

Président

Dr M. DAVID

Secrétaire Générale

Dr I. SECRET-BOBOLAKIS

Secrétaire Général Adjoint

Dr. E. WINTER

Trésorière

Dr M-Ch. CABIE

Trésorier Adjoint

Dr. J-Ph. CATONNE

Président élu

Dr C. GERNEZ

Président sortant

Dr. J-J. BONAMOUR du TARTRE

Secrétariat

N. DUFOUR

Président Fondateur

Dr S.D. KIPMAN

Anciens Présidents

Pr J.F. ALLILAIRE
Pr Ch. AUSSILLOUX
Dr H. BOKOBZA
Pr G. DARCOURT
Dr J. FORTINEAU
Dr J. GARRABE
Dr. N. GARRET-GLOANEC
Dr M. HORASSIUS
Dr N. HORASSIUS
Dr J-J. LABOUTIERE
Dr O. LEHEMBRE
Pr H. LOO
Pr Ph. MAZET
Dr. B. ODIER
Dr J-Ch. PASCAL
Pr G. SCHMIT
Dr J.M. THURIN

**PRÉSIDENTS DES COLLÈGES
DU CONSEIL SCIENTIFIQUE**

Recherche

Dr. J-M. THURIN

**Psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent**

Dr J. CHAMBRY

Psychopathologie

Dr I. SECRET-BOBOLAKIS

Thérapeutiques

Dr. J-J. BONAMOUR du TARTRE

Psychiatrie Médico-Légale

Dr P. PRAT

Psychiatrie et société

Dr M. GROHENS

**Audition du Dr Michel DAVID,
Président de la Fédération Française de Psychiatrie
par la Commission sur l'irresponsabilité pénale**

Mercredi 23 septembre 2020

SOMMAIRE

Résumé de l'audition, 3

1. Quelles seraient les éventuelles pistes d'amélioration de la procédure d'irresponsabilité pénale ?
2. Comment considérer la consommation de toxiques au regard de l'abolition ou non du discernement ?
3. Quel est l'état des lieux de l'expertise psychiatrique ?
4. Qu'en est-il des malades mentaux en prison ?

Annexe 1. Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels, 8

Annexe 2. L'expertise psychiatrique pénale, 12

Annexe 3. État des lieux du nombre d'experts psychiatres près les cours d'appel, 13

Annexe 4. L'expertise psychiatrique ? Pluriels n° 29, 15

Annexe 5. Courrier adressé à la DGOS relatif à l'hospitalisation de personnes détenues sous le régime SDRE D398, 43

Annexe 6. Loi Divus Marcus, 44

RÉSUMÉ DE L'AUDITION DU PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE RELATIVE À L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE EN PRÉSENCE DE TROUBLES MENTAUX

Rédaction : Michel DAVID

Contexte

Nicole Belloubet, ancienne Garde des Sceaux, a installé le 8 juin 2020 une mission pluridisciplinaire sur la responsabilité pénale composée de praticiens du droit et de médecins psychiatres (Docteurs Pénochet et Franc) placée sous la présidence de deux anciens présidents de la commission des lois de l'Assemblée nationale, M. Dominique Raimbourg et Philippe Houillon.

Questions posées au cours d'une visioconférence d'une heure :

1. Quelles seraient les éventuelles pistes d'amélioration de la procédure d'irresponsabilité pénale ?
2. Comment considérer la consommation de toxiques au regard de l'abolition ou non du discernement ?
3. Quel est l'état des lieux de l'expertise psychiatrique ?
4. Qu'en est-il des malades mentaux en prison ?

1. Quelles seraient les éventuelles pistes d'amélioration de la procédure d'irresponsabilité pénale ?

La procédure d'irresponsabilité pénale a été modifiée par la loi de rétention de sûreté en 2008. Antérieurement, l'abolition du discernement était prononcée par le juge d'instruction dans l'intimité de son cabinet, faisant l'objet d'une ordonnance de non-lieu, mal comprise par les victimes, mais aussi par certains psychiatres. Il s'agissait d'un non-lieu à poursuivre, car l'infraction n'était pas constituée par manque d'une de ses composantes (l'élément moral, alors que les éléments légaux et matériels pouvaient être constitués), mais non parce que les faits n'avaient pas eu lieu.

La loi de rétention de sûreté a institué une audience d'irresponsabilité pénale publique, en présence des parties civiles, qui permet d'exposer les faits, tout en faisant état de la pathologie mentale de la personne incriminée au moment des faits et qui conduit à son irresponsabilité pénale. Cette personne peut comparaître ou non, en fonction de son état psychique.

Un procès public, en cour d'assises, n'apporterait rien de plus si ce n'est un retour à une forme contemporaine de pilori.

La procédure actuelle est satisfaisante. À noter toutefois qu'elle est souvent longue, que la personne est sous écrou et que sa prise en charge psychiatrique peut être de ce fait chaotique.

Pour lire des positionnements psychiatriques et juridiques sur ce sujet juste avant la loi de rétention de sûreté, se référer au document : « *Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ?* » (Annexe 1).

2. Comment considérer la consommation de toxiques au regard de l'abolition ou non du discernement ?

Deux cas de figure se présentent : la consommation de toxiques et l'arrêt de la prise d'un traitement.

- La consommation de toxiques

Elle est en général reconnue comme un facteur aggravant quand la personne a conscience des effets du toxique sur son comportement (par exemple la consommation d'alcool dans les accidents de la route).

Dans le cas contraire, et notamment si la consommation de toxiques révèle une pathologie, comme on le constate dans les troubles schizophréniques avec le cannabis et engendrant un état psychotique aigu avec délire et hallucinations, il appartiendra à l'expert psychiatre dans le cadre d'une analyse clinique rétrospective précise de déterminer la part prise par la consommation de toxiques dans le passage à l'acte et de la perception par la personne de l'effet des toxiques sur elle.

Il est impossible de fixer une règle univoque simple. L'individualisation de la peine doit prendre en considération les particularités cliniques de chaque situation.

- L'arrêt de la prise de médicaments

L'absence d'observance d'un traitement médicamenteux, notamment au cours des pathologies schizophréniques, ne doit pas être considéré comme un facteur aggravant. Dans l'activité quotidienne du psychiatre, hors cadre pénal, l'arrêt du traitement par le patient, sans l'accord de son médecin, est une pratique assez courante.

Cet arrêt s'explique de différentes manières. D'abord parce que les effets indésirables de certains d'entre eux, notamment les neuroleptiques, sont importants et gênants. Ils sont la cause d'un réel inconfort qui conduit de manière bien compréhensible à son interruption par le patient.

L'autre motif d'arrêt est la disparition des symptômes, cause de souffrance (mais persistance des effets indésirables) et l'impression de ne plus avoir besoin de médicaments alors que la maladie est toujours présente. Pour bien percevoir ce mécanisme, une analogie est aisée avec les pathologies somatiques. Il est fréquent face à une infection bactérienne que le médecin prescrive une antibiothérapie qui peut faire disparaître les symptômes rapidement, mais sans que l'éradication des germes pathogènes ne soit totale. Alors que le traitement aurait dû durer une dizaine de jours, il n'est pas rare qu'il soit interrompu par de nombreux patients, malgré les informations données par le médecin, au bout de 4/5 jours. Ce qui est un constat regrettable pour les pathologies somatiques, mais qui ne fait pas débat, ne l'est pas pour les pathologies psychiatriques, ce qui est paradoxal. En effet, une pathologie somatique, a priori, n'affecte pas le discernement, alors qu'une pathologie mentale l'impacte de manière plus ou moins importante.

Enfin, être malade est en général inquiétant. Interrompre intempestivement son traitement, qu'il soit somatique ou psychiatrique, peut donner l'espérance et l'illusion d'être guéri.

3. Quel est l'état des lieux de l'expertise psychiatrique ?

L'état des lieux de l'expertise psychiatrique est dramatique, probablement en coma dépassé. L'État de droit a laissé l'expertise psychiatrique se décomposer progressivement, ce qui m'a notamment

conduit à renoncer à cette pratique qui m'a pourtant particulièrement intéressé et pour laquelle je me suis particulièrement investi (Annexe 2).

Les raisons de cette désaffection sont multiples et les experts que vous avez auditionnés vous les ont exposées.

Les chiffres relevés par le ministère de la Justice sont éloquentes : **537** experts inscrits auprès des cours d'appel en 2011 et **369** en 2018 (Annexe 3). Ils étaient près de **800** en 2002 comme le notait la mission nationale d'appui en santé mentale qui se livrait alors à une analyse pertinente de l'expertise psychiatrique (Annexe 4).

Mettre en place une formation approfondie psycholégale dans le cadre de la formation des internes en psychiatrie est une piste suggérée (DESC), ainsi évidemment qu'une meilleure rémunération des expertises et la reconnaissance par l'État de son importance dans un État de droit.

4. Qu'en est-il des malades mentaux en prison ?

La dernière importante étude épidémiologique relative à la santé mentale de personnes détenues de Rouillon, Falissard et coll. effectuée en 2003/2004 révélait un nombre important de personnes détenues présentant des troubles mentaux de gravité variable.

Une étude est en cours de lancement : « [Santé mentale de la population carcérale sortante : évaluation de la santé mentale, physique et des conditions sociales des sortants du milieu pénitentiaire en France](#) » dont l'investigateur principal est le professeur Pierre Thomas de Lille. Cette étude apportera des données actualisées, probablement peu rassurantes.

Le fait qu'il ait fallu construire des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour soigner les personnes détenues souffrant de troubles mentaux et dont la première tranche a été achevée en 2018 (avec l'ouverture de la dernière UHSA à Marseille) montre que ce problème est important. Une deuxième tranche serait nécessaire, sans pour autant s'assurer qu'elle couvrira tous les besoins, notamment en urgence. Il faudra probablement encore hospitaliser les personnes détenues à proximité de leur lieu d'incarcération (soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État – SPDRE procédure D398 du code de procédure pénale) sous une modalité qui peut ne pas convenir à leur situation psychiatrique, notamment lorsqu'elles consentent aux soins et ne présentent pas de dangerosité inhérente à leur pathologie mentale. L'hospitalisation dans l'hôpital psychiatrique de proximité se présente le plus souvent sous des modalités sécuritaires non propices aux soins (Annexe 5), avec une mise en chambre d'isolement toute la durée du séjour, sans motifs thérapeutiques. L'annulation récente de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique par le [Conseil constitutionnel relatif à l'isolement et la contention](#) qui ouvrira probablement à des conditions limitantes des durées d'isolement et de contention vont probablement mettre à mal soignants et administrations dès le début de l'année 2021¹. Les conditions de ces hospitalisations soumises à des impératifs sécuritaires, mais non thérapeutiques, jointes au développement des UHSA, sont les symptômes de la dégradation progressive de la psychiatrie et de son abandon des principes désaliénants à l'origine de la création du Secteur psychiatrique en 1960. Les publications relatives à ces évolutions sont nombreuses, citons toutefois ce propos concernant les « solutions thérapeutiques pénitentiaires » : « () L'on constatera une probable infiltration, pourrions-nous dire, sécuritaire avec une inflation patente de solutions thérapeutiques pénitentiaires, solutions témoins d'une difficulté croissante, peut-être d'une opposition, singulièrement de certains secteurs psychiatriques, à prendre en charge certaines

¹ Un dossier est ouvert sur ce sujet sur le site de la Fédération Française de Psychiatrie : <https://fedepsychiatrie.fr/missions/soins-sans-consentement/>

populations particulières, notamment carcérales... »². Les responsabilités sont multiples dans la survenue de cette involution (cf. notamment la conclusion ci-dessous) et pas uniquement médicales.

Le Contrôle général des lieux de privation de liberté a également souvent rendu compte de ces difficultés : <https://www.cglpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenu-es-atteintes-de-troubles-mentaux/>.

La prison n'est pas un lieu de soin, même si des soins peuvent y être prodigués. Par ailleurs, la situation critique de la psychiatrie est bien connue et il faudrait être naïf pour croire que la psychiatrie en milieu pénitentiaire serait protégée de la crise en cours.

Conclusion

Le positionnement d'une société face à la maladie mentale fluctue en fonction du contexte. Il conviendrait de se demander quels sont les motifs qui poussent notre époque à vouloir pénaliser les malades mentaux, alors qu'il y a près de 2000 ans, les Romains avaient déjà élaboré une doctrine précise et équilibrée (Annexe 6. Loi Divus Marcus).

Les positionnements ont tendance à se radicaliser en période de crise. Quand l'altérité semble trop éloignée, culturellement ou pour des raisons pathologiques, elle devient structurellement dangereuse. Il faut l'écartier ou la neutraliser. La pensée devient binaire. La nuance n'est plus de mise. La réaction sociétale face à la consommation de toxiques est polémique en France. La commission d'une infraction sous l'emprise de toxiques devrait-elle être analysée uniquement sous l'angle de la toxicomanie volontaire en éludant la pathologie mentale sous-jacente, excluant toute approche complexe ? Et pire, si la personne s'abstient de prendre son traitement (qui est aussi considéré parfois, selon le contexte et l'usage comme une « drogue » ...).

Le délaissement de l'expertise psychiatrique est-il le symptôme d'une perte de confiance dans la Justice et la Médecine ? Il faut reconnaître que pour la médecine, l'actualité pandémique ne peut que la confirmer. Où ce désintérêt n'est-il pas aussi la conséquence de la crise de la psychiatrie ?

Les injonctions contradictoires de notre société peuvent expliquer la tendance à des positionnements radicaux, simplistes. Ne faut-il pas s'étonner de voir une augmentation de la demande de pénalisation renforcée, de sécurisation élargie tout en condamnant des pratiques psychiatriques coercitives, attentatoires aux libertés individuelles, comme les mesures d'isolement et de contention quand elles sont prises dans une optique de protection de la santé ? L'opinion publique et les responsables politiques savent réagir promptement lorsque des événements graves surgissent et concernant la psychiatrie, d'autant plus que les réseaux sociaux surréagissent en n'excellant pas dans les analyses complexes.

Par conséquent, la psychiatrie n'étant pas présumée fiable, autant incarcérer les malades mentaux, s'assurant ainsi d'une neutralisation sur une durée fixée (quoiqu'avec toutes ces remises de peine... stigmates d'un laxisme chronique, ne manqueront pas de dire certains). Les allégations non documentées de personnes irresponsabilisées, initialement hospitalisées, mais trop rapidement sorties de l'hôpital, reflètent les angoisses contemporaines et les pertes de confiance dans les organisations sociétales.

² Chenivresse Pierre. Folie et (ir) responsabilité in *L'institution psychiatrique au prisme du droit. La folie entre administration et justice*. Éditions Panthéon-Assas, 2015, p116.

Les responsables politiques n'aident pas à restaurer la confiance. Il en est ainsi du renforcement du regard stigmatisant porté sur les personnes hospitalisées sous contrainte en psychiatrie présumées suspectes de radicalisation en faisant l'objet de repérage par le dispositif Hospyweb et son articulation avec le fichier FSPRT (fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste) et qui a été l'objet de plusieurs recours en Conseil d'État par de nombreuses associations, dont la Fédération Française de Psychiatrie, pour en demander l'annulation, mais en vain. La Fédération Française de Psychiatrie préfère des analyses méthodiques et raisonnées sur ces questions comme en témoigne son [travail de recherche](#) patient sur la radicalisation islamiste.

