrier est mobilisé par des sentiments puissants, obnubilé par le moment présent et animé d'une motivation liée aux différents facteurs déclencheurs. Il est alors incapable de prévoir les conséquences à long terme du crime qu'il est sur le point de commettre (Cusson *et al.*, 2003).

La principale motivation à l'origine de la majorité des homicides conjugaux est la possession de la compagne associée à la jalousie, bien souvent excessive, dans un contexte de séparation ou de désir d'indépendance de la victime. L'acte meurtrier est commis lorsque l'homme se rend à l'évidence que la séparation est irrémédiable, pour se venger de l'abandon ressenti, pour empêcher la femme d'être avec une autre personne. L'homicide est alors une réaction à la « dépossession », où l'amour laisse place à la haine. La compagne est assimilée à un objet qu'il désire être tout à lui (Délégation, 2011 ; Statistique, 2011 ; Delbreil, 2011).

La vengeance et la querelle sont les motivations suivantes, le plus souvent dans un contexte où la violence et la consommation d'alcool sont courantes (Cusson, Boisvert, 1994 ; Delbreil, 2011).

La légitime défense est peu fréquente, retrouvée dans seulement 3 % des cas au Canada (Cusson, Boisvert, 1994). D'autres raisons sont plus rares et constituent des cas particuliers, tels que l'accident, la suppression du conjoint gênant et l'euthanasie.

La séparation du couple (établie ou simplement suggérée) est donc l'élément déclencheur d'un passage à l'acte homicide le plus fréquemment rencontré. Elle concerne plus de la moitié des auteurs masculins (Delbreil, 2011). Les études montrent que la période qui précède ou suit une séparation est à haut risque de létalité, particulièrement les deux à trois premiers mois (Wilson, Daly, 1993 ; Delbreil, 2011). Pendant ces périodes critiques, une attention spécifique doit être portée aux menaces verbales de mort ou de suicide (Belfrage, Rying, 2004).

L'homicide conjugal se déroule surtout la nuit, au domicile conjugal ou de celui de la victime (Belfrage, Rying, 2004), la plupart du temps de manière impulsive. La complicité est rare et la préméditation peu fréquente. En ce qui concerne l'acte meurtrier, nous remarquons l'utilisation d'une violence excessive dans un grand nombre de cas, c'est-à-dire que l'auteur a donné plus de deux coups par arme blanche ou arme à feu, ou a porté de multiples coups à mains nues sur la victime (Dutton, Kerry, 1999). Les armes blanches ou les violences à mains nues sont les plus employées, viennent ensuite les armes à feu, les objets contondants et autres modes opératoires.

Parmi les armes blanches, quasiment les trois quarts sont des couteaux de cuisine. De même, parmi les armes à feu, les fusils de chasse représentent 71 % des cas. Il s'agit d'armes d'opportunités, que l'on retrouve fréquemment dans les foyers. La violence est majoritairement portée sur la partie supérieure du corps (Delbreil, 2011).

Dans la phase postcriminelle, 41,78 % des auteurs se sont suicidés en France en 2011 et 14,38 % ont tenté de le faire. Dans ce cas, les auteurs sont essentiellement masculins (Délégation, 2011). Les tentatives de suicide sont généralement mineures, sans réelle mise en danger de la personne. Après le crime, plus de la moitié des auteurs restent sur les lieux, cependant un nombre plus faible se dénonce spontanément. Le corps de la victime est d'ordinaire retrouvé en moins de 24 heures, les cas de disparition étant rares. Les auteurs sont en moyenne condamnés à des peines de 15 ans de réclusion criminelle. Ils posent peu de difficulté en détention (Delbreil, 2011).

Caractéristiques propres aux femmes victimes

Comme nous avons pu le voir précédemment, les femmes sont majoritairement victimes des homicides au sein du couple. Pour une femme, il existe un risque neuf fois plus élevé de mourir à son domicile, des mains de son conjoint que d'être tuée par un étranger (Wilson, Daly, 1993).

En général, les informations concernant les victimes sont peu nombreuses dans les dossiers judiciaires. L'enquête et le procès judiciaire sont essentiellement centrés sur l'auteur des faits et le geste criminel. La victime est bien sûr considérée, car elle est la raison même de l'accusation, mais on relate peu son histoire et sa place au sein du couple. Or, comme le faisait remarquer E. De Greeff, la femme victime « *n'est pas une femme quelconque, mais un être en rapport avec la personnalité de l'homme […], la nature des liens qui les attachent l'un à l'autre sera elle-même une expression de cette personnalité* » (De Greeff, 1942).

Les femmes victimes d'homicide conjugal sont en général plus jeunes que les auteurs. Comme eux, plus de la moitié d'entre elles n'ont pas d'activité professionnelle au moment des faits (sans emploi, retraitées ou mère au foyer), malgré un niveau scolaire légèrement supérieur. Cette situation semble être à l'origine d'un repli sur soi, d'un isolement avec des relations sociales pauvres (Délégation, 2011 ; Delbreil, 2011).

Campbell, aux États-Unis, montre que 64 % des femmes victimes avaient été physiquement violentées avant leur meurtre (Campbell, 2005). En revanche, R. Boisvert indique qu'à Montréal, 30 % des femmes tuées par leur conjoint avaient été victimes de violences antérieures (Boisvert, Cusson, 1999). *L'étude nationale des morts violentes au sein des couples* en France, montre en 2011, des statistiques similaires à celles de Montréal (Délégation, 2011). Une certaine prudence s'impose devant ces chiffres, car ils ne tiennent compte que des cas de violence antérieure ayant fait l'objet d'un signalement aux forces de l'ordre. Or, beaucoup de cas de violence domestique ne sont pas dénoncés par les victimes pour de multiples raisons (protéger le conjoint, peur de représailles, dépendance financière, dépendance affective…). L'étude menée sur la Cour d'appel de Poitiers en 2010 retrouve mention dans les dossiers judiciaires de violences conjugales antérieures pour 67,6 % des victimes, les violences physiques et psychologiques étant les plus représentées. Seules 16 % d'entre elles avaient auparavant déposé une plainte auprès des services de police ou de gendarmerie (Delbreil, 2011).

Cependant, les femmes ne sont pas toujours les victimes de la violence conjugale, elles en sont parfois les instigatrices, les auteurs. Neuf pour cent des femmes victimes en France, en 2011, étaient auteurs de faits de violence conjugale antérieurs. Le motif spécifique de passage à l'acte, dans ce cas, n'est pas mentionné (Délégation, 2011).

La remise en cause du lien conjugal par les femmes est le motif principal de passage à l'acte des hommes (Cusson, Boisvert, 1994). Que la séparation soit envisagée ou non par la compagne, le simple fait qu'elle s'éloigne de son conjoint est une situation intolérable pour lui, pour qui le maintien de ce lien est un enjeu vital. De manière générale, toute tentative d'indépendance de la part de la compagne ou de résistance à la domination, peut engendrer une réaction violente de l'homme, qui vit cette situation comme une « dépossession », une perte de maîtrise, une humiliation ou une perte d'estime de soi. La jalousie se majore envers la compagne, avec une interprétation

morbide des gestes et des propos. Au cours d'une querelle, la moindre contrariété ou frustration entre les deux partenaires, un détail ressenti comme une provocation, peuvent être l'amorce de la montée de violence jusqu'au meurtre (Coutanceau, 2006). Lorsque la femme réaffirme, devant l'insistance de son compagnon, son désir de séparation, le risque de passage à l'acte meurtrier augmente. Son but est d'éviter le départ de la victime, l'auteur étant poussé par un mélange de sentiments de colère, de vengeance, d'abandon, d'humiliation ou de solitude (Delbreil, 2011).

Caractéristiques propres aux femmes auteurs

M. Cusson met en évidence en 2003 au Québec que 15,5 % des homicides entre partenaires sont commis par des femmes. Ce pourcentage est supérieur à celui que l'on retrouve dans les autres types d'homicide, qui est de 10,6 % (Cusson, Beaulieu, Cusson, 2003). Le résultat est similaire en France en 2011, avec 16,4 % de femmes auteurs d'homicide conjugal. Leur nombre reste cependant faible, rendant difficile l'établissement d'un profil fiable. La moitié de ces femmes avaient été victimes de violences de la part de leur partenaire (Délégation, 2011). Aux États-Unis, des épisodes antérieurs de violence conjugale sont notés dans trois quarts des homicides conjugaux commis par des femmes. Pourtant, Campbell estime que moins de 1 % des femmes battues tuent leur partenaire (Campbell *et al.*, 2000 ; Frigon, Viau, 2000).

Les femmes auteurs sont plus souvent en concubinage au moment du passage à l'acte, alors que les hommes sont principalement mariés. En ce qui concerne leur mode opératoire, elles utilisent plus volontiers des armes blanches, souvent synonymes d'arme d'opportunité, alors que les hommes utilisent plus les armes à feu. La séparation est une variable qui n'est quasiment pas retrouvée pour expliquer les passages à l'acte des femmes. La dispute est le motif le plus fréquent, viennent ensuite les violences subies (Délégation, 2011). Selon R. Boisvert, « les hommes tuent parce qu'ils refusent que leur femme leur échappe, alors que les femmes tuent pour échapper à leur conjoint » (Boisvert, 1996). De nombreux gestes criminels seraient donc motivés par la légitime défense au terme d'un ultime conflit, ou par la vengeance chez une femme victime de coups répétés et craignant pour sa vie (Williams, 1995). La peur d'être tuée est l'un des symptômes du syndrome de la femme battue (SFB), état pathologique de dépendance et d'impuissance qui traduit un état de stress posttraumatique dû à la violence conjugale subie sur une longue période (Frigon, Viau, 2000). La dernière étude canadienne publiée sur le profil des femmes qui tuent leur conjoint va à l'encontre de cette théorie. Seule 28 % de leur population était auparavant victime de violences de la part de leur partenaire. Ces résultats remettent en cause l'idée que la femme tue par légitime défense. Dans la plupart des cas, aucun signe avant-coureur du crime n'a pu être démontré (Bourget, 2012).

À l'inverse, 30 % des hommes tués par leur femme en France en 2011 étaient victimes de violences conjugales, surtout physiques (Délégation, 2011). Cette situation est moins connue, la violence subie par les hommes étant plus rarement recherchée et évoquée publiquement. La honte explique probablement le peu de plainte de la part des hommes.

Situations à risque d'homicide conjugal et prévention

Il serait illusoire de penser pouvoir éviter tous les homicides conjugaux. Néanmoins, la connaissance des facteurs prédictifs de passage à l'acte et des circonstances les plus fréquemment rencontrées dans les études permet de cibler de façon plus juste les mesures de prévention. Il apparaît ainsi que les actions préventives doivent s'attacher en priorité aux situations de violence conjugale, quelle que soit leur forme, et aux situations de séparation conjugale.

Il ressort de la littérature internationale et des statistiques territoriales qu'il est indispensable d'être particulièrement attentif aux situations suivantes :

- la séparation du couple, d'autant plus si celle-ci est conflictuelle et non acceptée par le partenaire, notamment la période précédant la séparation puis au cours des trois premiers mois ;
- un mouvement d'indépendance de la compagne qui manifeste le besoin d'avoir une vie sociale ou professionnelle en dehors du foyer ;
- l'accroissement des conflits et de la violence au sein du couple (en fréquence et en gravité) ;

- la recherche de contrôle et de domination du partenaire, plus ou moins associée à une jalousie excessive.
- la consommation chronique d'alcool, rendant la personne plus irritable et susceptible ;
- la présence de difficultés financières ;
- la présence d'une arme à feu au domicile ;
- l'expression de menaces de mort ou d'idées d'homicide-suicide ;
- l'expression de menaces suicidaires ou la présence d'idéations suicidaires latentes ;
- les antécédents de tentative d'homicide.

Tous les professionnels amenés à rencontrer des victimes, des membres d'un couple en difficulté doivent pouvoir être formés au repérage de ces situations à risque létal. La prévention de l'homicide conjugal est pluridisciplinaire, les intervenants appartiennent à divers milieux professionnels :

- la santé : médecins, infirmiers, psychologues et toute autre profession paramédicale ;
- la justice : forces de l'ordre, magistrats, etc. ;
- le milieu social et éducatif : assistantes sociales, éducateurs, associations d'aide aux victimes, centres d'hébergement d'urgence, etc.

Comme pour la violence conjugale, une campagne d'information destinée au grand public pourrait également s'avérer bénéfique. Les passages à l'acte homicide sont parfois précédés de menaces verbales ou physiques. En étant informées des situations à risque exposées précédemment, les victimes potentielles pourraient alors adopter un comportement visant à se protéger d'un passage à l'acte, notamment dans un contexte de séparation. Ces mesures peuvent par exemple consister à :

- informer leur entourage proche d'un sentiment de peur, d'une situation préoccupante ;
- signaler aux autorités une situation de danger ou d'insécurité ;
- ne pas rester au domicile conjugal seule avec le conjoint ou quitter le domicile si le danger semble important ;
- retirer les armes à feu du domicile conjugal : les confier à des proches ou les faire saisir par les autorités ;
- lors de conflits, ne pas chercher à s'affirmer, à prendre le dessus ; ce type de comportement peut être interprété comme une injure, une humiliation ;
- s'abstenir de propos blessants, dévalorisants ou humiliants ;
- prévoir des rencontres avec l'ex-conjoint sur des temps brefs et dans des lieux publics ;
- éluder toute question concernant un nouveau mode de vie.

Conclusion

Les violences conjugales, dénoncées en justice, représentent un peu moins d'un quart de toutes les formes de violence. Cette prévalence est similaire chaque année à celle de l'homicide conjugal, ce qui fait de la violence faite aux femmes un phénomène criminel relativement fréquent, même s'il est difficilement compréhensible de porter atteinte à un proche. Les services des urgences, les unités médicojudiciaires reçoivent plusieurs fois par jour des femmes victimes au sein de leur couple, sachant qu'il ne s'agit que de la partie visible puisque nous savons que peu d'entre elles portent plainte.

Les violences et l'homicide au sein du couple sont principalement commis par des hommes dans un but identique : un désir de possession et de contrôle de la partenaire. La séparation du couple est l'une des circonstances majeures retrouvée lors des passages à l'acte, associée à une consommation d'alcool et la présence de conflits.

En ce qui concerne les femmes auteurs d'homicide conjugal, dont la moitié environ aurait été victime de violences antérieures, il est plus difficile de connaître les raisons de leur geste, qui semble toutefois avoir souvent lieu au cours d'un conflit ou être expliqué par les violences régulièrement subies.

La prévention de l'homicide passe bien sûr en partie par la prévention de la violence conjugale, mais pas seulement. Il est essentiel de tenir compte des facteurs de risque spécifiques de l'homicide conjugal et pour cela d'être sensibilisé au repérage des situations à risque létal. L'information du public et des différents professionnels est donc fondamentale dans le domaine des violences faites aux femmes, tout comme la poursuite de recherches approfondies.

Références

Belfrage, H., & Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators : a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *14*(2), 121–133.

Boisvert, R. (1996). Éléments d'explication sociale de l'uxoricide. *Criminologie*, *29*(2), 73–87.

Boisvert, R., & Cusson, M. (1999). Homicides et autres violences conjugales. In Dans J. Proulx, M. Cusson, & M. Ouimet (Eds.), *Les violences criminelles* (pp. 77–90). Les presses de l'université de Laval.

Bourget, D. G. P. (2012, Sept). Women who kill their mates. *Behavioral Sciences & the Law*, *30*(5), 598–614.

Campbell, J. (2005). Assessing dangerousness in domestic violence cases : history, challenges and opportunities. *Criminologie & Public Policy*, *4*(4), 653–673.

Campbell, J., Sharps, P., & Glass, N. (2000). Risk assessment for intimate partner homicide. In G. Dans, Pinard, & L. Pagani (Eds.), *Clinical assessment of dangerousness* (pp. 136–157). Cambridge University Press.

Coutanceau, R. (2006). *Amour et violence : le défi de l'intimité*. Odile Jacob.

Cusson, M., & Boisvert, R. (1994). L'homicide conjugal à Montréal, ses raison, ses conditions et son déroulement. *Criminologie*, *27*(2), 165–183.

Cusson, M., & Marleau, J. (2006). Les homicides familiaux : approche comparative et prévention. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique.*, *14*, 265–276.

Cusson, M., Beaulieu, N., & Cusson, F. (2003). Les homicides. In M. L. Dans, M. Blanc, D. Ouimet, Szabo (Eds.), *Traité de criminologie empirique* : Les presses de l'université de Montréal.

De Greeff, E. (1942). *Amour et crimes d'amour*. Dessart : Bruxelles.

Delbreil, A. (2011). Homicide conjugal : *Profil de l'auteur et facteurs prédictifs de passage à l'acte*. Thèse.

Délégation, a.v. (2011). *Étude nationale sur les morts au sein du couple*. Ministère de l'intérieur.

Dubreucq, J., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*, 852–865.

Dutton, D., & Kerry, G. (1999). Modus operandi and personnality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry*, *22*(3–4), 287–299.

Enquête sociale générale sur la victimisation. (2009). Statistique Canada.

Farooque, R., Stout, R., & Ernst, F. (2005). Heterosexual intimate partner homicide : review of ten years of clinical experience. *Journal of Forensic Sciences*, *50*(3), 641–648.

Frigon, S., & Viau, L. (2000). Les femmes condamnées pour homicide et l'examen de la légitime défense (Rapport Ratushny) : portée juridique et sociale. *Criminologie*, *33*(1), 97–119.

Léveillée, S., & Lefebvre, J. (2008). *Étude des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental*. Québec.

Martins Borges, L., & Léveillée, S. (2005). L'homicide conjugal commis au Québec : observations préliminaires des différences selon le sexe des agresseurs. *Pratiques Psychologiques*, *11*, 47–54.

Millaud, F., Marleau, J., Proulx, F., & Brault, J. (2008). Violence homicide intra-familiale. *Psychiatrie et violence*, *8*(1).

Ministère de la Sécurité publique. La criminalité commise dans un contexte conjugal au Québec, Statistiques 2005. (2006). Canada.

Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales. *Rapport annuel*, 2012.

Statistique, C. (2011). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*.

Williams, L. (1995). Failure to pursue indications of spousal abuse could lead to tragedy, physicians warned. *Canadian Medical Association Journal*, *152*(9), 1488–1491.

Wilson, M., & Daly, M. (1993). Spousal homicide Risk and Estrangement. *Violence and Victims*, *8*(1), 3–16.

Wilson, M., & Daly, M. (1993). Spousal homicide Risk ans Estrangement. *Violence and Victims*, *8*(1), 3–16.

Les homicides-suicides

Anne-Sophie Juan-Chocard

L'homicide-suicide (HS) est un événement rare et dramatique, qui suscite l'incompréhension. Il implique souvent des (ex-)conjoints ou des membres de la même famille. L'HS a des conséquences terribles pour les protagonistes directement impliqués, ainsi qu'un impact considérable sur les familles des victimes et l'entourage.

L'homicide-suicide peut être défini par tout homicide suivi du suicide de l'auteur des faits dans un délai bref. Pour correspondre à un HS, l'homicide et le suicide doivent être séparés d'un intervalle de temps assez court, allant au maximum de quelques heures à une semaine selon les études. Plusieurs terminologies renvoient à l'HS : « acte homicide-suicide », « meurtre-suicide », « suicide élargi », « suicide accompagné »…

L'HS est un phénomène différent de l'homicide non suivi de suicide ou du suicide seul. Acte à la fois hétéro- et autodestructeur, l'HS peut être considéré comme une unité psychopathologique différenciée (Chocard, 2005).

Généralités sur l'homicide-suicide

Remarques sur les études

La plupart des études sur l'HS proviennent des États-Unis et de la Grande-Bretagne, mais il existe aussi des travaux issus de divers pays (Canada, Australie, Finlande, Norvège, Japon, Chine, France, Pays-Bas, Italie, Afrique du Sud, etc.). Les premières études épidémiologiques sur l'HS étaient descriptives, concernaient souvent une ville ou une région et comportaient de petits échantillons. Plus récemment, quelques études ont été réalisées à l'échelle d'un pays entier (Bridges, 2011 ; Flynn, 2009 ; Liem, Nieuwbeerta, 2010). En ce qui concerne l'Europe, un projet met en commun les données de plusieurs pays (Allemagne, Pays-Bas, Finlande, Suisse, Espagne, Pologne, Royaume-Uni et Pays de Galles), afin de constituer une base de données à partir d'échantillons nationaux de cas d'HS sur une décennie entière, pour mieux appréhender le phénomène : « l'EHSS : *European Homicide-Suicide Study* » (http://ehss.mpicc.de) (Oberwittler, 2008).

Un phénomène complexe

Même si les auteurs classiques rattachaient exclusivement l'HS à la mélancolie et à des motivations « altruistes » pathologiques, les HS peuvent s'inscrire dans des registres cliniques variés : épisode dépressif majeur, mélancolie, trouble bipolaire, trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive, délire paranoïaque, schizophrénie, trouble de la personnalité… On retrouve fréquemment une dimension agressive, parfois cachée sous des motivations pseudoaltruistes rationnelles superficielles. Il existe différents types d'HS qui mettent en jeu des aspects psychopathologiques divers (Chocard, 2005).

Plusieurs facteurs sont souvent associés : un lien privilégié entre les protagonistes, une absence d'élaboration mentale et une importante agressivité chez l'auteur des faits, des circonstances particulières (séparation conflictuelle, pertes…). Des éléments contextuels s'ajoutent aux éléments dynamiques et contribuent au passage à l'acte homicide-suicide.

L'HS est un phénomène complexe qui est d'autant plus difficile à étudier que souvent tous les protagonistes décèdent. La réalisation d'autopsies psychologiques pourrait être utile pour mieux appréhender les motivations et la psychopathologie du meurtrier.

L'homicide-suicide comparé à l'homicide et au suicide

Plusieurs travaux ont comparé l'HS à l'homicide seul et/ou au suicide non précédé d'homicide. Si les HS, l'homicide et le suicide partagent certains facteurs de risque, ils possèdent aussi des caractéristiques propres.

Les études rapportent que les auteurs d'HS sont plus âgés que les auteurs d'homicides seuls, mais qu'ils sont globalement plus jeunes que ceux qui réalisent un suicide non précédé d'homicide (Liem, 2010 ; Liem *et al.*, 2011). L'abus de substances (alcool, drogues) semble moins fréquent chez les auteurs d'HS que chez les auteurs d'homicide seul (Eliason, 2009). On retrouve plus souvent de la colère ou de la violence, dans la période qui précède le passage à l'acte, chez les auteurs d'HS que chez les auteurs de suicide seul (Haines, 2010). En revanche, il n'y a pas de différence entre les auteurs d'HS et les auteurs de suicide concernant les antécédents de tentative de suicide (Haines, 2010). Par rapport aux autres types de violence létale, les HS impliquent plus fréquemment une victime de sexe féminin, des victimes multiples, se déroulent plus au domicile et sont souvent commis avec une arme à feu (Liem *et al.*, 2011).

Caractéristiques des homicides-suicides

Incidence

Les taux d'HS étaient considérés comme relativement stables, avec des taux compris entre 0,20 et 0,30 pour 100 000 habitants par an (Chocard *et al.*, 2005 ; Eliason, 2009). Pourtant ces dernières années, des variations géographiques sont retrouvées (Liem, 2010). Au Royaume-Uni et au Pays de Galles (Flynn, 2009) et aux Pays-Bas (Liem, 2010), les taux d'HS sont de 0,05 pour 100 000 habitants par an. Les taux d'HS sont plus élevés aux États-Unis, avec des taux de l'ordre de 0,23 pour 100 000 habitants par an (Bossarte *et al.*, 2006). L'HS est un événement rare.

L'auteur

Dans la majorité des cas, l'auteur de l'HS est un homme. De nombreuses études retrouvent des proportions de meurtriers de sexe masculin supérieures à 90 % (Bossarte *et al.*, 2006 ; Chocard *et al.*, 2005 ; Liem, 2010 ; 2011).

Les auteurs d'HS ont moins de facteurs de risque sociaux et passent plus facilement inaperçus que les autres meurtriers (Oberwittler, 2008). Ils appartiennent plus souvent à la classe moyenne et ont peu d'antécédents criminels. Le fait d'avoir un emploi ne constitue pas un facteur de protection (Eliason, 2009).

Plusieurs auteurs soulignent le rôle de la pathologie mentale chez le meurtrier (Bossarte *et al.*, 2006 ; Bourget 2010 ; Liem, 2010). Le trouble le plus fréquemment rapporté est la dépression (Bourget et al., 2010 ; Chocard, 2005 ; Eliason, 2009 ; Salari, 2007).

La (les) victime(s)

La plupart des victimes d'HS sont de sexe féminin (dans environ 75 % des cas selon les études) (Bridges, 2011 ; Chocard *et al.*, 2005). Les victimes adultes sont fréquemment des femmes qui sont les (ex-) conjointes du meurtrier (Bossarte *et al.*, 2006 ; Bourget 2010 ; Liem, 2010. Les enfants représentent une proportion non négligeable des victimes. Dans les HS, les hommes tuent généralement leur (ex-) femme ou leur (ex-) compagne et leurs enfants, alors que les femmes tuent plus souvent uniquement leurs enfants avant de se suicider.

Le lieu

Dans la majorité des HS entre conjoints ou au sein de la famille, l'homicide se produit au domicile de la (des) victime(s) et/ou de l'auteur des faits (Bossarte *et al.*, 2006 ; Bourget *et al.*, 2010 ; Liem, 2011).

Les moyens employés

L'ensemble des études américaines et la majorité des études européennes rapportent que l'arme à feu est le moyen le plus utilisé pour l'homicide (Bridges, Lester, 2011 ; Chocard *et al.*, 2005 ; Eliason, 2009). L'arme à feu est aussi la méthode la plus employée pour le suicide du meurtrier.

Les différents types d'homicides-suicides

Les HS regroupent des situations hétérogènes. Il est important de différencier les HS impliquant des conjoints ou des membres de la famille et les HS extrafamiliaux. Dans certains HS, une agressivité envers la victime est très présente, alors que dans d'autres des motivations « pseudo-altruistes » sont mises en avant. Parfois la dynamique suicidaire prédomine, alors que dans d'autres situations l'homicide semble constituer l'objectif principal et le suicide survient pour échapper aux conséquences de ses actes.

Plusieurs systèmes de classifications des HS ont été proposés. Certaines classifications sont basées sur les relations entre le meurtrier et sa (ses) victime(s) (Marzuk, 1992).

Les homicides-suicides entre conjoints

En Europe et aux États-Unis, l'HS le plus fréquent est commis par un homme qui tue sa (son ex-) compagne avant de se donner la mort.

Sous-type « possessif »

C'est le passage à l'acte le plus fréquent. Typiquement, l'homme tue sa (son ex-) conjointe dans un contexte de rupture sentimentale, avec une arme à feu. Il existe une dépendance excessive

et une grande possessivité dans la relation. Une jalousie exacerbée est fréquente chez le meurtrier. Le facteur déclenchant est la menace de séparation, avec la crainte de perdre sa partenaire. La prise de distance dans la relation est vécue comme intolérable par le meurtrier. La composante agressive est marquée. Des antécédents de violence domestique sont parfois rapportés.

Sous-type « conjoint âgé et souffrant »

Ce sous-type d'HS concerne des couples âgés, souvent mariés, qui vivaient ensemble. Des thèmes de déclin de la santé, de douleur et de souffrance sont retrouvés. Dans certains cas, les deux protagonistes ont une pathologie somatique, parfois seul un des deux présente des problèmes de santé avec une perte d'autonomie. L'auteur des faits est souvent le mari qui prenait soin de son épouse atteinte d'une pathologie somatique chronique. Le passage à l'acte survient dans un contexte d'aggravation de la pathologie avec la crainte de la part du conjoint le plus autonome de ne plus pouvoir faire face. Des difficultés financières et des modifications de l'état de santé (aggravation des troubles chez l'épouse malade et/ou problèmes de santé chez le mari) constituent des facteurs favorisants du passage à l'acte. Une dynamique suicidaire semble fréquente. De nombreux auteurs présentaient un trouble dépressif au moment des faits, même si peu bénéficiaient de soins psychiatriques (Bourget, 2010). L'HS se déroule au domicile et la victime est souvent retrouvée dans la chambre (Salari, 2007). Des pactes suicidaires entre les époux peuvent exister, mais sont assez rares.

Les filicides-suicides

Le meurtre d'un enfant suivi du suicide du meurtrier est le second type le plus fréquent d'HS (Liem, 2010). Les pères comme les mères peuvent être impliqués. Le trouble le plus fréquemment retrouvé chez l'auteur des faits est la dépression, avec ou sans éléments psychotiques. Une motivation pseudo-altruiste est souvent rapportée (éviter aux enfants un sort pire que la mort). Le parent considère ses enfants comme un prolongement de lui-même et le filicide-suicide correspond alors à un suicide élargi. Dans d'autres situations, les enfants sont tués par vengeance, dans le but de faire souffrir l'ex-partenaire.

Les homicides-suicides familiaux (impliquant la famille entière)

Ce type d'HS est plus rare que les précédents et est exclusivement perpétré par un homme. Le père de famille tue chaque membre de la famille, parfois même les animaux domestiques, avant de se suicider. Les meurtres et le suicide sont souvent réalisés avec une arme à feu appartenant au meurtrier et qui était présente au domicile depuis un certain temps (Liem, 2010). Le rôle de la dépression est marqué.

Les homicides-suicides impliquant d'autres membres de la famille

Les HS ayant pour victimes les parents ou les frères et sœurs du meurtrier sont très rares.

Les homicides-suicides extrafamiliaux

Ils s'inscrivent dans des registres psychopathologiques différents. Contrairement à l'image véhiculée par les médias, les HS extrafamiliaux les plus fréquents ne surviennent pas dans un contexte de meurtre de masse, mais impliquent des amis ou des connaissances. Les HS impliquant des étrangers sont rares et ne surviendraient que dans moins de 5 % des cas (Bossarte, 2006).

Un des sous-types d'HS extrafamiliaux a pour auteur une personne mécontente (ex-employé, patient…), qui considère qu'une personne ou une institution a commis une injustice envers elle (injustice réelle ou d'ordre délirant). Par exemple, un employé qui s'est fait licencier et qui est plein de rancune et de ressentiment envers son employeur qu'il tient pour responsable de sa situation. Il peut présenter des éléments dépressifs, des traits de personnalité paranoïaque et parfois des éléments psychotiques. Il se rend sur son ancien lieu de travail et fait feu sur les personnes qu'il considère comme responsables de ses problèmes, avant de retourner son arme contre lui.

Un autre sous-type concerne les meurtres de masse commis par des adultes ou par de grands adolescents en milieu scolaire et suivis du suicide du meurtrier. Le moyen employé est l'arme à feu

(souvent tout un arsenal). Ces HS surviennent en pleine journée, dans un lieu public et sont très préparés. Les fantasmes de vengeance sont importants chez les tueurs de masse (Knoll, 2010). La dépression est fréquente et des éléments psychotiques peuvent parfois être présents.

Réflexions sur la prévention

Les HS sont des événements rares qu'il est extrêmement difficile de prévenir. Les études sur l'HS mettent toutefois en évidence des facteurs de risque, qui doivent être connus des professionnels de santé, des travailleurs sociaux et des forces de l'ordre :

- le type de relation entre l'auteur et la (les) victime(s). Dans les cas d'HS entre conjoints par exemple, on peut retrouver une grande dépendance et une possessivité dans la relation, avec le besoin pour l'auteur de contrôler la relation ;
- des éléments dépressifs chez l'auteur ;
- des antécédents de violences conjugales ;
- un contexte de séparation, des conflits conjugaux, des problèmes de santé, des difficultés matérielles…
- l'accès à une arme à feu ;

Si chaque passage à l'acte homicide-suicide est singulier, les HS ne se produisent pas dans n'importe quel contexte. Il convient de repérer certaines situations, qui devraient alerter les professionnels. Il est important de ne pas sous-estimer le risque de violence hétéroagressive et de passage à l'acte homicide chez une personne ayant des troubles dépressifs. Il faut être vigilant en cas d'idées suicidaires et ne pas banaliser des menaces d'homicide ou de suicide élargi, en particulier chez un homme d'âge moyen déprimé, en instance de séparation et qui a une arme à feu. Il faut être attentif devant un homme âgé déprimé, suicidaire, chez qui l'on vient de découvrir un problème de santé et qui prend soin de son épouse malade.

Des mesures préventives générales ont été proposées :

- amélioration des mesures de protection des victimes de violences conjugales et de prise en charge du conjoint violent ;
- renforcement de la législation concernant les armes à feu (Chocard *et al.*, 2005 ; Liem *et al.*, 2011).

Références

Bossarte, R. M., Simon, T. R., & Barker, L. (2006). Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *Injury Prevention*, *12*(2), ii33–ii38.

Bourget, D., Gagné, P., & Whitehurst, L. (2010). Domestic homicide and homicide-suicide : the older offender. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *38*(3), 305–311.

Bridges, F. S., & Lester, D. (2011). Homicide-suicide in the United States, 1968–1975. *Forensic Science International*, *206*(1–3), 185–189.

Chocard, A. S. (2005). Approche psychopathologique du passage à l'acte homicide-suicide. *Imaginaire et inconscient*, *16*, 183–198.

Chocard, A. S., Juan, F., Duverger, P., et al. (2005). L'acte homicide-suicide : approche épidémiologique, prise en charge des survivants, prévention. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, *9*(88), 21–25.

Eliason, S. (2009). Murder-suicide : a review of the recent literature. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *37*(3), 371–376.

Flynn, S., Swinson, N., While, D., et al. (2009). Homicide followed by suicide : a cross-sectional study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *20*(2), 306–321.

Haines, J., Williams, C. L., & Lester, D. (2010). Murder-suicide : a reaction to interpersonal crises. *Forensic Science International*, *202*, 93–96.

Knoll, J. L. (2010). The "pseudocommando" mass murderer : Part I, The psychology of revenge and obliteration. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *38*(1), 87–94.

Liem, M. (2010). Homicide followed by suicide : a review. *Aggression and Violent Behavior*, *15*, 153–161.

Liem, M., & Nieuwbeerta, P. (2010). Homicide followed by suicide : a comparison with homicide and suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *40*(2), 133–145.

Liem, M., Barber, C., Markwalder, N., et al. (2011). Homicide-suicide and other violent deaths : an international comparison. *Forensic Science International*, *207*, 70–76.

Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Hirsch, C. S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *JAMA*, *267*(23), 3179–3183.

Oberwittler, D. (2008). The European Homicide-Suicide Study (EHSS) : a new collaborative research effort. *Criminologist*, *33*(3), 21–22.

Salari, S. (2007). Patterns of intimate partner homicide suicide in later life : strategies for prevention. *Clinical Interventions in Aging*, *2*(3), 441–452.

Violence homicide intrafamiliale

Suzanne Léveillée, Nathalie Auclair, Vicky Lafleur, Frédéric Millaud

Le taux d'homicide est relativement faible dans la majorité des pays industrialisés : cinq cas pour 100 000 habitants par année (Fedorowycz, 2001). Au Canada, au cours des dernières années, les homicides commis au sein de la famille représentent une proportion stable de l'ensemble des homicides résolus. En 2003, il y a eu 139 homicides intrafamiliaux, ce qui représente 34 % des homicides résolus. Parmi ceux-ci, les plus fréquents sont l'uxoricide (53 %), le filicide (20 %) et le parricide (9 %) (Dauvergne 2004, 2005). De plus, des auteurs (Leveillée, Lefebvre, 2008) ont répertorié dans les dossiers du bureau du Coroner en Chef à Québec entre 1997 et 2007 l'ensemble des cas commis sur le territoire de la province de Québec : 268 cas d'homicides intrafamiliaux dont 156 homicides conjugaux (60 %), 68 filicides (26 %) et 33 parricides (14 %). Il s'agissait d'hommes dans 90 % des homicides conjugaux, 60 % des filicides et 91 % des parricides. Ainsi, neuf parricides sur dix seraient commis par des hommes et la plupart des auteurs mentionnent qu'il s'agit d'un crime masculin. De ces homicides, 5 % à 20 % sont commis par des personnes atteintes d'un trouble mental grave. Les victimes sont alors principalement (entre 50 et 70 %) les membres de l'entourage familial.

Les homicides intrafamiliaux sont identifiés dans la littérature scientifique par des termes différents selon le type d'homicide commis. Ainsi, l'uxoricide signifie l'homicide de la conjointe ou de l'ex-conjointe (Leveillée, Lefebvre, 2010, 2009). Le maricide qualifie spécifiquement l'homicide conjugal commis par une femme (Frigon, 2003). L'infanticide est l'homicide d'un enfant, le plus souvent celui d'un jeune enfant commis par l'un des parents. Resnick, en 1969, introduit le terme de *filicide* pour parler du meurtre d'un enfant de plus de 24 heures et le distingue du néonaticide qui désigne celui d'un enfant de moins de 24 heures. Le familicide est l'homicide de l'ensemble de la famille (Leveillée, Lefebvre, 2010). Désignant à la fois son auteur et son acte, le parricide consiste en l'homicide du père ou de la mère ou de tout autre ascendant légitime. Le terme d'avitolicide a été proposé pour qualifier l'homicide d'un ou des grands-parents. Enfin, le fratricide désigne l'homicide du frère et le sororicide celui de la sœur (Millaud *et al.*, 2010).

Les homicides conjugaux et ceux d'enfants étant traités par ailleurs, nous nous centrerons dans le présent chapitre sur le parricide. De tous les crimes intrafamiliaux, le parricide est celui où l'on trouve le plus d'individus souffrant de troubles mentaux graves (Millaud, Dubreucq, 2009). Nous préciserons l'ampleur du phénomène, et aborderons ensuite brièvement le parricide commis par les adolescents et par les individus ne présentant pas de trouble mental grave. Enfin, nous traiterons spécifiquement du parricide psychotique ainsi que du traitement proposé pour ces personnes.

Les parricides

Les parricides représentent entre 2 et 4 % des homicides résolus en Amérique du Nord et la majorité des études indique qu'environ la moitié des individus présentent un trouble mental grave et ont été reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble mental (NCRTM). Les doubles parricides constituent environ 10 % de l'ensemble des parricides (Bénézech, 1992 ; Leveillée, Lefebvre, 2008 ; Zagury *et al.*, 2009). Par ailleurs la majorité des parricides est commise par des adultes et on doit souligner la différence marquée des présentations cliniques entre adultes et adolescents.

Les adolescents parricides

Bien que peu d'études portent sur ce phénomène, quelques particularités se dégagent du tableau clinique (psychopathologie) présenté par ces adolescents (Auclair *et al.*, 2006). En comparaison aux adultes, les adolescents présentent rarement un trouble psychotique et ils décrivent une relation conflictuelle avec le père, qui est la victime huit fois sur dix. De plus, ces adolescents ont souvent été victimes de violence de la part du parent,

parfois sexuelle et ont été témoin de violence conjugale ou sur la fratrie. Le passage à l'acte s'avère fréquemment associé à la vengeance et à la libération de la famille d'un parent tyrannique (dans la majorité des cas le père). La motivation peut être également de nature économique chez des adolescents qui présentent des traits ou un trouble de la personnalité antisociale. La consommation de drogues est fréquente chez ces jeunes. Malgré ces constats, 30 à 40 % des adolescents parricides souffrent d'une pathologie psychotique ou d'un état prépsychotique au moment de la commission du délit (Weisman et Sharma, 1997).

Les parricides non psychotiques

La plupart des études sur ce sujet ont été effectuées à partir d'échantillons de parricides psychotiques, ce qui introduit un biais dans la compréhension de la dynamique de ces individus. Certains auteurs soulignent l'importance de mieux comprendre l'ensemble des parricides en incluant les individus qui ne présentent pas de trouble mental grave.

Dans une étude récente (Leveillée, Lefebvre, 2008) portant sur une cohorte de 30 hommes incarcérés ayant commis un parricide sur le territoire de la province de Québec entre 1997 et 2007, il ressort que leur crime a majoritairement été commis dans un contexte de conflit, rupture ou de stress majeur. Ces individus sont décrits comme fragiles au plan de la personnalité sans présenter un diagnostic de schizophrénie. Ils présentent des traits ou un trouble de la personnalité ou un problème de consommation de drogue ou d'alcool.

Les parricides psychotiques

Les parricides psychotiques masculins sont majoritaires. Ils ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'études et représentent donc la population la mieux connue. Cependant les quelques études portant sur les femmes ayant commis ce type de délit montrent qu'elles vivent un isolement extrême, une relation conflictuelle avec leur entourage et présentent dans la majorité des cas un désordre psychiatrique (Heide, Autumn, 2010).

Au niveau sociodémographique, l'âge moyen des parricides psychotiques masculins se situe entre 24 et 32 ans (Leveillée, Lefebvre, 2008 ; Léveillée *et al.*, 2008 ; Marleau *et al.*, 2003). La mère est la victime dans une proportion égale, voire même légèrement supérieure à celle des pères. La majorité des individus étaient célibataires et sans emploi au moment du délit et vivaient avec le parent victime (Marleau *et al.*, 2003). Pour la plupart, cette cohabitation était liée à une perte d'autonomie et à la désinsertion sociale, celles-ci en lien avec les conséquences de la maladie psychotique (Millaud *et al.*, 1996).

Le moteur ou la motivation du passage à l'acte parricide commis par des personnes souffrant de trouble mental grave s'avère la perturbation de leur état mental (Millaud *et al.*, 2010). Dans une étude réalisée auprès de 42 parricides psychotiques, les motivations principales répertoriées par Le Bihan et Benezech (2004) sont la persécution délirante (71,4 %), un sentiment de menace pour sa vie psychique (47,6 %) ou physique (45,2 %) et finalement, la colère réactionnelle suite à une dispute (11,9 %).

Le diagnostic de schizophrénie et les autres troubles psychotiques, notamment le trouble délirant sont les plus fréquemment rapportés dans les études. Le pourcentage varie toutefois d'une étude à l'autre passant de 35 % à 100 %. La schizophrénie paranoïde serait la maladie la plus souvent relevée, soit dans plus de 56 % des cas (Baxter *et al.*, 2001 ; Bénézech, 1992). À partir d'un échantillon de 39 parricides psychotiques, des auteurs (Marleau *et al.*, 2003) mentionnent que tous les patients présentaient des idées délirantes ou des hallucinations au moment du passage à l'acte. Plus particulièrement, les idées délirantes de persécution ont été relevées chez 51 % des individus, les idées délirantes de grandeur avec thèmes religieux observées dans 23 % des cas, les idées délirantes dépressives altruistes notées dans 13 % des cas et finalement, les idées délirantes de contrôle constatées dans 3 % des cas. Le trouble de l'humeur (trouble dépressif majeur, trouble de dysthymie, bipolaire) serait présent entre 8 % et 16 %. La présence d'un trouble de la personnalité est très peu répertoriée dans les études. Les pourcentages varient entre 10 % et 30 % (Le Bihan, Bénézech, 2004 ; Léveillée *et al.*, 2008 ; 2010) ; les troubles ou traits de personnalité les plus fréquents sont : schizoïdes, antisociaux et narcissiques (Marleau *et al.*, 2003).

Un fonctionnement intellectuel se situant dans la moyenne est observé chez plus de 70 % de ces

individus et un faible pourcentage d'individus, moins de 15 %, présenteraient un fonctionnement intellectuel limite ou inférieur à la moyenne (Farooque *et al.*, 2004; Frigon, 2003; Heide, Autumn, 2010; Hillbrand, Young , 2004; Le Bihan, Bénézech, 2004).

Le pourcentage d'histoire d'abus d'alcool ou de drogues se situe entre 3 % et 70 % selon les études consultées. Des auteurs indiquent que plus de 50 % de leur échantillon de parricides présentaient des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues dans les 6 mois précédant l'agression (Marleau *et al.*, 2003).

Des antécédents de comportements violents à l'endroit de la victime sont souvent présents. Les menaces de mort contre le ou les parents sont fréquentes. Des auteurs (Baxter *et al.*, 2001) soulignent que 40 % de ces individus avaient commis une tentative de meurtre contre le parent avant le drame, tandis que d'autres (Marleau *et al.*, 2003) relèvent la présence de menaces de mort contre la victime ou un autre membre de la famille dans 51 % des cas et ce, dans les semaines précédant l'homicide. Ces comportements n'ont que rarement fait l'objet de plainte par les membres de la famille mais certains ont tenté, sans succès, d'obtenir l'aide de la police ou des services psychiatriques (Auclair, Millaud, 2011).

Bien que certains dysfonctionnements familiaux soient fréquemment observés, ils ne suffisent pas à expliquer le geste fatal et on ne peut pas établir un lien de causalité. Les conflits dans ces familles sont souvent liés à l'identification et l'acceptation de la maladie mentale. Ainsi, lors du passage à l'acte, l'individu présente presque toujours un déni de sa pathologie psychotique et de sa dangerosité. Par ailleurs, même si les parents identifient la présence de problèmes psychiatriques chez leur enfant ils ne perçoivent parfois pas la gravité du risque. Pour ceux qui ont cherché, sans succès, à faire hospitaliser leur fils, ils vivent une augmentation des tensions et des conflits avec lui lorsqu'il est de retour au domicile.

Dans certains cas, l'acharnement sur la victime est observé (Millaud *et al.*, 2010). Cette notion d'acharnement sur la victime (*overkill*) est fréquemment évoquée dans la littérature, sans pour autant que les auteurs en aient une définition ni une explication commune.

Sur un plan psychodynamique, Zagury mentionne un passage à l'acte se produisant dans un contexte paroxystique dont la soudaineté est notable et la brutalité particulièrement intense (Zagury *et al.*, 2009). Il indique que le passage à l'acte vise symboliquement à tuer une partie des origines du sujet et serait sous-tendu par un fantasme ou un délire d'autoengendrement.

Le traitement des parricides psychotiques

La prise en charge et le traitement des parricides sont des sujets très peu abordés dans la littérature scientifique et lorsqu'il en est question, les études de cas sont privilégiées; les auteurs soulignent la détresse psychologique de ces individus et la nécessité de leur offrir rapidement des soins en santé mentale pour faciliter entre autres le processus de deuil et les aider à vivre avec les conséquences de leur geste. Nous avons publié récemment une étude portant sur le traitement de parricides psychotiques reconnus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux dont nous reprendrons seulement quelques grandes lignes (Auclair, Millaud, 2011).

Le parricide provoque des réactions traumatiques intenses chez les patients et leurs familles. Les manifestations et la durée peuvent varier selon différents facteurs individuels, relationnels et contextuels. Lorsque quelqu'un a été témoin du geste homicide, le traumatisme est souvent plus sévère. Le niveau de violence utilisée lors de l'agression peut également avoir un impact sur les réactions post-délictuelles. Plusieurs membres des familles rapportent des symptômes associés au syndrome posttraumatique et nécessitent d'être dirigés vers des ressources spécialisées (psychiatrie, psychologie, victimologie). Des émotions très intenses de peur (terreur), de colère, de révolte, de tristesse et d'incompréhension dominent le tableau. Il serait inapproprié, voire même préjudiciable, d'évaluer le fonctionnement du système familial ainsi que le niveau de collaboration des membres de la famille à cette étape sans tenir compte des circonstances extraordinaires de cette période de crise.

Chez le patient, des réactions traumatiques sont également présentes mais souvent différées en lien avec la présence de symptômes psychotiques ou

de mécanismes de défense primaires puissants. Des idées suicidaires peuvent apparaître chez lui lorsqu'il a pleine conscience du geste homicide. Le patient traverse initialement une phase de déni qui peut varier quant à son degré ou à sa durée. On assiste souvent à un déni total de la réalité du geste homicide. Ce déni total est plus fréquent lorsque les symptômes délirants associés au passage à l'acte sont encore actifs. Majoritairement, le déni touche les conséquences de l'acte pour lui et ses proches. Le parricide implique des deuils multiples pour le patient (deuil de sa victime, de son image, des relations avec son entourage qui seront forcément modifiées, etc.) et pour sa famille. Il s'agit de deuils compliqués pour lesquels l'acceptation n'est jamais totale. Un parricide occasionne toujours des modifications majeures des relations familiales, dont de nombreuses ruptures de contact. Les positions relationnelles divergent très souvent d'un membre de la famille à un autre en fonction de leur vécu respectif, de l'histoire relationnelle avec le patient ou du traumatisme subi. La majorité des parents survivants gardent un contact avec leur fils mais le lien est toujours modifié, autant au niveau de la fréquence que du type de contact. Nous observons que dans les cas où il y a eu coupure totale des liens, le parent a été témoin de l'agression ou la victime a été tuée de façon extrêmement violente (*overkill*). La mère est généralement plus présente et offre un plus grand support. Une majorité des membres de la fratrie coupent les liens avec leur frère parricide. Certains maintiennent quelques contacts sporadiques et seulement une minorité reste en contact fréquent. De son côté, le patient sera presque toujours ouvert à revoir ses proches et à respecter leurs rythme et conditions. L'ampleur de cet événement traumatique implique obligatoirement pour tous les acteurs de repenser les relations intrafamiliales en fonction des séquelles de chacun. Ainsi, le réaménagement relationnel familial est central dans la prise en charge des patients psychotiques ayant commis un parricide.

L'établissement et le maintien de l'alliance entre le patient et l'équipe traitante est bien sûr au cœur des enjeux thérapeutiques. L'hospitalisation après le jugement dure au minimum 2 ans avant de pouvoir débuter un processus de réinsertion sociale. La durée de l'hospitalisation est bien sûr très variable et dépend de la réponse aux traitements, du niveau de dangerosité et des décisions du tribunal administratif responsable du mandat judiciaire. L'amorce de la réinsertion sociale (des sorties seul de l'hôpital et la participation à des activités thérapeutiques structurées dans la communauté) marque pour le patient un moment d'espoir et de changement mais correspond aussi à une autre dure épreuve de réalité. Elle implique un soutien, un accompagnement afin de maintenir chez le patient l'espoir d'une vie meilleure, tout en tenant compte de ses capacités réelles. L'implication d'un intervenant ressource pour la famille et le patient est nécessaire à long terme. La réitération homicide des patients psychotiques parricides est extrêmement rare tout comme le suicide. Les patients collaborent généralement bien au suivi clinique par crainte d'une éventuelle récidive. Cependant, l'expérience clinique montre que la réinsertion sociale de ces individus est très difficile et que les relations familiales, sociales et affectives sont toujours teintées par le geste délictuel. Le traitement externe doit se poursuivre à long terme afin de valider la solidité des acquis du patient, sa capacité de demander de l'aide ou tout au moins de collaborer à des changements thérapeutiques ou à une mesure d'hospitalisation. L'évolution de sa dangerosité doit demeurer au cœur des préoccupations cliniques et le maintien d'un cadre légal sur une longue période est souvent un facteur de protection appréciable.

Conclusion

Des homicides intrafamiliaux, le parricide est celui qui est le plus fréquemment commis par des individus porteurs d'une maladie mentale sévère. La majorité des patients parricides étaient suivis en psychiatrie avant le délit mais n'étaient pas observants aux traitements. Le geste homicide crée une situation de crise aiguë traumatique pour eux et leur famille. Il transforme radicalement la vie de tous; ils doivent tous apprendre à vivre avec le drame et les ruptures relationnelles familiales que cela engendre obligatoirement. La grande majorité des parricides collabore aux traitements psychiatriques par la suite et établit des liens de confiance avec les équipes traitantes. Tous les processus de deuils complexifiés par les éléments de stress posttraumatiques nécessitent

un accompagnement qui s'étend sur de nombreuses années. La poursuite des études cliniques sur de plus grands échantillons de parricides ainsi qu'une meilleure connaissance des parricides non psychotiques s'avère certainement utile dans une perspective clinique préventive.

Références

Auclair, N., & Millaud, F. (2011). La famille après un parricide psychotique – crise, rupture et réorganisation. In S. Léveillée, & J. Lefebvre (Eds.), *Le passage à l'acte dans la famille. Perspective psychologique et sociale* (pp. 123–139). Presses de l'université du Québec.

Auclair, N., Marleau, J. D., Millaud, F., & Toutant, C. (2006). Adolescents parricides : une comparaison avec des adolescents homicides. *L'évolution psychiatrique*, *71*, 259–267 (2006).

Baxter, H., Duggan, C., Larkin, E., Cirdess, C., & Page, K. (2001). Mentally disordered parricide and stranger killers admitted to high-security care. 1 : A descriptive comparison. *The Journal of Forensic Psychiatry*, *12*, 287–299.

Bénézech, M. (1992). De quoi souffrent les parricides ? *Perspectives psychiatriques*, *31*, 207–212.

Dauvergne, M. (2005). L'homicide au Canada, 2004. *Juristat*, *25*, 1–27.

Dauvergne, M. (2004). L'homicide au Canada, 2003. *Juristat*, *23*, 1–18.

Dubreucq, J., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*, 852–865.

Farooque, R. S., Stout, R. G., & Ernst, F. A. (2004). Homicide at home : Parental murder, child murder, intimate partner murder- A comparative study of ultimate violence in the family. *American Journal of Forensic Psychiatry*, *25*(2), 5–24.

Frigon, S. (2003). *L'homicide conjugal au féminin. D'hier à aujourd'hui* (157p). Montréal : éditions du remue-ménage.

Fedorowycz, O. (2001). L'homicide au Canada – 2000 [Homicide in Canada - 2000]. *Juristat*, *21*, 1–19.

Heide, K. M., & Autumn, F. (2010). Matricide : A Critique of the Literature. *Trauma, Violence & Abuse*, *11*(3), 3–17.

Hillbrand, M., & Young, J. L. (2004). Group psychotherapy for parricides : The Genesis group. *Forensic Psychiatrie und Psychotherapie*, *11*, 89–97.

Le Bihan, P., & Bénézech, M. (2004). Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : Mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Annales Médico-Psychologiques*, *162*(8), 615–625.

Leveillée, S., & Lefebvre, J. (2008). Études des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental. *Rapport de recherche*, 73p, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et de la Justice.

Léveillée, S., Lefebvre, J. (2010). Ces hommes qui tuent leur famille. Éditions Ressources, Saint-jérôme, Québec.

Léveillée, S., Lefebvre, J., & Marleau, J. (1986). Profil psychosocial des familicides commis au Québec – 1986 à 2000. *Annales Médico-Psychologiques*, *167*, 591–596.

Marleau, J. D., Millaud, F., & Auclair, N. (2003). A comparison of parricide and attempted parricide : a study of 39 psychotic adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, *26*, 269–279.

Millaud, F., Marleau Proulx, F., Brault, J. (2010). Violence homicide intrafamiliale. In M. Debout, P. Chariot, & Traité de médecine légale et de droit de la santé, (Eds.), (pp. 434–440). Paris : Vuibert.

Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2009). Passage à l'acte homicide intrafamilial chez le malade mental et processus de deuils. In *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques* . (pp. 190–197). Paris : Masson.

Millaud, F., Auclair, N., & Meunier, D. (1996). Parricide and mental illness : A study of 12 cases. *International Journal of Law and Psychiatry*, *19*, 173–182.

Niobey, G., Larousse, P., Lagané, R., & Guilbert, L. (1978). *Grand Larousse de la langue Française*. Paris : Larousse.

Weisman, A. M., & Sharma, K. (1997). Forensic analysis and psycholegal implications of parricide and attempted parricide. *Journal of Forensic Sciences*, *42*, 1107–1113.

Zagury, D., Millaud, F., Marleau, N., & Auclair, N. (2009). In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte parricide psychotique* (pp. 123–139). Paris : Masson, 2009. Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques.

Violences et homicides extrafamiliaux

CHAPITRE 47

Propos sur la typologie des homicides

Michel Bénézech

« Is fecit cui prodest »
Sénèque (Médée, 500–501)

Comme pour tout comportement complexe, ranger les conduites homicides dans un système de classification n'est pas simple : diversité des auteurs, des victimes, des motifs, des modes opératoires, des contextes socioéconomiques, démographiques, géographiques. Si l'affaire est résolue et le criminel identifié et arrêté, le classement typologique d'un homicide volontaire s'impose de lui-même, encore que parfois des zones d'ombre importantes peuvent subsister : refus d'explication du coupable, mobiles multiples ou complexes, cadavre de la victime introuvable… Si l'affaire n'est pas élucidée, restent les hypothèses des enquêteurs et le profil psychocriminologique de l'auteur élaboré par les services spécialisés par référence aux classifications établies à partir des crimes solutionnés ! Faisant abstraction des nomenclatures juridiques, nous nous en tiendrons ici aux taxonomies criminologiques et psychiatriques des meurtres les plus courants, excluant de ce fait les crimes contre l'humanité ou perpétrés en période d'émeute ou de révolution.

Homicide, suicide, accident, mort naturelle

Rappelons d'abord que la mort par homicide volontaire n'est pas toujours évidente et que nombre de situations laissent planer un doute certain sur la cause exacte du décès. À titre d'exemple, on connaît depuis longtemps les faux suicidés par pendaison qui ont été criminellement pendus ou accrochés à une corde après leur meurtre pour tromper les services enquêteurs. Certaines défenestrations, qui paraissent suicidaires ou accidentelles, sont en réalité des homicides volontaires. La « mort subite » du très jeune enfant n'est pas toujours aussi « naturelle » qu'elle devrait l'être, car étouffer un nouveau-né n'est pas techniquement difficile et laisse peu d'indices si l'on est habile. En sens inverse, certaines personnes mettent en scène leur suicide pour faire croire à un homicide, espérant ainsi se moquer des autorités ou faire accuser un innocent avec lequel elles sont en conflit (un héritier par exemple). L'histoire du crime est remplie ainsi de faux crimes, faux suicides, faux accidents, fausses morts naturelles…

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Classification par style et type (FBI)

L'ensemble du monde de la criminologie a maintenant adopté la classification de Ressler *et al.* (1993), de l'Unité des sciences du comportement de l'Académie du FBI, cataloguant les homicides par style et type selon le nombre de victimes, d'actes criminels, de lieux d'exécution et selon l'existence d'une période de calme émotionnel entre les meurtres. Rappelons qu'après l'homicide unique, double ou triple, l'homicide de masse comporte au moins quatre victimes dans un même temps et un même lieu, alors que l'homicide de bordée se définit par au moins deux victimes dans un seul événement criminel mais dans au minimum deux lieux différents. L'homicide en série se caractérise par au moins trois homicides entrecoupés par un intervalle de temps et perpétrés chaque fois dans un lieu différent.

Classification par niveau d'organisation

Dans le même ouvrage, Ressler *et al.* (1988) divisent les auteurs d'homicides sexuels en deux catégories selon le profil criminologique de l'agresseur et les caractéristiques de la scène de crime : meurtrier organisé (acte prémédité, planifié, méthodique) et meurtrier désorganisé (acte imprévu, improvisé, désordonné). Nous-même, en 1992 puis en 1994, avons classé les meurtriers plus ou moins pathologiques en deux catégories extrêmes, tous les intermédiaires existant entre elles : criminel psychopathe et criminel psychotique. Le premier, souvent addictif et aux antécédents pénaux, peut agir pour des motifs rationnels (mode opératoire organisé) ou sous l'empire de la colère (mode opératoire désorganisé). Il ne souffre au temps de l'action ni de troubles mentaux aigus ni de symptômes délirants. Le second, au passé psychiatrique habituel, présente un état pathologique aigu ou chronique (maladie bipolaire, schizophrénie, paranoïa) ou des phénomènes confusionnels sévères. Incapable le plus souvent d'avoir un comportement cohérent et sous l'effet aggravant de l'angoisse et de la colère, il passe à l'acte violemment sur un mode désorganisé, le lieu du crime présentant un désordre important, sans mise en scène ni maquillage (Bénézech, 1994).

Dans un registre similaire, MacCulloch *et al.* (1995) classent les violences physiques multiples potentiellement meurtrières en deux sous-catégories : attaques non préméditées et attaques préméditées. Les premières témoignent d'une absence de préparation, d'un self-control faible ou absent, avec un lieu du crime non choisi, la victime étant connue de son agresseur et frappée avec une arme trouvée sur place. Le crime est désorganisé et les violences sont aléatoires. Les diagnostics psychiatriques courants chez les agresseurs sont l'état maniaque, les troubles mentaux organiques, la schizophrénie paranoïde et non paranoïde, les troubles de la personnalité, les tumeurs cérébrales, le retard mental, les traumatismes crâniens et intoxications, l'abus et dépendance à l'alcool et aux drogues. En ce qui concerne les attaques préméditées, il existe une préparation soigneuse, un bon self-control mais une évolution est possible vers la fureur, un lieu du crime préparé. L'agression est planifiée, organisée avec contrôle et violences systématisées, commises au moyen d'une arme amenée et ramenée après les faits, sur une victime inconnue quoique sélectionnée. Les diagnostics courants chez les agresseurs sont l'état dépressif, l'état maniaque, la schizophrénie paranoïde, les troubles de la personnalité, l'abus et dépendance à l'alcool et aux drogues (McCulloch et al., 1995).

Classification par mobile (FBI)

C'est le classement du FBI qui nous semble le plus complet et le plus précis, encore qu'il ne réponde pas suffisamment à la réalité occidentale et française. Nous en donnons simplement ici les très grandes lignes. Ressler *et al.* (1993), dans la première édition du *Crime Classification Manual*, divisent les homicides volontaires en quatre grandes catégories :

L'homicide par entreprise criminelle

C'est le meurtre commis essentiellement pour un gain matériel (argent, biens, territoires, faveurs ou autres). On en compte huit sous-catégories : par contrat (meurtre à gage par tierce personne), lié au gang (activités antisociales), par compétition criminelle (au sein du crime organisé pour étendre son influence), l'enlèvement avec meurtre (pour

rançon ou pression), par produit trafiqué (intoxication mortelle à des fins commerciales par produit falsifié), lié à la drogue (contre quelqu'un qui trahit les règles ou qui soutient l'action antidrogue), lié aux affaires d'assurance ou d'héritage (profit individuel d'un gain financier ou contrôle d'une affaire commerciale), crapuleux (à l'occasion d'un vol).

L'homicide par motif personnel

L'acte découle d'une agression interpersonnelle résultant d'un conflit émotionnel, sans notion de mobile matériel, sexuel ou de groupe. Cet homicide comprend neuf sous-catégories : érotomaniaque (fixation fusionnelle ou érotomaniaque sans attrait sexuel), domestique (au sein d'un ménage, d'une même famille), par dispute ou conflit (entre personnes non apparentées), par autorité (lien d'autorité symbolique ou réel entre l'auteur et sa victime), par vengeance (en représailles d'un tort supposé ou réel causé au criminel ou à un de ses proches), sans mobile spécifique (irrationnel, mobile connu seulement de l'agresseur solitaire et excentrique), extrémiste (idéologie politique, religieuse ou socioéconomique), euthanasique ou héroïque (abréger les souffrances, compassion, pouvoir pour le premier, état critique créé par l'auteur qui tente ensuite de sauver sa victime pour le second), d'otage (victime capturée sur place par vengeance ou conflit).

L'homicide sexuel

Il existe ici un élément d'activité sexuelle visible sur la scène de crime et à la base de l'action entraînant la mort. La réalisation et la signification de cet élément sexuel varient selon le coupable. L'acte peut aller du viol (avant ou après la mort) jusqu'à l'agression sexuelle symbolique sur ou autour du corps de la victime. Cette catégorie d'homicide compte quatre sous-catégories : organisé (planification, maîtrise totale), désorganisé (spontané, non planifié), mixte (présence d'éléments d'organisation et de désorganisation), sadique (fantasmes sadiques de domination, humiliation, torture dans les actes conduisant à la mort).

L'homicide par motif de groupe

Il concerne au moins deux personnes ayant une idéologie commune qui autorise l'acte criminel. Cet homicide, qui vise à sanctionner un ou plusieurs de ses membres dissidents ou de la communauté sociale, comprend trois sous-catégories : de culte (cause spirituelle sans notion de gain), extrémiste (paramilitaire ou d'otage, mobile politique, religieux, socioéconomique), par excitation de groupe (composante spontanée et contagieuse dans le groupe criminel).

Dans la 2e édition du *Crime Classification Manual*, Douglas *et al.* (2006) reprennent la même typologie générale en quatre grands groupes, mais individualisent une cinquième sous-catégorie d'homicide sexuel : *Elder female sexual homicide*. Il s'agit de l'homicide à connotation sexuelle de la femme âgée qui, le plus souvent, a lieu par étranglement et sans effraction au domicile d'une victime vulnérable vivant seule. C'est un crime généralement assez désorganisé, accompagné de vol, et perpétré par un agresseur jeune et toxicomane habitant dans les environs et inconnu de sa victime. Comme on le voit, la typologie du FBI est complexe. Elle compte 24 ou 25 sous-catégories d'homicides dont certains ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans notre pays où les meurtres entre parents, proches et personnes connues constituent une part importante de la criminalité majeure. De nature médicolégale, objective et athéorique, ce classement fait peu de place aux facteurs psychopathologiques dont l'incidence sur les comportements violents n'est plus à démontrer. On trouvera dans une de nos publications antérieures les quelques notations psychiatriques de cette classification américaine (Bénézech, 1996).

Classification de l'homicide domestique

Il n'y a ici rien de bien original, ce type d'homicide étant malheureusement un des crimes le plus banaux dans nos sociétés européennes. On lui connaît quatre catégories principales : le meurtre d'un nouveau-né (néonaticide) par la mère le plus souvent, le meurtre d'un enfant (filicide) par l'un de ses parents, le meurtre d'un parent ou d'un grand-parent (parricide, matricide), le meurtre du conjoint (uxoricide pour la femme) par le partenaire ou l'ancien partenaire sexuel. Dans l'ensemble de ces homicides, deux pôles psychopathologiques sont importants. Dans les homicides d'enfants et de

parents, il s'agit chez l'auteur des deux sexes (adolescent ou adulte) de la dépression et de la psychose (schizophrénie), alors que dans les homicides du partenaire ou de l'ancien partenaire sexuel, l'auteur souffre généralement de troubles de la personnalité (dépendante, psychopathique, narcissique) et de dépression (drame de la rupture). En moyenne, en France métropolitaine, une femme meurt tous les trois jours victime de violences conjugales, contre seulement un homme toutes les deux semaines. La séparation apparaît comme une période à risque puisqu'elle est directement impliquée dans près de la moitié des cas. Les agresseurs sont en inactivité professionnelle dans plus de 50 % de ces violences conjugales mortelles et l'alcool est présent dans au moins un quart des faits.

Classification des homicides pathologiques

De nombreux spécialistes se sont penchés sur les diverses catégories de meurtres et de meurtriers atteints de troubles mentaux. On en trouvera la revue dans une de nos recherches précédemment mentionnée (Bénézech, 1996). Citons simplement ici quelques auteurs classiques. Tardieu (1857) individualise clairement pour la première fois l'homicide sexuel (hétéro- et homo-) lorsque le meurtre a été précédé d'un viol ou d'actes contre nature. Lombroso (1895) donne la description du criminel né (fou moral et épileptique), du criminel par passion (force irrésistible), du criminel fou et du criminel d'occasion. Claude (1932), après avoir distingué les crimes passionnels et ceux en rapport avec les perversions sexuelles, rapporte les réactions médicolégales des diverses catégories d'aliénés mentaux : déséquilibrés, fous moraux, pervers, obsédés, persécutés, érotomanes, maniaques et mélancoliques, syphilitiques, déments précoces et séniles, encéphalopathes, alcooliques, toxicomanes.

Hesnard (1963) identifie le vol avec conduite homicide, le meurtre passionnel et pseudo-passionnel, les crimes spéciaux (parricide, infanticide), les meurtres idéologiques (religieux, politiques), les crimes de motivation partiellement névrotique et les crimes imparfaits (inachevés, non préparés, non volontaires). Guttmacher (1965) distingue onze types de meurtriers : normal, antisocial, alcoolique, par vengeance, schizophrène, passagèrement psychotique, suicidaire, gynocide, homosexuel, passif-agressif, sadique. Leyrie (1977) classe les auteurs d'homicides en quatre groupes :

- les malades mentaux meurtriers (alcooliques, paranoïaques, schizophrènes, délirants passionnels, maniacodépressifs, épileptiques, débiles) ;
- les meurtriers à dimension pathologique sans irresponsabilité pénale manifeste (névrotiques, déséquilibrés, pervers, passifs-agressifs, passagèrement psychotiques et auteurs de meurtres gratuits) ;
- le meurtrier passionnel ;
- le meurtrier normal. Cet auteur mentionne les infractions homicides faisant l'objet d'une qualification particulière dans l'ancien Code pénal français : infanticide, parricide, empoisonnement.

Pour notre part, nous reconnaissons huit catégories cliniques d'homicides peu ou prou pathologiques :

L'homicide impulsif

Son auteur présente des troubles cognitifs (retard mental) et/ou de la personnalité (psychopathie, prépsychose) sur fond fréquent d'alcoolisme ou d'usage de stupéfiants. Ces troubles le rendent anormalement violent (colère pathologique) en situation de conflit, dispute, frustration, crise. La motivation est d'ordre émotionnel et le passage à l'acte se produit souvent en état d'ivresse. La victime peut être un proche parent ou une personne inconnue de l'agresseur.

L'homicide passionnel

Son auteur tue car il est incapable de supporter la séparation ou la rivalité amoureuse d'un concurrent (complexe d'abandon et/ou d'intrusion) avec une personne (conjoint, concubin, partenaire extraconjugal) investie possessivement et égocentriquement. Cette « perte d'objet » entraîne chez l'agresseur une jalousie et une souffrance psychologique intolérable à l'origine d'un processus

passionnel meurtre-suicide. La personne aimée narcissiquement est souvent la victime, comme le sont parfois les enfants du couple ou le rival. Un suicide suit souvent le crime.

L'homicide sexuel

Son auteur, de sexe masculin et présentant des troubles de la personnalité (dépendante, psychopathique, narcissique), agit avant tout pour dominer la victime, soit par la colère (haine des femmes ou haine indifférenciée), soit par plaisir (sadisme). Le crime sera d'autant moins prémédité et planifié que l'agresseur est jeune, inexpérimenté, sous l'influence de la drogue et de l'alcool, malade mental. Cet homicide associe le plus souvent viol et meurtre, mais l'agression sexuelle peut n'être que symbolique. La victime sera sélectionnée en cas de crime sadique (acte organisé) ou simplement ciblée opportunément en cas de crime coléreux (acte désorganisé).

L'homicide dépressif

Son auteur souffre de troubles divers de la personnalité et/ou de troubles bipolaires, voire de troubles psychotiques. L'agression se fait sur un ou plusieurs proches (enfant, conjoint, famille entière) au cours d'un moment émotionnel mélancolique ou mélancoliforme qui peut être bref (quelques heures ou jours) et disparaître spontanément. La régression fusionnelle avec la victime s'accompagne de culpabilité et de douleur morale intenses. La victime est quelquefois consentante en cas de pacte suicidaire. La motivation de l'agresseur est l'altruisme morbide.

L'homicide psychotique non délirant

Son auteur est un héboïdophrène ou un hébéphrène. La motivation est d'ordre intellectuel plus qu'émotionnel. Le crime se produit parfois pour des causes insignifiantes dans un contexte de réaction impulsive brutale et froide échappant à tout contrôle. Parents et proches sont les victimes les plus exposées.