Et pour finir, l'actualité a mis en avant un terme que je n'apprécie pas, mais que je peux utiliser autrement. Il s'agit de l'ensauvagement. S'il faut parler d'ensauvagement, il me semble surtout qualifier les aspirations au retour de la peine de mort par plus de la moitié des Français si l'on en croit certaines enquêtes et du désir de punir les malades mentaux.

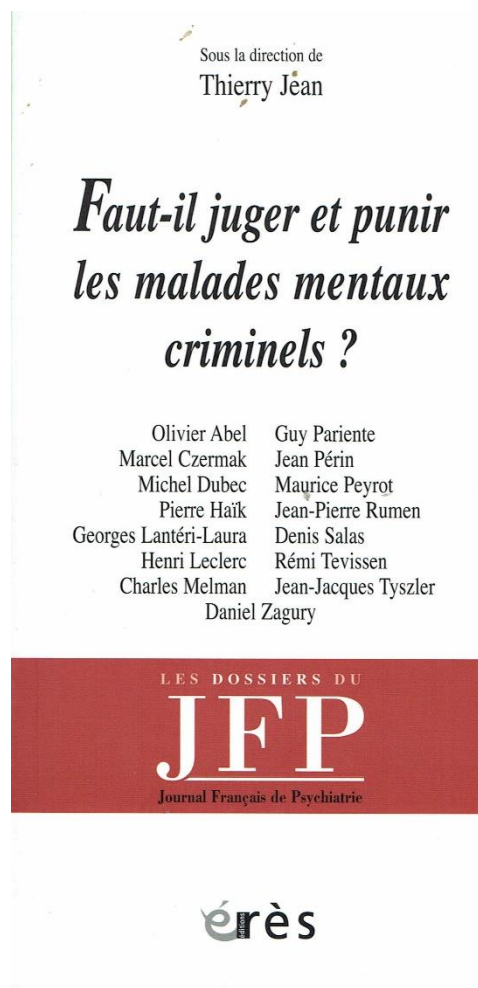
S'il s'avérait que cette dernière occurrence survenait, elle manifesterait une régression civilisationnelle évidente depuis que l'empereur Marc-Aurèle au II^e siècle considérait qu'il fallait dispenser de punition un malade mental meurtrier, car il était suffisamment « *puni par son état* » (Annexe 6) et elle contreviendrait au principe de fraternité de notre devise républicaine.

ANNEXE 1

FAUT-IL JUGER ET PUNIR LES MALADES MENTAUX CRIMINELS ?³

Sous la direction de Thierry Jean

Érès



Ce petit livre n'est pas récent, mais il est on ne peut plus actuel dans ces temps où la question de l'irresponsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux est sérieusement mise en accusation par les passions collectives et l'obstinée incompréhension de ce qu'est la maladie mentale grave. Les opinions les plus répressives et les plus réactionnaires sont prêtes à renoncer à des principes vieux de plusieurs centaines d'années, voire presque bimillénaires (loi Divus Marcus de Marc Aurèle au II^e siècle apr. J.-C.) ou plus : « *Du Code d'Hammourabi à la Halakha, en passant par la tradition des Inuits, le principe de la folie qui désresponsabilise teinte toutes les cultures* » (Dubec et Zagury, p. 104).

Ce livre collige initialement les actes d'un colloque qui s'est tenu en 2001 sur le thème éponyme du titre du livre. Il a été réédité en 2009 pour faire suite aux propos très abrupts du président de la République de l'époque sur les hôpitaux psychiatriques tenus en décembre 2008 et à tonalité sécuritaire. Les textes ont été actualisés. Il n'est toutefois pas fait état de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Mais il est intéressant de constater les insuffisances de l'époque et que les perspectives qui sont alors envisagées prennent en compte de

nombreux points qui font encore débat aujourd'hui.

Toutes les interventions sont intéressantes, mais je ne retiendrai ici que les points qui éclairent l'actualité. Il est en tout cas indéniable que ce livre est d'une lecture obligée à tous ceux qui veulent se faire une idée sur le sujet de manière sérieuse et sans rapport avec d'obscures raisons passionnelles ou politiciennes. S'abstraire de la polémique ne veut pas dire que la dispute n'est pas à rechercher. Daniel Zagury insistera sur la nécessité de la dispute, mais dans un sens universitaire bien entendu (p. 156). Et la dispute était bien présente au cours de ce colloque et tout particulièrement dans les échanges entre les psychiatres et maître Henri Leclerc (pp. 150-159). Et la dispute est parfois étonnante, car on a l'impression que les protagonistes ne se comprennent pas, au point d'en arriver à vouloir clore les débats, bien qu'ils n'aient pas des idées si éloignées les uns des autres, mais doit-on s'étonner que le langage soit plus une occasion d'incompréhension que de compréhension ? Pourtant, Henri Leclerc remarque : « *Ne sommes-nous pas d'accord sur l'essentiel ?* » (p. 172).

³ Analyse de livre paru dans la revue l'Information psychiatrique : Bibliothèque du psychiatre. *L'Information psychiatrique* 2020 ; xx (x) : 1-3 doi:10.1684/ipe.2020.2101

L'objet de ce colloque est de savoir s'il faut juger et punir les malades mentaux criminels, tout en faisant le constat d'un trop grand nombre de malades mentaux dans les prisons. Mais à partir de cette question en apparaissent d'autres comme la capacité de la psychiatrie à prendre en charge des personnes gravement malades. Henri Leclerc et Jean-Pierre Rumen donnent des exemples flagrants de situations où l'expert ne soutient pas l'abolition ou l'altération du discernement, malgré l'évidente pathologie [et sa relation avec l'infraction] pour éviter d'avoir une situation complexe dans un service hospitalier : « *Vous le vouliez vraiment dans votre service ?* » (p. 50).

Parmi les autres motifs de « responsabilisation » sont avancées les vertus thérapeutiques du procès, de la sanction pénale et de l'incarcération pour la personne malade, mais aussi le baume que représenterait le procès pour les victimes pouvant alors faire leur deuil, nonobstant le risque que « *le procès se transforme en mascarade* » (Zagury, p. 36). On peut reconnaître les éléments de langage actuel, notamment la vertu de la condamnation pour les auteurs d'infraction encore tenus par certains psychiatres qui ajoutent la nécessité que ces auteurs doivent être reconnus comme des sujets de droit, semblant oublier qu'ils font l'objet d'une procédure juridique précise qui les inscrit bien dans un État de droit : « *Et il se trouve ainsi quelque chose comme une coïncidence ou une alliance objective entre le souci de comprendre les malades mentaux au point de les condamner et l'exigence, promue par certains, de les faire bénéficier de l'appareil judiciaire, pour ne pas les stigmatiser et pour allier châtiment et thérapeutique* » (Lantéri-Laura, p. 73). Parmi les propositions de lois actuelles se trouve aussi celle de proposer la responsabilisation du patient psychotique non observant « volontairement » son traitement médicamenteux et nos auteurs de prévenir : « *Gare au psychotique, s'il a été mis en garde contre les effets de l'interruption du traitement, même si son opposition à celui-ci appartient, on le sait à la maladie elle-même* » (Dubec et Zagury, p. 109).

À côté de ces classiques questions qui sont encore d'actualité, se trouvait discuté (avant la loi du 25 février 2008) le fait que la décision de non-lieu pour abolition du discernement se faisait de manière discrète dans le cabinet du juge d'instruction. Outre l'habituelle incompréhension sur la notion de non-lieu — dont on devrait savoir qu'elle ne veut pas dire que les faits n'ont pas eu lieu, mais que l'infraction n'est pas complète juridiquement puisqu'il manque un de ses trois éléments constitutifs : l'élément moral, à côté de l'élément légal et de l'élément matériel — s'ajoutait à cette discussion le reproche d'une trop grande confidentialité de la décision du magistrat, laissant les victimes dans un vide angoissant et frustrant, très compréhensible. Faut-il un procès public ? Peut-on laisser un jury d'assises décider du sort d'un homme, de sa responsabilité ou de son irresponsabilité pénale en fonction d'un vote ? Quelle place pour les experts dans cette situation et quel est le rôle du juge. La fonction de chacun fait l'objet d'échanges nourris.

Finalement le temps de la réédition n'avait pas permis de prendre toute la mesure de l'audience d'irresponsabilité pénale qu'a créée la loi de rétention de sûreté. Il existe bien maintenant une audience publique, véritable procès, où toutes les parties sont présentes, sauf les enquêteurs dont la présence n'est plus requise, car les faits sont bien établis. L'imputabilité de l'infraction à son auteur est sans ambiguïtés. L'instruction a pu aller jusqu'à son terme, contrairement à la procédure antérieure qui pouvait laisser un doute sur l'imputabilité des faits à la personne déclarée irresponsable pour abolition du discernement. Pourtant les débats relancés fin 2019-début 2020 avec l'affaire Traore montrent que cette audience ne serait pas suffisante pour l'opinion publique, même éclairée, qu'il faudrait un réel procès. Bien que les ordonnances d'irresponsabilité indiquent précisément que la personne

accusée est bien l'auteur des faits, qu'elle a même pu les reconnaître, que certains éléments de contexte sont exposés sans ambiguïtés [comme l'antisémitisme dans cette affaire], il faudrait toujours plus de procédures, et même pour certains psychiatres, ayant certainement peu ou pas d'expérience de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, seul un procès d'assises permettrait qu'un réel travail thérapeutique soit mené avec la personne malade révélant une tendance « à la fétichisation du procès comme dernier lieu de théâtralisation » (p.106). On peut vraiment douter de la compétence de ces psychiatres en la matière, car il est tout à fait possible d'avoir un travail thérapeutique avec une personne ayant bénéficié d'un non-lieu, et si ce travail est difficile, c'est la pathologie qui le rend complexe et non les dispositifs juridiques qui l'encadrent. Croire en la vertu symbolique et thérapeutique de la sanction, c'est se fourvoyer en opposant une rationalité juridique au désordre de la maladie mentale. On pourrait faire les mêmes remarques quant aux subtilités juridiques des lois de 2011 et 2013 dont on fait semblant de croire qu'elles inscrivent les patients dans le réel de la loi.

Toutes ces questions, et notamment la complexité de l'expertise et l'état de la psychiatrie, sont exposées dans ces débats passionnants. Daniel Zagury remarque que « *Ce qui est sûr, par contre, c'est que le nombre de malades mentaux en prison est un problème indissociable d'un projet global de psychiatrie publique et qu'il mérite mieux qu'un procès démagogique des experts* » (p. 38). Ce livre ne doit pas être connu des parlementaires qui ont déjà déposé au temps de l'écriture de ces lignes (fin février 2020) cinq propositions de loi pour rétrécir le champ de l'irresponsabilité pénale. On ne renonce pas facilement à l'impulsivité législative et aux us parlementaires de notre temps : un fait divers, une loi. Espérons que cet opuscule sera au moins lu et débattu par la commission d'experts que la Garde des Sceaux met en place pour réfléchir au contour de l'irresponsabilité pénale. Les réactions actuelles interrogent le positionnement de notre société avancée envers « l'autre » quand sa différence nous dérange ou nous fait peur. Et il y a beaucoup « d'autres ».

Et face à cette inquiétante régression de nos valeurs collectives, la conclusion alors interrogative de l'intervention de Michel Dubec et Daniel Zagury sur l'honneur de l'humanité, alors déjà guère optimiste, devient aujourd'hui une bien triste affirmation : « *Avec l'article 122-1, les, experts, aujourd'hui se partagent entre une attitude protectionniste, en fonction de la misère des lieux d'hospitalisation, au détriment de la considération pour le malade, et une*

Devant la raréfaction des non-lieux psychiatriques et l'augmentation de la population psychiatrique en milieu carcéral, le JFP publiait en 2001 un numéro intitulé « Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ? ». Depuis, la situation n'a fait qu'empirer.

Au délabrement continu du dispositif de soins psychiatriques s'est ajoutée l'amplification du virage sécuritaire signant une rupture essentielle dans la tradition du droit qui, de manière intangible, prônait l'irresponsabilité pénale du fou. À la dégradation constante de la doctrine psychiatrique se sont associés les fantasmes hygiénistes ambiants. Cette évolution, qui fait du « fou » non plus un sujet à soigner mais un être asocial à punir et dont il faut se préserver des nuisances, correspond sans aucun doute à une profonde mutation de nos mœurs. Gonflée par quelques faits divers surexposés médiatiquement, la dangerosité semble être devenue le seul critère de « soin ». Malgré les statistiques qui montrent qu'un mari jaloux est quarante fois plus dangereux qu'un schizophrène et que celui-ci est plutôt la première victime des violences sociales, tout malade mental se trouve de fait assimilé à un assassin en puissance.

La réédition sous forme d'ouvrage de ce numéro du JFP, épuisé, s'est imposée : le débat n'a malheureusement rien perdu de son actualité et reste un document de référence, chaque auteur ayant pris soin d'enrichir son texte au regard des événements récents.

LES DOSSIERS DU
JFP
Journal Français de Psychiatrie

Thierry Jean est psychiatre, psychanalyste, membre de l'ALI, directeur de publication du Journal français de psychiatrie.

Imprimé en France
ISBN : 978-2-7492-1094-0
Prix : 16 €

www.editions-eres.com



revendication maintenue du fait psychotique. La contrainte sociale et la pauvreté culturelle de notre époque aboutissent à la divergence de deux voies : celle de la défense de la psychiatrie qui se dresse contre la protection du malade. Il n'y a plus d'honneur de l'humanité ? » (p. 112).

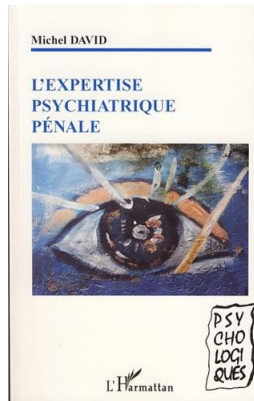
Le risque est grand aujourd'hui de dériver vers une défense sociale (Pariante, p.117) et d'une évolution inquiétante du métier de psychiatre comme en témoigne le constat interrogatif de Thierry Jean : « *S'étonnera-t-on de voir, quand la psychiatrie comme la médecine est invitée à renier le serment d'Hippocrate, son savoir et sa place spécifique au profit du collectif et des questions de santé publique s'organiser en une pratique exclusivement adaptative et hygiénique ?* » (p. 9).

Michel DAVID
Psychiatre des Hôpitaux
Président de la Fédération Française de Psychiatrie
michel.david.ffp @gmail .com

Pas de lien d'intérêt.

ANNEXE 2

L'expertise psychiatrique pénale



L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE

Le fonctionnement de la Justice en matière de procédure pénale fait l'objet d'une réflexion collective, principalement à la suite d'affaires judiciaires complexes. Le psychiatre, lorsqu'il collabore avec la justice en tant qu'expert, est un acteur de la procédure.

Dans les premiers temps de l'expertise psychiatrique, le magistrat instructeur demandait au psychiatre de déterminer si l'auteur présumé d'un délit ou d'un crime était atteint d'une maladie mentale pouvant entraîner son irresponsabilité juridique. L'expert psychiatre est maintenant sollicité pour des missions de plus en plus extensives, à la fois dans le contenu des questions mais aussi dans des contextes extrêmement diversifiés.