L'homicide psychotique délirant

Son auteur est atteint d'un état délirant aigu ou chronique en période féconde (schizophrénie paranoïde, paranoïa) provoquant une altération sérieuse des rapports avec la réalité. L'acte criminel survient habituellement en état émotionnel intense. C'est la projection délirante sur la victime qui est à l'origine des sentiments de peur, haine, jalousie, persécution qui motivent la réaction meurtrière défensive, désorganisée le plus souvent, avec acharnement fréquent. Là encore, les proches parents ont un risque victimologique fort.

L'homicide de cause organique

Son auteur souffre d'une pathologie somatique avérée susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles criminogènes : intoxication alcoolique chronique, trouble métabolique, tumeur cérébrale, traumatisme crânien, démence, trouble du sommeil. Le meurtre est souvent réalisé au cours d'un état confusodélirant par perception erronée de l'environnement avec vécu orinique persécutoire. Parmi ces troubles mentaux organiques, il ne faut pas oublier les ivresses pathologiques et les syndromes induits par diverses substances psychoactives : stupéfiants, antidépresseurs, stéroïdes anabolisants (Bénézech, Serin, 1994).

L'homicide non classable ailleurs

Ce dernier groupe comprend une grande variété de crimes pathologiques qui ne correspondent pas toujours aux critères des définitions précédentes. Il s'agit par exemple des crimes des autistes adultes qui peuvent prendre trois formes cliniques : avec retard mental et colère (homicide impulsif), avec syndrome hébéphrénique (homicide psychotique non délirant), avec syndrome schizophrénique hallucinatoire (homicide psychotique délirant). On peut encore citer les meurtres perpétrés dans un moment de panique par un voleur pathologique surpris par le propriétaire ou un témoin, les meurtres sans motivation apparente chez l'adolescent psychologiquement fragile ayant gardé une importante fixation œdipienne à la mère, les meurtres des personnes infériorisées ou présentant des traits de personnalité passive-agressive, certains fratricides, etc.

Tel que pour les autres systèmes de classement, notre essai de catégorisation est bien entendu réductionniste. Le meurtre commis par des malades mentaux est, en effet, un phénomène très complexe qu'il est toujours arbitraire de réduire à quelques composantes permettant de le cataloguer plus aisément. Dans ce domaine, la réalité dépasse de loin la description clinique et criminologique qui en est faite. Par exemple, il est évident qu'un homicide passionnel possède généralement une forte connotation dépressive, la dépression étant d'ailleurs positivement corrélée avec les passages à l'acte homicides toutes catégories confondues (Bénézech, 1991). Le fréquent homicide-suicide est là pour nous le rappeler. De même, les homicides psychotiques, qui représentent en Europe environ 10 % de l'ensemble des homicides, répondent à de nombreux facteurs criminogènes généraux et psychopathologiques : anxiété, impulsivité, personnalité antisociale comorbide, abus de substances, dépression, délire de persécution, etc. (Bénézech *et al.*, 2008).

Si cependant notre typologie nous semble correspondre, autant que faire se peut, à la réalité des homicides plus ou moins pathologiques, elle ne préjuge cependant en rien de la responsabilité pénale de leurs auteurs. En pratique expertale actuelle, seuls les criminels psychotiques ou dépressifs graves peuvent espérer bénéficier d'une décision d'irresponsabilité, à condition encore qu'il y ait une relation directe entre les troubles mentaux observés et les faits criminels.

Conclusion

Dans ce court travail de psychiatrie légale, nous avons survolé quelques systèmes classificatoires non juridiques des homicides volontaires. Nous avons privilégié les crimes commis par les malades mentaux, faisant comme si la plupart des meurtriers étaient indemnes de troubles psychiatriques. La vérité est toute autre ! En réalité, le meurtrier « normal » paraît l'exception alors que le meurtrier peu ou prou pathologique semble la règle. Que ceux qui sont persuadés, à tort selon nous, du contraire nous montrent donc des auteurs d'homicides chez lesquels il n'existe pas (au moment de l'action en particulier) un ou plusieurs des éléments psychopathologiques suivants : retard mental, trouble anxieux, détresse psychique, idéation suicidaire, processus meurtre-suicide, dépression ou maladie bipolaire, conduite addictive, trouble de la personnalité, psychose, fantasmatique violente ou sadique, trouble sexuel, paraphilie, trouble organique criminogène… En pratique médicolégale sérieuse, peu fréquents sont les meurtriers tout venant qui ne souffrent d'aucune des catégories symptomatiques ou diagnostiques ci-dessus énumérées, la comorbidité augmentant le risque de violence physique criminelle en association avec les facteurs familiaux et socioéconomiques bien documentés.

Références

Bénézech, M., Le Bihan, P., Chapenoire, S., & Bourgeois, M. L. (2008). Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle. *Annales Médico-Psychologiques*, *166*(7), 558–568.

Bénézech, M., & Serin, N. (1994). Meurtre suivi de suicide par automutilation au cours d'un syndrome délirant organique chez un homme sous fluoxétine et méthyltestostérone. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, *37*(5), 351–356.

Bénézech, M. (1996). Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, *154*(3), 161–173.

Bénézech, M. (1991). Dépression et crime. Revue de la littérature et observations originales. *Annales Médico-Psychologiques*, *149*(2), 150–165.

Bénézech, M. (1994). Des crimes fous commis par les fous et les autres. *Forensic*, *5*, 41–44.

Bourgeois, M. L., & Bénézech, M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques*, *159*(7), 475–486.

Douglas, J. E., Burgess, A. W., Burgess, A. G., & Ressler, R. K. (2006). *Crime classification manual. A standard system for investigating and classifying violent crimes* (2nd ed.). San Francisco (CA) : Jossey-Bass.

McCulloch, M., Bailey, J., & Robinson, C. (1995). Mentally disordered attackers and killers : toward a taxonomy. *Journal of Forensic Psychiatry*, *6*(1), 41–61.

Ressler, R. K., Burgess, A. W., & Douglas, J. E. (1993). *Sexual homicides. Patterns and motives (1988).* London : Simon and Schuster.

Ressler, R. K., Douglas, J. E., Burgess, A. W., & Burgess, A. G. (1993). *Crime classification manual. The standard system for investigating and classifying violent crimes.* London : Simon and Schuster.

Homicides en récidive ou en série et scène de crime

Michel Bénézech

> «Il existe peut-être des maniaques du meurtre ; des fauves humains qui, ayant goûté au sang, ne peuvent plus s'en passer et se jettent dans une suite de crimes par un entraînement aveugle que le châtiment arrêtera seul.»
>
> Jules Romains, *Les Hommes de bonne volonté*

Contrairement à ce que pourrait laisser penser la citation en exergue de Jules Romains, notre propos n'est pas de nous délecter des actes atroces des grands sadiques comme savent le faire les faits-diversiers ou les écrivains dont c'est le fonds de commerce. De même, nous ferons l'impasse sur les blabla académiques creux et les théories psychanalytiques des «serials killers» qui restent dans la subjectivité de celui qui les élabore, l'improuvable et qui n'apportent rien d'exploitable ni sur le plan criminologique ni sur celui de l'enquêteur qui cherche à identifier et interpeller ces dangereux récidivistes. Dans le cadre d'un ouvrage de psychiatrie légale, il nous semble plus intéressant de livrer au lecteur un point de vue médicolégal, technique et pratique, sur le phénomène de la réitération en matière d'homicide. Nous excluons de notre propos les homicides en récidive ou en série liés aux périodes troubles (terrorisme, émeute, révolution), aux génocides et à la guerre.

Considérations générales

La rareté dans notre pays des meurtres sériels, par rapport à l'ensemble des comportements homicidaires, fait qu'il nous paraît important de ne pas oublier la récidive «ordinaire» de meurtre, que tout psychiatre expert judiciaire ou d'exercice médicolégal en unité pour malades difficiles ou en établissement pénitentiaire peut rencontrer dans sa carrière professionnelle. Rappelons que la récidive d'homicide oscille entre 2 et 5 % en France, mais ces chiffres ne sont que le reflet de données statistiques officielles biaisées par la notion légale de «récidive» chez un auteur déjà condamné définitivement pour une infraction de même nature. On ignore le nombre de meurtres non résolus qui pourraient avoir été commis pour la deuxième ou troisième fois par un même coupable non identifié ! Chacun sait maintenant que le meurtrier en série est celui qui perpètre au moins trois homicides séparés par un intervalle de temps et dans des lieux différents. L'on connaît encore la distinction entre le criminel organisé, qui prémédite et prépare soigneusement son acte, cherchant à échapper à la justice, et le criminel désorganisé qui agit spontanément et de façon désordonnée, laissant sur la scène de crime de nombreux indices (Ressler *et al.*, 1993). Ces données, devenues classiques, ont été élaborées initialement par le FBI à partir des homicides sexuels, mais sont valables pour l'ensemble des comportements individuels violents (Bénézech, 1992).

Facteurs de risque de récidive

Indicateurs généraux

Il est maintenant admis qu'un certain nombre de facteurs favorisent la violence criminelle et, de fait, sa répétition. Sans pouvoir en faire ici la liste exhaustive, indiquons que ces prédicteurs de dangerosité sont liés à l'enfance de l'auteur, à ses antécédents criminels, à son état mental, à son mode de vie et à ses attitudes sociales, à sa prise en charge, à la situation criminelle, et enfin à la victime virtuelle (Bénézech, 2004). Parmi les facteurs familiaux et personnels, certains paraissent être communs à beaucoup de meurtriers récidivistes de sexe masculin (Bensimon, 2011) :

- un milieu familial dysfonctionnel ;
- une violence familiale contextuelle ;
- des antécédents notables de violence ;
- une précocité de l'agir criminel violent ;
- une toxicomanie polymorphe ancienne ;

- des troubles mentaux diagnostiqués ;
- un mode opératoire particulièrement violent ;
- une récidive relativement rapide après leur libération ;
- une absence de remords ;
- une absence d'empathie pour les victimes ;
- des évasions ou tentatives d'évasion en milieu carcéral ;
- des échecs de réinsertion et de surveillance judiciaire ;
- une absence véritable de désir d'insertion sociale.

Il est évident que ces prédicteurs de dangerosité future, tout spécialement leur association, appartiennent pour la plupart au tableau classique de la personnalité antisociale (Bénézech, Le Bihan, 2012).

Indicateurs psychiatriques

La récidive dans l'homicide pathologique est peu connue et n'a donné lieu qu'à de très rares études scientifiques. Avec Le Bihan, nous avons analysé 12 observations d'hommes malades mentaux, placés en unité pour malades difficiles, auteurs de 17 victimes lors des premiers crimes et de 18 lors des récidives. Les pathologies présentées sont la schizophrénie paranoïde (six cas, soit 50 %), le trouble délirant persistant ou délire paranoïaque (deux cas, soit 17 %), le retard mental moyen (deux cas, soit 17 %), le trouble schizoaffectif (un cas, soit 8 %) et le trouble envahissant du développement (un cas, soit 8 %). L'abus d'alcool est présent dans cinq cas et une comorbidité avec la personnalité dyssociale dans trois cas. Les victimes sont connues des coupables dans les trois-quarts des 35 homicides. L'agression est non planifiée dans 60 % des cas mais paraît réalisée de façon impulsive et violente. Un contexte de dispute précriminelle est présent dans environ la moitié des observations. Un tiers des récidives sont perpétrées envers un autre patient au cours d'une hospitalisation (quatre cas) ou envers un autre détenu pendant une incarcération (deux cas). Tous les malades ont des antécédents médicolégaux variés, avec ou sans condamnation : vol, cambriolage, coups et blessures, tentative d'homicide, agression sexuelle, incendie volontaire, etc. Les principaux mobiles invoqués par les auteurs sont la persécution, l'agression sexuelle sur la victime, le refus de relation sexuelle de la part de la victime, la jalousie, le vol de la victime, les hallucinations auditives impératives, la légitime défense, la dispute (Le Bihan, Bénézech, 2005).

Cas clinique

L'observation d'une jeune femme psychotique (schizophrène délirante) auteur d'une récidive d'homicide nous paraît par ailleurs illustrer d'autres facteurs de dangerosité liés à la pathologie mentale sévère (Bénézech *et al.* 1997). Issue d'un milieu familial problématique, sans qualification professionnelle, victime à l'âge de 19 ans de deux graves agressions sexuelles et mère d'une fillette, cette personne de 25 ans frappe mortellement à coups de marteau un homme de 64 ans de son entourage qui aurait voulu abuser d'elle et l'étouffer en respirant l'air ambiant. Reconnue en état de démence paranoïde, elle est hospitalisée en milieu psychiatrique. Remise en liberté 3 ans plus tard, elle interrompt immédiatement son suivi psychiatrique et arrête son traitement neuroleptique. Vivant en appartement avec sa fille de 7 ans, elle présente un nouvel épisode délirant hallucinatoire, mettant en doute sa maternité, se croyant persécutée et ensorcelée, victime d'un complot dont fait parti son enfant, « mi-vierge, mi-démon » qui veut se venger d'elle. Elle l'étrangle à mains nues en présence d'un psychopathe pervers qui ne répondra pas aux appels de détresse de la fillette. Dans les deux crimes, on notait les éléments communs suivants :

- une bouffée psychotique productive ;
- un épisode aigu d'insécurité ;
- des idées de persécution ;
- une forte intensité des symptômes hallucinatoires et anxieux ;
- des phénomènes psychopathologiques imposés ;
- une adhésion entière au délire ;
- la proximité physique de la victime ;
- un passage à l'acte désorganisé ;
- l'absence de prise en charge et de traitement.

Mobiles récurrents

La motivation normale ou pathologique d'un premier meurtre, crime demeuré éventuellement ignoré des autorités ou non résolu, peut se reproduire de manière occasionnelle ou périodique et causer le ou les homicides suivants, sans que cette contrainte de répétition motivationnelle constitue pour autant une règle. Il n'est pas rare de constater en pratique professionnelle que deux homicides commis par le même coupable à des mois ou des années d'intervalle répondent à des désirs différents. Passons en revue les principales causes des homicides à répétition.

Pouvoir, contrôle, narcissisme

Il s'agit de motivations basiques (domination, manipulation, orgueil) souvent associées à d'autres intentions criminogènes comme l'intérêt, le désir sexuel, la recherche de plaisir, l'altruisme, la vengeance, le fanatisme politique ou religieux. On trouve en particulier ce type de mobile dans certains crimes sexuels et les meurtres à répétition ordonnés par les hommes politiques et chefs d'États tyranniques, dont certains n'hésitent pas à éliminer physiquement leurs adversaires, concurrents et opposants. Les femmes ou les couples auteurs de néonaticides « narcissiques » cachés, équivalents tardifs d'une IVG, sont volontiers des multirécidivistes.

Intérêt matériel, utilitarisme

La situation typique est celle du meurtrier à gage dont le « métier » est de tuer pour de l'argent les personnes qui lui sont indiquées par ses commanditaires (homicides par contrat). On peut ranger dans ces mobiles utilitaires certains homicides liés aux gangs et autres groupes antisociaux et/ou extrémistes, les assassins d'enfants pour vendre leurs organes, les familles criminelles, les voleurs-tueurs (individuels ou en bandes organisées) de personnes isolées ou âgées ainsi que les meurtriers des deux sexes qui, afin d'hériter ou de bénéficier d'assurances ou d'avantages, tuent leurs conjoints successifs, leurs proches ou leurs testateurs. Marie Besnard, habile empoisonneuse à répétition, appartient à cette catégorie. Nous avons expertisé autrefois une prostituée de bonne taille et autoritaire qui dirigeait une petite bande de semi-marginaux délinquants. En l'espace de 2 ans, elle exécuta ou fit exécuter trois de ses complices qui mettaient en danger son organisation par leurs bavardages inconsidérés.

Vengeance, haine

Ce type de criminel sériel n'hésite pas à éliminer un par un les auteurs qu'il estime responsables d'un tort réel ou imaginaire causé à lui-même ou à un proche. N'oublions pas que la vengeance est un plat qui se mange froid et qui peut durer aussi longtemps qu'il existe des victimes potentielles (coupables !) encore vivantes. Dans certains pays, les homicides par vengeance ou « d'honneur » sont fréquemment le fait de familles traditionnelles, de vendettas ou d'organisations criminelles. La haine est le mobile généralement avancé par les vagabonds-marginaux et les tueurs d'homosexuels ou de prostituées. Les « servantes » et « gardes-malades » frustrées et perverses, qui étouffaient ou empoisonnaient par dépit et malignité les enfants des différentes familles dans lesquelles elles travaillaient, sont devenues une rareté historique.

Altruisme, compassion, désespoir

L'homicide euthanasique en série est le fait de professionnels de la santé (médecins, infirmières, aides-soignantes) en milieu médicalisé ou plus rarement à domicile. Ce sont des décisions individuelles d'intention généralement altruiste et compassionnelle afin d'abréger les souffrances, mais il s'y surajoute inévitablement des idées de pouvoir et de contrôle sur la vie des victimes, l'acte étant volontiers maquillé en mort naturelle, accidentelle, voire suicidaire. Bien différent est le meurtre « héroïque » qui consiste pour l'auteur à provoquer un état critique chez la victime (urgence médicale) qu'il essayera ensuite de sauver. La mort n'est pas intentionnelle mais les échecs de la réanimation n'empêchent pas le récidivisme. La mise en scène est un élément central, le coupable voulant se donner un rôle important et glorieux aux yeux de l'entourage. Il peut arriver exceptionnellement que des dépressifs graves ou mélancoliques tuent leur famille en deux séquences (femme puis enfants) séparées par un intervalle de quelques jours. Nous en avons observé un cas. Les néonaticides par déni de grossesse ou détresse de la mère sont peu répétitifs, mais quelquefois l'impunité du premier acte en facilite la récidive.

Sexe, sadisme

Prototype même des meurtres en série, les homicides sexuels à répétition font les délices et les effrois des médias qui ne se lassent pas d'en rappeler les circonstances, la nature des violences et la qualité des victimes, le plus souvent des femmes jeunes. Pour qu'un auteur d'un premier homicide sexuel puisse éventuellement devenir criminel sériel, il ne faut pas qu'il soit identifié et condamné à une très longue peine de détention, faute de quoi la récidive devient aléatoire, sauf s'il est encore relativement valide lors de sa remise en liberté dans la communauté. Dans ce domaine en effet, plus l'âge avance plus la récidive devient techniquement difficile, même pour un sadique organisé. De plus, les coupables d'un homicide sexuel désorganisé laissent en général davantage d'indices sur la scène de crime, ce qui facilite leur arrestation et les empêche d'améliorer par l'expérience leur mode opératoire. En tout cas, dans notre pays, les agressions sexuelles s'accompagnant de la mort de la victime sont assez rares, alors qu'on compte chaque année environ 10 000 viols constatés sur majeurs et mineurs.

Rappelons que la nature sexuelle d'un homicide se caractérise par un ou plusieurs des éléments suivants :

- désordre dans l'habillement de la victime ;
- exposition des zones connotées sexuellement (seins, fesses, sexe) de la victime ;
- positionnement sexuel du corps de la victime ;
- insertion d'objets étrangers dans les orifices corporels de la victime ;
- évidence d'un rapport sexuel (vaginal, anal, oral) avec la victime ;
- évidence d'une activité sexuelle de substitution, d'un intérêt sexuel ou de fantasmes sadiques sur le corps (mutilations et tortures caractéristiques), les vêtements ou les lieux (Ressler *et al.*, 1993).

Les homicides sexuels ont six causes principales, non exclusives les unes des autres :

- par accident chez un violeur rageur ou sadique qui pousse trop loin le « jeu » (cause fortuite) ;
- pour réaliser le viol devant une victime qui résiste physiquement (mobile utilitaire) ;
- pour échapper à la justice en empêchant la victime violée de crier ou de témoigner par la suite (mobile utilitaire) ;
- par réaction coléreuse devant la défense énergique de la victime d'un viol (cause réflexe) ;
- pour assouvir les pulsions criminelles, le meurtre faisant parti du rituel fantasmatique sexuel (mobile psychologique) ;
- par motivations délirantes chez un schizophrène (mobile psychiatrique) (Bénézech, 1997).

Rappelons encore que l'association meurtre-viol (ou agression de connotation sexuelle) peut se rencontrer dans d'autres catégories d'homicides où le mobile sexuel n'est que secondaire, voire occasionnel. Il en est quelquefois ainsi au cours du meurtre crapuleux, de l'homicide passionnel ou domestique, de l'assassinat punitif par règlement de compte, du meurtre par excitation de groupe et des meurtres collectifs lors de conflits ethniques, raciaux, religieux (Bénézech, 1997). Il existe encore de faux homicides sexuels mis en scène par les coupables, soit pour égarer la justice soit pour une signification symbolique qui leur est particulière. En voici un exemple que nous résumons. Le cadavre d'une femme est retrouvé à son domicile sur le dos, à moitié déshabillé, les jambes serrées, le slip sur les genoux et une carotte plantée verticalement à l'entrée de son sexe. L'enquête de gendarmerie révélera que le vrai mobile de cet homicide est la jalousie amoureuse, son auteur étant une autre femme qui a éliminé sa rivale susceptible d'épouser l'homme qu'elle aimait. Il y a bien une connotation sexuelle dans ce crime, mais ce n'est pas un « homicide sexuel » proprement dit.

Les meurtriers sexuels récidivistes ou en série appartiennent schématiquement à deux catégories principales, tous les intermédiaires étant possibles. La première est celle des « coléreux », hommes mal adaptés socialement, impulsifs, égocentriques, handicapés sexuellement et généralement addictifs, voire malades mentaux (psychotiques, bipolaires). Ce sont des « rageurs » contre le sexe féminin, des insatisfaits qui s'en prennent le plus souvent à une personne proche ou connue. Le lieu du crime est extérieur et familier à l'agresseur. Le passage à l'acte est de courte durée, non prémédité, désorganisé, acharné, le corps de la victime étant laissé à la vue sur place et retrouvé sur le dos. Sauf s'ils vagabondent où changent souvent de domiciles, leur fréquente agressivité antérieure contre les femmes et leur proximité aideront leur identification. La seconde catégorie est celle des « sadiques » qui présentent

des fantasmes morbides florides, d'autres paraphilies fréquemment associées et sont utilisateurs de pornographie violente. Souvent solitaires, ils souffrent généralement de troubles de la personnalité (antisociale, schizoïde, narcissique, *borderline*, évitante, dépendante, obsessive-compulsive) comorbides à un sadisme sexuel. Le lieu du crime est isolé, repéré à l'avance et éloigné du domicile des coupables. Leurs agressions, sur des victimes inconnues mais sélectionnées, sont longues, bien préparées et s'accompagnent de bondage, tortures ritualisées et parfois démembrement, le cadavre étant déplacé, dissimulé et complètement nu. Ce sont ces sadiques fortement organisés qui constituent la grande majorité des auteurs d'homicides sexuels sériels. Ces criminels se reconstituent et se soignent en tuant les autres (Bénézech, 1992).

Colère, impulsion agressive

Comme le pouvoir et la domination, la colère, dans ses formes aiguës ou son vécu chronique, est un élément pathogène central dans les violences mortelles et se trouve souvent liée à diverses motivations et intentions criminelles : vengeance et sexe en particulier (Bénézech, 1998). La crise, l'attaque ou l'explosion de colère, cette « courte folie », sans aucun autre trouble mental, intoxication ou affection médicale générale, peut-elle être cause d'un comportement meurtrier sériel ? Nous pensons que les crimes par « crises de violence subites » sont très rares. Le DSM-IV-TR lui-même, dans son « trouble explosif intermittent », n'indique pas clairement la possibilité d'homicide et signale que d'autres signes d'impulsivité ou d'agressivité peuvent être présents entre les épisodes explosifs, ainsi que l'association possible avec divers troubles mentaux à l'origine de comportements impulsifs, ce qui est contradictoire avec la définition même du trouble explosif intermittent ! Quant à l'amok, épisode aigu et inconscient de violence incontrôlée, il n'est habituellement pas répétitif.

Psychose, passion, fanatisme

Quelques patients héboïdophrènes, schizophrènes ou paranoïaques (délirants persécutés, mystiques, ésotériques, hypocondriaques) peuvent tuer à plusieurs reprises aux cours des années (Le Bihan, Bénézech, 2005). Ils ne représentent qu'environ 5 à 10 % des meurtriers récidivistes ou en série. Leurs séries criminelles sont généralement plus courtes car, peu organisés, ils sont plus aisément arrêtés. Les extrémistes passionnels, religieux ou politiques, peuvent être encore des meurtriers à répétition, que ce soit à titre personnel ou collectif (groupes fondamentalistes fanatiques, sectes sataniques).

Scènes de crime

Parler des tueurs récidivistes est bien, mais les arrêter est encore mieux. Sauf s'ils se rendent spontanément, c'est la découverte d'un ou plusieurs corps sans vie portant des blessures létales hétéro-infligées qui est à l'origine de la procédure pénale. La scène de crime est donc l'élément princeps et cardinal sur lequel se penchent tout d'abord les enquêteurs.

Approche comportementale

Si tout commence par l'indispensable et soigneux recueil des traces et indices par les techniciens de scène de crime, il est nécessaire de se faire une idée du style comportemental de l'agresseur non identifié à partir des indicateurs relevés sur les lieux. En plus de l'évaluation du niveau d'organisation des faits, il a été proposé deux modèles comportementaux opposés : action affective (expressive, impulsive, émotionnelle, réactive, hostile) *versus* action instrumentale (contrôlée, cognitive). Ces deux catégories extrêmes étant relativement peu fréquentes dans la réalité, où il existe de grandes variations dans le comportement violent, Salfati et Canter ont réalisé l'analyse informatique de 48 variables sur un échantillon de 82 homicides. Ces auteurs identifient trois modèles comportementaux principaux :

- scène de crime expressive-impulsive, le meurtrier, aux antécédents violents, frappant à de nombreuses reprises sa victime sur l'ensemble du corps (face incluse) avec une arme apportée ou d'opportunité ;
- scène de crime instrumentale-opportuniste, la victime (femme, personne âgée), découverte le visage caché par un linge, étant attaquée au cours d'un cambriolage par une personne

familière du voisinage mais non habituée aux crimes violents, et portant des blessures multiples infligées manuellement autour du cou (*around the neck*), ainsi que parfois des signes d'agression sexuelle ;

- scène de crime instrumentale-cognitive, témoignant d'un comportement très organisé de la part d'un criminel expérimenté, aux antécédents violents graves et fréquents, qui dissimule le corps de la victime et tente de faire disparaître les preuves de sa culpabilité. Dans cette recherche, ces styles comportementaux correspondent à 66 % des meurtriers, les 34 % restants étant hybrides (intermédiaires) entre ces trois modèles dominants (Salfati, Canter, 1999).

Analyse comparative de cas

En l'absence d'aveux circonstanciés chez un meurtrier à répétition, il est bien évident que c'est par l'analyse comparative de divers faits répartis dans le temps et non solutionnés que l'on pourra émettre l'hypothèse qu'ils ont le même auteur à rechercher. Face à un auteur identifié pour un homicide, on peut encore se demander s'il n'a pas commis d'autres infractions de même nature qu'il cache. Le système d'analyse des liens de la violence associée aux crimes (SALVAC) peut alors être sollicité. Il s'agit d'un système informatique, d'origine canadienne, conçu pour aider les enquêteurs à cerner les crimes sériels et leurs auteurs en établissant les liens qui existent entre les infractions violentes perpétrées par un même coupable : homicides, agressions sexuelles, enlèvements d'enfants ou d'adultes, prises d'otages, incendies volontaires, etc. Pour chaque affaire, un questionnaire de 168 questions est documenté par des éléments de preuve recueillis sur la scène de crime et auprès des témoins et des victimes, ce qui permet en conclusion d'établir le déroulement des événements (question 164) et le sommaire (résumé succinct de l'enquête) de l'agression ou de la disparition (question 165). Ce système, basé sur l'étude du questionnaire, est commun dans notre pays à la police et à la gendarmerie. Il est particulièrement intéressant pour la recherche des tueurs à répétition voyageurs et sans domicile fixe.

Un autre mode plus complet d'analyse comparative est celui utilisé par le département des sciences du comportement (DSC) de la gendarmerie nationale française. Il prend en compte l'intégralité des pièces de procédure (constatations, rapport médicolégal, toxicologie, photographies, auditions, etc.) et nécessite un déplacement systématique sur les lieux en cas de réalisation d'un profil d'auteur.

Profil d'auteur inconnu

Sa réalisation nécessite l'examen analytique de chaque pièce du dossier afin de répondre le mieux possible aux questions suivantes : qui poserait un tel geste (*who*), pourquoi (*why*) envers cette victime, à ce moment (*when*), à cet endroit (*where*), de cette manière (*how*) ? La réponse à ces questions passe par la prise en compte des éléments de preuve objectifs (effraction, nombre et nature des blessures, type d'arme, empreintes digitales et génétiques…) mais aussi par les indices comportementaux laissés sur les lieux par l'auteur (ou les auteurs), à savoir son mode opératoire, son style comportemental, expression au moment des faits de son intention primaire, de son intelligence, de son expérience criminelle, de ses sentiments et émotions. Trois importantes limitations de la méthode doivent être signalées ici :

- la variabilité du comportement criminel et de son niveau d'organisation avant, pendant et après le meurtre selon l'état mental de l'auteur, les circonstances et la résistance de la victime ;
- le maquillage ou la mise en scène de l'homicide ;
- l'écart comportemental entre la conduite quotidienne ordinaire du coupable et celle qu'il a manifestée lors de son acte. Les analystes comportementaux du DSC de la gendarmerie nationale tentent de renseigner de manière partielle ou complète une grille de profil d'auteur de 24 items :
  - âge ;
  - sexe ;
  - groupe ethnique ;
  - situation de famille ;
  - niveau d'intelligence ;

- niveau d'études supposé atteint ;
- style de vie ;
- environnement éducatif ;
- type et caractéristiques de sa personnalité ;
- fonctionnement mental habituel et quotidien ;
- adaptation sociale ;
- comportement général ;
- apparence, présentation, habillement ;
- adaptation émotionnelle ;
- pathologie mentale possible, caractéristiques des troubles ;
- type d'emploi, parcours professionnel ;
- lieu ou résidence en relation avec la scène de crime ;
- statut socioéconomique ;
- adaptation sexuelle ;
- type de troubles sexuels ;
- mobile de l'acte, intention criminelle ;
- antécédents criminels ;
- pronostic sur la fréquence des crimes ;
- comportement de l'auteur avant, pendant et après le crime.

Pour aider à l'établissement du profil, en association étroite avec le DSC, nous avons créé deux outils informatiques d'analyse criminelle reposant sur des bases scientifiques. Le premier (logiciel TAAC) est un test généraliste qui explore toutes les catégories d'homicides violents. Il comprend 170 items et permet d'analyser séparément les trois phases du passage à l'acte (précriminelle, criminelle, postcriminelle) selon six composantes fondamentales : violente, émotionnelle, opérationnelle, sexuelle, relationnelle et circonstancielle (Bénézech *et al.*, 2008). Le second (logiciel PRACTIS), beaucoup plus spécialisé, porte sur les violences sexuelles extrafamiliales n'ayant pas entraîné la mort de la victime. À la différence du TAAC, cet instrument intègre davantage d'éléments de victimologie et accorde une large place aux informations apportées par la victime sur le comportement de son agresseur. Il comprend quatre grilles de lecture : mode opératoire (technicité), mode opératoire (spatio-temporel), composante relationnelle (verbal et comportement), composante circonstancielle. Ici, les dimensions spatio-temporelles et relationnelles entre l'auteur et la victime sont beaucoup plus développées, leurs interactions physiques et verbales étant quantifiées et tracées sur un graphique (Bénezech *et al.*, 2012).

Conclusion

Une enfance perturbée, malheureuse et bafouée, une personnalité pathologique, des troubles psychotiques éventuels, de l'alcool ou de la drogue, de la colère, des pulsions agressives ou sadiques, des infractions diverses à l'adolescence, une mauvaise insertion scolaire et socioprofessionnelle, voilà le « bon » cocktail propice à une carrière criminelle violente. Pourtant certains échappent à ce fatalisme, d'autres non que nous retrouverons plusieurs fois aux assises. Bien des meurtriers récidivistes ou en série n'ont pas cependant ce profil classique. Parfois pères de famille attentionnés et travailleurs réguliers, on ne les croirait jamais capables d'exécuter ou d'ordonner de tels actes et, de ce fait, nombre d'entre eux échappent définitivement à la justice. Le crime d'homicide est en effet présent en chacun de nous. Il fait partie de notre nature animale et sauvage qui ne connaît ni bien ni mal, mais seulement le besoin alimentaire et sexuel, l'attaque, la capture, la possession, la jalousie, la peur, la défense et la protection de soi-même et des siens.

Références

Bénézech, M., & the Groupe Analyse Comportementale of the Gendarmerie Nationale Française. (2008). An analytical protocol for the assessment of violent crime. In M. St-Yves & M. Tanguay (Eds.), *The psychology of criminal investigations. The search for the truth* (pp. 489–527). Toronto (Canada) : Carswell.

Bénézech, M., & le Département des sciences du comportement de la gendarmerie nationale. (2012). Sur l'analyse comportementale en matière criminelle. *Experts*, *103*, 26–28, (Partie 1) ; 2012, 104, 33–37 (Partie 2).

Bénézech, M., Forzan, S., & Groussin, A. (1997). Récidive d'homicide chez une jeune femme psychotique. *Annales Médico-Psychologiques*, *155*(9), 585–588.

Bénézech, M., & Le Bihan, P. (2012). Personnalité antisociale. *EMC, Psychiatrie*, 37–490-G-10.

Bénézech, M. (1998). Colère normale et colère pathologique. *Annales Médico-Psychologiques*, *156*(6), 361–374.

Bénézech, M. (2004). Introduction à l'étude de la dangerosité. In C. de Beaurepaire, M. Bénézech, & C. Kottler (Eds.), *Les dangerosités* (pp. 7–23). Paris : John Libbey Eurotext.

Bénézech, M. (1997). L'homicide sexuel : diagnostic et classement criminologiques. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, *40*(4), 289–294.

Bénézech, M. (1992). *Les tueurs en série.* (Vol. 1) (pp. 26–32). Paris : Forensic.

Bensimon, P. (avril 2011). Profil du criminel condamné pour meurtre(s) et qui récidive en commettant un crime de même nature pendant qu'il était déjà sous surveillance dans la communauté. *Rapport de synthèse*, Service correctionnel du Canada, Direction de la recherche.

Le Bihan, P., & Bénézech, M. (2005). La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Annales Médico-Psychologiques*, *163*(8), 642–655.

Ressler, R. K., Burgess, A. W., & Douglas, J. E. (1993). *Sexual homicides. Patterns and motives (1988).* London : Simon and Schuster.

Salfati, C. G., & Canter, D. V. (1999). Differentiating stranger murders : profiling offender characteristics from behavioral styles. *Behavioral Sciences & the Law*, *17*, 391–406.

Brève histoire de la victimologie

Chapitre 48

Robert Cario

Apparue au milieu du XX^{e} siècle, la victimologie est l'une des disciplines scientifiques les plus en vue relativement à la compréhension et au traitement du phénomène criminel. Très curieusement, elle fut occultée par les chercheurs durant de longues décennies, leurs travaux portant très massivement sur les infracteurs. Les premières études en victimologie ont vu le jour après la seconde guerre mondiale, ce qui n'est pas vraiment un hasard au regard des crimes atroces dont a souffert un nombre considérable de victimes, de l'holocauste comme des faits de guerre, toutes victimes dans leur chair, dans leur dignité humaine, dans leurs biens socioculturels au sens large. Et parmi celles-là, les pionniers de la victimologie eux-mêmes.

Après maintes oppositions, dont certaines ne sont pas éteintes, il convient de considérer la victimologie comme une branche de la Criminologie, en totale complémentarité avec l'agressologie, dans leurs dimensions générale et clinique respectives. Naturellement, de la définition de la victime (Cario, 2012) découle celle de la victimologie, laquelle doit circonscrire son domaine, comme toutes les autres sciences criminelles, aux transgressions des valeurs sociales essentielles (Cario, 2008). Dans cet esprit, la victimologie peut être définie comme la discipline scientifique multidisciplinaire ayant pour objet l'analyse globale des victimisations, sous leur triple dimension individuelle, collective et sociale, dans leur émergence, leur processus, leurs conséquences et leurs répercussions, afin de favoriser leur prévention et, le cas échéant, la réparation corporelle, psychologique, sociale et/ou matérielle de la victime et/ou de ses proches.

La définition victimologique conduit de surcroît à considérer «l'aide aux victimes», au sens large, comme un ensemble d'activités, d'informations, d'accompagnements, de soutiens et, le cas échéant, de suivis au regard des réels besoins des victimes, dans l'ordre juridique, médical, psychologique et social. Les services d'aide aux victimes ont vocation à mener cette mission généraliste, en partenariat avec les réseaux professionnels institutionnels ou associatifs plus spécialisés, ainsi qu'avec les associations de victimes dont les objectifs doivent néanmoins être très nettement distingués.

La nécessaire complémentarité entre agressologie et victimologie souligne peut-être davantage encore la pertinence de l'approche globale et intégrée du crime, sous sa double dimension agie et subie, pour une meilleure connaissance des caractéristiques psychologiques et sociales des uns comme des autres qui, en ce qui touche aux atteintes graves aux valeurs essentielles pour le moins, n'entrent pas et ne demeurent pas dans le conflit d'ordre criminel par hasard ou par déterminisme biopsychologique, socioéconomique ou culturel. En totale harmonie, l'agressologie et la victimologie doivent promouvoir, avec des stratégies de prise en compte adaptées, le retour d'êtres humains parmi les autres êtres humains (Dubec *et al.*, 1992).

Pour se développer sur une courte période, l'histoire de la victimologie a été traversée par une double rupture épistémique : la première provient des travaux féministes et la seconde, en cours, de ceux des restaurativistes. En d'autres termes, si l'accent fut essentiellement mis sur la culpabilité de la victime dans un premier temps, sa vulnérabilité (sous de multiples formes) démontrée a conduit, à l'opposé et dans un second temps, à privilégier sa prise en compte en qualité de personne victimisée. La seconde rupture développe actuellement toutes

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ses promesses. Fruit des avancées théoriques de la philosophie et des pratiques restauratives, elle prône la nécessité d'une régulation globale du conflit, en ayant le souci de tous les protagonistes.

La culpabilité de la victime d'infraction

Les premières recherches entreprises en victimologie sont nettement étiologiques. La question centrale demeure celle du rôle tenu par la victime dans le déclenchement et/ou le déroulement de l'acte criminel. La plupart des auteurs se sont attachés, par la construction de typologies plus ou moins sophistiquées, à déterminer, en termes de « cause » du passage à l'acte, la part de culpabilité encourue par la victime, diminuant d'autant celle de l'infracteur. De Von Hentig (1948) et Ellenberger (1954) à Schafer (1968), en passant par Mendelsohn (1956) et Fattah (1966, 1996) notamment, diverses échelles ont été élaborées pour la mesurer.

Pour constituer un progrès remarquable dans la connaissance victimologique, de tels apports doivent être nuancés, au regard de la radicalité de certains d'entre eux : la victime « le plus coupable ou uniquement coupable » car agissant en état de légitime défense, la victime affichant des « prédispositions générales ou spéciales » à la victimisation comme encore la victime « récidiviste », notamment. Dans le même sens, les premières études menées sur le couple pénal autour du concept de « victime précipitante » méritent d'être accueillies avec prudence (Wofgang, 1958 ; Amir, 1971).

Il demeure que des résultats particuliers sont aujourd'hui toujours d'actualité, pour peu qu'ils soient gommés de leurs excès et insuffisances. Malheureusement, la recherche victimologique semble aujourd'hui en panne d'inspiration scientifique. En effet, revisitées à l'aune des connaissances psychologiques et sociales aujourd'hui disponibles, quelques propositions de cette « première victimologie » présentent un intérêt certain, comme par exemple : le type criminel-victime (*doer-sufferer*) qui, selon les circonstances, conduira de l'état d'infracteur à celui de victime – et réciproquement – de manière successive, simultanée ou par la manifestement brutale d'un aspect inconnu de la personnalité ; les interrelations entre infracteurs et victimes ; les aspects généraux du contexte victimogène, d'ordre sociodémographique et/ou culturel (Shoham and al., 2010 ; Rodriguez Manzanera, 2010 ; Lopez, 2011 ; Cario, 2012).

D'inspiration assez strictement positiviste, ces approches de surcroît ont fait l'objet de vives contestations féministes autour de la notion de « couple pénal », au début des années 1970. Proche parfois des problématiques de genre, très influentes à l'époque, elles ont conduit à déplacer, très empiriquement, les observations vers les réalités du phénomène et, surtout, vers le vécu et l'expérience des victimes d'actes criminels, accablées de vulnérabilités.

La victimisation de genre et l'aide aux victimes

Les travaux des victimologues féministes ont en effet été déterminants à ces égards (Clark, Lewis, 1977). Ils ont très certainement permis à la victimologie de conquérir une autonomie légitime. Néanmoins, la riposte opposée à « l'art de blâmer les victimes » décourage sans doute aujourd'hui encore un investissement scientifique de profondeur des chercheurs en victimologie, fustigeant parfois eux-mêmes cette posture « victimagogique ».

Pour l'essentiel, les critiques se sont tout d'abord focalisées sur le couple pénal. Cristalliser la relation criminel-victime autour de la recherche de la culpabilité de cette dernière a pu conduire à des propositions inacceptables. Que le crime soit « précipité/catalysé » par la victime n'enlève rien à la volonté consciente de l'auteur de l'infraction d'accomplir un acte illicite, en tout cas dans les infractions volontaires, massivement concernées. Si la « psychodynamique » des deux protagonistes, comme la « sociodynamique » de la situation demeurent essentielles dans la compréhension de l'acte commis par l'infracteur, elles sont sans conséquence sur la victimisation elle-même, définitivement subie. En matière d'infractions (violences physiques, sexuelles, psychologiques) commises au sein de la famille, la domination du genre masculin est toujours flagrante. Céder à d'éventuelles tentations criminelles reste de la

responsabilité de l'infracteur, pas de celle de la victime. Que le juge tienne pleinement compte de la situation criminelle, de manière globale, pour apprécier la sanction applicable à l'infracteur est légitime et justifié. Mais une telle recherche de sanction équitable est inopposable à la victime, chaque fois qu'elle a été injustement atteinte, plus ou moins gravement, dans son intégrité physique, psychique ou dans ses biens.

De manière toute aussi pertinente, les victimologues féministes se sont ensuite intéressées à la condition, si longtemps oubliée, voire négligée, de la victime des actes criminels, qu'ils soient reportés ou non, ou encore évacués en cours de procédure. La mise en place d'enquêtes de victimisation, à l'instar de celles de « délinquance autoavouée », a permis de mesurer l'ampleur du phénomène dans sa pleine réalité, notamment dans sa dimension jusqu'alors cachée pour de multiples raisons (honte, souillure, peur des représailles, ignorance des recours notamment). La victime est alors mieux connue, en termes de profil psycho-socio-culturel, reconnue surtout au travers des souffrances diversifiées, profondes et souvent durables qu'elle subit. Mais les enquêtes de victimisation révèlent encore, de manière incroyable, que lors de leur prise en charge par le système de justice pénale, du policier au juge (procureur, juge d'instruction, de jugement et de l'exécution des peines), elles sont frappées par une victimisation secondaire. Celle-ci se manifeste au travers de négligences graves, attentatoires à leur dignité même comme aux principes fondamentaux du procès équitable : dérision (quant à l'appréciation des faits reportés), provocation (quant à la « crédibilité » des déclarations), mépris (quant aux suites données à l'affaire et au déroulement du procès), abandon (quant au recouvrement des indemnisations obtenues)…

Fort de ces constats, les auteures défendent avec justesse la nécessité de prises en compte, nettement plus élaborées, sans aucun doute au plan juridicopénal (sanction de l'auteur et indemnisation de la victime) mais davantage encore aux plans psychologique et social (accompagnements professionnels des répercussions du crime). C'est alors que naissent les premiers services d'aide aux victimes de violences, provoquées massivement par le genre masculin, comme les mauvais traitements conjugaux et les agressions sexuelles.

La vulnérabilité des personnes victimisées

Plus pragmatiques et constructives, les théories reposant sur le vécu ou l'expérience des victimes sont beaucoup plus récentes et toujours en cours de développement : elles sont d'ordre sociologique, psychologique et victimologique.

Les travaux sociologiques en victimologie

Ils ont conduit, à partir des enquêtes de victimisation, à souligner que *le style, les habitudes ou le mode de vie* de certaines personnes pouvaient les exposer à des facteurs de risque de victimisation, notamment en matière de violences contre les biens, plus exceptionnellement contre les personnes. Micheline Baril (1984) a ainsi proposé de structurer ces facteurs de risque autour du concept de vulnérabilité, d'une part, qui renvoie à faiblesse physique, à la fréquentation de milieux criminogènes et/ou de pairs criminels, au statut professionnel ou social, à la fréquence des sorties hebdomadaires nocturnes et à la consommation importante de produits toxiques. Le concept de facilitation, d'autre part, peut conduire d'autres personnes à s'exposer à des victimisations à cause de leur confiance démesurée en l'honnêteté d'autrui ou de la « disponibilité » de leurs biens, de leur tendance à trop exhiber leurs richesses, de leurs réserves ou de leur impossibilité à signaler les infractions subies ou dont elles ont été témoins (marginaux, minorités ethniques, étrangers en situation irrégulière, prostitué(e)s notamment). On ne saurait nier l'intérêt de tels concepts… sans négliger leurs potentialités liberticides d'aller et venir en tous lieux et moments du territoire.

La revictimisation ou victimisation multiple (abusivement qualifiée de « récidive » victimale) qualifie la situation d'un faible nombre de victimes qui, dans les agressions graves contre les personnes, les mœurs et les biens, subissent une large proportion des crimes commis. Ces victimisations « chroniques » ou répétées sont particulièrement importantes en milieu familial. Plus généralement, le risque de revictimisation au cours de la période qui suit immédiatement la première victimisation (de quelques heures à moins d'une semaine) est

très élevé, autant en matière d'agressions contre les personnes (l'agression primaire les rendant désormais encore plus vulnérables) que contre les biens (le cambrioleur peut revenir sur les lieux qu'il connaît dorénavant ou en indiquer les caractéristiques à d'autres, par exemple).

La connaissance des *répercussions des victimisations d'un point de vue social*, très lacunaire, devient urgente. Si la socialisation, pauvre par définition, de l'infracteur et de celle de la victime sont aujourd'hui bien démontrées, il importe encore d'en tirer toutes les conséquences, théoriques et pratiques. En effet, la victimisation subie aggrave davantage encore la situation de la victime et de ses proches : perturbations conjugales, voire familiales ; professionnelles ; socioéconomiques ; relationnelles, principalement. Et plus l'infraction est grave, plus elles sont susceptibles de conduire à l'isolement, au rejet, à l'exclusion sociale, voire à la dépendance sanitaire et sociale, aux comportements hétéro- ou autoagressifs.

Les études psychologiques, psychiatriques et psychanalytiques

Elles se centrent à l'heure actuelle avec pertinence sur l'origine, les conséquences et le *traitement du traumatisme* né de la victimisation. Trace visible ou cachée de l'agression subie, l'événement traumatique provoque une véritable déflagration dans le psychisme de la victime. Il est aujourd'hui démontré que les victimes d'infractions graves subissent, par l'effraction psychique que provoque l'acte criminel, un traumatisme (véritable blessure psychique) plus ou moins profond. Selon les circonstances et les personnes impliquées, l'angoisse qui découle de l'événement peut déboucher sur un état de stress, généralement bref, adapté (par *coping*, en faisant face) ou non (stress dépassé, comme l'illustre notamment l'épuisement, le *burn out* des professionnels), voire sur un état confusionnel durant les jours qui suivent l'acte criminel. Lorsque le sujet est confronté au réel de la mort, à l'imminence de sa propre mort, à celle d'un proche ou de toute autre personne, le trauma peut conduire à des blessures psychiques plus intenses. Ces divers troubles sont respectivement répertoriés dans les tableaux cliniques en « réaction aiguë à un facteur de stress », « état ou trouble de stress aigu » (*ASD*) et en « état ou trouble de stress posttraumatique » (*PTSD*.) (Lebigot, 2005).

La prise en compte de la victime traumatisée doit être la plus précoce et la plus pluridisciplinaire possible. Elle est variable selon le moment de l'intervention (immédiat, postimmédiat et long terme). Il importe de lui permettre de symboliser le sentiment de culpabilité – d'être toujours en vie – qui l'anime et de médiatiser les affects douloureux provenant du conflit infractionnel. Plus spécifiquement, des dispositifs (cellules d'urgence médicopsychologique, unité médicojudiciaire, Services d'aide aux victimes, consultation en victimologie), des instruments diagnostiques, des techniques et des suivis thérapeutiques ont été mis en place ces dernières années, avec beaucoup d'efficacité. Ils font appel à la psychanalyse, aux techniques comportementales et cognitives, à la mise en place de groupes de parole principalement. Ces interventions psychologiques et sociales comportent bien évidemment une dimension individuelle inévitable. Il conviendrait cependant de développer bien plus largement, de manière englobante, les thérapies familiales systémiques lors des prises en compte des victimisations en milieu familial, très majoritaires dans le contentieux criminel.

Les recherches victimologiques

C'est dans cette perspective englobante que s'inscrivent les recherches victimologiques actuelles, plus spécialement dédiées à *l'expérience et au vécu des victimes*. En ce sens, au contraire des modèles précédents qui méconnaissent le point de vue des victimes, Micheline Baril et Dominique Dray ont principalement interrogé le ressenti et les réactions des victimes elles-mêmes. En abandonnant la méthode des enquêtes statistiques, reposant sur des questionnaires fermés, pour procéder à des entretiens libres, la première souligne que les « traumatismes de la victimisation sont contagieux et [que] les victimes secondaires sont aussi affectées que les victimes primaires ». Elle met également en évidence deux formes de victimisations : la victimisation chronique (provenant de personnes en relations suivies) où les rôles d'agresseur et de victime sont fixes ; la victimisation aiguë (entre personnes étrangères), ponctuelle et largement imprévisible (Baril, 1984).

L'étude ethnologique menée par Dominique Dray lui a permis d'étudier le quotidien des victimes et de leur entourage. Elle décrypte minutieusement le désordre que l'agression provoque dans leur vie, la montée des peurs incoercibles, la souillure, la dépossession, la culpabilité et la honte. Elle interroge ensuite les inquiétudes des victimes qui tentent d'identifier « leur » agresseur-en-particulier, bouc émissaire du racisme ordinaire ou image fantasmée de gens « qu'on connaît ». Elle consacre enfin de longs et pertinents développements à la sanction à infliger aux « agresseurs-en-général », « ayant ça dans la peau », à qui il faut infliger une « vraie sanction », allant du règlement privé à l'élimination physique ou sociale. Au terme de l'analyse, cet ensemble de représentations et pratiques mis en œuvre par les victimes et leurs familiers leur permet de « donner sens à un événement insupportable et [de] remettre de l'ordre dans un monde qui a basculé dans le chaos » (Dray, 1999).

L'interchangeabilité des rôles d'agresseur et de victime, examinée dès les premiers travaux scientifiques en victimologie (criminel-victime) a été réévaluée par Ezzat A. Fattah (1997). S'appuyant sur diverses recherches contemporaines, il a mis en évidence trois principaux constats. En premier lieu, un lien étroit existe entre victimisation et agression. Il est impossible de comprendre l'une si l'on ignore l'autre. En second lieu, les personnes victimisées et les transgresseurs ne sont pas, contrairement aux idées reçues, deux populations distinctes et exclusives. Elles sont bien plus largement homogènes et se chevauchent fréquemment, par proximité socioculturelle et relationnelle forte. En dernier lieu, les rôles de victime et de victimiseur ne sont pas fixes ou assignés une fois pour toutes. Ils sont dynamiques et interchangeables, de manière successive ou simultanée. De manière inquiétante encore, les données de la recherche semblent indiquer que plus les victimisations subies ont été graves, plus sérieuses seront les violences ultérieurement agies. Une telle reproduction de la violence est surtout manifeste dans les infractions contre les personnes (mauvais traitements à enfants ; violences conjugales) et contre les mœurs (viols et autres agressions sexuelles) (Fattah, 1997 ; Villerbu, 2003 ; Choquet, 2005 ; Cario, 2012).

Les interrelations victime-infracteur ont trop longtemps été sacrifiées sur l'autel de la « culpabilité » de la victime. Leur analyse demeure cependant inévitable, à condition de bien se garder de tomber dans les généralisations excessives des « prédispositions » diverses de la victime à précipiter, à provoquer le crime. Composantes de la situation criminelle, les relations et interactions entre l'infracteur et la victime doivent être absolument envisagées, simultanément, pour une compréhension globale du passage à l'acte. Il est clair que la connaissance scientifique des faits caractéristiques du conflit oblige à la déconstruction des éléments ainsi cristallisés par l'acte criminel. C'est autant un impératif épistémologique qu'une posture méthodologique. Aujourd'hui encore, la question continue de passionner. Serait-ce parce que l'analyse des relations intersubjectives entre infracteur et victime conduit à toucher aux limites du système de justice pénale actuel qui n'en peut plus de répondre aux multiples conflits par une pénalisation sans fin, volant ainsi aux intéressés leur conflit (Christie, 1977) ?

Pour être une science jeune, la victimologie a connu une histoire mouvementée mais éminemment riche. Toutes les disciplines des sciences médicales, humaines et sociales (au sens large) ont participé à son élaboration, sans concession. Le moment semble venu d'intégrer leurs résultats scientifiquement incontestables au sein d'une stratégie criminologique et judiciaire englobante. Si la victimologie, l'agressologie, le droit criminel, principalement, appellent des connaissances et des compétences particulières, c'est de leur complémentarité mise en œuvre dans le cadre d'un partenariat professionnel irréprochable que résulteront une prévention plus adaptée (notamment précoce), une répression plus équitable (respect des droits humains et des principes fondamentaux de droit criminel) et un traitement abouti (pluridisciplinaire et pluriprofessionnel) de restauration des protagonistes.

La justice restaurative peut en être la promesse, par le souci qu'elle a de tous : infracteurs, victimes, proches, communauté(s) d'appartenance. Elle peut aussi en être le moteur, en totale complémentarité avec le système de justice pénale actuel, grâce aux mesures diversifiées qu'elle promeut : médiation, conférence restaurative, rencontre détenus-victimes, cercle de responsabilité et de soutien, notamment. Elle en sera encore la gardienne afin de préserver les compétences respectives du juge

(responsabilité pénale et sanction de l'auteur, réparation indemnitaire de la victime) et des protagonistes (apprivoisement actif des dispositifs processuels; intercompréhension de ce qui s'est passé; négociations autour des répercussions du crime afin d'épanouir le quotidien de chacun, au-delà du crime). Elle devient alors le passeur de l'Œuvre de Justice, de l'inhumanité du crime à l'harmonie sociale retrouvée (Cario, 2010).

Références

Amir, M. (1971). *Patterns of forcible rape* (403 p.). Chicago : Univ. Press.

Baril, M. (2002). *L'envers du crime (1984)* (288 p.). Paris : L'Harmattan.

Cario, R. (2008). *Introduction aux sciences criminelles. Pour une approche globale et intégrée du phénomène criminel (1996)* (6e éd.) (348 p.). Paris : L'Harmattan.

Cario, R. (2010). *Justice restaurative. Principes et promesses (2000)* (2e éd.)(300 p.). Paris : L'Harmattan.

Cario, R. (2012). *Victimologie. De l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale* (4e éd.)(266 p.). Paris : L'Harmattan.

Cherki-Niklès, C., & Dubec, M. (1992). *Crimes et sentiments* (280 p.). Paris : Ed. Le Seuil.

Choquet, M., Hassler, C., & Morin, D (Dir). (Eds.). (2005). *Violences des collégiens et lycéens : constats et évolutions* (143 p.). Pub. INSERM.

Christie, N. (1977). Conflicts as property. *The British Journal of Criminology, 17*, 1–15.

Clark, L. M. G., & Lewis, D. J. (1977). *Rape : the price of coercive sexuality* (222 p.). Toronto : Women's Press.

Dray, D. (1999). *Victimes en souffrance. Une ethnographie de l'agression à Aulnay-sous-Bois* (318 p.). Paris : L.G.D.G.

Fattah, E. A. (1997). *Criminology : past, present and future* (343 p.). London : MacMilan Press.

Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge* (239 p.). Paris : Ed. Dunod.

Lopez, G. (2010). *La victimologie* (193 p.).Paris : Dalloz.

Rodríguez Manzanera, L. (2010). *Victimología. Estudio de la Víctima* (12 ed.) (539 p.). México : Ed. Porrúa.

Shoham, S. G., Knepper, P., & Kett, M. (Eds.). (2010). *International Handbook of victimology* (732 p.). New York : CRC Press Inc.

Villerbu, L. M. (Ed.). (2003). *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie* (302 p.). Paris : L'Harmattan.

Psychotraumatologie : le psychotraumatisme et son évaluation clinique

CHAPITRE 49

Louis Jehel, François Ducrocq

Historique

Les premières descriptions de troubles posttraumatiques sont attribuées à Hérodote au livre VI de l'*Enquête*, écrit vers 450 avant J.C. Il relate le comportement d'Epizèlos, un Athénien qui aux prises avec l'ennemi perse perdit la vue sans avoir été frappé physiquement.

L'hypothèse en a été d'un symptôme conversif au cours d'un état de détresse intense lors de cette confrontation à la mort. Plus tard, Lucrèce (40 avant J.C.) dans son livre *De rerum natura* décrit les premiers symptômes de répétition traumatique avec les rêves de bataille des guerriers, Froissart dans ses *Chroniques* en 1385 décrit le somnambulisme de Pierre de Béarn, frère de Gaston Phébus, qui brandissait son épée chaque nuit dans un sommeil agité, risquant de blesser ses proches. C'est la clinique des traumatismes de guerre qui ouvre donc le champ sémiologique du psychotraumatisme.

De tels récits anecdotiques sont retrouvés par la suite dans les rapports de médecins de l'armée de l'Ancien Régime, qui décrivent une sorte de nostalgie en particulier chez les jeunes recrues surprises par le passage du boulet ou de la mitraille. Cette approche est retrouvée de 1760 jusqu'en 1865, au cours de la guerre de Sécession américaine.

Après la Révolution française, Pinel dans sa *Nosographie philosophique* (1808) établit un inventaire de ces troubles selon la sémiologie dominante : « idiotisme », « manie », « mélancolie », « hypocondrie », « névrose de la circulation ou de la respiration ». C'est au cours des guerres napoléoniennes que les chirurgiens des armées proposent le terme plus explicite de « syndrome du vent du boulet » pour décrire des états de sidération anxieuse aiguë stuporeuse générés par la frayeur ressentie par ces soldats alors qu'ils n'étaient pas blessés physiquement. Dans ce syndrome, certains sont décrits comme paralysés ou complètement muets.

Ce sont les guerres du XIX^{e} siècle particulièrement meurtrières qui vont amener à une meilleure identification de la souffrance psychique auprès des soldats. Henri Dunant secouriste bénévole à la bataille de Solferino le 24 juin 1859, décrit dans *Un souvenir de Solferino* (1862) l'état psychique de rescapés « pâles, livides, anéantis, le regard hébété, semblant ne pas comprendre ce qu'on leur dit…, d'autres inquiets et agités d'un tremblement convulsif…, chez certains une sensibilité nerveuse qui se traduisait par des gémissements et des sanglots ». Il rapporte aussi le retentissement de la confrontation à cette situation de catastrophe, où ont été dénombrés plus de 40 000 morts, pour les sauveteurs bénévoles dont certains s'évanouissent et d'autres manifestent une exaltation frénétique. Pour lui-même, il décrit que c'est par l'action qu'il peut surmonter son désarroi.

Il s'agit là d'une des premières descriptions des symptômes de détresse émotionnelle péritraumatique de sauveteurs et il informe d'une attitude utilisée qui lui permet de faire face efficacement à l'intensité de sa réaction émotionnelle.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

La guerre de Sécession, est le premier conflit, selon Crocq (1999), où une évaluation des blessés psychiques est estimée avec 5 213 cas de « nostalgie » dans les armées nordistes, lors de la première année de guerre. Dans cette même guerre un médecin militaire décrit le « cœur du soldat » comme un syndrome associant une tachycardie, des palpitations, une sensation d'oppression thoracique, auprès de combattants épuisés par la bataille. Le traitement proposé est alors le repos et la digitaline.

L'arrivée du chemin de fer en France et au Royaume-Uni conduit vers une nouvelle terminologie. Duchesne (1857), puis Erichsen (1864) observent des victimes d'accidents de chemin de fer et décrivent pour certains des atteintes neurologiques franches et dans d'autres cas un aspect plus polymorphe et labile dénommé *railway spine* ou *railway brain*. Ces auteurs suggèrent que la violence physique du choc pourrait provoquer des lésions fonctionnelles de la substance nerveuse de la moelle épinière ou du cerveau.

C'est en 1889 qu'Oppenheim (*Die Traumatischen Neurosen*, *in* Barrois, 1988) propose de nommer ces troubles posttraumatiques la névrose traumatique. Il propose une étiopathogénie commune aux troubles présentés par les victimes d'accidents violents. Il décrit et associe des symptômes très variés pouvant survenir à distance de l'événement comme des troubles du sommeil avec des cauchemars, des troubles de l'humeur caractérisés par des réactions de sursaut et une irritabilité. Il insiste pour distinguer cette névrose de la névrose hystérique et de la neurasthénie, même s'il envisage des symptômes communs. Il propose de rechercher des liens entre une affection neurologique et les manifestations de ce traumatisme, ce qui a été critiqué par des auteurs comme Ferenczi (1918).

Kraepelin en 1889 reprend la notion d'Oppenheim et propose le terme de *schreckneurosen* (névrose d'effroi). Il décrit au premier plan un syndrome de répétition, principalement nocturne, avec des cauchemars et des ruminations répétitives sous formes d'images effrayantes ou torturantes. Sont associés des signes « d'incapacité, de fatigabilité, de dépression » avec parfois des obsessions, des agoraphobies ou des plaintes de type hypocondriaque. L'évolution serait marquée par des états crépusculaires d'agitation et d'hallucinations. Cette description se rapproche très clairement de celles utilisées actuellement. Kraepelin considère que ces troubles peuvent survenir lors de l'exposition à un événement accidentel mais il envisage la présence de lésions neurologiques corticales fines. Charcot en France refuse de considérer ce trouble comme un syndrome spécifique et le rapproche de la névrose hystérique. Freud réfute la notion d'une « lésion dynamique » avancée par Charcot et propose son modèle énergétique de déplacement des excitations. Pour Freud, la charge de l'événement traumatique qui « en l'espace de peu de temps apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible » a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie (*Introduction à la psychanalyse*, 1916). Une distance par rapport à cette théorie est prise par Janet (1924) ; celui-ci développe la notion de dissociation traumatique qui introduit cette dimension en dehors du sens d'un trouble psychotique mais comme une distorsion de la réalité avec un équivalent de dépersonnalisation. Cette approche de la dissociation péritraumatique est reprise actuellement par les écoles d'Amérique du Nord.

La guerre russo-japonaise de 1904–1905 est une nouvelle occasion de définir ces troubles parmi les militaires : la Croix Rouge Russe identifie 3 500 cas. Au sujet de ce conflit, le psychiatre allemand Honigman crée le terme de « névrose de guerre » en 1907. Il décrit des états confusionnels et « confusoanxieux » initiaux dus à la violence des combats, à l'épuisement, voire à l'effroi. Il compare ces troubles aux *railway brain* secondaires aux accidents de chemin de fer.

En 1910, Glynn rédige une synthèse de ces travaux, *The traumatic neuroses* (Barrois, 1988), dans laquelle il différencie clairement les manifestations immédiates de « neurasthénie aiguë » consécutives à un traumatisme sévère et des symptômes dépressifs avec des troubles mineurs d'allure « neurasthénique » après des traumatismes qualifiés de « légers ». Il souligne d'autre part dans une étude prospective de 22 patients que les troubles posttraumatiques régressent davantage pour ceux qui ont bénéficié de réparation du dommage.

Lors de la Première Guerre mondiale, outre les millions de morts et les centaines de milliers de

blessés physiques, des afflux massifs de blessés psychiques ont été identifiés et les descriptions scientifiques de ces troubles se sont précisées.

Les médecins anglais élaborent alors le terme de *shell shock* (choc des obus) qui résulterait d'une prédisposition individuelle et d'une diminution des capacités de réaction par la « tension nerveuse » et le contexte de vie « difficile ». Les troubles résulteraient d'un « ébranlement de la substance nerveuse » et du psychisme. Au sein du corps britannique, 120 000 hommes seraient encore pensionnés pour ce trouble ou celui de neurasthénie en 1939 (Crocq, 1999). Seuls les États-Unis d'Amérique ont effectué un recensement précis de ces cas avec 69 400 sujets traités pour troubles mentaux d'avril 1917 à novembre 1918 parmi les 2,5 millions d'hommes engagés.

Les Français choisissent la notion de « syndrome du vent de l'obus », par référence aux médecins des guerres napoléoniennes ou le terme d'« hypnose des batailles ». Certains stigmatisent ces comportements qualifiés « d'hystériques » et proposent des traitements « énergiques » pour remettre au combat ces « habitants des hôpitaux ».

Au début de la Seconde Guerre mondiale, les troubles psychiques sont niés, voire réprimés dans les différents camps. Des médecins militaires russes décrivent des « syndromes cérébrocardiaques ». Les États-Unis sont les premiers à effectuer une sélection rigoureuse sur les critères psychologiques mais déploreront 327 155 cas psychiatriques de 1941 à 1945. Les diagnostics portés sont ceux de *blast concussion* (commotion par effet de souffle), et *psychoneurosis* (psychonévroses). Vers la fin de la guerre, ils proposent le mot *exhaustion* (épuisement) pour se dégager de toute connotation psychiatrique, laissant entendre que ces troubles relevaient d'une simple fatigue liée au stress et aux contraintes de la bataille et nécessitaient un simple repos. Le terme de « syndrome du vieux sergent » a lui aussi été retenu à cette période pour décrire le plus souvent des sous-officiers très éprouvés par une longue période en première ligne. Mais ces états étaient peu pris en considération et le Général Patton en 1943 « souffleta » deux soldats hospitalisés pour des états « psychonévrotiques anxieux ». Les médecins militaires observent d'autre part la survenue fréquente de troubles psychosomatiques et de troubles différés du combat (*delayed combat reaction*).

Dans l'expérience de la population israélienne, confrontée à des situations de violence traumatiques de guerre et de terrorisme depuis la création de l'État en 1948, c'est à partir de la guerre du Kippour (1973) qu'une réorganisation de la psychiatrie militaire est envisagée pour réduire le retentissement de ces troubles. Lors de cette guerre sont rapportées de nombreuses victimes de *combat stress reaction*.

Spécificité des troubles psychotraumatiques et leur évaluation

Le plus souvent les troubles de stress posttraumatique ne sont pas très difficiles à diagnostiquer, si le clinicien les explore avec les questions et les procédures adaptées. L'insuffisante reconnaissance des troubles posttraumatiques en santé mentale exige donc une modification des stratégies d'évaluation clinique étant donné la gravité des conséquences d'un tel trouble s'il n'est pas traité. Que l'événement soit récent ou très ancien, le clinicien doit, avant de définir une stratégie de soins, préciser l'étendue des symptômes et leur sévérité. Certains professionnels de santé expriment leur inquiétude, considérant que le questionnement trop systématisé pourrait avoir un effet suggestif sur la symptomatologie, mais cette crainte n'est pas corroborée par les faits et cette évaluation quantitative n'aura de poids que si elle est congruente avec l'évaluation globale du clinicien. D'autres redoutent le caractère intrusif de questions précises adressées à un patient souffrant, alors que, dans notre pratique de ces méthodes d'évaluation, nous observons le plus souvent la satisfaction des patients. Ils disent apprécier entendre ou lire des questionnements qui leur permettent d'exprimer leur douleur, ce qui constitue une première étape du soin dans une démarche d'identification des symptômes. Bien entendu ces outils doivent être utilisés avec le respect éthique nécessaire, pour ajuster l'évaluation et le choix des mesures aux circonstances de la rencontre avec le clinicien et à l'état clinique du patient. Cette évaluation doit donc se situer comme étant une aide pour le clinicien et le patient.

Cette approche par une mesure quantitative s'impose auprès des cliniciens et des chercheurs, car

elle contribue à structurer l'intervention vers des objectifs précis dans une démarche rigoureuse. Elle permet de rendre opérationnels des critères impliqués dans le diagnostic clinique ou la sévérité du trouble et de donner une mesure chiffrée à un trouble. À partir de cette information on peut proposer un diagnostic selon des règles précises et des références données comme le DSM-IV-R ou la CIM-10 (Classification internationale des maladies). Dans ce cas on parle alors d'instruments catégoriels, car ils attribuent à un sujet une catégorie diagnostique.

Un autre objectif est de mesurer où se situe le patient sur la dimension explorée, pour en donner un indicateur de sévérité ou d'intensité. On parle alors d'instruments de mesure dimensionnels. L'approche dimensionnelle étudie les phénomènes psychiques comme des grandeurs non directement mesurables, mais liées au cumul d'indicateurs directement mesurables, les items. Les instruments d'évaluation standardisée correspondants sont destinés à évaluer la grandeur à partir des indicateurs.

La valeur de ces informations quantitatives s'appuie aussi sur la connaissance de leurs limites et des biais auxquels elles sont exposées, constituant ainsi une étape dans l'évaluation du trouble.

Les troubles spécifiques et leurs critères diagnostiques

Troubles immédiats péritraumatiques

On peut discerner des troubles immédiats péritraumatiques, qui sont caractérisés par une réaction de détresse émotionnelle pouvant être intense et associée à des symptômes de dissociation. À cette phase, l'utilisation d'outils psychométriques dimensionnels est seulement possible pour préciser la sévérité des symptômes. La critériologie du DSM IV-TR ne permet pas d'inclure ces troubles et nous pouvons utiliser ceux de la CIM-10.

La stupeur dissociative (F44.2)

Le diagnostic de stupeur repose sur la constatation d'une diminution importante ou d'une absence des mouvements volontaires et d'une réactivité normale à des stimuli externes tels que la lumière, le bruit, ou le toucher, sans que l'examen clinique et les examens complémentaires mettent en évidence aucun élément en faveur d'une cause physique. Par ailleurs, on dispose d'arguments en faveur d'une origine psychogène du trouble, dans la mesure où il est possible de mettre en évidence des événements ou des problèmes stresseurs récents. De cette définition est exclue la stupeur dépressive, maniaque ou les troubles catatoniques organiques.

Réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0)

Il s'agit d'un trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative ; voir F44.2), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète (F44.0) de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic.

Troubles postimmédiats constitués

Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation (F4.23)

Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement

sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé.

En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu. Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale.

C'est seulement à partir d'une durée de plus de 2 jours que l'on peut envisager le diagnostic d'état de stress aigu si les symptômes ne dépassent pas quatre semaines.