L'expertise de prélibération conditionnelle doit éclairer le juge d'application des peines sur l'évolution d'un condamné, sur sa dangerosité potentielle et sur les soins éventuels à imposer. L'expertise des plaignants, autour de laquelle la question de la crédibilité a fait largement débat, se doit d'évoluer en s'efforçant de dégager le retentissement des faits sur la personnalité de la victime.

La montée en charge progressive des soins en milieu pénitentiaire peut partiellement s'expliquer par la pratique expertale.

Le recours à l'expertise psychiatrique devient de plus en plus fréquent, alors que parallèlement, la psychiatrie rencontre une crise démographique notable. Les limites et les conditions de l'expertise psychiatrique pénale devront faire l'objet d'une réflexion des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens afin que la contribution des experts au fonctionnement de la Justice réponde le plus finement possible aux exigences d'un Etat de droit.

Michel DAVID, praticien hospitalier, psychiatre des Hôpitaux, chef de service (SMPR, Centre Hospitalier de Montèran, Guadeloupe), ancien psychiatre consultant au Centre national d'observation de Fresnes, a été inscrit sur les listes d'experts près des cours d'appel de Paris et de Caen.

Illustration de couverture :

Le regard, Fresque ancienne maison d'arrêt de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe. Cliché Michel DAVID.



9 782296 016491

21 €
ISBN : 2-296-01649-9

ANNEXE 3

États des lieux du nombre d'experts près les cours d'appel DACG



DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES

SOUS-DIRECTION DE LA JUSTICE PENALE GENERALE

Bureau de l'exécution des peines et des grâces

*Etat des lieux du nombre d'experts par ressort de cour d'appel
2018/2011*

Cour d'appel	2018 ¹			2011
	Psychiatres	Pédopsychiatres		
		Egalement inscrits comme psychiatres	Uniquement inscrits comme pédopsychiatres	
Agen	8	2		10
Aix en Provence	25	4		46
Amiens	4 ⁱ			6
Angers	4	1	2	9
Basse-Terre	3			7
Bastia	5	3	2	8
Besançon	8	2	1	10
Bordeaux	16	6		22
Bourges	1			3
Caen	10	5	1	9
Cayenne	2 ⁱ	1 ⁱ		ND
Chambéry	4		2	7
Colmar	15	5	1	19
Dijon	11	5		17
Douai	13	2	2	20
Fort de France	1	1	1	5
Grenoble	12	2	2	14
Limoges	6	1		6
Lyon	28	1	2	38
Metz	4	2		12
Montpellier	12	4	2	19
Nancy	5			8

¹ Recensement des experts inscrits sur les listes diffusées sur le site de la cour de cassation en juillet 2018

Nîmes	13	3	1	25
Nouméa	2			3
Orléans	7	1		6
Papeete	3 ⁱ		2 ⁱ	4
Paris	40	9	2	52
Pau	5	2	1	7
Poitiers	7	1		13
Reims	6	3	2	13
Rennes	19	6	2	35
Riom	7			15
Rouen	1	1		11
Saint-Denis de la Réunion	5		1	1
Toulouse	11	4	2	28
Versailles	15	6		29
Total	338	83	31 (+ 338 = 369)	537

ⁱ Données 2017, les données 2018 n'étant pas disponibles

ANNEXE 4

L'expertise psychiatrique

Pluriels n° 29

<http://193.49.126.9/bibliothq/revues/Pluriels/PLU29/Plu29.html>

AU SOMMAIRE

L'expertise psychiatrique et les experts « psy »

- [Le déclin de l'irresponsabilité pénale](#)
- [Expertises psychiatriques : enjeux théoriques, pratiques sociales](#)
- [Le fol emballement de la justice pénale](#)

La clinique psychiatrique en question.

- [Les difficultés actuelles de l'expertise psychiatrique pénale](#)
- [L'expertise impossible](#)
- [Pénurie d'experts. Conditions d'exercice calamiteuses](#)

Les interpellations du psychiatre.

- [L'expertise psycho-sociale : une expertise collective sans expert](#)
- [Expert en réalisation personnelle !](#)
- [Terrorisme et catastrophes : l'appel à l'urgence médico-psychologique](#)

L'expertise psychiatrique et les experts « psy »

Le déclin de l'irresponsabilité pénale

« Que penser d'une société qui ne reconnaît plus ses malades ? » demande Jean-Michel Dumay en conclusion d'un article paru dans Le Monde d'octobre dernier. Cette question se pose avec acuité quand on considère que les juges, s'appuyant sur les avis des experts psychiatriques, déresponsabilisent de moins en moins les auteurs de faits criminels : 611 non-lieux psychiatriques en 1989 ; 340 en 1995 ; 190 en 1997... on ne peut que noter la coïncidence de ce déclin avec l'introduction de l'article 122-1 qui introduisait des nuances entre les notions d'abolition et d'altération du discernement, ce qui augmentait indiscutablement la complexité de l'analyse des psychiatres et ouvrait la porte à l'irruption de concepts moins médicaux, plus philosophiques et moraux tels le libre-arbitre ou la distinction perçue du bien et du mal. On assiste à coup sûr ici à la traduction des tendances de la société qui, par souci de précaution, accepte de moins en moins l'irresponsabilité et se montre plus soucieuse de réparer les souffrances des familles de victimes qui peuvent, depuis 1995, obtenir par le biais de contre-expertises, le renvoi aux assises et, souvent, la condamnation. Les doutes sur les principes et la conduite de l'expertise qu'expriment, dans ce numéro de Pluriels, les psychiatres eux-mêmes, contrastent avec les appels aux psychiatres, de plus en plus fréquents, pour obtenir d'eux soit une expertise psychosociale, soit la prise en charge des « souffrances » qui se manifestent dans tous les secteurs d'une société en quête de sens.



Ce numéro de Pluriels n'a pas la prétention de répondre à une situation qui évolue très rapidement mais s'efforce, à travers les contributions de psychiatres et de magistrats, d'éclairer le paysage.

R. Lepoutre *

Expertises psychiatriques : enjeux théoriques, pratiques sociales

Introduit par l'adoption du Code Pénal en 1810, l'article 64 disposait « qu'il n'y avait ni crime ni délit lorsque l'inculpé se trouvait en état de démence au temps de l'action ». Cette disposition législative, qui avait pour effet d'exonérer des poursuites judiciaires l'auteur des faits, a donné lieu à de nombreuses critiques. Par la suite, la recherche de l'état de démence s'est peu à peu codifiée en trouvant sa place dans l'expertise mentale, puis dans l'expertise psychiatrique ; elle est devenue une nécessité procédurale, qui a soulevé des questions nouvelles à la suite de la réforme du Code pénal de 1992 et de l'importance accordée à la référence au discernement.

Parallèlement, lorsqu'on se confronte à une analyse historique, on relève que l'expertise psychiatrique n'a cessé d'être l'objet de critiques, suscitant controverses et polémiques, tant parmi les professionnels impliqués que dans divers courants de la société. Actuellement, cette expertise continue à être l'objet d'enjeux théoriques, mais aussi de légitimes critiques soulevées par la pratique sociale à laquelle renvoie l'expertise judiciaire.

Au cours de ces dernières années, on note une extension de la prise en considération du fait psychique dans le processus judiciaire ; ceci a d'abord conduit à la mise en place de l'examen médico-psychologique, puis à une prise en charge des victimes du fait de l'intervention accrue de spécialistes dans le processus judiciaire.

Une extension des pratiques expertales

À la suite de plusieurs modifications législatives, les questions soulevées par l'expertise psychiatrique se trouvent être modifiées, tant au plan théorique que pratique, en raison de l'implication de l'expert dans de nouveaux contextes judiciaires et à de nouvelles phases du processus judiciaire, après le temps de l'instruction.

* L'abandon de l'article 64 et son remplacement par l'article 122-1² a introduit une modification dans les questions posées à l'expert pendant la procédure d'instruction. L'accent est mis sur l'identification d'un trouble psychique ou neuro-psychique et sur le discernement mais non plus sur l'état de démence. L'introduction des termes abolition, altération et entrave pour qualifier l'incidence sur le discernement et le contrôle des actes constitue en soi une extension des questions posées à l'expert, par rapport à la seule référence à l'existence ou non d'un trouble psychique ou neuro-psychique qui reste à rechercher.

On attend de l'expert qu'il se prononce sur plusieurs niveaux de fonctionnement psychique individuel et sur ce qui s'en répercute au plan comportemental.

Si ces réponses sont fournies en introduisant toutes les nuances qu'il est possible d'apporter, est-ce qu'il n'y a pas un risque de majorer la complexité de l'analyse et de déboucher sur des réponses peu cohérentes ?

* Les attentes sociales, en particulier focalisées sur la délinquance sexuelle, ont conduit à l'introduction progressive de dispositions nouvelles concernant les auteurs d'agressions sexuelles. Ces dispositions s'expriment sur deux plans et peuvent intervenir à divers temps de la procédure.

Le premier concerne l'expertise de prélibération conditionnelle³ qui a introduit le recours à une nouvelle expertise psychiatrique en fin de peine pour les personnes auteurs de crimes et délits sexuels ; elle intervient dès lors qu'il s'agit pour le Juge d'Application des Peines d'envisager une mesure d'individualisation autre que les réductions de peines et autorisation de sortie sous escorte. L'article 7 prévoit que les personnes condamnées pour crimes et délits sexuels exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté. Cette expertise constitue ainsi un enjeu majeur dans une politique de prévention de la récidive.

Le second plan renvoie à l'introduction par la loi du 17 juin 1998⁴ de l'expertise médicale débouchant sur l'instauration d'une peine de « suivi socio-judiciaire » assortie, le cas échéant, d'une injonction de soins, toujours pour les auteurs d'infractions sexuelles.

* À cela s'ajoutent la possibilité d'expertise introduite par la loi du 1990⁵ en cas de litige portant sur les modifications des modalités d'hospitalisation sous contrainte ainsi que les demandes d'expertises, hors des cadres précédemment décrits, mais toujours ordonnées par des magistrats. Ces expertises concernent aussi des parents ; elles visent à évaluer d'éventuelles difficultés psychiques et leur retentissement possible sur leur capacité parentale après qu'une procédure de signalement d'enfant en danger ait été diligentée. Elles peuvent aussi intervenir pour des auteurs d'infractions sexuelles, bien que la qualification reste du domaine correctionnel.

* Actuellement, les demandes d'avis d'experts, sans qu'il s'agisse à proprement parler d'expertise psychiatrique judiciaire, sont en augmentation et concernent des situations diversifiées (examen de victimes, divorce, conflictualité conjugale).

Une évolution de la démarche et de l'évaluation cliniques

La multiplication du type d'expertises ayant des objectifs différents devrait susciter une évolution de la démarche clinique. L'appréciation clinique comme l'évaluation sur laquelle elle repose sont à diversifier en tenant compte d'un ensemble d'éléments, parmi lesquels la temporalité.

* Dans la tradition de l'expertise psychiatrique (qui remonte au XIX^{ème} siècle), la démarche d'évaluation était focalisée sur l'étude rétrospective de l'état psychique de la personne mise en examen, au moment des faits qui lui sont reprochés ; actuellement, elle reste rétrospective et doit s'attacher à la recherche de troubles psychiques au moment des faits et à leur retentissement sur le discernement et le contrôle des actes ; elle s'attachera à préciser également la nécessité de soins pour les personnes poursuivies pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie⁶.

M. G. SCHWEITZER¹ *

1/ Praticien Hospitalier, psychiatre des Hôpitaux, Expert près la Cour d'Appel de Paris, responsable du GRECC-E.D.S., Hôpital La Salpêtrière, Clinique Georges Heuyer, 47 Bd de l'Hôpital, 75013 Paris.

2/ Loi du 22 juillet 1992, portant réforme des dispositions générales du Code Pénal

3/ Loi du 1^{er} février 1994, dite, Loi Méhaignerie et Décret du 4 août 1995.

4/ Loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

5/ Loi 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.
6/ Article 706-47 du Code de Procédure pénale.

Le fol emballement de la justice pénale*

Dans leur exercice professionnel quotidien, les magistrats rencontrent fréquemment l'expression de la folie humaine. Par le biais privilégié de l'expertise et de l'enquête de personnalité, le juge pénal — juge de l'imputabilité et de la responsabilité — porte une attention particulière aux troubles psychopathologiques dont peuvent souffrir les personnes placées sous main de justice. S'inscrivant dans un mouvement multiséculaire, médecins et juristes ont aujourd'hui l'habitude de confronter leurs points de vue respectifs sur le phénomène criminel. Si une commune familiarité des conduites transgressives violentes et un intérêt partagé pour les malades mentaux criminels unissent médecins spécialistes et magistrats pénalistes, ces derniers ne peuvent qu'observer avec curiosité les débats nosologiques dont les références conceptuelles sont parfois très éloignées de celles qu'ils manient habituellement : rares sont les catégories juridiques et psychiatriques dont les réalités phénoménales peuvent se chevaucher, l'exhibitionnisme sexuel apparaissant comme une exception. Observée de l'extérieur, l'évolution de la notion de psychopathie, entité nosologique diversement désignée, peut conduire à la formulation de deux constats. D'une part, il sera noté qu'au concept classique de « déséquilibre » mental introduit par Magnan au XIX^e siècle puis repris par Dupré et les psychiatres français, ou à celui de « personnalité anti-sociale », défendu par l'American Psychiatric Association — deux concepts dont l'empan nosographique paraît aussi vaste que le caractère général des termes les nommant — il est désormais préféré celui de « psychopathie » dont la racine grecque, ostensiblement plus savante, traduit le vaste mouvement d'appropriation médicale de troubles de la conduite humaine qui, à l'instar des perversions (cf. G. Lanteri-Laura), possèdent une traduction criminologique ou pénale. D'autre part, au-delà de leurs débats nosologiques, les cliniciens semblent s'entendre pour décrire les troubles psychopathiques selon trois dimensions prévalentes :

- la peur ; « peur du psychopathe, peur qu'il ressent, peur qu'il fait naître, peur qui constitue son univers » ;
- l'agir (violent), passage à l'acte sans élaboration idéale ou rationnelle, sans médiation verbale ;
- l'immédiateté : compression temporelle d'un présent sidéré.

Cette description schématique, perçue de façon externe par le juge, ne peut manquer de l'interroger, « de l'intérieur » cette fois-ci, sur le caractère « psychopathique » ⁽¹⁾ de la justice pénale qu'il met en œuvre, dont le modèle, activement soutenu par les autorités publiques depuis une dizaine d'années, présente souvent une tridimensionnalité au sein de laquelle domine également — troublante homothétie ⁽²⁾ — la peur, la violence et la fréquente immédiateté de la réponse répressive.