Lorsque les symptômes psychotraumatiques dépassent quatre semaines, il faut envisager le diagnostic d'état de stress posttraumatique aigu les trois premiers mois, et chronique au-delà. Il peut survenir dans certaines situations à distance de l'événement et l'on parle d'ESPT différé. En France, ce diagnostic est resté longtemps critiqué comme un diagnostic réducteur car il ne permet pas de considérer l'ensemble de la pathologie psychotraumatique. Cependant il constitue le cœur de symptômes posttraumatiques et les seuls spécifiques connus.

Les critiques du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 1994) s'appuient sur le fait qu'ils n'intègrent pas dans le diagnostic d'ESPT, les symptômes psychosomatiques, et sur leur incapacité à identifier la sévérité par une approche dimensionnelle.

D'autre part les troubles psychiques posttraumatiques évoluent spontanément, avec le temps le plus souvent, vers une réduction du nombre de symptômes (Kessler *et al.*, 1995). La plupart des auteurs, en particulier dans les études épidémiologiques rapportées par Kessler constatent l'apparition d'autres symptômes non spécifiques. Il s'agit principalement de consommation abusive d'alcool, d'épisodes dépressifs, de symptômes d'anxiété généralisée, ou de troubles phobiques, et paniques, ainsi que de plaintes somatiques.

État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique), ou des antécédents de type névrotique peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois pas nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-back »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme de celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Troubles psychiatriques comorbides fréquemment associés

L'évaluation des conséquences d'un événement traumatogène doit aussi rechercher les pathologies les plus fréquemment associées à l'ESPT et qui peuvent même dominer la symptomatologie. Il s'agit en premier lieu de la dépression (Ducrocq et Vaiva, 2006). Dès 1991, Breslau affirmait la comorbidité entre dépression et ESPT. Elle atteignait 36,6 % pour les personnes exposées à un événement traumatogène. L'importance de cette comorbidité a été confirmée par Kessler *et al.* (1995).

Après la dépression, les conduites addictives sont le trouble comorbide le plus fréquemment associé à l'état de stress posttraumatique (ESPT) dans la population générale (Kessler *et al.*, 1995).

Le repérage des conduites addictives est ensuite nécessaire pour toutes les populations de victimes, notamment lorsque les événements traumatogènes sont survenus dans l'enfance, en particulier les agressions sexuelles répétées (Langeland *et al.*, 2004).

Au-delà de ces troubles, l'évaluation du risque suicidaire doit être systématique auprès de personnes souffrant de psychotraumatisme. Oquendo *et al.* (2005) confirment que les personnes présentant un ESPT ont un risque beaucoup plus élevé de conduites suicidaires même en l'absence de trouble dépressif ou d'un autre trouble anxieux même si certains travaux tendent à modérer ces liens (Krysinska et Lester, 2010). En France, Vaiva *et al.* (2008) soulignent l'importance des conduites suicidaires parmi les victimes exposées dans l'étude Santé mentale en population générale (SMPG), pilotée par le CCOMS France, réalisée entre 1999 et 2003 chez plus de 36 000 personnes représentatives des 45 millions de Français de plus de 18 ans. Cette augmentation du risque suicidaire est associée à l'ensemble des troubles liés au trauma.

Caractéristiques somatiques et psychosociales

Les liens entre pathologie somatique et posttraumatique sont souvent évoqués et doivent être pris en compte, comme le rappellent Schnurr et Green (2004). En effet les perturbations physiologiques connues faisant suite à un événement traumatique, notamment sur le plan cardiovasculaire, et les modifications de comportement ont un impact sur la qualité de la santé et des conséquences sont observées. Le processus engagé par la réaction de stress pourrait agir sur des contraintes corporelles et augmenter la survenue de pathologies somatiques, il doit donc être pris en compte.

De même l'évolution de certaines pathologies comme le VIH est marquée par la survenue d'un événement traumatogène et d'un ESPT (Leserman *et al.*, 2005).

Plusieurs auteurs ont confirmé d'autre part le retentissement dans la vie relationnelle, pour des militaires ou des civils, de la présence d'un ESPT. La présence de ces symptômes est reliée le plus souvent à une augmentation des difficultés relationnelles. Certains auteurs mettent en parallèle le développement d'un ESPT dans la société et le nombre des divorces (Prigerson *et al.*, 2001).

Le rôle du soutien social est retrouvé par Shalev, Tuval-Mashiach et Hadar (2004) comme une variable très importante qui contribue à justifier les interventions précoces, pour restaurer un soutien social, la faiblesse de celui-ci prédisant la sévérité du ESPT ultérieur. D'autres auteurs (Altindag *et al.*, 2005) ont aussi identifié auprès des victimes d'un tremblement de terre le rôle majeur du soutien social dans la prise en charge immédiate des victimes.

Les facteurs de risques de développer des troubles posttraumatiques

L'exposition à un traumatisme n'est pas suffisante pour expliquer l'apparition d'un ESPT et son maintien. Des facteurs de vulnérabilité individuelle jouent un rôle majeur pour en comprendre les conditions de développement. Un grand nombre d'études a été réalisé sur des références empiriques en choisissant des variables que l'on croyait pouvoir être liées au développement d'un ESPT.

L'étude princeps reste celle de Brewin *et al.* (2000) qui a identifié parmi les différents travaux de recherche 14 facteurs de risque qu'ils ont analysés dans leur méta-analyse regroupant les principales études scientifiques publiées depuis 1980 (Tableau 49.I).

Tableau 49.I. Les facteurs de risque d'ESPT analysés par Brewin.

Sexe
Âge jeune
Statut socioéconomique (SES)
Niveau d'éducation
Intelligence
Minorité ethnique
Antécédents psychiatriques
Abus sexuels pendant l'enfance
Autres événements traumatiques antérieurs
Autres effets de maltraitance dans l'enfance (en dehors des abus sexuels)
Antécédents psychiatriques familiaux
Intensité du traumatisme
Événement de vie stressant après le traumatisme
Soutien social après l'événement traumatique

Il a été souvent montré que le genre féminin était plus exposé à l'ESPT mais cela repose surtout sur le fait que les agressions sexuelles sont plus fréquentes chez les femmes et avec un haut potentiel traumatique.

Les trois principaux facteurs de risque identifiés sont :

- la sévérité du traumatisme ;
- la faiblesse du soutien social ;
- la survenue d'autres facteurs de stress.

Pour l'effet du sexe, il reste prédictif même en tenant compte de ce que de nombreux échantillons ne sont constitués que par des hommes comme chez les militaires ; dans les études en populations de civils comme parmi les victimes d'accidents de véhicule, il indique un risque beaucoup plus élevé chez les femmes.

Mais dans les populations de militaires deux facteurs n'apparaissent pas prédictifs :

- sexe ;
- âge lors de l'événement.

Le défaut de soutien social est retrouvé parmi les civils et les militaires.

Les facteurs de faible niveau socioéconomique et le fait d'appartenir à une minorité raciale sont retrouvés de façon plus homogène parmi les militaires que parmi les civils.

Les études parmi les populations de militaires donnent parfois des résultats différents des populations civiles, non seulement en raison de la nature des événements auxquels ils sont confrontés mais aussi parce que le choix de l'analyse dans le groupe des militaires constitue plusieurs biais de recrutement. En effet plusieurs travaux décrivent que parmi les militaires on note des antécédents de troubles psychiatriques personnels et familiaux et des troubles du comportement plus qu'en population générale. Dans cette population, la fréquence des antécédents d'agressions sexuelles pendant l'enfance serait aussi plus élevée. D'autres auteurs considèrent que les capacités intellectuelles et l'histoire neurodéveloppementale des personnes dans cette population constitueraient un facteur de risque cognitif d'ESPT. Pour Brewin *et al.* (2000) l'âge ne serait plus un prédicteur significatif si l'on corrige ces résultats.

D'autre part, la différence en fonction du type d'instrument de mesure choisi reste faible. L'ensemble des facteurs de risque est retrouvé avec les mesures catégorielles et dimensionnelles sauf pour le sexe, retrouvé dans les mesures dimensionnelles de l'ESPT, et l'âge lors de l'événement pour les mesures catégorielles.

Les résultats de cette méta-analyse (Brewin *et al.*, 2000) indiquent qu'il est prématuré de déterminer des facteurs prédictifs valides pour tous les traumatismes psychiques. D'autre part il est nécessaire de comprendre si ces différences sont dues aux populations et aux événements ou bien aux différentes méthodologies utilisées (Ozer *et al.*, 2003).

Pour ce qui est de l'effet du sexe, il est significatif que parmi les civils, les femmes présentent plus de risque de développer un ESPT, mais dans les populations de militaires la vulnérabilité des femmes n'apparaît pas lorsque, dans des populations de vétérans, elles ont été exposées aux mêmes types de traumatisme. On ne peut donc pas généraliser ce facteur prédictif à l'ensemble de la population.

L'âge jeune apparaît être un facteur prédictif plutôt parmi les populations de militaires. Le niveau faible d'éducation, avoir vécu une enfance dramatique, la sévérité du trauma, la faiblesse du soutien social sont des facteurs prédictifs plus importants parmi les populations de militaires, d'autant plus

que parmi ces populations est décrit le plus grand nombre d'ESPT chroniques et que ces facteurs en sont de bons prédicteurs.

Parmi les caractéristiques de l'événement, la sévérité du traumatisme est apparue comme un facteur prédictif de l'ESPT de façon plus importante parmi les populations de militaires.

Il apparaît dans cette méta-analyse que les variables comme l'intensité du traumatisme, et les variables décrivant des paramètres après le traumatisme, ont des effets prédictifs plus importants que les variables décrivant des caractéristiques avant l'événement traumatique. Ces dernières sont rapportées de façon rétrospective, ce qui en modifie probablement le contenu. Cette limite actuelle appelle donc à de nouvelles investigations.

Cependant il serait observé que la somme des facteurs caractérisant la personne avant le traumatisme pourrait avoir un impact prédictif plus important que la sévérité du traumatisme. Certains de ces facteurs sont corrélés entre eux comme le niveau socioéconomique, l'éducation et l'intelligence. De même les antécédents de pathologie psychiatrique intrafamiliaux et les agressions sexuelles ou violences intrafamiliales.

Pour certains auteurs (Andrews *et al.*, 2000), la présence d'antécédents d'agressions sexuelles dans l'enfance a un impact sur l'apparition d'un ESPT, en particulier si un sentiment de honte a été vécu. La survenue de ces traumatismes précoces est d'autre part souvent liée à l'importance de l'exposition à des situations de traumatisme.

L'ensemble des études montre que certaines personnes ne développent jamais d'ESPT. Mais la différence entre ces deux groupes repose-t-elle sur des caractéristiques génétiques, sur les différents événements de vie traversés, sur les compétences cognitives ou sur des caractéristiques psychophysiologiques ? C'est l'observation de cette différence qui entretient l'hypothèse que certains présentent une robustesse ou résilience qui les protège de l'ESPT. Mais avant d'envisager cette notion de résilience, il faut s'assurer que même si le sujet ne présente pas les symptômes de l'ESPT du DSM-IV-R, on n'observe pas d'autres symptômes post-traumatiques comme des pathologies somatiques, des somatisations, troubles somatoformes, des états de dissociation, ou d'autres signes de détresse.

Il est rapporté que la survenue d'un autre événement traumatique est aussi un facteur prédictif de gravité (Jehel *et al.*, 2001). En effet la survenue d'un événement traumatique pourrait avoir un impact sur les aptitudes d'un individu à réagir devant une situation de stress. Le style de « coping » utilisé par un individu peut permettre de décrire cette aptitude.

En Europe, les données épidémiologiques s'affirment après celles des pays anglo-saxons. L'étude ESEMeD a été réalisée par échantillonnage de 21 425 habitants de six pays d'Europe : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, l'Italie, l'Espagne et la France (Alonso *et al.*, 2004). Le recueil téléphonique des données était basé sur un entretien semistandardisé : le CIDI *short form*. La prévalence vie entière de l'ESPT a été estimée à 1,9 % de la population (2,9 % chez les femmes et 0,9 % chez les hommes) ; ce chiffre étant ramené à 0,9 % dans l'année précédant l'évaluation (1,3 % chez les femmes et 0,4 % chez les hommes).

Ces chiffres sont comparables à ceux qui ont été relevés par le Centre français de l'OMS qui a mené un travail sur un échantillon de 36 416 sujets de plus de 18 ans représentatifs de la population française métropolitaine (Vaiva *et al.*, 2008). Le recueil des données se faisait lors d'un entretien en se basant sur le MINI. Cette étude SMPG (santé mentale en population générale) retrouvait une prévalence instantanée de 0,9 % pour l'ESPT (1,1 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes). Plus intéressant peut-être, les auteurs relevaient chez 4,6 % de la population (5 % chez les femmes et 4 % chez les hommes) l'association de reviviscences en rapport avec l'événement et au moins un élément de retentissement psychopathologique dans le mois écoulé (conduite d'évitement ou d'hyperéveil).

Références

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420). 38–46.

Altindag, A., Ozen, S., & Sir, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(5), 328–333.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Critères diagnostiques*. Washington DC. Trad française par J.-D., Guelfi et coll. (Eds.), Paris : Masson 1996.

Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime : The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 69–73.

Barrois, C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *68*, 748–766.

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.

Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2006). Dépression et état de stress post-traumatique. In *Les troubles liés aux événements traumatiques Dépistage, évaluation et traitement* (pp. 307–35). Montréal : Les presses de l'université de Montréal.

Jehel, L., Duchet, C., Paterniti, S., Consoli, S. M., & Guelfi, J. D. (2001). Étude Prospective de l'État de Stress Posttraumatique parmi des Victimes d'un Attentat Terroriste. *L'Encéphale*, *27*, 393–400.

Kessler, R. C., Sonega, A., Bromet, E., et al. (1995). Post traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.

Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk : a systematic review. *Archives of Suicide Research,* 14(1), 1–23.

Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2004 Mar). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics : the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *28*(3), 441–447.

Leserman, J., Whetten, K., Lowe, K., Stangl, D., Swartz, M. S., & Thielman, N. M. (2005). How trauma, recent stressful events, and PTSD affect functional health status and health utilization in HIV-infected patients in the south. *Psychosomatic Medicine*, *67*(3), 500–507.

Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression : factors mediating the association with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 560–566.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (Jan 2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P., & Rosenheck, R. A. (2001). Combat trauma : trauma with highest risk of delayed onset and unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse among men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*(2), 99–108.

Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. *Advances in Mind-Body Medicine*, *20*(1), 18–29.

Shalev, A. Y., Tuval-Mashiach, R., & Hadar, H. (2004). Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(Suppl. 1), 4–10.

Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., et al. (2008). Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study : Santé mentale en population générale (SMPG). *L'Encéphale*, *34*(6), 577–583.

Clinique des victimes de violences sexuelles

CHAPITRE 50

Gérard Lopez

Les conséquences cliniques des agressions sexuelles uniques sont très différentes de celles des agressions sexuelles répétées parfois anciennes. Une agression sexuelle unique entraîne généralement un état de stress posttraumatique (ESPT). Les agressions sexuelles répétées entraînent des troubles de la régulation des affects, mais aussi des effractions narcissiques et des troubles identitaires qui affectent profondément la personnalité des victimes.

Nous abordons successivement :

- la fréquence ;
- les conséquences personnelles ;
- les conséquences sociales des violences sexuelles du point de vue de la recherche scientifique ;
- le déni dont elles font l'objet ;
- la clinique des violences sexuelles uniques chez l'adulte ;
- la clinique des violences sexuelles uniques chez l'enfant ;
- la clinique des violences sexuelles répétées ;
- quelques mots sur le traitement.

Fréquence

Les statistiques de la violence sexuelle révélée sont moins pertinentes que les enquêtes rétrospectives compte tenu de l'importance du chiffre noir, mais les études longitudinales le sont davantage lorsqu'elles s'appuient sur des cohortes d'enfants suivis pendant des années. On aurait pu attendre que l'étude Elfe, première étude longitudinale française depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte prenne en compte la maltraitance et ses conséquences, ce n'est étrangement pas le cas ou la preuve que les violences sexuelles subies dans l'enfance, véritable problème de santé publique quant à leurs conséquences sur la santé et la société, sont l'objet d'un puissant déni.

- L'Office national de la délinquance révèle que les services de police et de gendarmerie enregistrent moins de 10 000 plaintes pour violences sexuelles chez les adultes de 18 à 75 ans pour plus de 200 000 cas, soit moins de 5 % de plaintes.
- Il paraît difficile de connaître le chiffre noir de la maltraitance infantile parce qu'on ne peut interroger les jeunes enfants, notamment en raison de la législation en vigueur, ce que conteste Anne Tursz (Tursz, 2010), qui réclame un outil pour étudier la maltraitance et ses conséquences.
- On peut cependant se référer à des enquêtes rétrospectives réalisées sur des échantillons non représentatifs de la population générale.
- Une enquête (Halpérin *et al.*, 1996) réalisée auprès de 1 116 adolescents âgés de 13–15 ans, tirés au sort dans 68 classes de 17 écoles publiques de Genève, elles-mêmes tirées au sort a montré que 11,5 % des 548 garçons avaient eu au moins un événement qualifié par eux « abus sexuel », et 33,5 % des 568 filles ; dans la majorité des cas, il s'agissait d'une agression sexuelle sans contact génital ou anal, mais 2,2 % des garçons et 12,6 % des filles avaient subi une agression sexuelle (sans pénétration) ; les viols touchaient 1,1 % des garçons et 4,5 % des filles ; un tiers des adolescents sexuellement agressés l'avaient été à plusieurs reprises et 46,5 % avaient subi leur

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

première agression sexuelle avant l'âge de 12 ans ; les agresseurs sexuels étaient connus des victimes dans deux tiers des cas ; il s'agissait d'un membre de la famille pour 20,5 % des filles et 6,3 % des garçons.

- L'enquête « Contexte de la sexualité en France » (Bajos, 2008) réalisée à l'initiative de l'Agence nationale de recherche sur le sida, a été menée, par téléphone, par l'Inserm et l'Institut national d'études démographiques en 2006 auprès de 6 824 femmes et 5 540 hommes âgés de 18 à 69 ans. Les résultats montrent que 8,8 % des femmes et 2,8 % des hommes interrogés déclarent avoir subi au moins un rapport ou une tentative de rapport sexuel forcé avant l'âge de 18 ans. Ces violences durant l'enfance et l'adolescence se produisent le plus souvent en famille, à l'école ou dans des groupes de pairs. Parmi les femmes de plus de 40 ans déclarant au moins une violence sexuelle survenue avant l'âge de 18 ans, 27 % incriminent directement leur père, beau-père ou une personne de la famille, et 31 % des personnes connues d'elles.
- L'enquête « Événements de vie et santé » de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Lopez, 2013), dont l'objectif est de mieux connaître les liens entre la violence vécue et l'état de santé de la population, a été réalisée entre novembre 2005 et février 2006 auprès d'un échantillon de 10 000 adultes âgés de 18 à 75 ans. Les premiers résultats ont montré une surexposition des femmes aux violences sexuelles (11 % des femmes contre 3 % des hommes), ainsi qu'une précocité des violences subies (parmi les 11 % de femmes déclarant avoir subi au moins une fois des violences sexuelles, 40 % ont subi une première violence sexuelle durant l'enfance). Au total, 0,4 % des hommes (17/4 328) et 2,7 % (154/5 625) des femmes enquêtés déclarent avoir subi des violences sexuelles de manière durable avant l'âge de 20 ans sans avoir été repérés et pris en charge. Parmi les femmes déclarant avoir subi des violences sexuelles répétées avant l'âge de 20 ans, 25 % déclarent qu'il s'agissait de rapports sexuels forcés (75 % d'attouchements, 36 % de tentatives de rapports sexuels forcés – certaines femmes ayant déclaré plusieurs types de violences différents). Parmi les femmes déclarant avoir subi des rapports sexuels forcés, 25 % ont été prises en charge durant l'enfance par une mesure de protection (placement ou milieu ouvert). Quatre des 17 hommes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles de manière durable avant l'âge de 20 ans, déclarent qu'il s'agissait de rapports sexuels forcés (5 tentatives et 11 attouchements).

Conséquences personnelles sur l'état de santé

Les conséquences sociales et personnelles des violences sexuelles subies dans l'enfance ont fait l'objet de multiples études rétrospectives.

L'Observatoire de la violence de Seine Saint-Denis (Pelcovitz *et al.*, 1997) a centré son étude sur un échantillon de 1 566 jeunes filles âgées de 18 à 21 ans résidant, travaillant ou étudiant en Seine Saint-Denis. Cette enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles (CSVF) étudie les violences subies au cours des 12 derniers mois et pendant toute la vie dans différents lieux : espace public, famille, travail, études. Elle étudie également les conséquences des violences sexuelles et autres maltraitances subies dans l'enfance sur la santé et les problèmes sociaux ultérieurs : ce sont ces données qui nous intéressent ici. Les violences subies pendant l'enfance au cours de la vie entière sont résumées dans le tableau 50.I.

Tableau 50.I. Violences vie entière subies sur un échantillon de 1 566 femmes âgées de 18-21 ans en Seine Saint-Denis.

Type de violences	Fréquence en %	Auteurs
Coups violents, tabassages, menaces avec arme, tentatives de meurtre.	23 %.	2/3 par des membres de la famille ou des proches.
Attouchements du sexe, tentatives de viol, viols.	14 %.	3/4 par des membres de la famille ou des proches.

Source : Observatoire de la violence du CG 93.

Tableau 50.II. Conséquences des violences sexuelles et autres maltraitances sur un échantillon de 1 566 femmes âgées de 18–21 ans en Seine Saint-Denis.

	Maltraitances et violences sexuelles	Absence de violence
Sentiment d'être en bonne santé.	15 %. Maladies chroniques x 3.	
Sentiment d'être nerveuses, déprimées ou désespérées.	50 %.	
Tentatives de suicide.	34 %.	6 %.
Premier rapport non protégé pour les jeunes filles ayant subi des violences avant 16 ans.	x 2.	
Interruption de grossesse.	Plus fréquentes (sans chiffre).	

Source : Observatoire de la violence du CG 93.

Les conséquences sur l'état de santé des jeunes filles qui ont subi ces violences dans l'enfance sont résumées dans le tableau 50.II. Il est remarquable de noter que les violences sexuelles et autres maltraitances multiplient par 3 le nombre de maladies chroniques. Elles multiplient pratiquement par 4 les tentatives de suicide, et les comportements sexuels à risque (rapports non protégés, grossesses non désirées et avortements). Il apparaît dans cette étude que, malgré ses effets délétères sur la santé, avec 85 % de mauvaise autoévaluation de leur état de santé, les victimes de maltraitances de cet échantillon consultent moins les médecins que le reste de la population.

Felliti et ses collaborateurs (1998) ont étudié les relations entre l'exposition aux traumatismes infantiles (agressions sexuelles et maltraitance) et certains troubles sur un échantillon de 9 508 répondants soit 70,5 % des 13 494 personnes ayant bénéficié d'un bilan médical récent qui ont accepté de répondre à une enquête concernant 68 questions recensant sept catégories d'actes de maltraitance. Le risque de présenter des troubles ou des maladies sont significativement plus élevés chez les sujets qui ont subi au moins quatre actes de maltraitances. Les résultats sont résumés dans le tableau 50.III.

Tableau 50.III. Conséquences de l'exposition à quatre événements de vie pendant l'enfance (n = 9 508 sur 13 494).

Conséquences	Facteur de risque
Tabagisme	x 2
Dépression durant plus de 2 semaines	x 4,6
Tentatives de suicide	x 12,2
Alcoolisme	x 7,4
Maladie sexuellement transmissible	x 2,5
Cancer	x 1,9
Bronchopneumopathie chronique obstructive	x 3,9
Hépatite	x 2,5
État de santé précaire	x 2,2
Obésité sévère	x 1,6
Absence d'activités physiques de loisir	x 1,3
Toxicomanie	x 4,7
Toxicomanie parentérale	x 10.3
Coronaropathie	x 2,2
Agressions	x 2,4
Diabète	x 1,6
Fractures	x 1,6
> 50 partenaires sexuels	x 3,2

Source : Felliti, 1998.

Beaucoup d'autres études déterminent que les antécédents de maltraitance infantile sont, à l'âge adulte, associés à :

- une mauvaise autoévaluation de l'état de santé ;
- une augmentation de consultations médicales, d'incapacité fonctionnelle, de troubles sexuels et gynéco-obstétricaux, de problèmes de somatisation, des conduites à risques (téléphone portable au volant, abus d'alcool, tabagisme, refus de port de ceintures de sécurité, rapports sexuels non protégés, promiscuité sexuelles, surcharge pondérale), de symptômes médicaux variés.

Conséquences sociales

Un grand nombre d'études confirme que les violences sexuelles ont de graves répercussions sociales.

- Une revue (Hildyard, Wolfe, 2002) indique que tous les résultats de la recherche scientifique convergent pour démontrer les effets particulièrement délétères, à court et à long terme, des négligences graves sur le développement cognitif, socioémotionnel et comportemental, plus encore que dans le cas des mauvais traitements physiques. Les conséquences de la négligence affectent davantage le développement cognitif et l'insertion sociale, les maltraitances physiques entraînent préférentiellement des troubles du comportement.
- Les maltraitances sont également responsables de nombre d'échecs scolaires en raison de possibles troubles cognitifs. Les troubles du comportement rendent ces enfants indésirables en classe. L'échec scolaire peut être le prélude à de grandes difficultés d'intégration dans le monde du travail (Kokko, Pulkkinen, 2000).

La recherche fait également des liens entre : maltraitance infantile, troubles graves et criminalité

- Une étude greffée sur une cohorte de naissance (Fergusson, Lynskey, 1997) a par exemple démontré que la délinquance et la consommation de drogue et d'alcool sont corrélées aux maltraitances subies dans l'enfance.
- De nombreux sujets présentant des troubles mentaux précoces étaient en fait des victimes de maltraitances infantiles (Cohen *et al.*, 2001).
- Les adolescents physiquement maltraités avant l'âge de 5 ans sont cinq fois plus à risque d'être arrêtés pour des délits violents et non-violents (Lansford *et al.*, 2007).

Les troubles de la personnalité sont des facteurs prédictifs de passage à l'acte violents et de conduites délinquantes

Des études récentes ont mieux précisé les liens qu'ils entretiennent. Möller (2001), par exemple, a fait une revue de la littérature de laquelle il ressort que la personnalité antisociale est significativement corrélée à la délinquance juvénile, à la gravité et la fréquence des infractions violentes et des agressions sexuelles subies ?

Des études ont également été menées sur des échantillons de femmes

Sansone (2008) par exemple a étudié la personnalité et les antécédents sexuels d'un échantillon de 76 femmes borderlines hospitalisées et a pu mettre en évidence qu'elles rapportaient significativement davantage de rapports sexuels précoces et de rendez-vous lors desquelles elles subissaient des viols alors qu'elles n'avaient pas plus de partenaires sexuels ou de maladies sexuellement transmissibles.

Le déni de la maltraitance

Il paraît difficilement compréhensible, au vu de ces études, que les violences sexuelles, notamment lorsqu'elles sont subies dans l'enfance, soient si peu prises en compte. Nous avons développé dans une publication les ressorts psychosociaux du déni des violences sexuelles (Lopez, 2013), lesquels s'ancrent dans les fondements même de notre culture et s'articulent autour des idéologies sacrificielles de domination qui sous-tendent le succès de nombreuses théories antivictimaires dont les plus tenaces sont la confusion entre réalité et fantasme, le retour des idéologies sécuritaires qui privilégient la prise en compte de la violence des mineurs au détriment des maltraitances qu'ils subissent, le syndrome d'aliénation parentale, la vogue de la garde alternée, les « syndromes » des faux souvenirs et fausses allégations, le soi-disant piège du soupçon de l'inceste, entre autres théories qui ne reposent sur aucune étude scientifique mais sur des opinions d'experts. À titre d'exemple, Paul Fink, ancien président de l'*American Psychiatric Association* et directeur du *Leadership Council on Mental Health* (Phélip *et al.*, 2012) déclarait : « Je suis très inquiet en ce qui concerne l'influence que Gardner et sa pseudoscience peuvent exercer sur les tribunaux… Une fois que le juge admet le SAP, il est facile de conclure que les allégations d'agressions sont mensongères et les tribunaux attribuent la garde des enfants à des agresseurs présumés ou

avérés ; Gardner est en train de détruire l'idée que les plaintes pour agressions sexuelles sont graves ». Pour Janet R. Johnston et ses collaborateurs (Phélip *et al.*, 2012), sollicités par le comité chargé de la révision du DSM : il n'existe pas de consensus pour une définition unique de l'aliénation qui n'est en aucun cas un « syndrome » ; les preuves qui soutiennent l'existence de l'aliénation sont largement fondées sur des opinions cliniques et d'experts.

Clinique des violences sexuelles uniques chez l'adulte

On distingue les troubles péritraumatiques et les troubles posttraumatiques.

Troubles péritraumatiques

Sur le plan clinique, dans 70 % environ des cas, l'impact traumatique déclenche une réaction de détresse et/ou un état de dissociation péri traumatique qui est un état de conscience modifiée probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue. Ces réactions de défense péritraumatique permettent de prévoir la survenue d'un ESPT selon la fréquence cardiaque par exemple. La prescription précoce de bêtabloqueurs permettrait de prévenir l'apparition d'un ESPT. Il existe des échelles spécifiques de détresse péritraumatique et de dissociation péritraumatique.

Troubles posttraumatiques

- Les victimes de viols, agressions sexuelles, harcèlement sexuel, selon les définitions du Code pénal, présentent dans un peu moins de 40 % des cas environ un ESPT (F43.1) dont les manifestations cliniques sont bien connues. Ils atteignent profondément les croyances fondamentales antérieures de ces sujets : les concernant (contrôle, confiance, estime de soi, intimité), concernant les autres et le monde devenus dangereux. Les conduites d'évitement caractéristiques de l'ESPT affectent fréquemment leur sexualité de façon plus ou moins durable.
- Les états dépressifs, plus fréquents que les ESPT, affectent la moitié des victimes.
- Les troubles comorbides sont fréquents. Selon Kessler, l'anxiété généralisée touche environ 15 % des hommes et des femmes ; le trouble panique : 12,6 % des femmes contre 7 % des hommes ; la phobie simple près de 30 % des hommes et des femmes ; la phobie sociale près de 30 % des hommes et des femmes ; l'agoraphobie 22 % des femmes et 16 % des hommes. La toxicomanie et/ou alcoolisme constituent une complication fréquente ; ils peuvent s'interpréter comme une tentative d'automédication contre les symptômes d'intrusion ou d'hyperactivation neurovégétative de l'état de stress posttraumatique. Les troubles somatoformes ne figurent pas parmi les critères de l'ESPT dans le DSM-IV, mais ils sont une complication cliniquement fréquente.
- Les troubles dissociatifs durables, intermittents, sont une complication qu'il faut rechercher attentivement, surtout chez les sujets qui ont subi des violences répétées.

Clinique des violences sexuelles uniques chez l'enfant

Selon Ackerman (1998), le diagnostic d'état de stress posttraumatique arrive en quatrième position, après l'anxiété de séparation, le trouble oppositionnel et autre trouble phobique chez les enfants ayant subi un ou des événements traumatiques. Les signes cliniques de l'ESPT chez l'enfant ont des caractéristiques propres : le syndrome intrusif se manifeste souvent par des activités ludiques répétitives (dessins, jeux) ou par des remises en actes agressives ou sexuelles lors desquels ils remettent en scène le ou les événements traumatiques et des cauchemars de répétition terrifiants qui ne reproduisent pas toujours le ou les événements traumatiques ; les conduites d'évitement peuvent concerner tout ce qui rappelle ou symbolise l'événement traumatique, en particulier les soins corporels ou les examens médicaux.

Clinique des violences répétées

De plus en plus d'adultes révèlent, de plus en plus à la demande de leur thérapeute, avoir subi des agressions sexuelles répétées dans l'enfance. Ils font rarement le lien entre leurs troubles actuels et les événements traumatiques subis qui ont affecté plus ou moins gravement leur capacité de régulation

des affects et la structuration narcissique et identitaire de leur personnalité.

Les ruptures biographiques

L'anamnèse systématique de ces patients retrouve des ruptures biographiques à partir desquelles les personnalités traumatiques complexes présentent des troubles des conduites, des tentatives de suicides, des fugues, des troubles des conduites alimentaires, des comportements à risque, un échec scolaire, etc. Troubles d'autant plus graves que la rupture biographique, le début des événements traumatiques, est précoce (Lopez, 2013).

État limite ou personnalité traumatique ?

Des auteurs anglo-saxons décrivent un état de stress posttraumatique complexe (Herman, 1992 ; Pelcovitz *et al.*, 1997 ; Van der Kolk, 2005), un *Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Spécified* (DESNOS) ou un *Developmental Trauma Disorder* (Van der Kolk, 2005), dont les symptômes sont très proches de la catégorie diagnostique *borderline* des nomenclatures internationales, mais ils font quant à eux clairement un lien avec des psychotraumatismes répétés comme le démontre le tableau 50.IV.

Tableau 50.IV. Comparaison entre le trouble de développement traumatique et la personnalité limite.

Trouble de développement traumatique	Critères du trouble de la personnalité limite
A. Exposition **1.** Maltraitances diverses : abandon, trahison, agressions physiques, agressions sexuelles, menaces à l'intégrité corporelle, pratiques coercitives, violence psychologique, être témoin de violence ou de mort **2.** Expériences subjectives négatives : rage, trahison, peur, démission, défaite, honte B. Dysrégulation des réponses aux signaux traumatiques (durables, répétées, non modifiées par la conscience) : • Tr. Émotionnels ; • Tr. Somatiques ; • Tr. du comportement (p. ex., répétition, automutilation) ; • Tr. cognitifs (attente d'une répétition des événements traumatiques, confusion, dissociation) ; • Tr. relationnels (violence, opposition, méfiance, hyperconformisme) ; • Honte, culpabilité C. Attentes et croyances erronées : • manque de confiance en soi ; • méfiance envers les éducateurs ; • méfiance envers les autres ; • manque de confiance dans les organismes sociaux ; • manque de confiance dans la justice ; • attente d'autres événements traumatiques D. Perturbations : • scolaires ; • familiales ; • relationnelles ; • judiciaires ; • professionnelles	**Mode général d'instabilité** des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes : **1)** efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (*NB.* Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5) ; **2)** mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ; **3)** perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante et l'image ou de la notion de soi ; **4)** impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). *NB.* Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5. **5)** répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ; **6)** instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité, anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ; **7)** sentiments chroniques de vide ; **8)** colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ; **9)** survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Ce tableau décrit de façon exhaustive les troubles que présentent les « personnalités traumatiques complexes ».

Les défenses dissociatives

La dissociation psychique est une défense (un état d'anesthésie émotionnel) qui permet d'éviter la confrontation à une situation rappelant ou symbolisant le scénario traumatique (Lopez, 2013).

Sur le plan neurobiologique, l'hyperactivation cataclysmique des amygdales cérébrales que produit la reviviscence d'un événement traumatique, entraîne la sécrétion d'endorphines et de kétamine-likes, antagonistes des récepteurs au N-méthyl D-aspartate., Par hyperstimulation cela déconnecte le système limbique du cortex cingulaire empêchant de contextualiser l'événement, renforçant ainsi l'inscription des mémoires traumatiques.

L'imagerie médicale permet d'objectiver clairement la déconnection entre le système limbique et le cortex (Kédia *et al.*, 2012).

La dissociation peut se manifester par des conduites à risque qui permettent d'auto-induire une anesthésie émotionnelle (Kédia *et al.*, 2012 ; Lopez, 2013) :

- conduites addictives (tabac, alcool, psychotropes, stupéfiants) ;
- mises en danger, surtout chez les enfants et les adolescents ; on les définit comme étant des conduites dangereuses délibérées, répétées, le plus souvent associées entre elles, de nature compulsive : prise de risque sur la route, sport, rodéos, jeux dangereux (jeu du foulard, mises à l'épreuve, *binge drinking*, bizutages, etc.) ;
- conduites autoagressives (tentatives de suicides, automutilations, piercings, tatouages) ;
- comportements sexuels dangereux (rapports sexuels non protégés, sexualité violente, multiplication des partenaires, rapports avec des inconnus, prostitution, pornographie) ;
- troubles des conduites alimentaires : anorexie, boulimie, vomissements provoqués ;
- jeux d'argent ;
- achats compulsifs ;
- addiction aux jeux vidéo violents ;
- « fugues », vagabondages, absentéismes scolaires, fréquentations dangereuses ;
- participation active à des mouvements violents, sataniques, sectaires ;
- conduites délinquantes récidivantes (vols, destructions de biens, comportements violents) ;
- et autres.

Ces conduites paradoxales sont socialement et judiciairement stigmatisantes.

Approche thérapeutique

Le traitement d'une victime de violences sexuelles, dans une dimension habituellement intégrative, repose sur plusieurs principes : travailler en réseau, installer un climat de confiance, négocier le cadre thérapeutique, apprendre à gérer les émotions et les troubles dissociatifs, réécrire le scénario traumatique (Lopez, 2013).

Travailler en réseau

La procédure judiciaire reste le meilleur moyen de réinscription symbolique des victimes comme sujet dans le groupe social, en particulier de celles qui n'ont jamais pu conquérir une place dans la famille, l'école, la société, etc. Mais une procédure judiciaire est toujours une rude épreuve où rien n'est gagné d'avance. Si le patient est désireux de se lancer dans cette périlleuse « aventure », il faudra lui offrir un accompagnement judiciaire performant, en règle assuré par un avocat et une association spécialisés avec qui le professionnel travaille en réseau : association d'entraide aux femmes ou association d'aide aux victimes adhérant à l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (Lopez, 2013).

Ce travail en réseau permet de protéger le cadre thérapeutique des multiples intrusions et maltraitances que peuvent infliger les proches, les autorités répressives, les professionnels de la santé, véritables événements traumatiques secondaires survictimants (Lopez, 2013).

Installer un climat de confiance

Pour parvenir à gagner sa confiance d'un sujet violé, il faut reconnaître sans réserve la gravité des faits en faisant référence à la loi. A un enfant qui dévoile des violences sexuelles le professionnel

déclare : « Je te crois. Il/elle n'avait pas le droit de faire ça ». En contexte traumatique, la famille a tout fait pour ne rien voir ; elle a excusé, banalisé ou minimisé les violences subies. Le thérapeute se met au contraire résolument du côté de la victime et bannit la « neutralité bienveillante » au profit d'une attitude empathique bien dosée qui ne confine jamais à la sympathie. Il encourage l'enfant en lui disant : « Tu as bien fait d'en parler. Je sais que c'est dur pour toi ». Il oriente le patient dans le réseau d'accompagnement social et judiciaire parce que le soutien social est le facteur de résilience le plus important chez l'enfant comme chez l'adulte. Cependant, ce n'est pas pour autant qu'il obtient facilement la confiance minée d'une victime psychotraumatisée, une tâche ardue, surtout chez les adolescents et les adultes qui s'ingénient inconsciemment dans le « contre-transfert traumatique » à générer des contre-attitudes de rejet de la part de tous les intervenants en ratant les rendez-vous, en provoquant des ruptures, en testant les limites du cadre ou en tentant de le transgresser. C'est une façon de tester le thérapeute qui, s'il cédait aux provocations, rejouerait le scénario traumatique.

Négocier le cadre thérapeutique

Le thérapeute négocie « démocratiquement » le cadre thérapeutique et ne l'impose jamais pour ne pas reproduire un des aspects du scénario traumatique qui est le domaine où règne la loi du plus fort. Il faut se mettre d'accord sur le rythme des séances, la durée, le prix et surtout proscrire tous types de passages à l'acte. À chaque tentative de transgression, le thérapeute recadre le patient en lui rappelant que le cadre a été librement accepté de part et d'autre. C'est ainsi que peu à peu, une victime parvient à accorder sa confiance à un thérapeute qui représente un père devenu progressivement bienveillant et respectueux ou une mère protectrice, de façon souvent caricaturale dans le type de transfert littéral qui caractérisent les personnalités traumatiques.

Apprendre à gérer les émotions et les troubles dissociatifs

La victime de violences sexuelles doit apprendre à gérer ses émotions et les troubles dissociatifs qui ne permettent pas d'aborder les événements traumatiques qui ne font pas sens parce que les émotions déconnectent le cerveau limbique du cortex frontal. Aucune thérapie par la parole n'est efficiente avant que, par des techniques de relaxation, la victime puisse apprendre à contrôler ses émotions. Il faut apprendre aux enfants à identifier et clarifier leurs émotions avant de leur donner des outils pour les externaliser, en règle par une thérapie par le jeu chez l'enfant, par des techniques de relaxation chez les adolescents et l'adulte jeune.

Réécrire le scénario traumatique

La réécriture progressivement complète du scénario traumatique est le point ultime de la thérapie : elle permet à la victime de violences sexuelles, dans une dernière tentative de reproduction littérale du scénario traumatique spécifique, par une tentative d'interrelation sexuelle réelle ou symbolique, de se convaincre que la « malédiction » peut cesser. La recherche de sens se travaille par la critique du « système agresseur » et non pas par des interprétations plus ou moins « culpabilisantes » (Lopez, 2013).

Ces principes généraux de traitement définissent une thérapie relationnelle qui s'inscrit dans l'exact négatif du scénario traumatique que certaines thérapies classiques reproduisent peu ou prou comme le montre le tableau 50.V.

Ces principes étant posés, ils s'appliquent de façon très différente selon l'âge du sujet. Chaque thérapeute les applique en utilisant les techniques qu'il pratique : relaxation, thérapie cognitivocomportementale, EMDR, hypnose, chimiothérapie, pour peu que ces méthodes soient consensuelles ou mieux validées par la recherche.

Conclusion

Les conséquences cliniques des agressions sexuelles uniques sont très différentes de celles des agressions sexuelles répétées parfois anciennes. Une agression sexuelle unique entraîne généralement un état de stress posttraumatique (ESPT). Les agressions sexuelles répétées entraînent des troubles de la régulation des affects, mais aussi des effractions narcissiques et des troubles identitaires.

Tableau 50.V. Comparaison d'une thérapie classique et d'une thérapie relationnelle.

Scénario traumatique	Thérapie classique	Thérapie relationnelle
Loi du silence	Neutralité « bienveillante »	Empathie active
Déni, minimisation	Absence de recherche des ET	Reconnaissance et incitation à porter plainte
Isolement	Colloque singulier	Travail en réseau
Défense de type dissociatif	Exposition technique mal maîtrisée (parole, TCC, EMDR)	Techniques diverses de gestion des émotions
Loi du plus fort	Cadre imposé	Cadre démocratique négocié
Culpabilité	Implication du sujet (culpabilisation)	Critique du système agresseur
Emprise	Thérapie rigide (coaching)	Cadre souple avec recadrage
Abandons	Rupture des soins	Prévention des ruptures de soins
Répétition des violences	Rejet par identification projective	Contrôle des contre-attitudes « violentes »
Violences sexuelles	Répétition littérale	Réécriture du scénario traumatique spécifique

Source : Lopez, 2013.

La prise en charge des victimes d'agressions sexuelles ne peut se concevoir qu'en réseau avec des juristes (avocats) et des associations spécialisées qui accompagnent les victimes dans leurs démarches sociales et judiciaires. Ce nécessaire accompagnement protège le cadre thérapeutique des incessantes difficultés qu'elles risquent de rencontrer dans le parcours de réparation globale.

Les principes thérapeutiques, plus ou moins consensuellement admis, consistent à contrôler les phénomènes dissociatifs récurrents par des techniques de relaxation qui permettront dans un second temps de réécrire le scénario traumatique dont la résolution, favorisée par une possible et parfois difficile reconnaissance judiciaire, signe le succès du traitement. Le sens à donner au traumatisme est, dans la majorité des cas, la critique des processus de domination : le sexisme dans le cas des viols et agressions sexuelles.

Références

Ackerman, P., Newton, J., McPherson, W., et al. (1998). Prevalence of PTSD and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, *22*(8), 759–774.

Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France Pratique, genre et santé* (612p). Paris : La découverte.

Cohen, P., Brown, J., & Smaile, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 981–999.

Felliti, V. J., Anda, R. F., Nordemberg, D., et al. (1998). Relashionship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults : the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258.

Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *21*(7), 617–630.

Halpérin, D. S., Bouvier, P., Jaffe, P. D., Mounoud, R. L., Pawlak, C. H., Laederach, J., et al. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Genova : results of across sectional survey. *BMJ*, *312*, 1326–1329.

Herman, J. (1992). Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*, 377–391.

Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect : developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, *26*(6–7), 679–695.

Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., et al. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique* (256p.) Paris : Dunod.

Kessler, R., Sonnega, A., & Bromet, E. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.

Kokko, K., & Pulkkinen, L. (2000). Aggression in childhood and long-term unemployement in adulthood : a cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental Psychology*, *36*(4), 463–472.

Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., et al. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency : A prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, *12*(3), 233–245.

Lopez, G. (2013). *Enfants violés et violentés : le scandale ignoré.* Paris : Dunod, 248 p.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2010). *Violences et santé en France : état des lieux* (280p). Paris : La Documentation française.

Möller, A., & Hell, D. (2001). Psychopathy in forensic psychiatry. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *69*(12), 603–610.

Observatoire des violences envers les femmes du Conseil général de la Seine-Saint-Denis (eronai@cg93.fr).

Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development and validation for the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 3–16.

Phélip, J., & Berger, M. (2012). *Divorce, séparation : les enfants sont-ils protégés ?* (288p). In Paris : Dunod.

Sansone, R. A., Barnes, J., Muennich, E., & Wiederman, M. W. (2008). *Borderline* personality symptomatology and sexual impulsivity. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *38*(1), 53–60.

Tursz, A. (2010). *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France* (417p). Paris : Seuil.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress : The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(5), 389–399.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder : Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 401–408.

Chapitre 51

Le débriefing psychologique : indications et débats

Louis Jehel, François Ducrocq

Le débriefing psychologique a traversé des heures de gloire parfois excessive comme *le remède miracle* systématique à proposer à toute situation de stress intense. Actuellement le débriefing psychologique retrouve une place plus pondérée. De nombreuses études internationales aident à recentrer le positionnement de cette intervention technique pour des situations précises.

En 1983, c'est le psychologue américain Jeffrey Mitchell, un ancien pompier devenu psychologue, qui suggère de reprendre la technique narrative de Marshall pour codifier des procédures de *debriefing* applicables aux équipes de sauveteurs civils, pompiers et policiers au lendemain d'incidents critiques. Le but de ce ***Critical Incident Stress Debriefing*** (CISD), qu'il a élaboré était de réduire les désordres émotionnels des pompiers après une situation particulièrement intense, de restituer la capacité de travail, de faciliter la réinsertion au sein de la famille et de contribuer aussi à prévenir les évolutions pathologiques. Pour Mitchell (1988), le *debriefing* se distingue de l'intervention thérapeutique par quatre points :

- déroulement strict (du debriefing) *versus* déroulement souple (de la thérapie) ;
- raconter l'événement versus le revivre ;
- ne pas interpréter versus interpréter ;
- expliquer, dédramatiser versus écoute neutre.

Par la suite, dans différents pays, divers auteurs ont préconisé des adaptations de la technique Mitchell : Raphael (1986) pour doubler la restructuration cognitive d'une verbalisation de soulagement émotionnel, Armstrong (1991) pour calquer la procédure sur l'inventaire des facteurs stressants en cause, Shalev (1994) pour substituer une mémoire verbalisée à la mémoire traumatique (qui est une mémoire d'images) et Dyregrov (1997) pour y adjoindre les effets de la dynamique de groupe (*cf.* Crocq, *Histoire du debriefing*, 2004).

Dans les pays francophones, à l'expérience de divers *débriefings* (soignants lors de l'effondrement d'une tribune lors d'un match de football au stade de Furiani en 1992, étudiants victimes d'un attentat terroriste dans un amphithéâtre à Woluwé en 1993, passagers pris en otages par des terroristes d'un détournement d'avion de ligne Alger-Paris en 1994, enfants pris en otages dans une école à Clichy en 1995 (Jehel *et al.* 1997), militaires affectés à des missions d'interposition ou humanitaires en ex-Yougoslavie ou au Rwanda, (1994)), les cliniciens se sont démarqués des consignes imposées par Mitchell et ont reconnu au débriefing une fonction thérapeutique. Crocq (2004) a identifié dix objectifs du débriefing, dont le principal est la verbalisation spontanée des émotions, à des fins cathartiques. Lebigot (1997) récuse le récit factuel, incapable de faire accéder au « réel » de l'expérience traumatique et souligne le travail personnel du sujet débriefé (même s'il se reconnaît dans le discours de l'autre) car chacun a affronté l'événement d'une manière qui n'appartient

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

qu'à lui, et qui ne correspond pas à la « fable collective ». Parmi les écueils à éviter, il signale le piège de la compassion, qui dépouille le participant de ses velléités d'autonomie, le piège de la « déculpabilisation », alors que la culpabilité est un levier thérapeutique qui ne peut être activé, dans la durée, que par le sujet lui-même. Il souligne aussi le piège de la « dédramatisation », qui prétendrait retirer artificiellement ce caractère « dramatique » de l'événement. Pour tous les auteurs une intervention unique ne peut-être qu'une étape qui permet avant tout d'initier un travail personnel d'assimilation de son expérience traumatique, pour ceux qui souffrent, et ne peut suffire à résoudre un trauma.

Un débriefing psychologique version « francophone » ou intervention psychothérapeutique postimmédiate ?

Pour la plupart des auteurs français et belges (Crocq, Lebigot, De Clercq, Vermeiren, De Soir, Jehel), le débriefing psychologique doit être pratiqué en postimmédiat. À la phase initiale des premières heures l'intervention doit être celle d'un déchocage psychologique. Dans cette intervention il n'est pas question d'imposer aux personnes victimes une intervention psychologique d'analyse émotionnelle et psychologique de l'événement encore présent. L'objectif est dans cette première étape de contenir les émotions, de limiter l'impact désorganisant du choc traumatique et d'identifer les personnes les plus perturbées et dont les risques de développer des troubles posttraumatiques sont les plus importants.

Le plus souvent, il faut attendre 2 à 3 jours après l'événement, parfois plus dans le cas d'attente des obsèques notamment. Ceci est donc à distinguer des soins pratiqués sur le terrain, dans les premières 24 heures, par les Cellules d'urgence médicopsychologique, et qui comprennent gestion de crise et *defusing* (Vaiva *et al.* 2005) ou déchocage psychologique. La temporalité du débriefing dépend de la gravité de l'événement mais au-delà d'un certain délai quelques cliniciens considèrent qu'il perdrait son bénéfice thérapeutique. Pour d'autres (Chemtob *et al.* 1997) un débriefing psychologique réalisé même plusieurs mois après l'événement, voire quelques années, peut être utile. Pour Shalev, la différence est alors la durée de la souffrance et la difficulté croissante avec le temps de traiter un trouble qui a eu tendance à renforcer la désorganisation de la vie psychique et sociale de la personne atteinte d'ESPT.

Le débriefing est une technique développée pour des groupes qui ont une cohérence antérieure à l'événement traumatogène, notamment par des liens institutionnels. En individuel, la dynamique de groupe est perdue mais d'autres objectifs sont possibles notamment une élaboration plus fine dans un processus de réorganisation psychique.

Les personnes pratiquant le débriefing doivent être des professionnels de santé formés à cette technique. Le meneur du débriefing est psychiatre ou psychologue clinicien accompagné d'un collaborateur averti pour tout débriefing de groupe. Dans ce contexte le terme de débriefing apparaît confus car il sous-entend un briefing. Aussi a-t-on proposé le terme d'intervention psychothérapique précoce (Crocq 2002) ou mieux d'intervention psychothérapeutique post-immédiate ou IPPI (Jehel *et al.* 2005).

Dans le déroulement de l'intervention psychothérapeutique postimmédiate, le recours à l'évocation des faits est un point de départ pour une expression des émotions puis des cognitions. Chacun énonce également les actes qu'il a pu réaliser à chacune de ces étapes dans cette progression pas à pas vers une représentation de l'événement. Dans tous les cas cette intervention doit rester une offre de soins proposée à des sujets volontaires. Certes une seule séance d'« IPPI » ou de débriefing ne saurait résoudre un trouble naissant pour les sujets particulièrement marqués.

Indications pour une intervention précoce

L'enrichissement des expériences des professionnels a conduit à identifier des caractéristiques cliniques et épidémiologiques qui imposent de structurer les approches psychologiques précoces. C'est la fréquence élevée des expositions à des

événements traumatogènes (60–90 % Breslau *et al.* 1998, Kessler *et al.* 1995) puis le sentiment de l'utilité de ces interventions exprimé par les victimes (Declercq *et al.* 1999) qui constituent le point de départ de l'organisation des débriefings psychologiques. On observe ensuite dans le suivi de ces populations une variation des taux de troubles posttraumatiques en fonction du type d'événement, la fréquence la plus élevée étant rapportée pour les agressions sexuelles et l'exposition à la violence (Breslau 1998), ce qui correspond essentiellement la notion de sur-risque traumatique lorsque l'événement est lié a une intentionnalité humaine. Cependant même si un grand nombre de sujets présente des réactions de stress après un événement, seul un petit nombre va développer des troubles sévères exigeant des interventions thérapeutiques. Pour certains auteurs, le débriefing réalisé selon le type du CISD pourrait exacerber des symptômes (Bisson 1997).

Le trouble le plus pathognomonique au moment de l'effraction traumatique étant celui de la dissociation péritraumatique (Marmar, 1996), il convient logiquement de développer des actions de soins qui favoriseront un processus de réorganisation de la pensée pour une réappropriation de l'événement paru comme irréel et en permettront une intégration structurée dans la mémoire du sujet.

Il paraît donc prioritaire dans l'intervention précoce de dépister ceux qui ont le plus haut risque de développer des troubles et d'orienter l'intervention vers les dimensions affectées par l'événement : le déficit du soutien social, la perturbation d'une mémoire désorganisée, les manifestations neurovégétatives et la tentative d'adaptation par la fuite et l'évitement.

Le débat

Nous présentons les principales études évaluant les suites d'intervention de type débriefing, en synthétisant les résultats avec les principales limites. Nous constatons une forte hétérogénéité entre les populations, la formation des intervenants, le type d'intervention et la durée de suivi des populations. L'état clinique antérieur à l'événement n'était en outre connu pour aucune étude.

Le premier travail qui a soulevé les effets négatifs du débriefing a été celui de Bisson *et al.* (1997) déclarant que le débriefing psychologique (DP) exacerbe les symptômes de PTSD. Ils rapportent qu'à 13 mois, 26 % des personnes ayant reçu le DP présentent un PTSD contre 9 % dans l'autre groupe. Bien que les deux groupes soient répartis de façon aléatoire, le groupe débriefé avait des scores initiaux plus élevés, davantage de lésions physiques et rapportait plus d'expositions à des événements traumatogènes. Tous ces facteurs de risques de PTSD ne sont pourtant pas contrôlés dans cette étude. Il est évalué l'effet du CISD auprès de victimes individuelles alors que cette technique a été développée pour des équipes de professionnels. Cette étude pourrait seulement conclure que le CISD n'est pas adapté à ce type de population mais une généralisation abusive a été faite de ce résultat erroné et partiel.

Dans une autre étude rapportée par Rose *et al.* (1999), aucune différence n'apparaît entre le groupe débriefé et les autres. Mais on constate (Litz *et al.* 2002) que le taux de participation à cette étude est de 7 % sur les 2 161 victimes sollicitées. On ne peut écarter un biais de sélection majeur et il est possible que les victimes souffrant d'une symptomatologie d'évitement intense aient refusé de participer à cette étude. Un des rôles du débriefing est pourtant d'aider les personnes souffrant de cet évitement pathologique et cela pourrait être ce groupe qui aurait dû bénéficier de cette intervention psychologique. Le résultat de cette étude ne peut donc pas être étendu à l'ensemble des 2 161 victimes, rien ne dit que les 157 victimes autosélectionnées soient représentatives. Enfin, le débriefing psychologique a été réalisé dans cette étude 21 jours après l'événement. Plus récemment, Kearns *et al.* (2012) insistent sur le fait que le débriefing psychologique ne peut prévenir seul les PTSD chroniques et que les débriefings psychologiques compulsifs auprès des victimes ne sont pas utiles, ce à quoi nous pouvons ajouter qu'ils peuvent être dangereux lorsque réalisés par des professionnels qui n'ont pas un niveau de formation clinique et de psychotraumatologie suffisant.

Conclusion

Il apparaît clairement que le débriefing psychologique a été utilisé dans de trop larges indications pour que son efficacité apparaisse probante.

La conclusion retenue dans la plupart des recommandations va dans ce sens : « le débriefing psychologique n'est pas indiqué dans tous les cas » et « une seule session de débriefing n'écarte pas le risque de PTSD pour chacune des personnes ».

L'absence de recommandations de médicaments pour la période initiale péritraumatique renforce la nécessité que les stratégies d'interventions médicopsychologiques comme l'IPPI soient affirmées. Il est donc encore nécessaire de renforcer les éléments de preuve pour se prononcer avec certitude sur le bénéfice de cette technique, mais il faut identifier précisément ceux qui peuvent en bénéficier utilement et ceux pour qui il est dangereux. C'est pour les groupes de professionnels que ces actions apparaissent actuellement les plus utiles. Aussi proposons-nous, pour éviter toute ambiguïté, de réserver le terme *débriefing* aux opérations à but uniquement préventif chez des professionnels venant de connaître un incident critique, et le terme *intervention psychothérapeutique postimmédiate* (IPPI) aux interventions à but curatif chez des sujets (victimes ou impliqués) qui présentent des signes de souffrance psychotraumatique.

Au vu des données actuelles de la connaissance scientifique, le point unanimement reconnu est qu'une seule session d'intervention auprès de patients non sélectionnés présentant des symptômes modérés à sévères ne peut être recommandée. C'est par la description claire des procédures choisies avec des objectifs précis et l'évaluation systématisée avant et après l'intervention, assortie d'un suivi des populations, que notre connaissance du débriefing psychologique peut progresser parmi les différents outils thérapeutiques auprès de sujets confrontés à une situation de menace vitale. La psychotraumatologie est donc une nouvelle discipline, qui exige la formation des professionnels pour permettre le développement d'intervention clinique rigoureuse. Il convient de renforcer le développement d'une recherche appliquée à cette nouvelle discipline pour la mise en œuvre d'intervention psychologique précoce spécialisée évaluée.

Références

Bisson, J. I., Jenjins, P. L., Alexander, J., Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British Journal of Psychiatry*, *171*, 78–81.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and post traumatic stress disorder in the community : the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*(7), 626–632.

Chemtob, C., Thomas, S., LAW, W., & Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention : a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *The American Journal of Psychiatry*, *154*(3), 415–417.

Conlon, L., Fahy, T. J., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims : a randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(1), 37–44.

Crocq, L. (2002). Expression des émotions et aspect cathartique du *débriefing*. In E. De Soir, & E. Vermeiren (Eds.), *Les débriefings psychologiques en question* (pp. 163–174). Anvers : Garant.

Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre* (422p). Paris : Odile Jacob.

Crocq, L. (2004). L'intervention psychologique auprès des victimes en période postimmédiate. La question du debriefing. *Le journal des Psychologues*, *218*, 8–14.

Crocq, L. (2004). Histoire du debriefing. In *Pratiques psychologiques* (Vol. 10) (pp. 291–318). Paris : Elsevier.

De Clercq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques* (Vol. 1). Paris : Masson.

De Soir, E., & Vermeiren, E. (2002). *Les debriefings psychologiques en question* (276P). Anvers/Apeldoorn : Garant.

Deahl, M. P., Srinivasan, M., Jones, N., & Thomas, J. Neblettc Jolly A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers : the role of operational stress training and psychological debriefing. *British journal of medical psychology*, *73*, 77–85.

Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, *10*(4), 589–606.

Jehel, L., Louville, P., & Crocq, L. (1997). Prises d'otages, intervention médicopsychologique. *Soins Psychiatrie*, *188*, 24–26.

Jehel, L., Prieto, N., & Crocq, L. (2005). *Du Debriefing* des sauveteurs au Débriefing psychiatrique. In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, & M. Goudemand (Eds.), *Psychotraumatismes : prise en charge et traitement* (pp. 113–120). Paris : Masson.

Kearns, M. C., Ressler, K. J., Zatzick, D., & Rothbaum, B.O. (2012). Early interventions for PTSD : A review. *Depression and Anxiety*, *29*, 833–842.

Kessler, R. C., Sonega, A., Bromet, E., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.

Lebigot, F., Gauthier, E., Morgand, D., Reges, J. L., & Lassagne, M. (1997). Le debriefing psychologique collectif. *Annales Médico-psychologiques*, *155*(6), 370–378.

Litz, B. T., Gray, J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early Intervention for Trauma : Current Status and Future Directions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, *9*(2), 112–134.

Marmar C. R., Weiss D. S., Metzler T. J., & Delucchi K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *The American Journal of Psychiatry*, *153*, 94–102.

Marshall, S. L. A. (1947). *Men under fire : the problem of battle command in future war* (Vol. 1). New York : William Morrow And Co.

Mayou, R., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accidents victims : Three year follow up study of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 589–593.

Mitchell, J. T. (1988). History, status and future of CISD. *Journal Of Emergency Medical Services*, *13*, 49–52.

Raphael, B., Wilson, J., Meldrum, L., & Mc Farlane, A. (1996). Acute preventive intervention. In B. Van Der Kolk, A. Mc Farlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress, par* (pp. 463–479). London : Guilford Press chap. 20.

Shalev, A. (1994). Debriefing following traumatic exposure. In R. Ursano, B. Mc Caughey, & C. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster* (pp. 201–219). Cambridge : University Press.

Shalev, A., Peri, T., & Rogel-Fuchs, Y. (1998). Historical group debriefing after combat exposure. *Military Medicine*, *163*(7), 494–498.

Vaiva, G., Lebigot, F., Ducrocq, F., Goudema Nd, M., et al. (2005). *Psychotraumatisme, prise en charge et traitement*. Paris : Masson.

Psychotraumatisme : interventions précoces

CHAPITRE 52

Marie Bouyssy

La connaissance, et l'intérêt pour la clinique de troubles psychotraumatiques se sont accélérés depuis 30 ans. La prise de conscience du handicap psycho-socio-professionnel causé par ce type de trouble une fois constitué, a été décrite notamment chez les vétérans de la guerre du Vietnam, aux États-Unis, et a motivé l'inscription du syndrome de stress posttraumatique dans les classifications internationales de troubles mentaux en 1980 (DSM-III). La répétition de l'exposition de la population civile à des événements traumatiques collectifs ou microsociaux a confirmé les descriptions historiques anciennes : le développement de troubles psychiques après l'exposition à un événement traumatique ne concerne pas exclusivement la population militaire.

La prévalence du syndrome de stress posttraumatique est élevée, estimée à 2 % sur la vie entière dans la population générale en Europe (2,7 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes en France (Cohidon, 2007). Cette prévalence est majorée en population exposée (vétérans de guerre, pompiers ou sauveteurs, victimes d'agression, d'attentats, de catastrophe, de viol).

La médiatisation des conflits et la reconnaissance du statut des victimes sont des éléments qui ont participé au développement de l'organisation d'une intervention précoce par la société.

En France, ces interventions sont dévolues aux services d'urgences et aux équipes préhospitalières organisées dans les cellules d'urgences médicopsychologiques. Nous détaillons ici la psychopathologie posttraumatique et les modalités d'intervention précoce.

Les soins précoces pour blessés psychiques ont été développés par la psychiatrie militaire. Le développement d'armes nouvelles, les conflits multiples, les survivants et mutilés en grand nombre ont motivé l'organisation et le développement d'une prise en charge spécialisée précoce dès le début XX^{e} siècle, et la création d'hôpitaux psychiatriques pour les combattants blessés psychiques, à l'arrière des lignes (Crocq, 1999).

Le principe de la « psychiatrie de l'avant » décrit par Guillain en 1915, insiste sur l'importance d'un traitement rapide, proche des zones armées, permettant un retour rapide au combat. Les principes d'intervention précoce proposés par Salmon en 1917 sont aujourd'hui encore utilisés : proximité du lieu d'intervention, immédiateté des soins, espérance de guérison, simplicité des moyens et du dispositif de soins utilisés (courte psychothérapie suggestive centrée sur l'épisode en cause), et centralité de la prise en charge (Crocq, 1999).

Si les descriptions de prise en charge précoce datent du début du XX^{e} siècle, les descriptions cliniques des troubles posttraumatiques sont bien plus anciennes, riches de descriptions célèbres depuis l'Antiquité. Le général Crocq en dresse l'historique : se succèdent notamment le cas d'Epizelos à la bataille de Marathon rapporté par Hérodote ; les rêves de bataille rapportés par Lucrèce ; les hallucinations de Charles IX après le massacre de la Saint-Barthélemy ; la névrose traumatique de Pascal ; les

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

états confusostuporeux engendrés par « le vent du Boulet » par Larrey ; les névroses de la circulation par Pinel, l'hystérie postémotionnelle par Briquet (déterminée par la frayeur, les émotions morales vives). Les descriptions psychiatriques s'organisent à la fin du XIX^{e} siècle, avec Oppenheim et la névrose traumatique, Charcot et l'hystéroneurasthénie morale, Pierre Janet et l'automatisme psychologique (où la souvenance de l'événement serait une idée fixe non assimilée par le langage, dans une dissociation de la conscience), Breuer et Freud et l'hystérie traumatique. Au début du XX^{e} siècle, les deux premières guerres mondiales ont permis d'enrichir cette clinique descriptive, avec la description des névroses et psychonévroses de guerre par Ferenczi (Crocq, 1999).

La notion de traumatisme psychique est limitée à la survenue brutale d'un événement violent inhabituel, susceptible de créer chez un individu un bouleversement momentané ou durable dans son organisation psychique. Le trauma correspond à un phénomène d'effraction des défenses psychiques, c'est une blessure. L'effraction traumatique est assez forte pour rompre la barrière de protection de l'appareil psychique (pare-excitation), mobiliser tous les moyens de défense et pénétrer tel quel l'appareil psychique. L'événement traumatique représente un fait extérieur, repérable, généralement brutal, introduisant une rupture avec distinction radicale entre l'avant et l'après, indépendant de la personne, mais chargé d'une dimension subjective. Il existe ainsi une variabilité interindividuelle de la perception de ce qui est traumatisant ou non. L'événement traumatique peut être générateur : d'un vécu de mort, d'un sentiment d'arbitraire ; d'une culpabilité ; d'une altération (ou d'une rupture) du sentiment d'appartenance au groupe de pairs. C'est un événement considéré comme déshumanisant.

On estime que l'effroi est le marqueur de l'effraction traumatique. « Il y aura trauma si la mort s'est imposée au sujet comme un réel, une perception sans médiation, dans un moment d'effroi. La scène du trauma a fait intrusion dans l'appareil psychique et s'y est incrustée, hors signification » (De Clercq, Lebigot, 2001).

Les troubles psychiques posttraumatiques peuvent s'observer chez *les victimes* directes de l'événement que sont les « blessés physiques » (appelés « urgence absolue », et « urgence relative » par le SAMU), chez *les impliqués* (un impliqué est une victime qui a assisté à l'événement traumatique mais qui n'a pas été blessée physiquement, c'est un « blessé psychique » potentiel), et chez les personnels de secours (exposés régulièrement).

La clinique des troubles précoces

La clinique est décrite de façon différente et non superposable dans les classifications internationales actuelles qui incluent des symptômes correspondant à des temps cliniques différents. La CIM-10 différencie la « réaction aiguë à un facteur de stress », la « réaction à un facteur de stress important » le « trouble de l 'adaptation » de la « stupeur dissociative » (CIM-X) ; le DSM-IV-TR regroupe les symptômes dans « l'état de stress aigu » (DSM-IV).

Cette clinique des troubles précoces s'articule autour d'une pathologie initiale et éphémère, dans laquelle sont différenciés la clinique immédiate du vécu de l'événement ; et celle de la réaction immédiate (dans les premières heures, et premier jour inclus), puis celle des troubles postimmédiats (à partir du 2^{e} jour et jusqu'au 30^{e} jour).

La réaction clinique du vécu de l'événement, constitue la *détresse péritraumatique*, regroupant une altération de la perception du temps (vécu au ralenti, ou de façon accélérée, pouvant aller jusqu'à la dissociation), du lieu et de soi, d'une impression d'irréalité. S'y associent un sentiment d 'arbitraire (secondaire à la confrontation à l'imminence de la mort, traduisant la blessure narcissique liée à la perte, au moins momentanée, du statut de sujet), un sentiment de culpabilité (à caractère parfois incohérent, correspondant à la tentative par le sujet de donner du sens à l'événement et de s'en réapproprier la maîtrise), et une rupture du sentiment d'appartenance au groupe de référence (dû à l'isolement extrême du sujet, lié au caractère unique de l'expérience vécue et au sentiment de culpabilité) (De Clercq, Lebigot, 2001).

La réaction immédiate

C'est une traduction symptomatique du stress qui suit l'agression. Cette réaction de stress peut être adaptée, dépassée, ou prendre l'aspect d'un état de stress à coloration psychopathologique. Le stress est une réaction biologique, physiologique, psychologique d'alarme, de mobilisation, de défense de l'individu face à une agression ou à une menace. La libération de catécholamines et d'hormones corticosurrénaliennes induite par la peur va provoquer un climat d'hyperadrenergie.

La plupart des états de stress observés sur le terrain sont des états de *stress adapté*, où l'individu concentre et mobilise instantanément ses compétences cognitives (de vigilance, d'attention, de raisonnement), de contrôle affectif, volitionnelle (entretenant l'action) et comportementale (conduites adaptées de combat, retrait, fuite), et motrices.

Lorsque les capacités d'attention soutenue, de contrôle émotionnel ou de mémorisation sont épuisées, chez un sujet fragilisé, la réaction immédiate de stress peut être inadaptée. Des manifestations d'états de *stress dépassé* peuvent être observées, elles correspondent à des réactions archaïques, inadaptées, évocatrices de *dissociation péritraumatique* (rupture immédiate ou postimmédiate de l'unité psychique au moment du traumatisme, sentiment d'irréalité) et s'accompagnent souvent d'amnésie secondaire (dissociative).

Ces états de stress dépassé sont l'agitation stérile (hyperactivité stérile), les activités automatiques (gestes stéréotypés, répétitifs inefficaces ou incongrus), l'état de sidération (où la personne est immobile dans le danger par exemple) ou de fuite panique (fuite en avant, vers la source de danger sont décrits).

Parfois, des états de stress avec coloration psychopathologique, paraissant exprimer des pathologies latentes sont observés (décompensations d'allure psychotique, phénomènes conversifs, attaques de panique, accès maniaques, mélancoliques).

Les troubles postimmédiats

Ils sont décrits dans les jours qui suivent l'événement et avant 1 mois : ces troubles sont transitoires, peuvent s'apparenter aux troubles immédiats (stupeur, hébétude) ou regrouper des symptômes évocateurs d'un trouble posttraumatique se constituant. Le plus souvent des troubles anxieux, mnésiques, des ruminations autour de l'événement, une humeur dépressive sont observés. Des symptômes traumatiques spécifiques peuvent déjà être observés : cauchemars, reviviscence, hyperactivité neurovégétative, évitement.