Peur et sentiment d'insécurité

Les sociétés occidentales contemporaines connaissent un notable paradoxe : tandis que « la civilisation des mœurs » (N. Elias) a historiquement entraîné une diminution sans précédent des violences criminelles (J.-Cl. Chesnais), jamais la peur de nos contemporains à l'égard de la violence, leur sentiment d'insécurité,

n'auront fait l'objet d'autant d'attention et de discussions (L. Mucchielli). En France, la réalité quantitative montre pourtant que, parmi l'ensemble des infractions criminelles, la part des crimes dits de sang ne cesse de diminuer. Depuis une vingtaine d'années, la peur éprouvée par les victimes ainsi que par leurs proches et, plus généralement, le sentiment d'insécurité connu par nos contemporains ont grandi malgré une répression pénale (affichée autant qu'effective) accrue. Cette sévérité pénale de l'Etat « ne masque pas le désintérêt persistant des pouvoirs publics devant la prédation quotidienne, la désertion du travail de surveillance préventive et l'absence de tout effort d'élucidation ⁽³⁾ des plaintes des particuliers » (Ph. Robert et M.-L. Pottier). Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que les victimes d'actes violents (par exemple, celles de dégradations matérielles ou de menaces), ne s'adressent plus systématiquement aux autorités policières pour signaler leur agression. De sorte qu'il existe un écart important entre les violences réellement subies et celles ayant fait l'objet d'une plainte puis d'une éventuelle condamnation.

Un tel écart ne peut que renforcer une situation nouvelle dans laquelle « ce qui domine la scène judiciaire n'est plus la puissance du souverain, mais le cri de la victime qui demande justice » (D. Salas). De plus en plus sollicitée par les victimes, la justice pénale voit sa dimension symbolique être excédée par une réponse répressive concrète de plus en plus violente et immédiate.

Violence de l'agir pénal

En s'identifiant aux victimes plus qu'en se substituant à elles (A. Garapon), l'Etat des sociétés occidentales contemporaines semble avoir perdu la mesure d'un droit civilisant, renforçant, au détriment du droit civil, le caractère parfois démesurément répressif du droit pénal.

Cette violence pénale se manifeste par un recours croissant à l'emprisonnement, dont la réalité n'est évidemment pas limitée à la seule suppression de la liberté d'aller et venir des condamnés, mais comporte aussi une mise à l'écart et une contention parfois violentes, tant pour les personnes détenues que pour leur entourage. Dans notre pays, cette inflation carcérale ⁽⁴⁾, jointe à une densité carcérale qui impose une promiscuité propice au développement de la violence, a marqué le dernier quart du siècle précédent, le nombre de détenus ayant doublé entre 1975 et 1995 tandis que, dans le même temps, le nombre d'habitants ne croissait que 10 %. Depuis quelques années, cette inflation carcérale provient d'un allongement croissant des temps d'emprisonnement ⁽⁵⁾.

Soumettant l'autorité judiciaire à une pression policière incessante, ce traitement pénal dominant alimente une énorme « machine à punir » (G. Sainati, L. Bonelli) dont les premiers rouages sont actionnés par les services de police tandis que les derniers sont verrouillés par l'administration pénitentiaire. Dans cette organisation de la répression, la saisine du tribunal correctionnel par voie de comparution immédiate (en application des articles 395 et s. du code de procédure pénale) constitue un des engrenages judiciaires privilégiés permettant la liaison des rouages coercitifs extrêmes (police et administration pénitentiaire) et, conséquemment, l'ininteruption d'une chaîne de violence légale multiforme. Comme l'a montré avec pertinence B. Aubusson de Cavarlay, en matière de violences volontaires commises avec circonstances aggravantes, près de la moitié des auteurs (parmi lesquels se trouvent fréquemment des psychopathes) entre en prison dans le cadre d'une telle procédure ⁽⁶⁾. Tous types d'infraction confondus,

un emprisonnement pré-sentenciel subi dans le cadre d'une procédure de comparution immédiate conduit, dans 8 à 9 cas sur dix, à un emprisonnement postsentenciel. C'est dire combien le magistrat pénaliste, qu'il soit du siège ou du parquet, exerce couramment une violence institutionnelle, à laquelle peut aussi s'adjoindre la violence d'un comportement personnel que la masse des dossiers traités avec automatisme tend à désinhiber : se rencontre alors « le doigt vengeur du procureur pointé sur l'accusé, le regard chargé de mépris et surtout la parole qui rabaisse, exclut » (P. Truche). À la violence légitime de la loi peut ainsi se superposer celle illégitime et indigne du juge dont la sanction pénale prononcée risque fort de ne plus respecter les exigences constitutionnelles prévues à l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 : « La loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires ».

Immédiateté de la réponse judiciaire

Au « présentisme » décrit par la littérature médicale, à la « mégalomanie de l'instant » du psychopathe, correspond une sorte d'« instantanéisme » pénal qui écrase les différents temps procéduraux. Cette contraction des temporalités judiciaires impose une proximité fonctionnelle inductrice de confusions : accuser, juger, punir s'enchevêtrent, leur signification singulière s'estompant. Cet « instant dilaté » (P. Virilio) de l'urgence pénale représente un véritable obstacle à l'élaboration judiciaire que seul le procès accompli permet d'opposer à la violence des actes transgressifs. Limitant la parole des parties mais aussi du tiers qui doit juger, empêchant la dialectique qu'un débat oral et écrit véritablement contradictoire (s'appuyant sur des actes ne gommant pas la multiplicité des points de vue) permet, l'envahissement d'une pratique pénale rapide atteint gravement la fonction structurelle du procès : l'énonciation du lien social par l'effet d'« un drame à plusieurs personnages ordonné dans le temps et dans l'espace et voué aux formulations toujours particulières des finalités collectives » (D. Salas). Le recours à des pénalités, dont le caractère monolithique provient d'un enfermement trop systématiquement prononcé, met en cause l'efficacité même de la peine appliquée qui, grâce à la puissance de l'Etat démocratique, devrait être un instrument « non plus de la vengeance mais de la réintégration de ceux que notre société ne peut pas se dispenser de punir » (R. Girard).

Or, aujourd'hui, c'est l'exclusion du criminel dangereux (tel le psychopathe) plus que son reclassement qui préoccupe nos contemporains. L'utilisation accrue des procédures rapides de justice pénale traduit ce nouveau souci de précaution et une quête d'assurance contre le risque d'une dangerosité délictuelle ou criminelle appréciée plus par l'intime conviction du juge que par un acte expertal, rarement ordonné lors d'une comparution immédiate devant le tribunal correctionnel. Dès lors, l'examen de la responsabilité de la personne poursuivie devient accessoire, l'appréciation de sa dangerosité immédiate l'emportant sur l'évaluation d'une éventuelle abolition ou altération de son discernement. Contrairement aux termes de la circulaire de l'ancien Garde des Sceaux Chaumié qui, en 1905, incitait les juridictions à prononcer des peines atténuées à l'encontre des « demi-fous », et à l'opposé de l'esprit des rédacteurs du nouvel article 122-1, al. 2 du code pénal, les accusés ou prévenus souffrant d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant altéré leur discernement ou le contrôle de leurs actes sont de plus en plus sévèrement punis. La potentielle dangerosité liée à leurs troubles n'est plus appréhendée comme une circonstance d'atténuation de leur responsabilité pénale

et comme l'obligation d'adapter la sanction pénale à la complexité de leur personnalité mais comme un signal de réclusion obligée. Ainsi, constatons-nous la présence croissante de malades mentaux en prison, malades qui ne devraient pas y avoir leur place. Mais si un nombre important de détenus souffrent de troubles mentaux sévères ⁽⁷⁾, il ne revient pas aux seuls experts psychiatres (très rarement appelés en matière de procédures pénales rapides) de porter l'entière responsabilité de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ⁽⁸⁾. Une telle modification des comportements médico-légaux « ne peut se comprendre comme le seul effet de l'évolution de la psychiatrie légale, pas plus qu'elle ne peut se comprendre dans le seul face-à-face de la justice et de la psychiatrie » (D. Zagury). Lorsqu'en un quart de siècle la diminution de moitié du nombre de lits des services de psychiatrie des hôpitaux publics est concomitante du doublement de la population carcérale, il est certain que ce sont des causes plus profondes et plus vastes, de nature socio-politique et anthropologique, qui sous-tendent un tel transfert asilaire ⁽⁹⁾. L'Etat pénal ébranlerait-il à ce point l'Etat social que la prison des sociétés occidentales contemporaines serait devenue le dernier et terrible asile d'une misère qui n'est pas qu'économique ?

À la logique d'exclusion qui semble animer autant le champ médico-social ⁽¹⁰⁾ que celui de la pratique judiciaire, il est impératif de substituer une « dialectique de l'inclusion » (D. Salas) qui, fondée sur le postulat de la raison, admet une inextinguible humanité chez les plus dangereux et les plus fous des criminels. Aux sentiment d'insécurité doit succéder une heuristique de la peur (H. Jonas), génératrice, à l'égard des infracteurs psychopathes comme des autres déviants, d'une responsabilité citoyenne. Folle est la justice qui, dans la hâte, loin de contribuer au renouement du lien social effiloché ou brisé, s'emballe et entretient conséquemment une violence institutionnelle contraire à ses missions de préservation du bien commun et de protection des personnes, y compris intra muros. Folle serait une psychiatrie extra muros qui détournerait le regard de ces murs.

XAVIER LAMEYRE* *

*Magistrat, maître de conférences à l'Ecole nationale de la magistrature, 8, rue Chanoinesse, 75004 Paris.

Bibliographie

- ARCHER E, De nombreux malades mentaux n'ont pas leur place en prison, *Dedans/dehors*, 2001, 24 : 14-16.
- AUBUSSON de CAVARLAY B, Les statistiques policières : que compte-t-on et comment ? *Questions pénales*, 1997, X (3) : 1-4.
- AUBUSSON DE CAVARLAY B, De l'arrestation au jugement. Enquête sur les filières pénales, *Questions pénales*, 1995, VIII (5) : 1-4.
- BOUVERESSE J, *Prodiges et vertiges de l'analogie*, Paris, Ed. Raisons d'agir, 1999.
- CHAUVAUD F, *Les experts du crime*, Paris, Aubier, coll. Historique, 2000.
- CESNAIS J-CI, *Histoire de la violence en Occident, de 1800 à nos jours* (1981), Paris, Hachette, coll. Pluriel, 1989.
- DUBÉCHOT P, FRONTÉAU A, Le Quéau P, La prison bouleverse la vie des familles de détenus, *Consommation et modes de vie* (Revue du C.R.E.D.O.C.) 2000, 143 : 1-4.

- ELIAS N, La civilisation des mœurs, (1ère éd. fr. 1973), trad. de l'allemand (Über den Prozess der Zivilisation, 1939] par P. Kamnitzer, Paris, Ed. Pocket, coll. Agora, 1998.
- FOUCAULT M, Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975), Ed. établie sous la dir. de F. Ewald et A. Fontana, par V. Marchetti et A. Salomoni, Paris, Gallimard/Le Seuil, coll. Hautes études, 1999.
- GALLET E, CAMILLERI C, CROCHET F, LAURENCIN G, NOUVEL A, Les psychotiques incarcérés, Forensic, 2000, 2-3 : 48-52.
- GARAPON A, Le gardien des promesses, Justice et démocratie, Paris, O. Jacob, 1996.
- GARAPON A, La démocratie à l'épreuve de la justice, Justices, 1999, 1 : 50.
- GARAPON A, SALAS D, La République pénalisée, suivi d'un débat avec O. Mongin, Paris Hachette-Littérature, coll. Questions de société, 1996.
- GIRARD R, Les violences (Première leçon), Sens de la peine et droits de l'homme (actes du colloque international inaugural de l'École nationale d'administration pénitentiaire, Agen, 8-10 nov. 2000). Ouvrage diffusé par la Direction de la recherche et de la diffusion de l'E.N.A.P., 440 ave M. Serres — BP 28 - 47 916 Agen Cedex 9.
- JASPARD M. (Dir.), Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France, Population & Sociétés 2001, 364 : 4.
- JONAS H, Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique, Trad. de l'allemand (Das Prinzip Verantwortung, 1979, par J Greisch, Paris, Flammarion, coll. Champs, n° 402, 1998.
- LAMEYRE X, La criminalité sexuelle, Paris, Flammarion, coll. Dominos, 2000.
- LAMEYRE X, Les violences sexuelles, Toulouse, Ed. Milan, coll. Les Essentiels, 2001.
- LAMEYRE X, Pour une éthique des soins pénalement obligés, Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 2001, 3 : 521-535.
- LANTERI-LAURA G, Origine et évolution des notions de déséquilibre mental et de psychopathie, In Villerbu, L.-M. (Ed.), Violence, délinquance, psychopathie, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Annales des Cliniques Psychologiques, 1990-1992: 28-34.
- LANTERI-LAURA G, Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale, Paris, Masson, coll. La sphère psychique, 1979.
- MAISONDIEU J, La peur du psychopathe, In Villerbu L. — M. (Dir.), Violence, délinquance, psychopathie, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Annales des Cliniques Psychologiques, 1990-1992 : 52-58.
- MINISTERE DE LA JUSTICE, Les chiffres-clés de la justice, Paris, oct. 2000, 17.
- MINISTERE DE LA JUSTICE, Rapport au Garde des Sceaux sur la politique pénale menée en 1999, Paris, avril 2000.
- MUCHIELLI L. (dir.), Histoire de la criminologie française, Paris, L'Harmattan, coll. Histoire des Sciences Humaines, 1994.
- MUCHIELLI L, Violences et insécurité. Fantasme et réalités dans le débat français, Paris, La Découverte, 2001.
- OST F, Le temps du droit, Paris, O. Jacob, 1999.
- PRADIER P, La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000 : Evaluation et perspectives, Paris, Ministère de la justice/Ministère de la santé, 30 sept. 1999.
- REID-MELOY J, Les psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique, Trad.

de l'américain (The psychopathic mind. Origins, Dynamics and Treatment, 1988) par A. Andronikof, Préf de D Zagury, Paris, Ed. Frison-Roche, coll. Psychologie vivante, 2000, 272.

RENNEVILLE M., La médecine du crime. Essai sur l'émergence d'un regard médical sur la criminalité en France (1785-1885), Lille, Presses universitaires du Septentrion, coll. Thèse à la carte, 1997.

ROBERT Ph, POTTIER M-L, Le sentiment d'insécurité, Questions pénales 1998, XI (3) : 1-4.

ROCHÉ S, Le sentiment d'insécurité, Paris, P.U.F, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1993.

SAINATI G, BONELLI L (Dir), La machine à punir. Pratiques et discours sécuritaires, Paris, L'Esprit frappeur, 2001.

SALAS D, Le Tiers pouvoir. Vers une autre justice, Paris, Hachette-Littérature, coll Forum, 1998.

SALAS D, Du procès pénal. Eléments pour une théorie interdisciplinaire du procès, Paris, P.U.F, coll. Les voies du droit, 1992.

SALAS D, Pourquoi punir, Journal français de psychiatrie 2001, 13 : 6-9.

SENON J-L, LAFAY N, PAPET N, MANZANERA C, Prison et psychiatrie : à la difficile recherché d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire, Revue pénitentiaire et de droit pénal, 2001, 4 : 506 523.

TOURNIER PV, Prisons d'Europe, inflation carcérale et surpeuplement, Questions pénales, 2000, XIII (2) : 1-4.

TOURNIER PV, Désinflation carcérale, Panoramiques, 2000, 45 (II) : 44.

TRUCHE P, Juger, être jugé. Le magistrat face aux autres et à lui-même, Paris, Fayard, 2001.