Chez l'enfant

Le jeune âge n'est pas protecteur, un état de stress posttraumatique peut apparaître dès les premières semaines qui suivent l'exposition à l'événement traumatique. La clinique posttraumatique de l'enfant est variée : hyperactivité réactionnelle (agitation, stéréotypies, répétitions gestuelles), hyperactivité émotionnelle (accès de colère, repli sur soi brutal), inhibition motrice (prostration, aboulie, tableau d'enfant silencieux), signes somatiques (douleurs abdominales, vomissements, conduites de régression, troubles des conduites alimentaires), modification de perception de l'avenir (pensée magique, pouvoirs divinatoires) et des symptômes de répétition (mnésies intrusives et cauchemars, dessins répétitifs). Dépister précocement ces troubles permettra leur prise en charge adaptée (De Clercq, Lebigot, 2001).

Après 1 mois

Les conséquences psychopathologiques possibles de l'exposition à un traumatisme correspondent à une pathologie différée et séquellaire. Un état de stress posttraumatique (ESPT) constitué peut être observé ; un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, un abus de substances, des troubles psychosomatiques sont fréquents et à rechercher.

Les critères diagnostiques de l'ESPT constitué, sont précis et incluent : l'exposition à un événement traumatique, un syndrome de répétition où l'événement est revécu (souvenirs, rêves, flashbacks, détresse, réactivité physiologique), un évitement, un émoussement de la réactivité générale (efforts d'évitement des pensées, troubles mnésiques, sentiment de détachement, restriction des affects), et une activation neurovégétative (troubles du sommeil, irritabilité, troubles de concentration, hypervigilance, réactions de sursaut). Cette perturbation dure depuis plus d'1 mois, et s'accompagne d'une souffrance avec altération du fonctionnement social (CIM-X, DSM-IV TR).

L'enjeu des interventions précoces

Le but de ces interventions précoces est de dépister les sujets à risque de développer des troubles ultérieurs et de les orienter rapidement vers le réseau de soins adapté.

Les facteurs de risque de développer un ESPT sont de trois types :

- les facteurs indépendants de l'événement : concernant la vulnérabilité antérieure de la victime : sexe féminin, faible niveau socioéconomique, antécédents psychiatriques, isolement social, antécédent d'événement comparable ou de blessure grave ;
- les facteurs liés à l'événement : intensité du traumatisme, avoir fortement risqué sa vie, perdu un proche, été témoin d'une mort, été grièvement blessé, avoir eu des taches mortuaires, de manipulation de cadavres, origine humaine de l'événement ;
- les facteurs liés aux réactions aiguës : état de stress dépassé, manifestation dissociative, détresse péri traumatique intense.

Les interventions précoces auprès des victimes de psychotraumatismes

Elles peuvent être réalisées lors d'interventions préhospitalières par les cellules d'urgences médicopsychologiques, par les services d'urgences psychiatriques, les unités médicojudiciaires et lors de consultations ambulatoires (de psychiatrie, ou spécialisées de psychotraumatisme).

Les interventions préhospitalières sont assurées par les Cellules d'urgence médicopsychologique (CUMP). Spécificité française, elles ont pour mission, la prise en charge médicopsychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou susceptibles d'entraîner, en raison de leur nature, d'importantes répercussions psychologiques. Mises en place lors des attentats parisiens de 1995, leur fonctionnement est encadré depuis 1997 par deux circulaires ministérielles et réorganisé par décret en janvier 2013 (Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 et DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235).

Ces cellules associées au SAMU, coordonnées et animées par un psychiatre référent départemental, sont composées de médecins psychiatres, psychologues et infirmiers volontaires, compétents et formés, de réserve sanitaire, acceptant de se rendre disponible en cas de mobilisation. Leurs missions bénéficient de l'appui technique et opérationnel des établissements de santé concernés. Au niveau régional, le psychiatre référent du département de la zone de défense, coordonne l'ensemble des CUMP de cette zone. Le réseau national des psychiatres référents est animé par l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

La décision d'activation d'une CUMP est prise conjointement par le SAMU et le psychiatre référent, lors de plans d'organisation de secours : plan ORSEC, plan rouge, de catastrophe, ou d'événement à fort retentissement émotionnel (situations les plus fréquentes de sollicitation des CUMP, où l'impact émotionnel de l'événement sur les équipes de secours et les partenaires habituellement engagés est inhabituel et intense) (Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15, 2009 ; ministère de la Justice, 2004). Une CUMP intervient pour une intervention 2e vague, assurer la coordination des soins psychiques.

Il existe différents types d'interventions, en fonction de la temporalité (Lebigot, 2005). L'intervention précoce qui est proposée peut être immédiate ou postimmédiate :

Une intervention immédiate

Elle correspond à l'envoi d'une équipe opérationnelle sur le lieu d'un événement traumatique, qui intervient en lien avec le SAMU et le directeur des soins médicaux lorsqu'un poste médical avancé y est installé. C'est l'intervention la plus souvent sollicitée et médiatisée d'une CUMP. Les volontaires CUMP mettent en place un poste d'urgence médicopsychologique identifié, *à l'abri de risques évolutifs, isolé pour respecter la confidentialité, vaste et aéré pouvant accueillir des groupes, deux accès, aisément accessible aux victimes, chauffé, éclairé,* où sont orientées les personnes le nécessitant. Y sont dressés le listing des personnes vues, les constatations cliniques initiales, lors d'entretiens de courte durée, et les patients sont informés

(remise de fiches d'information) et éventuellement orientés vers les structures du réseau de terrain habituel (Lopez, 2003).

La situation de crise générée par l'événement demande une réponse exceptionnelle gardant sa logique interne, et dans laquelle l'intervention immédiate de la CUMP permet aussi d'assurer une cohérence psychologique à l'intervention, et d'aider les responsables institutionnels ou les partenaires à garder leur rôle. L'absence de pensée, une réponse aberrante du système renvoient aux victimes une image de chaos, renforçant l'altération du sentiment d'appartenance.

Les volontaires CUMP ont une fonction d'altérité, d'accueil et de présence. Ils apportent une présence sur le vécu de honte et d'abandon, offrent un lieu de parole là il y a une absence de mots, pour un individu plongé dans *une inhumaine solitude* par le trauma (De Clercq, 2001 ; Lebigot, 2005). Les entretiens immédiats ont une fonction d'interlocution, pour réinstaurer le primat du signifiant qui s'est montré défaillant, là où l'effroi s'est imposé dans un moment de silence. L'intervention, attentive, chaleureuse, contenante et discrète des volontaires CUMP est celle d'*une offre de fraternité discrète*, empathique, non intrusive ni obligatoire, pour reconnaître la souffrance ressentie, situer la personne dans «l'ici et maintenant», sans déculpabiliser ni dédramatiser la situation, pour restaurer le sentiment d'appartenance et orienter sur le réseau existant.

Les stress dépassés, ou à coloration psychopathologique, font l'objet d'attention soutenue, au calme, pour un apaisement loin du chaos.

En pratique, les entretiens réalisés, dits de désamorçage (*defusing*) invitent à la verbalisation des émotions en termes de vécu et de ressenti, pour favoriser la décharge et lier le vécu traumatique par le langage, par des questions ouvertes. : *Que vous est-il arrivé? Que s'est-il passé? Comment vous sentez vous maintenant? Avez-vous envie d'en parler?* Ils s'adressent aux victimes, seules ou en groupe déjà constitué (Lebigot, 2005).

Quelles prescriptions en prise en charge immédiate ?

Il n'y a pas d'autorisation spécifique de mise sur le marché dans cette indication. L'objectif d'une prescription précoce est de contrôler le climat hyperadrénergique, d'éviter les phénomènes d'hyperencodage, de conditionnement et de diminuer l'hyperéveil. Si une anxiolyse est nécessaire, l'hydroxyzine est recommandée pour une durée n'excédant pas dix jours. Le propanolol, bloquerait l'encodage du souvenir traumatique mais fait encore l'objet d'études et pose le problème de sa réévaluation rapide en raison des effets secondaires de cette classe de médicaments (bêtabloquant). Une prudence est recommandée vis-à-vis des benzodiazépines, en raison d'une possible majoration des troubles posttraumatiques et du risque de dépendance rapide à cette classe de psychotrope. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine n'ont pas leur place à la phase aiguë, leur autorisation de mise sur le marché concerne l'ESPT constitué (paroxétine).

Une intervention postimmédiate, plusieurs jours après l'exposition au traumatisme

Elle est souvent proposée, soit à la place d'une intervention immédiate, soit en complément. (Lebigot, 2005).

Plusieurs jours après l'événement peuvent être proposés un débriefing individuel ou de groupe. Il existe différents modèles de débriefing psychologique. Le *critical incident stress debriefing* décrit par l'américain Mitchell en 1983 est controversé. En situation de crise, il est inévitable cependant de proposer une prise en charge groupale aux victimes, un accueil individuel de tous est impossible. Des adaptations françaises de débriefing, centrées sur les émotions sont proposées dans les jours suivant l'événement, aux groupes déjà constitués, d'une dizaine de personnes volontaires ayant été exposées au même événement. L'objectif est de parler de ses émotions (effet abréactif, cathartique), de restituer la normalité de l'environnement, d'atténuer les sentiments de culpabilité et d'impuissance, de résoudre et atténuer les tensions du groupe, mais aussi de repérer les sujets fragiles et d'informer sur la clinique des troubles débutants ou constitués.

Un débriefing individuel, voire un suivi précoce, en consultations psychiatriques ou de psychotraumatisme peut être proposé aux sujets présentant des facteurs de risque d'ESPT.

L'intervention précoce auprès des victimes de psychotraumatisme, s'est développée dans les trente dernières années mais s'inspire des interventions de psychiatrie militaire du début du XX^{e} siècle. Son objectif est de prendre en charge la souffrance psychique au même titre que la souffrance physique, d'introduire cohérence et espace de pensée dans la gestion d'une catastrophe. L'objectif des soins est l'élaboration et la mise en mots d'une chaîne signifiante destinée à transformer un phénomène de mémoire en souvenir. Les cellules d'urgence médicopsychologique ont pour but de soulager les victimes, de les informer et de les orienter sans prétendre prévenir la survenue des états de stress posttraumatiques. Elles offrent un modèle positif et original d'appoint précoce dans la prise en charge des victimes de psychotraumatisme, intervenants ponctuels ne se substituant pas aux ressources du terrain qui assurent le suivi à long terme des personnes concernées.

Références

Ministère de la santé. Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles : Conduite à tenir pour les professionnels de santé. http://www.sante.gouv.fr/accidents-collectifs-attentats-catastrophes-naturelles-conduite-a-tenir-pour-les-professionnels-de-sante,1577.html.

Circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médicopsychologique en cas de catastrophe.

Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003–235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médicopsychologique en cas de catastrophe et annexe.

Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 10^{e} révision, CIM 10 (305p). . (1992). Paris : Masson.

Cohidon, C. (Août (2007)). *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « santé mentale en population générale : images et réalités ».* Institut de Veille Sanitaire.

Crocq, L. ((1999)). *Les traumatismes psychiques de guerre* (422p). Paris : Odile Jacob.

De Clercq, M., & Lebigot, F. ((2001)). *Les traumatismes psychiques* (384p). Éditions Masson, médecine et psychothérapie.

Décret n° 2013–15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd éd.). (1980). DSM-III.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th éd) (1064 pages). (2003). texte révisé, DSM IV TR. Paris : Masson.

Gibbs, E. N., & Cates, M. E. ((2013)). The Role of Propranolol for Post-Exposure Chemoprophylaxis of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *The mental health clinician*, *2*(7), 17.

Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 (2e éd.). (2009). SAMU de France. Paris : SFEM.

Guide méthodologique : la prise en charge des victimes d'accidents collectifs, ministère de la justice. . (décembre 2004). http://www.justice.gouv.fr/art_pix/gmvictacccolletifs.pdf.

Lebigot, F. ((2005)). *Traiter les traumatismes psychiques* (239p). Paris : Dunod.

Lopez, G., Portelli, S., & Clément, S. ((2003)). *Les droits des victimes, Victimologie et psycho traumatologie* (392p). Paris : Dalloz.

Traitement de l'état de stress posttraumatique : approches pharmacologique et psychothérapeutique

CHAPITRE 53

François Ducrocq, Sylvie Molenda, Guillaume Vaiva

Depuis plus de 100 ans maintenant, le traitement des troubles consécutifs à une exposition psychotraumatique fait l'objet d'un grand intérêt clinique et scientifique. Le début des années 1980 et la reconnaissance nosographique de l'état de stress posttraumatique (ESPT) ont vu la construction des premières études évaluant l'efficacité de divers traitements sur la base de méthodes expérimentales et statistiques. L'ensemble des données recueillies depuis a permis l'acquisition d'une connaissance fine des stratégies thérapeutiques efficaces dans la prise en charge du trouble et ce, tant dans le champ de la psychothérapie que dans celui de la pharmacothérapie. Actuellement, les données sont suffisamment convergentes pour qu'apparaissent, si ce n'est un consensus clair, au moins des recommandations. Ce chapitre propose d'en détailler les principaux résultats.

Approche pharmacologique dans le traitement de l'ESPT

Quelle stratégie ?

La diversité des symptômes, la forte comorbidité du trouble et la complexité des interactions entre phénomènes neurobiologiques et adaptation du sujet, laisse légitimement envisager une grande hétérogénéité dans les pistes pharmacologiques du trouble (Ducrocq, 2005). En effet, les approches potentielles peuvent sembler multiples et toucher tant le système catécholaminergique que l'axe hypothalamohypophysaire ou les voies sérotoninergiques, glutamatergiques, GABAergiques ou cannabinoïdes, ensembles de systèmes impliqués dans la réponse au stress, l'adaptation à l'environnement, les phénomènes de conditionnement de la peur ou l'hyperéveil. En outre, des mécanismes de *kindling* ou d'hypersensibilisation sont également impliqués, notamment dans les mécanismes de mémoire émotionnelle et les symptômes de répétition traumatique, ouvrant une possibilité thérapeutique pour les agents anticonvulsivants. Cependant, et malgré cette complexité, les données de la littérature sont assez homogènes et la majorité des auteurs s'accordent pour relever une bonne efficacité d'un nombre relativement restreint de classes thérapeutiques et de molécules. De plus, depuis quelques années, les biais des premiers travaux sont évités, travaux qui ont en effet trop longtemps porté sur des populations uniques de vétérans de guerre, un peu trop exclusivement chez des hommes ou encore basés sur des reculs insuffisants ou qui ne prenaient pas en considération la comorbidité ou le retentissement global du trouble.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Quelles classes thérapeutiques ?

Plusieurs études contrôlées, randomisées en double aveugle *versus* placebo, ont été menées ces dernières années pour être reprises à la fois dans des conférences de consensus, des ouvrages de recommandations et une revue Cochrane. Elles ne concernent maintenant pas moins de 25 molécules issues de 14 classes thérapeutiques différentes.

Antidépresseurs tricycliques et IMAO

La classe des antidépresseurs tricycliques et celle des IMAO ont historiquement fait l'objet des premiers travaux contrôlés dans le milieu des années 1980, s'appuyant sur des bases théoriques suggérant des liens cliniques et neurobiologiques entre l'attaque de panique et les symptômes de répétition de l'ESPT. Qu'il s'agisse de la désipramine, de l'amitryptiline de l'imipramine ou de la phénelzine et la broforamine, ces molécules ne représentent actuellement plus des approches à privilégier.

Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)

Les antidépresseurs sérotoninergiques possèdent une activité théorique dans la modulation de la réponse au stress, l'impulsivité, les intrusions et plus largement la régulation de l'anxiété; ils ciblent donc principalement la réponse émotionnelle (Steckler, 2012). Associés au fait qu'ils ont fait l'objet de nombreux travaux concluant à leur efficacité, leur tolérance et leur sécurité d'emploi, ils représentent actuellement la classe de première intention dans la pharmacologie de l'ESPT constitué (Ballenger et coll., 2004; Schoenfeld, 2004) bien que la poursuite de travaux semble encore nécessaire à certains (Benedek, 2009; Ursano, 2004). Si ces molécules se sont initialement avérées efficaces tant la réduction symptomatique du trouble que la prévention de la rechute, la réponse au traitement serait finalement plutôt modeste, les bons répondeurs ne représentant en moyenne que 60 à 70 % des sujets traités quand seuls 30 à 40 % verraient une guérison totale du trouble. (Stein, 2002).

La fluoxétine a été la première molécule étudiée mais actuellement nous ne disposons d'indications officielles que pour la sertraline (États-Unis) et la paroxétine (États-Unis et Europe). La venlafaxine et la mirtazapine se sont avérées représenter des pistes thérapeutiques intéressantes, sans que la littérature puisse cependant hiérarchiser l'intérêt de l'une ou de l'autre de ces molécules, faisant évoquer la possibilité d'un véritable effet commun lié à la classe elle-même.

Nouveaux antidépresseurs

Après plusieurs études ouvertes ayant relevé une efficacité intéressante de la nefazodone, tant sur la globalité du trouble que spécifiquement sur les cauchemars et la charge anxieuse, des travaux contrôlés ont permis de relever une efficacité significative de la molécule, assortie de consignes de prudence quant à l'hépatotoxicité du produit. De profil comparable, notamment sur l'activité 5HT2 et α1-adrénergique, la trazodone est proposée en coprescription pour améliorer les troubles du sommeil induits ou non contrôlés par les ISRS. (Aurora, 2010; Davis, 2004; Davis, 2006).

Anticonvulsivants

Par leur effet *antikindling*, la classe des anticonvulsivants semble représenter une alternative de choix (Berlin, 2007). Il s'agit en revanche d'un groupe très hétérogène dont les mécanismes d'action demeurent à l'heure actuelle encore complexes et pas toujours précisément compris. Si l'utilisation de la carbamazépine ou du gabapentin, seuls ou en association à des ISRS, a été considérée comme efficace sur des travaux ouverts, les inhibiteurs glutamatergiques lamotrigine et topiramate ont fait l'objet de travaux à peine plus robustes chez l'homme (Hertzberg, 1999; Sitges, 2007). Si les anticonvulsivants ont longtemps été considérés comme très prometteurs, les travaux les plus récents tendent à modérer cet impact (Ravindran, 2010).

Les antipsychotiques

Des reports de cas ont rapporté une efficacité très focalisée des neuroleptiques classiques sur certains symptômes associés à des ESPT chroniques, complexes et résistants. Actuellement, des antipsychotiques atypiques tels olanzapine, rispéridone ou quétiapine ont fait preuve d'un intérêt clinique, notamment à faible posologie et en traitement adjuvant aux ISRS.

Synthèse

En toute cohérence avec l'avis du *National Institute of Clinical Excellence* (NICE, 2005), ainsi que de plusieurs recommandations internationales, un consensus franc se dégage actuellement, comme l'attestent les travaux d'Ipser et Stein dans la revue Cochrane de 2006, réactualisée par une méta-analyse en 2011 (Ipser, 2011 ; Stein, 2006). Sur plus de 517 études admissibles, 37 études contrôlées de 4 à 24 semaines pour un total cumulé de 5 008 patients sont retenues dans le cahier des charges pour une analyse finale qui confirme l'intérêt des antidépresseurs sérotoninergiques spécifiques (ISRS) en première ligne dans le traitement de l'ESPT constitué, voire chronicisé. L'intérêt des ISRS paroxétine, sertraline et fluoxétine est confirmé. Le citalopram, la mirtazapine ainsi que les anticonvulsivants ont été jugés efficaces, mais nécessitent la poursuite des travaux quand, au sein des antipsychotiques, la rispéridone semble présenter un intérêt spécifique en deuxième intention (Padala, 2006). Face à l'ESPT constitué, nous soutenons donc la nécessité de poursuivre le traitement par ISRS à pleine posologie pendant au moins un an, tout en rappelant les consignes de grande vigilance clinique durant les deux premiers mois qui suivent un arrêt, lequel doit demeurer prudent et progressif afin d'éviter les rechutes (Stein, 2009).

Approche psychothérapeutique dans le traitement de l'ESPT

Depuis le début des années 2000, de nombreux ouvrages de recommandations sont parus parmi lesquels se trouvent ceux publiés en 2000 (Foa, Keane et Friedman, 2000) et en 2009 (Foa, Keane, Friedman et Cohen, 2009) par l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTTS). Les données présentées ici sont en grande partie issues de ces deux publications.

Modalités d'élaboration des recommandations publiées par l'ISTSS

Les recommandations publiées par l'ISTSS abordent de manière spécifique le traitement de l'ESPT tel que le trouble est défini par le DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) pour la première version et par le DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) pour la version révisée. Les traitements sur lesquels elles portent intègrent non seulement des thérapies dont l'efficacité est reconnue à partir d'études cliniques contrôlées et randomisées mais également d'autres qui, sans avoir nécessairement fait l'objet d'études empiriques, sont utilisés de longue date auprès de personnes souffrant d'ESPT.

Chaque ouvrage est scindé en deux grandes parties. La première d'entre elles est composée de différents chapitres dont chacun est consacré à une revue de littérature adossée à une méta-analyse portant sur un traitement particulier et intégrant des études cliniques triées selon leur degré de rigueur méthodologique, lui-même défini à partir du nombre de critères parmi les sept *gold standards* définis par Foa et Meadows (1997) qui sont respectés. L'efficacité des traitements, quant à elle, est calculée à partir d'une taille d'effet. Dans ce cadre, une seule et unique méthode statistique est retenue pour l'ensemble des méta-analyses qui repose sur le calcul du coefficient *g* de Hedges (coefficient de la même famille que le *d* de Cohen). La deuxième partie des ouvrages, quant à elle, s'articule autour de recommandations pour chaque approche thérapeutique. Chacune d'entre elles se voit attribuer une note qui dépend de la force des preuves scientifiques dont elle bénéficie au regard de son efficacité. Le système de notation, pour sa part, est adapté d'un système de codage standardisé établi par l'*Agency for Health Care Policy and Research*, allant de A, la meilleure note à F, la plus mauvaise.

Psychothérapies reconnues pour leur efficacité par l'ISTSS

Chez l'adulte, huit grandes classes de psychothérapie ont été évaluées comme traitement de l'ESPT constitué et/ou chronique. Il s'agit des thérapies comportementales et cognitives (TCC), de la thérapie d'intégration neuroémotionnelle par stimulations bilatérales alternées (EMDR), de la thérapie de groupe, de la thérapie psychodynamique, de la réhabilitation psychosociale, de l'hypnose, des thérapies familiales et de couple et des thérapies créatives. Parmi elles, seules les deux premières classes de psychothérapies (les TCC et l'EMDR) sont retenues par l'ISTSS pour leur efficacité.

Les TCC

Au total, sept programmes de TCC ont été considérés dans la revue de littérature mais seuls quatre d'entre eux ont reçu la note A et sont ainsi retenus par l'ISTSS comme traitements efficaces. Il s'agit de la thérapie par exposition prolongée (Foa, Hembree, et Rothbaum, 2007, pour le manuel le plus récent), de la thérapie du traitement cognitif (Resick et Schnicke, 1992), de l'entraînement à l'inoculation du stress (Kilpatrick, Veronen et Resick, 1982) et de la thérapie cognitive (Ehlers *et al.*, 2003, 2005). Ces programmes sont identifiés dans la littérature comme les TCC centrées sur le trauma et comportent tous des éléments d'exposition aux souvenirs traumatiques et/ou aux indices évocateurs du traumatisme. Ils sont reconnus comme traitements de première intention dans la prise en charge de l'ESPT. Parmi eux, c'est la thérapie par exposition qui bénéficie de plus grand nombre d'études cliniques démontrant son efficacité et qui est ainsi identifiée comme traitement privilégié.

En ce qui concerne la thérapie par exposition, 22 études contrôlées randomisées, classées de niveau A et huit non randomisées, classées de niveau B, ont été recensées. Toutes démontrent l'efficacité de ce type de protocole de soins lorsqu'il est appliqué en individuel. Une analyse plus fine des données révèle que l'efficacité la plus grande est obtenue par l'association d'un protocole d'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques et d'un autre d'exposition *in vivo* aux indices évocateurs du traumatisme. Dans ce cadre, le protocole le plus étudié, soit dans sa forme originale soit dans une forme dérivée, est l'exposition prolongée développée par Foa et son équipe (Foa *et al.*, 2007). Celui-ci repose sur neuf séances de 90 minutes hebdomadaires ou bihebdomadaires. Il est organisé de telle façon que les deux premières séances sont consacrées à la psychoéducation du patient et les sept autres à la conduite de l'exposition en imagination et à la préparation de l'exposition *in vivo*. Un travail à la maison est également demandé, qui combine des exercices d'exposition en imagination avec des exercices d'exposition *in vivo*. Cinq études se sont intéressées à ce protocole (Foa *et al.*, 1991 ; 1999 ; 2005). Toutes respectent les sept *gold standards* et sont ainsi classées de niveau A. Leurs résultats montrent que, comparativement aux conditions de contrôle sans traitement actif, l'exposition prolongée est associée à une réduction significative des symptômes du trouble. Ces gains thérapeutiques se maintiennent lors de la période de suivi qui s'étale, selon les études, de 3 à 12 mois. Par contre, aucune différence significative n'est véritablement retrouvée entre l'exposition prolongée et d'autres traitements actifs (entraînement à l'inoculation du stress, combinaison « exposition prolongée + entraînement à l'inoculation du stress », combinaison « exposition prolongée + thérapie cognitive », EMDR) sur l'amélioration du trouble. Toutefois, cette absence de différence ne tient plus dès lors que l'on s'intéresse à d'autres dimensions comme l'anxiété ou la qualité de l'ajustement social. Par ailleurs, les traitements auxquels l'exposition prolongée est comparée sont soit eux-mêmes reconnus pour leur efficacité soit intègrent l'exposition prolongée au sein d'un traitement combiné.

La thérapie du traitement cognitif, bien qu'intégrant une composante d'exposition, est pour l'essentiel une thérapie cognitive de groupe centrée sur les croyances mises à mal par la confrontation traumatique. Ce protocole a été développé par Resick et Schnicke (1992) et cible le traitement d'un ESPT consécutif à un viol. Il s'organise en 12 séances collectives hebdomadaires de 90 minutes chacune. Il a été adapté en 2005 au soin de femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance pour devenir un programme en 17 séances mêlant des moments de prise en charge individuels et collectifs (Chard, 2005). Cinq études se sont intéressées à son efficacité. Trois d'entre elles sont classées

de niveau A (Chard, 2005; Monson *et al.*, 2006; Resick *et al.*, 2002), une est classée de niveau B (Resick *et al.*, 2008) et la dernière est classée de niveau C (Schultz *et al.*; 2006). Les résultats de ces cinq études concluent, comparativement à une liste d'attente, à l'efficacité de la thérapie du traitement cognitif. Les gains thérapeutiques obtenus se maintiennent durant la période de suivi qui s'étale de trois à neuf mois selon les études. Toutefois, lorsque le protocole est comparé à un autre traitement actif (exposition prolongée, entraînement à l'inoculation du stress), aucune différence statistiquement significative n'apparaît.

L'entraînement à l'inoculation du stress a été adapté à la prise en charge de femmes violées par Kilpatrick, Veronen et Resick en 1982. Sous ce dernier format, le programme inclut 20 heures de traitement qui se décomposent en séances de psychoéducation, d'entraînement à la relaxation musculaire, de contrôle respiratoire, de jeux de rôle, de modelage, d'apprentissage d'autoadministration de consignes, d'exposition *in vivo* graduelle et d'entraînement au « stop-pensées ». Quatre études se sont intéressées à son efficacité en administration individuelle (Foa *et al.*, 1991, 1999; Kilpatrick *et al.*, 1982; Resick *et al.*, 1988). Cependant, parmi elles, seules les deux études les plus récentes sont classées de niveau A. Leurs résultats démontrent que, comparativement à une liste d'attente, neuf séances de 90 minutes chacune d'entraînement à l'inoculation du stress permettent une réduction significative de la symptomatologie de l'ESPT. Les gains thérapeutiques obtenus se maintiennent durant le suivi d'1 an qui s'ensuit. L'entraînement à l'inoculation du stress reçoit ainsi la note A comme traitement des traumatismes liés aux violences sexuelles, que ces violences surviennent à l'âge adulte ou dans l'enfance.

La thérapie cognitive est le protocole le plus récent. Il a été formalisé par Ehlers et son équipe (Ehlers *et al.*, 2003, 2005). Il s'articule autour de deux phases. La première d'entre elles repose sur quatre à 20 séances hebdomadaires d'une durée, pour la première séance, de 90 minutes et de 60 minutes pour les suivantes. Outre des exercices de thérapie cognitive centrés pour l'essentiel sur les notions de danger/sécurité, de compétence/incompétence personnelle, d'image de soi et de confiance en l'autre, elle intègre également des exercices d'exposition en imagination et *in vivo*. À l'issue de cette phase, les patients bénéficient de deux à trois séances mensuelles de consolidation de 60 minutes chacune. Au total, cinq études se sont intéressées à l'efficacité du protocole développé par Ehlers et son équipe : trois contrôlées et randomisées (Duffy *et al.*, 2007; Ehlers *et al.*, 2003; 2005) et deux non randomisées (Ehlers *et al.*, 2005; Gillepsie, Duffy, Hackmann, & Clark, 2002). Parmi toutes ces études, seules les études d'Ehlers *et al.* (2003) et la deuxième d'Ehlers *et al.* publiée dans l'article de 2005 respectent les sept *gold standards*. Malgré ces faiblesses méthodologiques, l'ensemble des études retrouve, comparativement à des conditions de contrôle basées sur une liste d'attente ou sur un guide « pour s'aider soi-même », une efficacité de la thérapie cognitive. Lorsqu'elle est comparée à un traitement actif comme la thérapie d'exposition (Resick *et al.*, 2008), elle s'avère d'une efficacité comparable. De plus, le maintien des gains thérapeutiques est meilleur à long terme (5 ans) pour la thérapie cognitive que pour celle d'exposition (Tarrier, Sommerfield, 2004). Enfin, les études s'intéressant au protocole développé par Ehlers et ses collègues enregistrent un faible nombre de *dropouts* (abandons).

L'EMDR

La thérapie d'intégration neuroémotionnelle par stimulations bilatérales alternées (mouvements oculaires, stimulations tactiles ou bips sonores) connue sous l'acronyme d'EMDR est une technique proposée par Shapiro pour le traitement de l'ESPT (Shapiro, 1995). À l'heure actuelle, l'EMDR se présente sous la forme d'un protocole en huit étapes :

- le recueil de données sur l'histoire du patient et la planification du traitement;
- la préparation du patient;
- l'évaluation systématique de toutes les cibles de traitement en lien avec le trauma;
- la désensibilisation et la reprogrammation;
- l'ancrage ou installation de cognitions positives alternatives;
- le balayage corporel pour traiter les sensations de gêne ou les points douloureux, (7) la conclusion ou clôture durant laquelle sont délivrées des informations sur des stratégies d'ajustement utiles;

- la réévaluation. Seules les phases 4 à 6 sont propres à l'EMDR, les autres étapes se retrouvant dans la plupart des traitements psychosociaux. Les séances durent de 60 à 90 minutes chacune. La durée totale du traitement, quant à elle, varie en fonction du nombre de « traumatismes » identifiés et de la façon dont le patient réagit au traitement.

La revue de littérature établie lors de la première édition des recommandations publiée par l'ISTSS (Chemtob *et al.*, 2000) reconnaît l'EMDR comme traitement efficace chez l'adulte. Les études qu'elle recense respectent la plupart, voire l'intégralité des *gold standards*. Elles comparent l'EMDR à diverses conditions de contrôle comme des listes d'attente (Rothbaum, 1997 ; Vaughan *et al.*, 1994 ; Wilson *et al.*, 1995), des soins de routine/habituels (Jensen, 1994 ; Marcus *et al.*, 1997) ou différents traitements actifs (Carlson *et al.*, 1994 [relaxation avec biofeedback] ; Scheck *et al.*, 1998 [écoute active rogerienne] ; Vaughan *et al.*, 1994 [entraînement à l'habituation à l'imagerie et entraînement à la relaxation musculaire appliquée]). Leurs résultats démontrent l'efficacité de la thérapie. Comparativement à une liste d'attente, l'EMDR permet une amélioration de la symptomatologie de l'ESPT, de la dépression et de l'anxiété. Les gains thérapeutiques se maintiennent lors du suivi qui s'étale, pour les études qui l'intègrent, de 3 à 15 mois. De plus, lorsqu'elle est comparée à un traitement actif, la thérapie s'avère globalement plus efficace. Dans ce cadre, la supériorité de l'EMDR se traduit par des effets plus prononcés sur certains groupes de symptômes, comme les reviviscences par exemple (Vaughan *et al.*, 1994), ou par un taux de patients en rémission totale supérieur à l'issue du traitement (Marcus *et al.*, 1997).

Toutefois, cette même revue de littérature révèle que les études qui, à l'époque, ont évalué l'efficacité de l'EMDR souffrent de n'avoir établi aucune comparaison avec des traitements psychosociaux dont l'efficacité est largement validée sur le plan empirique. Cet écueil est particulièrement marqué pour la thérapie par exposition et, en particulier, pour l'exposition prolongée. Depuis, quatre études cliniques randomisées contrôlées ont comparé l'efficacité de ces deux techniques en administration individuelle (Ironson *et al.*, 2002 ; Lee *et al.*, 2002 ; Rothbaum *et al.*, 2005 ; Taylor *et al.*, 2003). Leurs résultats, malgré quelques différences entre les études, démontrent que l'EMDR est un traitement globalement aussi efficace que l'exposition prolongée. Ainsi, les deux traitements induisent de façon comparable une réduction significative de la symptomatologie de l'ESPT mais également de celles de la dépression et de l'anxiété. Les gains thérapeutiques observés à l'issue du traitement se maintiennent lors de la période de suivi qui varie, selon les études, de 3 à 6 mois.

Conclusion

Ainsi, les recommandations élaborées sous l'égide de l'ISTSS reconnaissent les psychothérapies, et surtout les TCC centrées sur le trauma comme traitement de première intention dans la prise en charge de l'ESPT. Parmi elles, l'exposition prolongée bénéficie des preuves scientifiques les plus nombreuses et est retenue comme traitement privilégié. En ce sens, les recommandations établies par l'ISTSS s'accordent avec celles de la plupart des guides thérapeutiques publiés depuis 2000.

L'ISTSS reconnaît également l'EMDR comme un traitement équivalent aux TCC centrées sur le trauma. Ce positionnement est identique à celui adopté par d'autres organismes tels que le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) au Royaume-Uni mais diverge de celui adopté par d'autres comme l'*Institute of Medicine* (IMO) qui exclut l'EMDR de ses recommandations thérapeutiques ou l'*American Psychiatric Association* (APA) qui ne lui accorde qu'une seconde place. Ces différences résultent pour l'essentiel de la manière dont chaque organisme envisage l'absence de preuves scientifiques en faveur du rôle des mouvements oculaires comme élément actif dans la thérapie : critère ignoré au profit des tailles d'effet dans le premier cas ou critère d'exclusion ou de dégradation de note dans le second.

L'association d'une molécule au travail psychothérapique est une règle évidente pour le praticien face à un sujet présentant un trouble constitué chronique. En revanche, les données sont insuffisantes pour que cette combinaison thérapeutique soit considérée comme plus efficace que l'une ou l'autre des approches séparées dans une ultime revue Cochrane basée sur l'analyse de quatre uniques études (Hetrick, 2010).

Références

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.

Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., et al. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *6*(4), 389–401.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., et al. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(Suppl. 1), 55–62.