VEIL C, VEIL-BARAT C., BEAUCHESNE G, L'école folle ou le cercle vicieux de l'inadaptation scolaire, Paris, E.S.F., coll. Science de l'éducation, 1977.

VIRILIO P, La Vitesse de libération, Paris, Galilée, 1995.

WACQUANT L, Les prisons de la misère, Paris, Ed. Raison d'agir, 1999.

ZAGURY D, Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ?, Journal français de psychiatrie, 2001 ; 13 : 14-17.

*Extraits d'une communication présentée au colloque national de L'évolution psychiatrique, « Les psychopathies graves », Paris - E.N.M., le 26 mai 2001. Le texte intégral de cette intervention, intitulée initialement Une justice pénale « psychopathique » ?, a été publié dans la revue L'évolution psychiatrique, en décembre 2001.

1/L'application à une institution d'un caractère décrivant la personne humaine impose l'utilisation de guillemets, marque formelle de la distance qu'il convient d'observer à l'égard d'un penchant anthropomorphique dominé par un analogisme réducteur. Ici, l'usage raisonné d'une telle comparaison est aussi l'occasion de rendre hommage à la mémoire de mon maître, le Dr C. Veil, Directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris), responsable du séminaire de psychiatrie et de psychopathologie sociales.

2/ La force séductrice de l'analogie ne doit pas faire oublier que comparaison peut ne pas être raison, ainsi que le rappelle l'ouvrage de J. Bouveresse.

3/ En 1999, seulement 17 % environ des 4 932 196 procès-verbaux, principalement adressés par les services de la police et de la gendarmerie nationales aux parquets, ont reçu une réponse pénale. Plus de trois millions de procès-verbaux (soit 62,3 %) concernaient des faits pour lesquels les auteurs étaient inconnus. Rappelons qu'au sein de la police nationale, la police de

proximité n'a été effectivement généralisée qu'en 2000.

4/« Parler d'inflation carcérale, c'est constater que l'accroissement du nombre de détenus est « important » ». Quant au surpeuplement carcéral, il est mesuré « par ce qu'on appelle habituellement le taux d'occupation (occupancy rate), nombre de détenus rapporté au nombre de places (exprimé en pour 100). Pour éviter toute confusion avec la situation des détenus au regard de l'emploi, nous avons retenu le terme de densité carcérale (prison density) ». P. V. Tournier.

5/ « En 1978, les condamnés à moins de trois ans représentaient 66 % des détenus ; cette proportion est de 48 % seulement en 1998. Inversement, la proportion des peines de plus cinq ans ne cesse d'augmenter : 25 % en 1978 et 40 % en 1998. En vingt ans, le nombre de condamnés à perpétuité a doublé ». Tournier P.

6/Voir « Procédure et choix de la peine », note de travail diffusée dans le cadre d'un atelier de réflexion intitulé Choix de la peine, co-dirigé par l'auteur et B. Lavielle (E.N.M., Paris, 1999-2001).

7/L'absence de statistiques nationales en cette matière a conduit les autorités ministérielles à commander la réalisation d'une enquête épidémiologique d'envergure, actuellement en cours. S'appuyant sur sa pratique au S.M.P.R. de Loos-les-Lille, E. Archer note que « 20 % des détenus ont des troubles mentaux, dont 10 % des troubles sévères ». Une récente étude effectuée par le S.M.P.R. de Toulouse, sous l'impulsion de G. Laurencin, a montré que 3,5 à 4,6 % de la population des détenus souffrait de psychose chronique (cf. J.-L. Senon, N. Lafay, N. Papet, C. Manzanera).

8/ D'après P. Pradier, au début des années 1980, il y avait environ 16 % d'accusés jugés irresponsables au moment des faits. Cette proportion aurait été de 0,17 % en 1997. Pour J. — L. Senon, N. Lafay, N. Papet et C. Manzanera cette proportion est légèrement supérieure (près de 0,3 %), après avoir atteint les 0,7 % en 1992.

9/Je partage le point de vue de D. Zagury : « l'application large de l'irresponsabilisation et le cloaque asilaire vont de pair. Faute de penser ensemble ces deux dimensions antagonistes, on bascule dans la passion ou dans la démagogie ».

10/A l'instar des pervers, il semble qu'une vision fixiste et fataliste des psychopathes paralyse les praticiens : face à l'absence de demande de soin, il est tentant de déclarer leur incurabilité et d'admettre leur enfermement carcéral comme la seule protection possible contre leur dangerosité criminologique avérée.

La clinique psychiatrique en question

Les difficultés actuelles de l'expertise psychiatrique pénale

La question que me pose Pluriels est bien trop vaste et bien trop complexe pour que je prétende ici à une quelconque exhaustivité. J'irai donc droit au but, en n'évoquant aucune affaire particulière, mais en commentant une orientation forte des pratiques actuelles : pourquoi assiste-t-on à une quasi disparition des non-lieux psychiatriques et à une remise en cause de facto du principe antique de non punissabilité du malade mental ? On peut même se demander si le psychiatre a encore une place dans le prétoire. Les Aliénistes ont d'emblée manifesté un double souci : circonscrire un champ à l'intérieur duquel il existe une contre-indication à la sanction pénale et éviter la dilution de la clinique par l'interpellation du clinicien dans tous les registres de l'existence humaine. Aujourd'hui, ce champ est ridiculement réduit, tandis que le psychiatre et le psychologue sont sollicités tous azimuts. Leurs rôles respectifs tendent à se

confondre puisque la spécificité du psychiatre devient marginale.

La crainte de Georges Daumezon de voir l'expertise transformée en pur et simple alibi des décisions de justice, n'est-elle pas en train de se réaliser ? C'est d'ailleurs une question d'actualité, au-delà des remous médiatiques suscités par telle ou telle affaire :

– le rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur les conditions dans les établissements pénitentiaires de France, constatant une décroissance des taux depuis les années 80, cite le chiffre de 0,17 % de non-lieux psychiatriques pour les affaires clôturées à l'instruction ;

– le rapport Pradier sur la santé dans les établissements du programme 13 000 dénonce avec véhémence la trahison de Pinel : « On remet des chaînes aux malades mentaux... » ;

– quant à Piel et Roelandt, ils balayaient en quelques lignes la validité de la législation actuelle.

Avant d'aborder ce problème, il faut fermement rappeler que rien sur le plan scientifique ne valide l'appariement maladie mentale-violence : 85 % des sujets violents ne sont pas des malades mentaux, et 90 %, des sujets atteints de maladie psychiatrique grave ne sont pas violents (Swanson et Holzer, 1991).

Par contre, il y a un sous-groupe de patients psychiatriques plus dangereux que la population générale. Ils sont l'objet de la psychiatrie légale et l'on ne peut leur opposer un déni d'existence, sous prétexte qu'ils menaceraient l'ouverture de la psychiatrie dans la cité. La commission sénatoriale évoque le doublement des lits d'Unités pour Malades Difficiles. La question est ouverte.

Il faut également récuser l'accusation simpliste faite aux experts, présumés coupables et responsables du nombre de psychotiques avérés dans les prisons françaises : s'il est parfaitement exact qu'un certain nombre d'entre eux sont indûment — et parfois scandaleusement — responsabilisés, ils sont loin de constituer l'ensemble des malades mentaux incarcérés. Il convient de prendre en compte ceux qui ont commis un acte de délinquance sans rapport exclusif avec le processus psychotique, ceux qui ont décompensé après l'incarcération, et surtout ceux dont la personnalité est marquée par la vulnérabilité (prépsychotiques, border line, narcissiques, astructurés, psychopathes évoluant vers la dissociation, etc.). Henri Colin, au début du XX^e siècle, les estimait déjà à un tiers des détenus. Sans prétendre comparer les chiffres, faute de repères communs fiables, on relèvera cependant que c'est la proportion retenue par la commission sénatoriale. La population carcérale, en France comme ailleurs, est particulièrement sujette au risque psychiatrique.

La question est trop embrouillée et trop complexe, mêlée de passion, d'idéologie et d'argumentations éthiques contradictoires, pour que je ne clarifie pas d'emblée mon point de vue : à mon sens, il n'est absolument pas inacceptable que le principe de l'irresponsabilité soit moins invoqué qu'autrefois, sous la pesée de multiples facteurs propres à l'évolution de la psychiatrie ou à celle de la société. Par contre, il persiste un noyau irréductible de sujets qui en relèvent, quand leur infraction est en relation directe avec le processus psychotique : quel sens cela peut-il avoir de juger et punir une mère qui a tué son enfant dans le contexte d'un bouleversement délirant apocalyptique, au sein duquel il était devenu une marionnette diabolique ayant usurpé la place de son véritable enfant ? Un soignant qui a massacré son patient dans une ambiance délirante de fin du monde ? Un homme qui a tué son meilleur ami parce qu'il participait au complot persécutoire, etc. ? Entre mascarade et exhibition publique du fou, que signifierait leur procès ?

Croire qu'il aurait une vertu « symbolisante » est une vue de l'esprit de psychiatres, qui n'est pas partagée par les jurys d'Assises dont les verdicts n'ont rien de symbolique.

Pour comprendre cette évolution, il faut rappeler que pendant près d'un siècle et demi, c'était le devoir, l'honneur et l'engagement clinico-éthique de l'aliéniste, puis du psychiatre, que d'éviter la guillotine, le baignoire ou la prison aux délirants. Progressivement, l'éthique va changer de camp. On se demande si parfois la peine n'a pas plus d'effet que l'internement. Dans notre pays, c'est sans doute la psychanalyse qui a marqué de tout son poids le mouvement. En 1932, dans sa thèse, Lacan le formulait déjà prudemment, à la condition que la sanction soit appliquée avec modération. Mais, faut-il le rappeler, ce ne sont pas les psychiatres qui jugent et les peines infligées sont souvent les plus lourdes, pour un jury qui constate que la psychiatrie se défait face à la dangerosité réelle ou supposée du malade mental ou du sujet au discernement altéré (deuxième alinéa de l'article 122 — 1).

Une grossière généralisation, accompagnée d'un contresens, a transformé l'éthique de la responsabilité dans le cadre de la cure psychanalytique en responsabilisation universelle, au nom de la psychanalyse. Si tout le monde est responsable, alors plus personne ne l'est vraiment, et ce n'est plus le problème. Qu'est-ce que le psychiatre peut alors faire dans cette galère ? Comme le craignait déjà au milieu du XIX^e siècle Jean-Pierre Falret, n'en est-il pas aujourd'hui réduit à de ridicules « discussions d'avocats », à une philosophie dans le prétoire, ayant tourné le dos à la clinique ? Est-il là pour légitimer la sanction « à valeur thérapeutique » ?

C'est que nos discours ne sont pas tombés dans l'oreille de sourds, d'autant que la société est confrontée à une crise du sens de la peine, thème récurrent des congrès de criminologie et de science pénitentiaire. En voilà un tout trouvé : le sens thérapeutique.

Foucault avait souligné avec pertinence la fonction expertale destinée à apaiser la culpabilité du juge à juger et à transformer le vilain métier de punir dans le joli métier de soigner. Le psychiatre et le psychologue sont aujourd'hui convoqués pour donner du sens au châtement.

S'il renonce au pouvoir que la loi lui confère, et qui lui a valu tant d'attaques qui l'honoraient, le psychiatre sera réduit au rôle pur et simple d'alibi. On ne le critiquera plus, on le méprisera.

Juger est un acte complexe. Il comporte au moins trois opérations mentales distinctes et parfois antagonistes :

- quel était le discernement du mis en examen (responsabilité pénale) ?
- quel est le « juste prix » de l'infraction qu'il a commise (rétribution) ?
- quel danger pourrait-il représenter pour la société après sa libération (pronostic criminologique) ?

La première démarche s'efface aujourd'hui derrière les deux autres.

Peu importe si le sujet n'y était pas. C'est la cérémonie judiciaire, l'exorcisme collectif théâtralisé, qui compte, dans l'élan généralisé de ce nouveau besoin de justice repéré en son temps par Jacques Leauté.

L'intolérance à ce qui est perçu comme une impunité, la défiance à l'égard de la psychiatrie, la montée en puissance des victimes, ont fait le reste. Il faut le dire clairement aux victimes et à leurs familles : ne confondons pas leurs attentes légitimes et la réalité. Quand l'audience est transformée en mascarade, quand le malade mental est absent de son propre procès, quand le délirant justifie de façon

insupportablement cruelle son acte criminel à l'audience, quand la justice ne s'interpose pas en tiers — c'est son rôle — et condamne les victimes aux tourments de la vengeance, quand, le fracas de l'audience passé, le condamné est transféré en Unité pour Malades Difficiles où il reste l'essentiel de sa peine... , il n'est pas vrai que le procès les apaisera et leur permettra de « faire leur deuil ». Il s'agit d'une nouvelle tarte à la crème journalistique puisée dans un fast-food psychanalytico-judiciaire indigent. On va requérir de lourdes peines pour « permettre aux victimes de faire leur deuil », en confusionnant tous les registres. La justice n'est pas thérapeutique. Ce n'est pas son rôle. C'est le nôtre. Bref, la psychiatrie légale a perdu sa boussole. Des querelles d'experts ridiculisent la psychiatrie, utilisée pour détourner le code pénal, qui se fonde sur la congruence d'un principe de droit (la présence de l'élément moral de l'infraction) et d'un principe clinique (la subjectivation de l'acte). Ou bien l'on abroge la loi, parce qu'elle ne correspond plus à l'état des consciences, ou bien, on l'applique, quand elle doit l'être. Mais il conviendra d'en débattre, avant d'abolir un principe antique qui assurait la cohérence du droit pénal et la permanence d'un humanisme médical. Ce n'est pas à la psychiatrie de trancher.

Par contre, c'est bien à nous de redéfinir une jurisprudence expertale claire au regard de l'évolution de nos connaissances, en fonction de la législation actuelle, si elle est maintenue. Il est impossible d'établir des règles absolument consensuelles relatives à l'interprétation médico-légale, car l'on sort du seul domaine clinique pour entrer dans celui d'une relation singulière entre un acte incriminé et un état mental au moment des faits. Par contre, il est impératif que l'on redéfinisse les grands axes de cette discussion médico-légale, son sens et ses limites, afin d'éviter qu'au petit bonheur la chance, les uns soient lourdement punis et les autres orientés vers des lieux de soin, tandis que, faute d'un minimum d'accord, la psychiatrie perd sa crédibilité.

DANIEL ZAGURY* *

* Psychiatre des Hôpitaux, Centre Psychiatrique du Bois de Bondy, (E.P.S. Ville Evrard) 13-15 voie Promenade, 93147 Bondy Cedex

L'expertise impossible

Il y a, comme chacun sait depuis la fameuse formule de Freud, quelques entreprises humaines impossibles, quoique toujours actuelles et toujours remises sur le métier car elles tiennent au fait même de devoir « vivre ensemble ». Ainsi le politique, l'éducateur, le thérapeute échoueront dans leur visée réconciliatrice, mais le fait qu'ils le sachent ou l'ignorent est loin d'être indifférent tant pour la communauté que pour la manière même dont ils s'affronteront à leur tâche. Dire qu'une entreprise humaine est impossible ne signifie nullement qu'elle ne se pose plus comme question pratique et éthique pour chacun ; loin d'inviter à une démission c'est à une lucidité renouvelée que chacun est renvoyé. Souscrire par exemple à la formule lacanienne selon laquelle la guérison ne saurait trouver sa place que « de surcroît » n'est en rien caution donnée à tous ceux qu'effraie le transfert et qui se défaussent à bon compte de toute confrontation à la folie. C'est en premier lieu faire porter le soupçon à l'endroit de toute velléité prétendument « simple » et « positive » de guérir, c'est un doute jeté à l'égard de la position thérapeutique arrogante en ce qu'elle est toujours grosse de cette passion de soigner, de cette furor sanendi toujours prête à faire le bien du patient, fût-ce malgré lui.

Que l'expertise soit impossible on peut dire que cela se sait depuis l'origine, entendons par là pour ce qui concerne notre discipline, depuis sa délimitation par le champ d'exercice de la justice pénale. Les procès d'assises ne cessent les uns après les autres de dégonfler cette baudruche, ... pour mieux la regonfler l'instant d'après. Selon l'habileté de l'avocat et selon les nécessités de l'exercice rhétorique, le savoir de l'expert sera tantôt asservi à la cause du plaideur, tantôt soupçonné dans sa légitimité même, et son acte sera exalté ou méprisé. Chacun sait que dans la dispute les psychiatres ne sont pas les derniers et que, mis à part les débats d'experts qui ne sont pas toujours très tendres mais font partie du genre, l'opinion se partage plutôt en deux camps : ceux qui assument la posture voire le titre, et les autres qui généralement « ne mangent pas de ce pain là ». Il y aurait en quelque sorte les experts et les médecins, les premiers étant passés du côté de la justice et de sa gestion et les seconds campant fermement dans le champ du thérapeutique. Une distinction — à entendre au sens où l'employait Bourdieu — dont chacun se conforterait, le tiers exclu étant comme chacun sait la meilleure voie pour se reconnaître dans le semblable. Les deux ennemis sont toutefois bien souvent saisis du soupçon que peut-être, par delà leur hostilité convenue voire entretenue, ils ne sont, au fond, que frères ennemis voire compères du simple fait que le partage du champ d'exercice des uns (les médecins de l'asile) est soutenu par les autres (les experts en irresponsabilité).

L'impossible de l'expertise psychiatrique au pénal est assez facile à cerner, dans sa structure logique. Je l'énonce rapidement : si la communauté comme telle est mise en péril par le crime, il convient par le procès et le jugement à la fois de sanctionner celui-ci (c'est-à-dire de l'inscrire dans une forme juridiquement recevable) et de renouveler à cette occasion (pour le sujet et pour tous) le pacte juridique. Cela suppose que cette inscription soit possible et que le sujet y prenne part. L'exclusion de la folie dans ce moment est, certes, ancienne mais la nouveauté qui concerne notre discipline en tant que telle surgit au moment où le pacte est déclaré être fondé en raison, dans la suite de l'idéal des lumières et de l'expansion de la logique de la science. C'est le droit en tant que corpus rationnel qui déclare que pour sa propre cohérence interne certains sujets doivent être exceptés de son champ d'exercice (« il n'y a ni crime ni délit ») car ils ne satisfont pas au critère de la responsabilité exigible par la fiction juridique (théorie de l'imputation). Ici gît le lièvre : c'est à un autre savoir qu'est confiée la charge de fonder en raison cette exclusion. Mais de deux choses l'une ou bien c'est de la même logique qu'il s'agit et alors il n'y a pas de distinction structurale du champ psychiatrique et du champ judiciaire, ou bien ce sont deux structures de discours différentes et c'est l'articulation qui est comme telle en défaut. D'où les débats éternellement recommencés sur la « démence » de l'article 64 du code pénal ⁽¹⁾ : s'agit-il de poser un diagnostic (essentiellement alors : psychose ou pas) ou un acte judiciaire (rapport entre personnalité et acte défini par le code pénal). Tous les débats théoriques tournent autour de la question de savoir s'il y a ou non rapport entre le champ juridique et le champ clinique dans leur abord des sujets et des actes humains. L'impossible est situé à cet endroit que l'on pourrait décrire comme le bord de deux champs, et la question pratique est celle de l'acte de passage (et accessoirement seulement celle de la profession et du malaise des passeurs..).

Revenant à notre propos initial, nous dirons que plutôt que de s'empresser de déduire de l'impossibilité (il n'y a pas de rapport) une interdiction morale (je n'en suis pas, donc cela ne me concerne pas) il conviendrait que l'on spécifie bien la

nature de cette impossibilité pour que, partant de là, chacun s'en retourne différemment à ce qui, au cas par cas, lui incombera comme responsabilité. Il vaut mieux tenter de dire ce qui ne se peut et que chacun s'en débrouille, c'est-à-dire assumer un acte dont personne ne peut le décharger.

Taillant à la serpe, je dirai que la ligne de partage la plus radicale concerne le statut de la singularité et de la communauté. Selon que l'on pense qu'il y a continuité logique entre les deux registres ou qu'il convient de poser une discontinuité radicale on s'engagera vers des conclusions diamétralement opposées. Ici je prends parti, en disant qu'il me semble incontestable que dans leur axe fondamental les deux champs sont distincts : l'un, le champ juridique pose comme tel le lien entre les hommes comme fondement de son exercice, l'autre, le champ thérapeutique pose la singularité du cas au principe de son art. Cela ne signifie évidemment pas que le droit ne se soucie pas du sujet (de sa peine, de sa réhabilitation, etc.) ni que la médecine ne se préoccupe pas de santé publique, mais cela signifie que dans le lieu précis du bord où se déroutent l'expertise il est question de l'affrontement de deux logiques : l'une est celle du sujet en tant que son inscription fait question pour la communauté, l'autre celle du sujet en tant que l'inscription dans la communauté fait question pour lui. C'est ce partage-là que l'expert, dans sa filiation d'avec son champ d'origine médical ne pourra évacuer sans se nier comme tel : ou bien il considère son acte en référence d'abord à celui qu'il rencontre, ou bien il le pense dans le rapport à la communauté juridique qui l'a mandaté. Malaise ! Prenons pour nous faire entendre l'exemple paradigmatique de ce qui hante les procès, la lancinante question de la récidive ; l'expert va-t-il se situer dans le registre de la récidive ou dans celui de la répétition ? Autrement dit, est-ce que pour lui les actes en puissance lui sont virtuellement adressés ou sont-ils par avance destinés au juge et par delà aux jurés ? La question qui gît dans l'acte comme dire en souffrance du sujet est autre que celle qu'il pose à la communauté comme telle.

Voici l'expert, dans sa filiation médicale, placé au point de fracture qui a toujours fait difficulté pour la médecine dans son rapport au social et au juridique. Ce lieu porte par exemple le nom suivant : secret médical. Qu'on relise les débats autour du certificat prénuptial, ou bien ceux plus récents sur le sida et l'on se convaincra aisément que ce n'est pas une distinction imaginaire que celle qui consiste à situer l'espace privé ou intime comme protégé par une barrière dont les médecins sont les garants obligés.

Mais qui donc a pu soutenir que la pratique était simple au point qu'on pourrait rêver de la réduire à des protocoles qui soulagerait le praticien de son acte ? Bien malin le ordinateur qui répond 0 ou 1 à une question qui n'obéit pas à la logique binaire ! Allez, chacun a encore de beaux jours d'angoisse devant lui dans la solitude de la rencontre, qu'on se rassure. Et même, dirons-nous, l'angoisse pourrait bien monter d'un cran. Car dans le même temps qu'on nous assure que tout pourrait être bien mieux dans le meilleur des mondes comptables possibles, enfin évalué, accrédité, bref adéquat, on nous mandate de plus en plus dans les territoires de l'impossible. Chaque jour la modernité nous pousse à répondre aux questions qu'elle se pose avec angoisse pour qu'on y réponde en raison, c'est-à-dire selon des protocoles garantis par des énoncés consensuels (les conférences du même nom).

Bienvenue aux nouveaux exercices de l'impossible ou salut à notre renoncement consenti ? Car la logique de l'expertise pénale, qu'on a simplifiée ici, loin de déperir, s'est progressivement amplifiée, diffusée, banalisée. Nous sommes

entrés, comme on le sait, dans le règne de la transparence, du réseau sans distinction des communications généralisées. La distinction du juridique et du thérapeutique a volé en éclat sous les demandes croisées des juges et des praticiens : le secret médical, les obligations juridiques aux soins, la diffusion du savoir expert, tout signe un nouveau monde en marche. On dira voilà bien encore un grincheux, un qui voudrait revenir à un monde d'autant plus simple qu'il n'est plus, un rêveur qui fuit l'actualité de ce monde-ci pour avoir raison dans un autre lieu, bref un adepte de cette vieille lune d'utopie. Je crois au contraire que la critique raisonnée de ce qui fut nous permet mieux de faire face à ce qui est ou à ce qui vient. Il y a quelque raison de penser, j'espère qu'on en conviendra, que, comme le dit Blanchot, la réponse est le malheur de la question. Qu'un monde qui prétend organiser les réponses plutôt que de contribuer à poser les questions, à les mettre en débat se réserve des réveils douloureux. Que baptiser les gens « victimes » et leur attribuer à l'avance des réponses préformées dispensées par des professionnels préformés eux aussi fera resurgir ailleurs la violence de ceux qui d'être reconnus avant que d'avoir pu adresser leur question diront qu'il n'y a pire surdité que celle de qui sait à l'avance ce qu'il doit entendre.

Malaise de l'expertise : la question n'épargne aujourd'hui plus personne. La demande sociale a percé les murs et chacun doit y faire face. Le silence des psychanalystes est ici assourdissant : a-t-on entendu quelqu'un nous dire ce que cela faisait quant au statut de l'association libre que l'on doive (?) se précipiter sur son téléphone pour avertir le procureur qu'on a sur son divan quelqu'un qui se dit pédophile ? Nous voici mis en demeure de dire comment, dans ce monde où la psychologie fait office de succédané du lien social, la position du clinicien — c'est-à-dire de celui qui ne recule pas devant la rencontre singulière — implique un acte en retour vers la communauté. La demande d'expertise, c'est-à-dire la demande renouvelée de contribuer à faire cesser le scandale du singulier dans le collectif, nous invite à ne pas nous contenter de replis frileux et nostalgiques et à affronter cette difficulté nouvelle. Que l'entreprise soit impossible n'implique pas qu'on doive s'en détourner, bien au contraire.

FRANCK CHAUMON* *

* Praticien hospitalier, Evry

1/ Je suppose ici qu'on s'accorde sur le fait que la réforme du code pénal n'a en rien affecté la logique de l'affaire. Autant garder les termes dans leur tranchant qui, le temps aidant, n'en font que mieux ressortir les difficultés.

Pénurie d'experts

Conditions d'exercice calamiteuses

Mauvaise image de l'expert

L'expertise psychiatrique a mauvaise presse, en particulier l'expertise pénale. Les psychiatres ou les psychologues qui viennent à la barre des grands procès médiatisés se voient souvent reprocher tout et son contraire par des commentateurs qui résistent mal à la tentation de pousser l'opinion publique dans le sens des idées reçues. Ainsi, pour un crime ou un délit commis sous l'emprise d'une maladie mentale, la décision d'irresponsabilité pénale de son auteur est souvent interprétée comme une ultime pirouette qui permet d'échapper à la justice. À l'inverse, la condamnation de l'auteur de crimes odieux fera évoquer le refus des psychiatres de prendre en charge un sujet dont la gravité des actes devrait montrer à l'évidence combien il se situe en dehors du cadre de la normalité. Tantôt les prisons débordent de malades mentaux, tantôt ce sont les

services de psychiatrie qui servent de refuge aux criminels. Pour ces dysfonctionnements diamétralement opposés, un seul et même responsable : l'expert psychiatre et ses rapports supposés « bâclés », ses affirmations qui ne peuvent être que péremptoires ou au contraire sa prudence qui ne témoigne que de son ignorance. Cette mauvaise image de l'expert n'est pas le seul fait des médias. Du côté des ministères de tutelle, qu'il s'agisse de la Santé ou de la Justice, les idées reçues ont aussi la peau dure. Du côté de la Santé, l'expert psychiatre est vu, avant tout, comme un praticien trop souvent absent de son service. Du côté de la Justice, l'image est floue, mais, pour bon nombre de magistrats, un bon expert est avant tout un expert qui dépose son rapport dans les délais prescrits, quelle qu'en soit la rédaction. Pire, du côté de la Santé, il ne faut pas creuser beaucoup pour qu'on entende dire que le ressort prépondérant de toute demande d'inscription sur une liste d'experts est la recherche d'une rémunération facile, tandis que du côté de la Justice, l'inscription sur une liste d'experts correspondrait plutôt à l'attribution d'une distinction honorifique.

Aussi, qu'on se comprenne bien, défendre la fonction de l'expert et de l'expertise psychiatrique au pénal, ce n'est pas défendre l'organisation actuelle de l'expertise, laquelle est proprement calamiteuse.

La mission de l'expertise

Mais avant d'entrer dans l'analyse de ces conditions matérielles de l'expertise, il importe de s'interroger un instant sur la mission fondamentale de l'expertise, héritée de plus d'un siècle et demi de la psychiatrie médico-légale.

Cette mission pourrait se résumer ainsi : il s'agit de circonscrire un champ clinique au sein duquel l'action de la justice est contre-indiquée dans son expression pénale et doit laisser la place à une démarche de soins. Autrement dit, ces troubles du comportement à l'origine d'une infraction et d'un préjudice pour autrui ou pour la société, quelle qu'en soit la gravité, représentent-ils le symptôme d'une maladie qui peut bénéficier de soins spécialisés ou bien résultent-ils de la transgression d'une loi parfaitement repérée, et qui relève alors d'une sanction pénale.

Si cette question est pertinente, il est indispensable que les meilleurs, parmi les psychiatres, s'attèlent à la tâche d'y répondre.

Cette mission de base, elle-même, s'est trouvée fréquemment contestée, au motif que l'irresponsabilité pénale renverrait ces sujets à une sous-citoyenneté, pour certains, ou, au contraire, à une immunité définitive et toute puissante, pour d'autres. Ces promoteurs de la responsabilisation des schizophrènes attendent un effet structurant de cette confrontation à la loi. Très récemment, nos collègues, Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT, dans leur rapport pour le ministère de la Santé, ont écrit que les malades mentaux devaient avoir droit à un procès. Mais cela veut-il dire qu'ils doivent aussi avoir droit à la prison ? La sanction pénale serait-elle une nouvelle modalité de soins ? Imaginons un sujet psychotique dans le box des accusés face au jury populaire d'une cour d'assises : sourire immotivé ou insolence ? Froideur schizophrénique ou cynisme ? Discordance ou duplicité ? Distorsion délirante ou fabulation mensongère ? Dans le doute, la prison apparaîtra à tous comme une bonne réponse d'autant que le développement de la psychiatrie en milieu carcéral permettra de garder bonne conscience. Ainsi, on envoie des malades en prison, certes, mais on se rassure en pensant que l'incarcération pourra s'accompagner de soins psychiatriques dans les S.M.P.R.. Mais il est à craindre que ce débat ne soit totalement interne à la psychiatrie, tant il est vrai que l'institution psychiatrique et l'institution pénitentiaire, pour la

grande majorité de l'opinion publique, ne sont que les deux volets complémentaires d'une même aspiration sécuritaire de la société. Dans cette grande confusion, la fonction d'une expertise pénale de qualité apparaît d'une importance majeure.