Benedek, D. M., Fiedman, M. J., Zatzick, D., et al. (2009). Guideline Watch (March 2009) : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Focus*, *7*, 204–213.

Berlin, H. A. (2007). Antiepileptic drugs for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, *9*(4), 291–300.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., et al. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 3–24.

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 965–971.

Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., et al. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for traumatic Stress Studies* (pp. 139–154). New York : the Guilford Press.

Davis, L. L., Frazier, E. C., Williford, R. B., et al. (2006). Long-term pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *CNS Drugs*, *20*(6), 465–476.

Davis, L. L., Jewell, M. E., Ambrose, S., et al. (2004). A placebo-controlled study of nefazodone for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder : a preliminary study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *24*(3), 291–297.

Ducrocq, F., Bordet, R., & Vaiva, G. (2005). Abords pharmacologiques. In G. Vaiva, F. Lebigot, F. Ducrocq, & M. Goudemand (Eds.), *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements, Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française* (pp. 70–78). Paris, France : Masson.

Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2005). From the biology of trauma to secondary preventive pharmalogical measures for posttraumatic stress disorders. *L'Encéphale*, *31*(2), 212–226.

Duffy, M., Gillepsie, K., & Clark, D. M. (2007). Posttraumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland : Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, *334*, 1147–1150.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., et al. (2005). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder : Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 413–431.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1024–1032.

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., et al. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 194–200.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring : Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 953–964.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD : Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford : Oxford University Press.

Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for traumatic Stress Studies*. New York : the Guilford Press.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., et al. (2009). *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York : the Guilford Press.

Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder : A critical review. *Annual Review of Psychology*, *48*, 449–480.

Foa, E. B., Rothbaum, B., Riggs, D., et al. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims : A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 715–723.

Gillepsie, K., Duffy, M., Hackmann, A., et al. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 345–357.

Hertzberg, M. A., Butterfield, M. I., Feldman, M. E., et al. (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *45*(9), 1226–1229.

Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., et al. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*, CD007316.

Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2011). Evidence-based pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder (PTSD). *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1–16.

Ironson, G., Freud, B., Strauss, J. L., et al. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress : A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 113–128.

Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, *25*, 311–325.

Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape : Assessment and treatment strategies. In D. M. Dolays, & R. L. Meredith (Eds.), *Behavioral medicine : Assessment and treatment strategies* (pp. 473–497). New York : Plenum Press.

Lee, G., Gavriel, H., Drummond, P., et al. (2002). Treatment of PTSD : Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 1071–1089.

Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice and Training*, *34*, 307–315.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., et al. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 898–907.

Padala, P. R., Madison, J., Monnahan, M., et al. (2006). Risperidone monotherapy for posttraumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *International Clinical Psychopharmacology*, *21*(5), 275–280.

Ravindran, L. N., & Stein, M. B. (2010). The pharmacologic treatment of anxiety disorders : a review of progress. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(7), 839–854.

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., et al. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 243–258.

Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., et al. (1988). A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, *19*, 385–401.

Resick, P. A., Nisbith, P., Waever, T. L., et al. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic PTSD in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 867–879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 748–756.

Rothbaum, B. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *61*, 317–334.

Rothbaum, B., Astin, M. C., & Marsteller, F. (1997). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 607–616.

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1997). Brief psychological intervention with traumatized young women : The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 25–44.

Schoenfeld, F. B., Marmar, C. R., & Neylan, T. C. (2004). Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, *55*(5), 519–531.

Schultz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C., et al. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and behavioral practice*, *13*, 322–331.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : Basic principles, protocols, and procedures*. New York : Guilford Press.

Sitges, M., Chiu, L. M., Guarneros, A., et al. (2007). Effects of carbamazepine, phenytoin, lamotrigine, oxcarbazepine, topiramate and vinpocetine on Na + channel-mediated release of [3H]glutamate in hippocampal nerve endings. *Neuropharmacology*, *52*(2), 598–605.

Steckler, T., & Risbrough, V. (2012). Pharmacological treatment of PTSD - established and new approaches. *Neuropharmacology*, *62*(2), 617–627.

Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1*, CD002795.

Stein, D. J., Ipser, J., & McAnda, N. (2009). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder : a review of meta-analyses and treatment guidelines. *CNS Spectrums*, *14*(1 Suppl. 1), 25–31.

Stein, M. B., Kline, N. A., & Matloff, J. L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD : a double-blind, placebo-controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(10), 1777–1779.

Tarrier, N., & Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure : 5-year follow-up. *Behavior Therapy*, *35*, 231–246.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., et al. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments : Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 330–338.

Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., et al. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(11 Suppl), 3–31.

Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., et al. (1994). A trial of eye movement desensitization and reprocessing compared to image habituation training and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *25*, 283–291.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 928–937.

Chapitre 54

Clinique et prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant

Gilbert Vila

Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) parle de traumatisme psychique pour « un événement ou des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessures graves ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ». Le psychotraumatisme regroupe chez l'enfant des situations très variées comme la maltraitance (sexuelle, physique ou psychologique), les autres agressions (sexuelles, physiques ou autres), le harcèlement (notamment en milieu scolaire : *school bullying*) ou les accidents et catastrophes d'origine naturelle ou non (accidents de la voie publique ou accidents domestiques). On distingue le psychotraumatisme de type I quand l'événement est unique, limité dans le temps et le psychotraumatisme de type II, quand l'événement est prolongé ou répété (Terr, 1991).

Il existe un consensus pour reconnaître la fréquence élevée de ces événements et de leurs conséquences psychopathologiques, même s'il reste encore difficile d'établir des prévalences. La victimation touche tous les âges, même dans les premiers mois de vie (ainsi par exemple les « bébés secoués »). Les deux sexes sont concernés. Le sexe féminin reste la cible principale des abus sexuels de tous types, les agresseurs étant pour près de 90 % des hommes ; dans près d'un tiers des cas, les auteurs sont du même groupe d'âge que leurs victimes. La fratrie joue aussi un rôle sous-estimé comme auteur de maltraitances.

S'il existe certaines spécificités, la clinique des conséquences psychopathologiques des différents types d'événements converge, en dépit de leur grande diversité, vers des aspects comparables où prédomine le type de l'état de stress posttraumatique, aigu ou chronique. Il a des caractéristiques développementales en fonction de l'âge des victimes [3]. Dans les formes d'événements répétés ou prolongés, on observe un aspect particulier qui est celui de l'état de stress posttraumatique complexe. Ces entités ne résument pas la clinique car le psychotraumatisme peut être responsable de la survenue de presque tous les types de troubles mentaux : troubles émotionnels, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires et autres addictions, à l'âge adulte troubles de personnalité… Les complications ont une particulière gravité : suicide, fugue, addictions, délinquance…

La prise en charge est dominée par le souci prédominant du dépistage précoce des situations et de la protection de l'enfant. Des traitements ont fait preuve de leur efficacité mais peu de jeunes victimes ont encore accès à des soins correctement conduits. Il s'agit avant tout de psychothérapies.

Psychiatrie légale et criminologie clinique
© 2013, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Nous présenterons successivement les particularités propres aux principaux événements, les conséquences psychopathologiques puis les principaux axes de la prise en charge des enfants.

Visages du psychotraumatisme chez l'enfant

Il existe un grand polymorphisme clinique. Les situations les plus fréquentes sont représentées par la maltraitance et le harcèlement en milieu scolaire. Certains aspects sont très actuels comme l'utilisation malveillante de téléphones portables. Le pouvoir traumatogène de l'événement est d'autant plus grand qu'il s'agit d'événements d'origine humaine plus que naturelle, intentionnel qu'accidentel, que l'auteur est connu plus qu'inconnu, proche plus que non familier. Il peut s'agir d'agressions directes avec menace personnelle ou d'être témoin d'incidents graves, comme d'un accident, d'un crime ou de violences conjugales.

Accidents

Les accidents représentent la première cause de décès entre 1 et 15 ans et touchent un enfant sur 10 annuellement. Ils persistent à une fréquence élevée. Ils sont plus fréquents chez les garçons et les enfants en bas âge (1–4 ans). Ils regroupent des aspects variés : accidents de la circulation ou accidents de la vie courante (accidents domestiques, accidents scolaires, accidents de sports et de loisirs). Ils peuvent être source de séquelles qui réduisent la qualité de vie et aggravent le risque psychotraumatique. Ils sont responsables de traumatismes de type I. Ils sont non intentionnels mais mettent en cause la surveillance par l'entourage et posent la question d'un diagnostic différentiel avec la maltraitance physique ou la négligence, notamment pour les jeunes enfants (par exemple pour les brûlures ou les chutes).

Inceste

La loi a étendu la conception de l'inceste longtemps fixée de façon restrictive à des relations sexuelles entre proches parents. L'Assemblée nationale a adopté, le 26 janvier 2010, la proposition de loi modifiée par le Sénat, visant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le Code pénal et à améliorer la détection et la prise en charge des victimes d'actes incestueux. La définition adoptée affirme que « viols et agressions sexuelles sont qualifiés d'incestes lorsqu'ils sont commis au sein de la famille, sur un mineur, par un ascendant ou par toute autre personne ayant une autorité de droit ou de fait ». Un amendement gouvernemental a permis d'ajouter l'inceste entre frère et sœur et l'inceste commis par le concubin d'un membre de la famille. Les abus sexuels incestueux rentrent dans le cadre général de la maltraitance. Ils ont pour spécificité de représenter une atteinte simultanée du développement psychique et psychosexuel de l'enfant, et de son lien familial.

Maltraitance

L'ODAS (Observatoire décentralisé de l'action sociale) distingue, depuis 1993, « les enfants en risque » des « enfants maltraités » : « L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pour autant pas maltraité. Les enfants en danger comprennent l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités. En 1996, on comptait en France 53 000 enfants en risque et 21 000 enfants maltraités ; les violences physiques représentaient 7 500, les abus sexuels 6 500 et les négligences graves et violences psychologiques 7 000 des 21 000 enfants maltraités. D'autres données font penser à une sous-estimation de la prévalence de la maltraitance et de ses conséquences.

Les violences physiques touchent principalement les très jeunes enfants. Les traumatismes crâniens représentent la première cause de décès chez l'enfant maltraité. Les fractures du crâne, présentes chez 15 % de ces enfants, indiquent un impact direct. Mais des lésions intracrâniennes peuvent exister en l'absence de fracture. Ainsi, l'hématome sous-dural s'observe essentiellement chez l'enfant âgé de moins de 2 ans et est le plus souvent consécutif au syndrome dit « du bébé secoué », c'est-à-dire à des mou-

vements de translation et de rotation brutale imposés à la tête du nourrisson. La forme aiguë réalise un tableau de détresse vitale neurologique alors que la forme chronique est plus difficile à diagnostiquer (augmentation de la vitesse de croissance du périmètre crânien, troubles du comportement, troubles alimentaires à type de vomissements ou de stagnation pondérale, signes neurologiques avec malaise et/ou convulsions). Bien que plus rares, les lésions viscérales représentent la seconde cause de décès. Leur risque principal est d'évoluer à bas bruit et de ne se révéler que quelques jours après le traumatisme. L'imagerie doit donc être d'indication large, au moindre doute. L'association de lésions tégumentaires et/ou muqueuses d'âges différents est très évocatrice de mauvais traitements. Elle impose d'effectuer un examen clinique complet sur l'enfant entièrement dévêtu. La moindre contusion sur le corps d'un jeune nourrisson est toujours hautement suspecte et doit conduire à une évaluation. Les radiographies de squelette complet sont d'indication large, notamment avant l'âge de 2 ans. Après 2 ans, les clichés sont orientés en fonction de la clinique. Sont très évocatrices de violences physiques des fractures d'âges différents, une fracture ancienne négligée avec présence d'un cal hypertrophique, un arrachement métaphysaire, une fracture de l'arc postérieur d'une côte, du sternum, de l'acromion avec arrachement de l'extrémité de la clavicule, des apophyses épineuses et transverses des vertèbres, une embarrure occipitale et la fracture spiroïde d'un os long. Si le diagnostic de lésions traumatiques est aisé, le diagnostic de mauvais traitements est en revanche beaucoup plus difficile à établir. Il repose sur un faisceau d'arguments en s'appuyant notamment sur une évaluation pluridisciplinaire et sur le caractère des lésions, leur topographie, leur aspect multifocal, leur association, leur répétition (lésions d'âges différents) et leur évolution favorable au cours de l'hospitalisation ; l'existence d'un retard dans le recours aux soins ; l'entretien avec les parents sur les circonstances du traumatisme comporte souvent des discordances, des incohérences, voire des invraisemblances entre les lésions constatées et les explications fournies ; l'aspect de l'enfant et son comportement, en sachant ne pas trop se fier aux apparences : un enfant sale et négligé peut n'être victime d'aucune brutalité alors qu'un enfant maltraité peut avoir un aspect soigné ; le recueil des antécédents de l'enfant et des autres enfants de la fratrie.

Les circonstances dans lesquelles un médecin peut rencontrer un enfant ou un adolescent victime d'agressions sexuelles sont multiples. Deux scénarii sont schématiquement possibles. Dans le premier, l'agression sexuelle est le motif de la consultation. Dans le second, l'agression n'est pas verbalisée et l'enfant exprime ce qu'il a subi à travers des plaintes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, malaise…) ou des troubles des conduites (fugue, tentative de suicide, anorexie, troubles du sommeil…) qu'il faut savoir décoder. Lorsque l'agression a comporté une pénétration sexuelle et date de moins de 72 heures, l'examen médicolégal est une urgence. En effet, dans ce délai, la recherche de sperme peut être positive et l'auteur identifié par son empreinte génétique. Néanmoins, il s'agit d'un examen dont le médecin doit s'abstenir s'il n'en a pas l'habitude en confiant la victime à une équipe spécialisée. L'hospitalisation s'impose en cas d'agression intrafamiliale, lorsque l'agresseur vit au domicile, en cas de grossesse et/ou de signes évoquant une infection génitale ou si le retentissement émotionnel sur l'enfant ou sur son entourage apparaît majeur. Les carences et négligences correspondent à la non-satisfaction des besoins physiologiques (alimentation, sommeil…) et/ou affectifs de l'enfant. Aux urgences, le tableau le plus fréquemment observé est celui d'accidents et/ou d'intoxications à répétition par défaut de surveillance. Ce type de maltraitance n'est pas l'apanage des milieux sociaux défavorisés.

Une maltraitance psychologique accompagne les violences physiques, sexuelles, ou les négligences graves. Mais elle peut être isolée, l'enfant souffrant de rejet, d'abandon, de menaces, de dévalorisation, d'injustices criantes, voire plus activement de cruauté mentale. Elle met en danger le développement affectif et social de l'enfant, l'harmonie relationnelle nécessaire à ce développement et éventuellement la structuration même de sa personnalité. Elle affecte particulièrement l'estime de soi. Elle peut compromettre sa capacité de percevoir, de sentir, de comprendre et d'exprimer des émotions. Elle est difficile à détecter, à évaluer et à prouver. De nombreux cas de violence psychologique ne sont jamais dénoncés. On sait la fréquence des violences conjugales et que des enfants en sont souvent témoins ; ils en sont aussi victimes, même quand ils ne sont pas eux-mêmes frappés : contraindre un enfant à voir ou à entendre sa

mère se faire agresser, c'est lui infliger une forme de violence psychologique. Le fait de grandir dans un tel environnement est fortement insécurisant et nuit gravement au développement psychologique et social de l'enfant qui peut prendre l'agresseur comme modèle de comportement ou finir par croire que la victimisation est partie intégrante de toute relation; c'est ainsi que le cycle de la violence se perpétue de génération en génération.

School bullying

En français, on parle d'intimidation ou de harcèlement scolaire. Le *school bullying* est un concept récent. En effet, dans les pays scandinaves, on assiste à des programmes de prévention de la violence scolaire, contrairement à la France où ce concept est à ce jour peu connu et peu utilisé. La première recherche d'envergure nationale menée sur le *school bullying* a été réalisée en Norvège auprès de 140 000 élèves âgés de 8 à 16 ans par Dan Olweus en 1993. Il n'existe à ce jour pas de traduction française qui soit réellement satisfaisante. On parle de violences entre élèves, brimades, harcèlement, intimidation, brutalités… Suivant les définitions le pourcentage d'enfants victimes de *school bullying* varie de 8 % à 30 %.

Le *school bullying* est un problème majeur se traduisant par un comportement agressif dirigé systématiquement par un ou plusieurs enfants contre un autre sur le long terme. Il peut se décrire sous forme d'insultes, de moqueries, de bousculades, de menaces… Mais cette violence peut également devenir physique tels des coups ou des pincements. La relation agresseur/victime est basée sur un déséquilibre de force et la domination. Souvent la victime est choisie en raison d'une faiblesse ou d'une différence physique (obésité, bégaiement, difficultés d'apprentissage…). Certains auteurs parlent « d'une violence à long terme, physique ou psychologique de la part d'un individu à l'encontre d'une personne incapable de se défendre en situation ». Il n'existe pas de définition universelle du bullying, toutefois il est admis qu'il présente les caractéristiques suivantes : certains enfants peuvent être menacés, battus, bousculés ou enfermés dans une pièce, ils peuvent également recevoir des messages injurieux ou méchants. Ces situations peuvent durer et il est difficile pour l'enfant de se défendre. Les filles peuvent aussi être des agresseurs, mais ce sont les garçons qui sont le plus souvent impliqués. Garçons et filles sont victimes de façon égale, mais les garçons sont plus souvent victimisés par des groupes de pairs mâles, (il est plus rare qu'une fille victimise un garçon). Le type de victimisation change selon le genre : les agressions verbales, les rumeurs, l'ostracisme, les intimidations sont plus le fait de filles tandis que les garçons ont plus souvent recours à des violences physiques et à du racket.

Le *school bullying* passe souvent inaperçu pour les adultes et fait partie de la face cachée de la violence à l'école. Les intimidations peuvent susciter des sentiments de honte, de dévalorisation et de désespoir et les enfants sont souvent réticents à en parler, pensant qu'ils devraient pouvoir s'en sortir seuls. Parmi les signes qui pourraient être révélateurs d'un problème, figurent les changements brusques de comportement, un calme inhabituel, un repli sur soi… Victimes comme agresseurs peuvent rencontrer plusieurs difficultés comparables (dépression, idées suicidaires, parents violents). Les conséquences peuvent être dramatiques : les jeunes peuvent développer une dépression chronique, un isolement social, un sentiment de dégradation, pouvant aller jusqu'au suicide. Ce sont des suicides ou les tentatives de suicide chez les adolescents (1973 en Norvège) qui sont à l'origine des premières études de ce phénomène. Les victimes sont diminuées, perdent confiance en elles et bien souvent culpabilisent. Elles ont peur de se faire traiter de « bébé » et des moqueries supplémentaires qui pourraient découler de toute plainte ou dénonciation de leur part. Les victimes ont des difficultés à aller vers les autres et se replient sur elles-mêmes : difficultés de socialisation et d'intégration qui se poursuivent dans la vie adulte bien souvent. Leur travail scolaire pâtit de la situation car elles ont du mal à se concentrer, ce qui a pour conséquence des résultats en baisse et parfois un décrochage scolaire, voire une déscolarisation totale ou partielle. Ce sont des absentéistes notoires. Selon une étude menée par des sociologues auprès d'élèves de l'enseignement secondaire, 20 % d'entre eux déclarent s'absenter afin d'éviter leurs agresseurs. Les stress posttraumatiques se poursuivant à long terme, les victimes subissent des changements de personnalité et mettent en place des conduites d'évitement ou de peur. Au Japon, on a montré que bon nombre de victimes de brimades scolaires (*Ijimé*) deviennent *Ikikomori*, ces adolescents reclus, coupés de leur famille et du monde

extérieur. En France, le ministère de l'Éducation nationale a diffusé à destination des enseignants un guide contre la violence scolaire.

L'utilisation malveillante de téléphones portables et d'internet

Les téléphones portables et autres appareils électroniques exercent une forte attraction chez les jeunes qui en ont une demande et utilisation croissante soutenue par la société de consommation. Ils constituent un mode nouveau et redoutable de victimation, augmentant le cercle de diffusion d'un événement dans l'espace et dans le temps et permettant des manipulations pouvant aboutir à une quasi-soumission d'un individu cible aux volontés d'un autre, isolé ou en groupe. On est devant des faits qui peuvent avoir une portée pénale. Le vol plus ou moins brutal est fréquent dans cette tranche d'âge, pouvant laisser la victime en état de choc et dans un sentiment marqué d'insécurité à l'extérieur de chez elle. Une agression peut être filmée (*happy slapping* ou « joyeuse baffe » !) et diffusée de façon large ou dans un réseau ciblé, augmentant le sentiment d'humiliation du jeune agressé. Des images compromettantes de quelqu'un peuvent être prises, à son insu ou non, avec des menaces de diffusion auprès de proches, des manipulations, un chantage, ou une diffusion directe par téléphone ou sur internet afin de nuire. Les enfants devraient plus être alertés sur les dangers qu'ils peuvent rencontrer dans leurs *blogs*. Ils n'ont pas toujours pleinement conscience du caractère destructeur que peuvent avoir certaines photos ou des propos disqualifiants ou calomniateurs ; on a parlé de cyberintimidation : une violence, en particulier psychologique, harcèlement, humiliation, intimidation, utilisant les moyens de communication technologiques (internet, etc.) comme support. Un autre aspect est la survenue de contenus indésirables, tels que les spams à contenu pervers, qui peuvent jouer un rôle excitant prématurément provocateur, inducteur ou choquant. Internet permet, de toute façon, notamment en l'absence de contrôle parental, un accès inégalé à des images violentes et/ou pornographiques qui peuvent être extrêmement déstabilisantes sur un psychisme en développement et amener des tentations de reproduire de tels actes. La répétition de contenus inadéquats, en particulier pour des enfants, dans nos sociétés joue un rôle d'affaiblissement de la sensibilité et facilitateur des passages à l'acte.

Racket

Cette forme d'agression est fréquente dans les établissements scolaires ou dans leur entourage et concernerait environ 10 % d'entre eux. Elle peut constituer une modalité du *school bullying*. Le racketteur exige de sa victime de l'argent, des objets, des vêtements ou un « service » en le menaçant. Il fait généralement usage de la force physique, de menaces ou de chantage. C'est un délit puni par la loi. Le Code pénal ne prévoit pas d'infraction spécifique de racket. Néanmoins, il peut être qualifié suivant les cas de vol aggravé (lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de violences) ou d'extorsion (art. 312-1 du CP : « L'extorsion est le fait d'obtenir par violence, menace de violences ou contrainte soit une signature, un engagement ou une renonciation, soit la révélation d'un secret, soit la remise de fonds, de valeurs ou d'un bien quelconque. L'extorsion est punie de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende. »). Ce type d'agression peut représenter une source majeure de détresse.

Clinique du psychotraumatisme chez l'enfant

Elle est dominée par le tableau clinique de l'État de stress posttraumatique. Il a une grande valeur sur le plan médicolégal du fait de son caractère pathognomonique, à l'opposé du caractère non spécifique des autres entités pathologiques comme les dépressions ou les troubles du comportement.

États de stress posttraumatiques de l'enfant et de l'adolescent

L'état de stress posttraumatique (ESPT de l'Organisation mondiale de la Santé ou de l'*American Psychiatric Association*) est la principale conséquence psychopathologique résultant de l'exposition à un événement majeur (American Psychiatric Association, 1996 ; World Health Organization, 1993). L'ESPT est la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle, souvent observée lors de la révélation des faits. Il est

également très souvent retrouvé après un traumatisme de type I, c'est-à-dire comme conséquence de l'exposition brutale et imprévisible à un événement unique et limité dans le temps, comme un accident. Après un événement potentiellement traumatogène, on a pu montrer que deux tiers des enfants exposés pouvaient présenter ce type de troubles dans les mois qui suivent (World Health Organization, 1993). Ces troubles peuvent avoir une évolution prolongée sur des années, se compliquer, être responsables d'un handicap marqué et peser lourdement sur le développement à ces âges de grande vulnérabilité. L'état de stress posttraumatique des classifications internationales peut s'associer ou être suivi d'autres troubles mentaux, par exemple anxiodépressifs ou addictifs ; le risque de tentative de suicide est élevé. La culpabilité est souvent présente, et la honte en cas de maltraitance, même si la médiatisation croissante tend à aider les victimes à se situer.

La réaction immédiate de l'enfant lors de l'événement traumatique se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité. Les jours suivants sont marqués par l'apparition plus ou moins rapidement progressive des différents symptômes jusqu'à constitution du tableau clinique complet de l'état de stress posttraumatique. Dans la majorité des cas, il apparaît dans les premières semaines suivant l'événement et n'est qu'exceptionnellement différé.

Le modèle de référence pour la description de l'ESPT chez le grand enfant et l'adolescent reste celui des classifications internationales, CIM-10 (OMS) ou DSM-IV (APA) (American Psychiatric Association, 1996 ; World Health Organization, 1993). Il est constitué de la notion d'exposition antérieure à un événement potentiellement traumatique *(facteur traumatique)* avec réaction de détresse immédiate, d'un *syndrome de remémoration ou* de *reviviscence,* d'un *syndrome phobique* (détresse à l'exposition, évitements et anticipation anxieuse), d'un émoussement de la réactivité générale et d'un état d'alerte avec hyperactivation neurovégétative. Une durée minimale d'1 mois est requise.

Un certain nombre de spécificités sémiologiques et développementales colorent la présentation de l'ESPT du jeune patient (Terr, 1991 ; Vila *et al.*, 1998) : le syndrome de répétition reste l'élément central et pathognomonique. Les enfants présentent des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit, évoquant certains aspects de l'événement traumatique qu'ils n'ont pas conscience de rejouer ainsi. La mémoire du traumatisme, répétitive et intrusive, peut être visualisée sous la forme d'hallucinations, d'illusions et de flashback, moins souvent que chez l'adulte. D'autres reviviscences, auditives, tactiles ou olfactives, sont parfois rapportées. De telles images, fortement sensorialisées, sont provoquées par des stimuli actuels rappelant le traumatisme ou surviennent spontanément, notamment dans les moments où l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient, en classe ou devant la télévision, au repos ou au moment de l'endormissement. Les cauchemars récurrents de reviviscence traumatique, considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte, sont moins fréquents chez l'enfant qui présenterait, notamment avant l'âge de 5 ans, plutôt des cauchemars à thèmes non spécifiques, sans contenu reconnaissable, ou des terreurs nocturnes. L'émoussement de la réactivité générale avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est rare chez l'enfant à la suite d'un traumatisme unique et ce d'autant qu'il est plus jeune. Fatalisme, pessimisme et sentiment d'avenir « bouché » témoignent fréquemment d'un changement d'attitude face à la vie et à l'égard des autres : ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un sentiment profond de vulnérabilité et une perte de la confiance habituelle accordée aux adultes protecteurs. Les peurs spécifiques liées au traumatisme constituent, pour Terr (1991), la quatrième caractéristique principale des psychotraumatismes de l'enfant. Ce sont des manifestations phobiques inhabituellement tenaces. On rapproche de ces peurs, l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme. Il s'agit d'efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec l'événement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés. L'amnésie psychogène posttraumatique est assez rare chez l'enfant qui présente, en revanche, vis-à-vis des événements traumatiques, des distorsions des cognitions et des souvenirs souvent marquées. En effet, tandis que les faits peuvent être très clairement relatés et avec un luxe surprenant de détails, leur

chronologie est évoquée dans le désordre et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes. Enfin, la « réévaluation cognitive » des événements à posteriori génère la croyance en des *présages*, des mauvais augures qui, pour l'enfant, annonçaient l'événement, reconstructions et réinterprétations du passé ou des souvenirs de l'enfant. L'hyperactivité neurovégétative recouvre un ensemble de symptômes apparus au décours du traumatisme : difficultés d'endormissement et réveils multiples, irritabilité et accès de colère, état d'alerte, hypervigilance et réactions exagérées de sursaut, troubles de l'attention et de la concentration se répercutant sur la scolarité. Les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales), très fréquentes chez l'enfant, peuvent en être rapprochées. Chez l'enfant, les phénomènes régressifs (une énurésie, un parler « bébé » ou une succion du pouce, par exemple) sont fréquents après un psychotraumatisme.

Troubles psychotraumatiques de type II chez l'enfant et l'adolescent ou état de stress posttraumatique complexe

Ils s'associent très souvent à des symptômes d'ESPT comme dans les psychotraumatismes de type I (Vila *et al.*, 1998). Plus qu'un simple évitement, le déni massif du traumatisme, l'inhibition intellectuelle, l'émoussement affectif, le détachement avec restriction des intérêts et des relations, sont plus marqués que pour le type I. L'amnésie de pans entiers de souvenirs de l'enfance, souvent manifeste dès l'adolescence, le manque d'empathie, l'indifférence à la douleur peuvent être rapprochés de phénomènes de dissociation de la conscience : anesthésie corporelle ou émotionnelle, amnésie dissociative, dépersonnalisation, phénomènes auditifs ou visuels d'allure hallucinatoire. Les troubles psychotraumatiques de type II sont consécutifs à l'exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs. Ils se distinguent des traumas de type I par l'absence de surprise, voire la résignation qu'ils entraînent chez l'enfant, y compris durant leur survenue. Le sujet a vécu une période prolongée (mois ou années) de contrôle total par quelqu'un (« captivité » physique ou émotionnelle : camps de concentration, camps de prisonnier de guerre, « bordels », violence domestique, maltraitance, réseaux d'exploitation). L'exposition continue ou répétée aux facteurs traumatiques implique des phénomènes adaptatifs, des modifications du fonctionnement global de l'individu, de sa personnalité en développement. On observe notamment des altérations du contrôle émotionnel (tristesse, idées de suicide, colère), des altérations de conscience (amnésie des événements traumatiques, reviviscences, épisodes de détachement de son corps ou de son esprit) ; des modifications de la perception de soi (honte, culpabilité, sentiment d'impuissance ou d'être complètement différent des autres humains) ; des altérations de la perception de l'auteur (ex. : lui attribuer un pouvoir absolu ou se préoccuper de sa relation avec lui, comme la vengeance, des attitudes de passivité extrême ou l'établissement de liens pathologiques de dépendance avec le persécuteur [*identification à l'agresseur*]) ; des altérations des relations aux autres (isolement, méfiance ou recherche répétée d'un sauveur) ; des modifications des systèmes de croyances personnelles (perte de confiance ou sentiment de perte d'espoir). Les jeunes évitent de penser et de parler d'eux et des sujets liés au trauma. Ils évoquent rarement l'agression et se rétractent souvent, gardant longtemps le secret ou respectant la « loi du silence ». Ils usent ou abusent d'alcool et de toxiques pour éviter ou atténuer pensées et émotions en rapport. La boulimie, des manifestations incontrôlables de rage, de colère extrême et d'autoagressivité avec automutilations ou tentatives de suicide sont fréquentes ; le risque suicidaire est élevé. On peut observer le développement précoce (dès l'âge de 5 ans) de troubles de la personnalité empruntant des caractéristiques aux personnalités narcissique, antisociale, limite et évitante. La survenue de troubles dépressifs peut compliquer la présentation. Les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales) sont habituelles. On retrouve des attitudes de familiarité superficielle non discriminante chez les tout-petits victimes de sévices, comme dans les troubles de l'attachement par carence affective. On a signalé également l'agressivité et les conduites prédélinquantes, les conduites de séduction, la multiplication des partenaires sexuels, voire certains actes de prostitution chez des sujets ayant subi des sévices sexuels. De tels tableaux cliniques sont également décrits sous la dénomination de trouble de stress extrême non spécifié (DESNOS ou *disorder of extreme stress non otherwise specified*).

Prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant

Nous insisterons sur les principes de cette prise en charge. Le délai de la première consultation devrait être le plus court possible si l'événement ou sa révélation est récent. L'objectif est l'écoute, l'évaluation et mettre en place les éléments d'une alliance thérapeutique. Beaucoup de victimes ne consultent pas ou ne reviennent pas. L'accueil et le professionnalisme sont essentiels. Il convient d'évaluer l'urgence de la situation, en particulier dans la maltraitance où la consultation se fait souvent dans un moment de crise pour l'adolescent ou le couple parental. Des passages à l'acte peuvent suivre la demande implicite ou explicite mal entendue. Le type de traumatisme peut impliquer des interventions médicales, judiciaires ou médicolégales dont il faut s'assurer, comme une hospitalisation ou un signalement. Quelques consultations rapprochées sont indispensables pour définir la stratégie thérapeutique et initier le suivi. Elle doit impliquer l'enfant et sa famille, à l'exclusion des auteurs. Un abord thérapeutique familial est particulièrement indiqué lorsque l'ensemble de la famille ou plusieurs de ces membres ont été exposés au même événement ou si le traumatisme est survenu au sein même de la famille, notamment en cas de sévices physiques ou sexuels intrafamiliaux, à l'exclusion de l'auteur et à condition que la protection de la victime soit assurée (mesures de signalement judiciaire, placement de l'enfant, aide éducative en milieu ouvert, poursuites pénales de l'agresseur…), toute tentative thérapeutique étant vaine, voire paradoxale dans le cas contraire. En l'absence de troubles, un suivi simple suffit, en sachant que des troubles différés sont possibles. La prescription de psychotropes s'adresse aux symptômes les plus aigus ou aux états dépressifs. Elle est rarement suffisante. Quand les troubles sont constitués, l'essentiel du traitement est psychothérapeutique, avec souvent un temps de thérapie focale, ciblée sur les symptômes de stress posttraumatique, puis une thérapie plus globale visant des failles antérieures, tentant de réinscrire le sujet dans son histoire ou axée sur la réinsertion. Les méthodes les plus employées sont d'inspiration psychanalytique ou cognitivocomportementales, en particulier techniques d'exposition, restructuration cognitive, gestion du stress et de la colère. Une partie du traitement peut être faite en groupe. L'hypnose ericksonienne représente également une méthode d'élection pour les manifestations anxieuses et les traumatismes psychiques. L'*eye-movement desensitization and reprocessing* (EMDR) a montré son efficacité sur le trauma. C'est une technique intégrative, non directive, applicable chez l'enfant. Il est essentiel de dépister auparavant l'existence de troubles dissociatifs qui doivent faire l'objet de précautions techniques particulières et peuvent en limiter l'efficacité. Les techniques à médiation corporelle, comme la relaxation, sont intéressantes chez l'enfant et l'adolescent, à condition d'être particulièrement attentif à une nécessaire distance, notamment en cas d'abus sexuels. L'approche psychothérapeutique ne doit pas faire oublier que le jeune patient et sa famille, pour autant qu'elle est intacte, peuvent continuer d'être exposés à des menaces, souvent doivent faire face au parcours de combattant des victimes et réorganiser leurs vies en fonction de ce qui est arrivé. Une fonction de guidance et d'accompagnement est indispensable. Dans certains cas, des mesures directes de protection sont indispensables, hospitalisation, placement ou signalement. Elles priment sur toute autre considération. Enfin, le respect du secret professionnel est plus que jamais une règle déontologique et éthique, aucun élément personnel ne devant être révélé à des tiers dans des affaires sensibles à forte valence sociale et médiatique.

Références

American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). (1056p). Washington DC. Critères diagnostiques. Traduction française par Guelfi JD et al. Paris : Masson.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas : An Outline and Overview. *The American Journal of Psychiatry, 148*, 10–20.

Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-Simeoni, M. C. (1998). *L'enfant victime d'agression* (170p). Paris : Masson.

Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-Simeoni, M. C. (1999). An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostages in their school. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 746–754.

World Health Organization, (1993). CIM 10/ICD 10. *Classification internationale des maladies 10e révision. Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (336p). Genève : OMS. Traduction de l'anglais coordonnée par Pull CB. Paris, Masson.