Les conditions matérielles de l'expertise

Désaffection des psychiatres pour l'expertise pénale

Quel est l'état des lieux en matière d'expertise et de ses conditions matérielles de mise en œuvre ? La désaffection des psychiatres pour l'expertise pénale est inscrite dans les chiffres. Sur 12 000 psychiatres français dont environ 3 700 praticiens hospitaliers, seuls huit cents d'entre nous sont inscrits sur les listes d'experts. 70 % des experts sont issus de l'exercice public, 30 % de l'exercice libéral. Ces chiffres sont, bien entendu, totalement insuffisants au regard du nombre de missions d'expertises demandées chaque année par les magistrats. Cette désaffection préoccupante vient à elle-seule rapidement contredire l'analyse sommaire qui ne voudrait voir en l'exercice expertal qu'une entreprise lucrative pour les médecins. Il n'y a pas d'exemple qu'une entreprise supposée lucrative soit aussi peu investie.

– Il résulte de ces chiffres que la grande majorité des psychiatres n'a aucune activité expertale et se trouve coupée de toutes les réalités judiciaires et de la clinique psychiatrique médico-légale dont on connaît l'apport considérable dans l'histoire de la psychiatrie française.

– Il résulte de ces chiffres que la minorité de psychiatres qui sollicitent leur inscription sur les listes d'experts, se retrouve rapidement submergée par la multiplication des commissions d'expertises auxquelles ils sont aussitôt soumis. Dans les cours d'appel, les critères d'inscription sur les listes demeurent d'une grande opacité qu'on pourrait caricaturer comme suit : pour obtenir son inscription sur une liste d'experts, il faut démontrer sa capacité à rédiger des expertises et pour rédiger des expertises, il faut être inscrit sur une liste d'experts. Les magistrats chargés du contrôle des expertises ne semblent pas se préoccuper du faible nombre d'experts dont dispose chaque juridiction ni du nombre de mission d'expertises ordonnées chaque année. Une simple approche quantitative voudrait pourtant que chaque tribunal connaisse exactement le nombre d'expertises ordonnées chaque année dans la juridiction et le nombre d'experts inscrits disponibles pour réaliser ces expertises. Une simple division permettrait de connaître le nombre moyen d'expertises demandées par an et par expert. Chacun sait qu'au-delà d'un certain nombre, le surcroît de travail n'est plus compatible avec nos fonctions hospitalières. L'activité expertale devient alors l'activité principale, voire l'activité exclusive. Or les fonctions d'expert ne peuvent se fonder que sur une pratique et une expérience clinique sans cesse remise à jour. Cette dérive vers un corps d'experts professionnels, connue et dénoncée par tous, est cependant majorée par le très faible nombre d'experts disponibles. Il importe donc que chaque cour d'appel adapte le nombre d'experts inscrits sur les listes en fonction du nombre d'expertises à accomplir chaque année. C'est à la justice de faire cet effort de recrutement et de s'interroger sur les causes de l'actuelle désaffection. On est malheureusement loin d'un tel pragmatisme et récemment, certaines cours d'appel ont encore refusé l'inscription de collègues sur les listes d'experts en indiquant que le nombre d'experts actuels leur paraissait suffisant.

Les effets pervers d'une rémunération forfaitaire

Quelle que soit la charge de travail qu'elle induit, la mission d'expertise est rémunérée sur une base forfaitaire fixe, indexée sur le tarif de la consultation de psychiatrie (CNPsy). Les missions les plus complexes et les plus difficiles sont donc les moins rémunérées puisqu'elles demandent un temps de travail accru. Plus les heures de travail s'accumulent et plus la rémunération relative diminue. Par ailleurs, la justice rémunère au même taux les expertises de tutelle et les expertises pénales, quelque soient leur degré de difficulté et le temps que l'expert y consacre. De même la rémunération d'une expertise civile est deux à trois fois supérieure à celle d'une expertise pénale...

Ce système de rémunération forfaitaire est totalement inadapté à un travail expertal de qualité. C'est au contraire un système pervers qui incite aux examens rapides et aux rédactions hâtives. Les expertises bâclées, même si elles sont loin d'être la majorité, donnent une image déplorable de la psychiatrie dans les cours de justice et devant les médias. La réforme de l'expertise passe donc par une réforme de ses modes de rétribution qui doivent être largement revalorisés pour permettre au plus grand nombre de psychiatres de s'inscrire sur les listes et d'apporter leur compétence à un travail expertal exigeant mais rétribué de façon digne et décente.

Médiocrité des conditions d'exercice

Les conditions pratiques de réalisation des expertises en prison relèvent souvent du parcours du combattant : accueil rébarbatif à l'entrée de l'établissement, absence de locaux appropriés pour les examens, intransigeance des horaires et attente invraisemblable pour l'acheminement des détenus de leur cellule vers le bureau d'examen. Les conditions actuelles sont à ce point médiocres qu'elles apparaissent dissuasives pour d'éventuels nouveaux experts et décourageantes pour les experts actuels.

Dans le même temps, sauf lorsque les présidents s'y montrent attentifs, les comparutions aux assises désorganisent les agendas de consultation.

Nécessité d'une politique de formation ambitieuse

La formation des experts doit être au premier plan des préoccupations de nos ministères de tutelle Santé et Justice. Cette formation peut revêtir diverses formes, mais, à la base, l'enseignement de la psychiatrie médico-légale doit être renforcé au cours du DES de psychiatrie. Au-delà, il est essentiel de promouvoir des enseignements spécialisés sous la forme de diplôme universitaire appliqué à l'expertise mentale. Le programme de ces DU, élaboré avec les magistrats, permettrait peut-être de lever l'opacité des critères d'inscription sur les listes d'experts des cours d'appel.

Enfin, des modalités de formation originales avaient été proposées dans le rapport de la commission Lempérière, en 1996. Il s'agissait, dans le temps qui précède l'inscription sur les listes, d'associer au sein d'un même collège un expert en formation et un expert confirmé. Une telle recommandation permettait à tout psychiatre de se familiariser avec la pratique de l'expertise aux côtés d'un collègue plus expérimenté dans cette activité. Au bout d'un an, l'expert en formation pouvait solliciter (ou non) son inscription en connaissance de cause. De même, les magistrats du ressort avaient pu apprendre à connaître celui qu'ils inscrivaient sur les listes de la cour d'appel. Cette recommandation est malheureusement restée lettre morte. Son caractère simple et pragmatique, s'il était mis en application, permettrait vraisemblablement de recruter de nouveaux experts et de diminuer la charge des experts actuels.

L'expertise dans l'avenir

Depuis quelques années, les missions d'expertise n'ont cessé de se multiplier et de se diversifier. L'évolution de la législation, la loi Méhaignerie en 1994, mais surtout la loi Guigou en 1998, ont développé, à côté de la mission d'expertise classique, d'autres modalités et d'autres fonctions pour l'expertise psychiatrique au pénal.

Ainsi, l'expertise psychiatrique est-elle aujourd'hui la pierre angulaire de l'articulation médico-judiciaire mise en place pour la prise en charge médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles. C'est en effet l'expertise psychiatrique qui doit répondre à la question de l'opportunité d'une injonction de soins. Il s'agit, ni plus ni moins, de poser de bonnes indications de soins. C'est aussi l'expertise qui sera amenée à analyser l'évolution des condamnés durant l'exécution de leur peine. Ces expertises post-sentencielles sont d'une importance majeure dans la constitution des dossiers de libération conditionnelle ou d'un aménagement de peine.

C'est enfin l'expertise qui pourra servir de dispositif d'évaluation externe pour les soins dispensés aux délinquants sexuels, permettant ainsi aux thérapeutes de respecter la confidentialité indispensable.

Avec la montée en puissance de la loi du 17 juin 1998, les procureurs sont partis à la recherche de psychiatres susceptibles d'être inscrits sur les listes de médecins coordonnateurs qu'ils étaient chargés d'élaborer. Les juges de l'application des peines, de leur côté, étaient toujours à la recherche de psychiatres qui puissent prendre en charge les sujets qu'ils suivent, dans le cadre d'obligations de soins ou d'injonctions de soins. Ce sont bien entendu les experts qui ont formé la quasi-totalité de ces nouveaux médecins coordonnateurs ou thérapeutes.

En effet, l'expertise psychiatrique et l'exercice en milieu carcéral sont les seuls cadres qui permettent à un psychiatre de formation classique, privé ou public, de rencontrer des auteurs d'agression sexuelle, de se familiariser avec cette clinique particulière et de mieux connaître les multiples modalités psychopathologiques de la sexualité transgressive.

Ainsi, la pénurie d'experts, renforcée par la crise de la démographie médicale, pourrait bien bloquer les avancées législatives récentes et les espoirs dont elles sont porteuses. Entre une pratique stakhanoviste de l'expertise et le refus de toute activité expertale, il existe une place pour les praticiens qui souhaitent que cet exercice difficile puisse s'intégrer dans les dispositions de leur statut et dans les exigences de leurs fonctions hospitalières. Mais seule l'augmentation du nombre des experts permettra de diminuer le nombre d'expertises demandé à chaque expert.

L'expertise psychiatrique est un formidable outil mis au service de la justice et donc des justiciables. C'est un trait d'union entre le service public de la justice et la psychiatrie publique, entre les praticiens du droit et ceux de la psychiatrie. La qualité de cet outil sera le reflet des moyens dont les autorités de tutelle auront bien voulu le doter. Pour cela, il importe qu'une mission interministérielle Santé Justice redéfinisse totalement le cadre archaïque actuel qui régit l'expertise.

GÉRARD DUBRET* *

*Psychiatre des Hôpitaux, Expert près la Cour d'Appel de Versailles, C. H. René Dubos, Pontoise.

Les interpellations du psychiatre

L'expertise psycho-sociale : une expertise collective sans expert¹

QU'EST-CE QU'UNE EXPERTISE ?

Qui dit expertise dit expérience. Il est légitime et utile d'agir en fonction de l'expérience et de parler à ce titre, fût-ce l'expérience des autres. Mais l'usage a transformé cette notion en identifiant « l'expert », celui qui sait et qui donne un avis pertinent, par exemple à l'autorité judiciaire, au nom d'un savoir reconnu. L'expertise n'est plus l'expérience, même si celle-ci reste à l'arrière plan, mais elle est le résultat écrit à une question précise dans le cadre d'une mission. Sa finalité consiste à faire rentrer un fait chaotisant dans l'ordre de la nature et de la culture. Dans le cas particulier de l'expertise psychiatrique, il a bien fallu que la folie, puis la maladie mentale, soient reconnues comme un fait médical et non plus de sorcellerie pour que l'on estime pouvoir évaluer l'incapacité civile ou l'excuse pénale (ici circonstance atténuante ou l'irresponsabilité) : les crimes de Macbeth perdent de leur horreur lorsqu'on entre, par le génie de Shakespeare, dans la tête de l'assassin, en comprenant la causalité psychique qui le mène à sa perte. Régler la persécution et produire du sens en situation traumatique, voilà la visée de ce premier type d'expertise.

Mais de plus en plus, dans une société de haute technologie à risque croissant ⁽²⁾, la demande d'expertise vise à éviter le pire, à savoir la destruction de l'humanité et de la planète (maladie de la vache folle, pollution, effet de serre, SIDA, etc.). L'expert du haut risque forme un couple fonctionnel avec les décideurs. Nous voici face à la montée d'un pouvoir polycéphale : celui des experts, des juges, des médias, des hommes et des femmes de pouvoir (champs du politique et de l'économique). La finalité affichée de ce deuxième type d'expertise est explicitement d'atténuer la peur de la catastrophe collective et d'en éviter concrètement la survenue.

La tendance forte de ce mouvement oppose l'expert sophistiqué au simple citoyen, la compétence à l'opinion, avec une rupture tendanciellement grave entre le sens commun et le savoir spécialisé. Pourtant l'horizon de la démocratie directe doit être maintenu comme un principe régulateur, faute de quoi « L'espace de la politique, l'espace des débats et des conflits portant sur les modalités de vie commune, se restreint sur la lourde contrainte du consensus, d'un consensus dont un profil est expert, l'autre moral. Sans cesse l'expert est appelé au secours pour éclairer le débat. Disons plutôt qu'il l'interdit quand il ne le manipule pas... Et si la mise en scène de l'expertise est bien orchestrée, nul doute qu'elle ne parviendra à démoraliser les opposants, voire à les dissuader de toute résistance » ⁽³⁾.

Il est vrai que l'on observe ici ou là une contestation montante des citoyens, regroupés en associations locale, nationale ou transnationale.

DES EXPERTS PSYCHOSOCIAUX ?

C'est dans ce champ croissant d'expertocratie que certains professionnels, tendanciellement qualifiés « d'experts psychosociaux » (sociologues, psychiatres, psychologues et quelques autres), sont interpellés par l'autorité politique, les institutions, les médias, sommés de dire comment il faut penser et vivre toutes les fois que survient un drame à causalité humaine ; des attentats terroristes aux effets du chômage, du tueur fou à l'insécurité dans les villes en passant par les difficultés d'insertion des Rmistes et jusqu'à l'exposition télévisuelle des lofteurs. Cette liste à la Prévert fait sourire et frémir. Car au-delà s'insinue la notion d'une

intervention autant tentaculaire que dérisoire devant l'urgence immédiate des catastrophes ordinaires et extraordinaires. On retrouve le besoin expertal de produire du sens en situation traumatique individuelle et collective ; on retrouve aussi le besoin d'éviter une « catastrophe sociale ». Même s'il y a un risque certain de confusion des genres, il y a aussi un enjeu majeur dont on ne peut se défaire du simple fait de la difficulté épistémologique à définir son champ d'intervention.

Ces demandes s'inscrivent dans une nouvelle donne des identités individuelles et collectives, psychiques et sociales, dont l'interpénétration et le flou des limites posent un problème inédit. D'un côté le modèle psychologique se répand à vive allure en dehors de la clinique des spécialistes, il se diffuse dans des savoirs professionnels et profanes variés et extensifs ; d'un autre côté, il est bien évident qu'il s'agit d'un problème collectif, sociétal et politique, non réductible à la sommation des cas particuliers.

UNE CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

Pour le sujet qui nous occupe, la souffrance psychique constitue l'émergence spectaculaire d'une entité hybride, bizarre, incertaine et non moins évidente : une souffrance d'essence subjective à été authentifiée par le groupe de travail commandité par la DIV-DIRMI, qui a produit le rapport Strohl-Lazarus⁽⁴⁾ ; ces affects, ressentis par les intervenants sociaux dans leur interaction avec les bénéficiaires du RMI, plaidaient en faveur d'une souffrance d'origine sociale dans le sens déjà défini par Freud dans « Malaise dans la civilisation ». Mais, fait remarquable, cette souffrance psychique, qualifiée par ses effets sur la personne, devient un problème collectif et publicisé. Il ne s'agit pas de maladie mentale, bien que les malades mentaux puissent eux aussi souffrir. L'entité de la souffrance psychique est reconnue à ses effets qui peuvent se révéler dévastateurs, mais pas nécessairement ; le rapport Lazarus insiste sur le fait de ne pas la considérer comme un mal en soi. Si elle est bien en lien avec les conditions de vie, « est-il légitime de vouloir éteindre une souffrance qui peut conduire à la révolte »⁽⁵⁾. Et pourtant il faut bien entendre cette souffrance dans l'intimité de son émergence comme dans ses potentialités de « casse » sur les personnes, avec alors le risque de la perte effective des capacités de révolte.

La même année, le sociologue Robert Castel présente le vagabond des temps modernes, l'errant, l'exclu comme un « individu négatif » c'est-à-dire comme l'exemple radical du narcissisme négatif⁽⁶⁾. Déjà le colloque du Vinatier⁽⁷⁾ postulait, dans ses conclusions en 1994, l'apparition d'une « nouvelle pathologie » à l'articulation du travail social et de la clinique des psy. Dans la foulée se mettent en place les travaux de l'ORSPERE⁽⁸⁾ qui propose de légitimer le champ d'une clinique psychosociale définie comme la prise en compte professionnelle d'une souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social, avec ses caractéristiques propres. L'idée vise à ce que les personnes ne soient pas couchées par cette souffrance psychique, qu'elles puissent tenir debout avec d'autres ; à cette fin, il convient de reconnaître aux différents dispositifs concernés des espaces légitimes de pratiques de santé mentale⁽⁹⁾. Chemin faisant, les partenariats indispensables continuent de se déployer avec les secteurs de psychiatrie publique, du moins ceux qui tiennent à assumer leur objectif fondateur, celui d'être au contact des populations là où les problèmes se posent. Simultanément, on assiste à la création de néofilières psy depuis les débuts des

années 1990 : psychologues du RMI, des missions locales, des lieux d'écoute etc.. Progressivement, mais sans doute pas pour tout le monde, les aspects sociétaux et politiques sont authentifiés, permettant de discriminer le champ clinique dans son contexte social. A cet égard, on doit insister sur le fait que seul un psy (pour prendre cet exemple) qui a accepté d'être interpellé par une situation complexe, à la marge de sa pratique, peut interpellé à son tour le pouvoir politique ou d'autres personnalités parce qu'il sait peu à peu de quoi il parle ; en quelque sorte, il est devenu un partenaire crédible.

Si cette clinique psychosociale assez spécifique, qui apparaît d'abord dans le professionnel du travail social, a été reconnue comme telle, il convient aussitôt d'ajouter que des phénomènes de nature identique en matière de souffrance psychique se passent avec beaucoup d'autres professionnels : enseignants, policiers, pompiers, agents d'accueil de l'ANPE, de la Caisse des Allocations Familiales, services d'urgence médicale, médecins du travail etc., la souffrance psychique déborde les cadres professionnels et envahit chroniquement et spasmodiquement les espaces publics sous forme de comportements dérangeants, voire de violence, ce qui interpelle les politiques, les maires des communes, surtout, car la notion de souffrance psychique parle tout à fait au magistrat municipal qui reçoit dans sa permanence des personnes venues se plaindre d'une situation de violence et d'insécurité, et qui connaît par ailleurs les jeunes casseurs et leur histoire.

Bref, nous sommes à un moment où les savoirs professionnels et profanes, appris et transmis pour vivre ensemble dans la cité et pour utiliser à bon escient, les institutions, la relation d'aide et de soins, ne vont plus de soi. Il s'en suit la peur devant l'avenir, le raidissement devant les difficultés d'interaction professionnelle ou privée, une pensée gestionnaire qui se drape dans les grands principes (« la République », « la Justice », « la Liberté », « le Secteur »...), lesquels ripent sur les réalités humaines du terrain parce que ces principes sont perçus comme plaqués. Le pire est certainement l'idéologie sécuritaire (à différencier du besoin légitime de sécurité) qui utilise un mode de pensée ignorant et projectif.

RETOUR A L'EXPERTISE PSYCHOSOCIALE

Ce que les intervenants de terrain (intervenants sociaux et psy) ont appris ces dernières années, c'est qu'ils sont contraints de travailler avec d'autres tout en maintenant leur cadre propre. Le savoir en matière de clinique psychosociale passe par un partage des difficultés techniques et contre-transférentielles rencontrées. C'est ce partage qui crée la confiance et la possibilité d'un réseau vivant, ni idéalisé ni réduit aux injonctions tutélaires : c'est ce partage qui aboutit à une véritable extension des connaissances et des savoir-faire. Le réseau est alors conçu comme une expertise collective, efficace, et non comme une addition de points de vue ou comme un carnet d'adresses. Si l'on voulait développer, on dirait qu'il s'agit d'un champ de compétences complémentaires avec une compréhension partagée qui reste à la fois spécifique à chaque profession, à chaque cadre d'intervention.

A contrario, on comprendrait mal comment travailler sur le lien social avec des professionnels autistes dans des institutions à plumes de canard, c'est-à-dire imperméables à tout ce qui mouille.

Au sein de cette pratique commune et à partir d'elle, tel ou tel travailleur social, tel ou tel psy ou sociologue, peut apparaître en qualité d'expert psychosocial

parce qu'il élabore l'expérience collective, la met en mots et la rend transmissible. Mais si par malheur il oublie qu'il n'en est que le porte-parole, s'il se prend pour « un expert », il risque de se voir coupé du réseau vivant qui nourrit son savoir et son expertise. Voilà pourquoi nous récusons le terme d'expert psychosocial en validant celui d'expertise psychosociale. Dans la difficulté du pouvoir vivre ensemble, dans les conflits qui travaillent notre société, cette discrimination entre expert et expertise est certainement cruciale. Elle devrait s'appliquer aux savoirs profanes comme aux mandats politiques, à condition que chacun connaisse le cadre d'intervention où il prend place dans ce champ global de la Santé Mentale. Il n'empêche que les porte-parole du champ dont nous parlons ont au moins un quadruple devoir :

- contribuer à définir les pratiques professionnelles dans un contexte social évolutif ;
- contribuer à définir ce qui permet de vivre dans une société où le statut reste un pôle identitaire sans cesse confronté à la contestation de sa validité ; comment survivre psychiquement dans une société où les enjeux de reconnaissance et de non reconnaissance sont extrêmement prégnants ?
- contribuer à identifier autant que possible les éléments contextuels d'aliénation, viser à les transformer ou tout au moins à y résister ;
- enfin, continuer à travailler pour son propre compte sans se couper du réseau collectif d'expertise.

Ainsi peut-on espérer maintenir actifs les principes régulateurs d'une démocratie non confisquée.

JEAN FURTOS* *

*Psychiatre — ORSPERE Lyon-Bron

1/ Ce texte a été pensé en collaboration interactive et critique avec Christian Laval, Sociologue à l'ORSPERE.

2/ Ulrich Beck, World risk society, Cambridge, Polity Presse, 1999.

3/ Emmanuel Renault in « Mépris social », Edition du Passant, 20 001, Introduction.

4/ DIV-DIRMI, Rapport Strohl-Lazarus : « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », 1995.

5/ Rapport Strohl-Lazarus, p. 34.

6/ In "Métamorphose de la question sociale", Ed. Fayard, 1995.

7/ Actes du Colloque du Vinatier « Déqualification Sociale et Psychopathologie » ou Devoirs et

limites de la Psychiatrie Publique, Lyon-Bron, Oct-Nov 1994.

8/ Nous parlons des travaux de l'ORSPERE qui se situent bien entendu eux-mêmes dans un réseau de praticiens et chercheurs à travers tout le territoire national et au-delà.

9/ Rapport « Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale », résultat de deux

recherches-action, FNARS, ORSPERE, décembre 1999.

Expert en réalisation personnelle !

L'appel aux psychiatres par la société civile a pris ces dernières années une ampleur particulière. Ce phénomène à la fois étonne, gêne, en tout cas pose question, tout en semblant logique, naturel et justifié.

Ce recours aux psychiatres se fait dans des domaines multiples et très différents.

Multiples puisque les psychiatres interviennent dans les situations de catastrophes naturelles, lors d'événements dramatiques tels que prise d'otage et attentats, dans le soutien à certaines catégories et tranches d'âge de population dans les suites de conflits armés.

Mais on les retrouve également commentant les phénomènes de société, les théorisant ou encore les expliquant. Il en est ainsi des manifestations de la délinquance, de la violence individuelle ou de groupe, des modifications de la structure familiale, des conduites addictives et de la toxicomanie, du monde de l'entreprise et du travail, ou encore des stratégies d'urbanisation.

Ils sont sollicités pour participer en radio ou sur les chaînes de télévision à des émissions de divertissement, d'information, etc...

Cette énumération, loin d'être exhaustive, suffit à souligner les extrêmes différences de niveaux d'implication et de responsabilité des contextes où on les invite et où ils acceptent d'intervenir.

Il est loin d'être sûr que soient pesées et contrôlées les conséquences de la simple présence, et des commentaires livrés par les psychiatres sur la vie personnelle et familiale de nos concitoyens. Il n'est pas plus sûr que soit connu le degré d'influence de ces prises de position sur leurs habitudes de vie, leurs critères éthiques et civiques.

Ne sont pas non plus évaluées les éventuelles orientations sociologiques, commerciales et politiques qui pourraient s'appuyer ou se nourrir des opinions exprimées par ces psychiatres.

En tout état de cause, il est certain qu'eux-mêmes ne disposent d'aucun critère leur permettant d'avoir la moindre idée des retombées de leurs propos.

Le respect total de la liberté d'expression et la reconnaissance du libre arbitre de chacun peuvent rendre compte de cette méconnaissance des conséquences de ce type d'intervention. Néanmoins si l'on considère le degré de prudence, de circonspection, d'attention que la formation des psychiatres puis leur pratique exigent dans le domaine du soin et de la relation au patient, cette méconnaissance prend une dimension différente.

En s'attardant davantage sur ce premier point très général, on peut ressentir un certain malaise au vu d'une telle minimisation ou banalisation des orientations des axes de prise de conscience d'un phénomène de société, d'un bouleversement sociologique concernant les comportements humains à l'analyse duquel ils participeraient par leur simple présence ou plus encore par leur intervention active dans le débat public.

Il n'est bien entendu pas question d'amplifier l'influence ou le poids que les psychiatres pourraient avoir mais plus modestement et simplement de s'interroger sur le pourquoi de ce vide d'analyse au sein d'une catégorie professionnelle habituée paradoxalement à une hyper analyse de son interaction avec autrui.

En ce qui concerne à l'inverse des contextes non définis par la stricte compétence de soignant, se pose la question de l'instance à laquelle on a recours.

S'agit-il du psychiatre et de son supposé savoir, ou de la psychiatrie qui ainsi ferait irruption dans des mondes étrangers à la souffrance psychique ou relationnelle, et non demandeurs d'une proposition thérapeutique. Celle-ci est caractérisée schématiquement par une demande avec la diversité de ses expressions, par une rencontre et une affiliation où se noue un échange.

Son absence totale est source de confusion.

Cette confusion peut être responsable de deux conséquences.

L'une doit être considérée comme positive. C'est l'appropriation, la

familiarisation par la société civile d'un outil et de ses techniciens encore trop souvent vécus comme dangereux et menaçants car porteurs d'une définition stigmatisante : celle de la folie.

Il est bon que soit démythifiée la psychiatrie. Il est bon que les psychiatres se montrent capables de partager notre quotidien, ses soucis, ses interrogations, ses craintes, sa complexité, et qu'ils fassent la preuve de leur capacité à le partager de façon intelligible et concrète.

Trop souvent encore, ils véhiculent la caricature de spécialistes protégés par un discours obscur et incompréhensible les rendant inabordables.

Mais cette première conséquence porte en elle-même son contraire.

Lorsqu'elle est source d'une banalisation exagérée et d'une portée généraliste, elle se dépouille de sa qualité spécifique de confidentialité et de singularité.

Pour que se développe et se construise la relation de confiance qui autorise à déposer chez l'autre l'intimité de sa souffrance, la notion d'exclusivité est précieuse.

Or, l'on peut craindre que cette caractéristique de l'alliance thérapeutique se trouve dissoute dans l'omniprésence des psychiatres sur des scènes multiples. Ce d'autant que cette nouvelle familiarité avec les « psychiatres » rencontre un mouvement confluent issu des stratégies publicitaires et qui tend à rapprocher le consommateur et les commerciaux par le biais d'une relation de confiance et d'intimité.

Mais y a-t-il une explication à la nouvelle médiatisation du psychiatre ?

Il y a en tout état de cause un changement majeur qui peut être résumé par l'apparition de normes nouvelles qui stimulent chacun à la réussite individuelle. Cette nouvelle règle succède aux règles antérieures de conformité à des repères sociaux normatifs, Cette stimulation à la réussite individuelle met en scène l'aspect privé de nos vies. L'obéissance à cette nouvelle règle ne respecte pas le choix de chacun mais s'impose à tous sous peine d'exclusion. Il faut désormais affirmer publiquement sa différence et ses compétences dans l'interaction sociale. Le risque nouveau est donc celui d'un vécu d'incompétence et le but à atteindre est celui du plaisir et du bien-être maximum.

On peut percevoir, ainsi, comment en réponse à ce besoin de bien-être dans une atmosphère de compétition, le psychiatre est de moins en moins sollicité pour la résolution de conflits intrapsychiques, mais plutôt comme soutien du processus de lutte de l'individu dans la construction de ses propres mécanismes de défense contre l'insuffisance.

Il va pouvoir être logiquement consulté comme spécialiste ou expert en réalisation personnelle. Il va de plus en plus régulièrement lui être demandé de défendre le droit à la différence de chacun.

Cette fonction, s'il l'accepte, justifie sa présence publique comme pourvoyeur de réassurance, et accompagnateur d'une civilisation du changement.

La principale difficulté de positionnement réside dans la capacité du psychiatre à exister simultanément comme témoin de tous ces possibles et comme interlocuteur des nouvelles pathologies liées à la dynamique de changement que certains peuvent vivre comme une nouvelle soumission contraignante avec le cortège de ses symptômes essentiellement narcissiques.

Il me semble que la réponse générale doit comporter à la fois une nécessaire présence dans le siècle marqué par l'omniprésence de l'information et de la communication et une non moins nécessaire position de lutte contre cette nouvelle stigmatisation.

Le risque majeur oscille entre : une participation à la disqualification du sujet et une nouvelle déresponsabilisation par nostalgie d'un passé attaché aux repères sociaux normatifs.

DIDIER DESTAL* *

*Psychiatre, EPS Ville Evrard, Neuilly-sur-Marne.

Terrorisme et catastrophes : l'appel à l'urgence médico-psychologique

La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique a été créée en 1995 lors de la vague d'attentats islamistes qui a débuté par le RER Saint-Michel.

Une Première Cellule d'Urgence Médico-Psychologique basée au SAMU de Paris a expérimenté les interventions qui s'effectuent en collaboration avec le SAMU et qui ont pour mission de porter secours aux victimes présentant des manifestations psychologiques ou psychiatriques lors d'événements à type de catastrophes, accidents collectifs, prises d'otages ou autres événements à fort retentissement psychologique.

Un rapport rédigé par le Professeur CROCQ a été transmis au Ministère de la Santé à partir des premières expériences effectuées durant l'année 1995-1996.

Ceci a abouti à la Circulaire du 28 mai 1997 qui a créé en France le réseau de l'urgence médico-psychologique se composant de trois niveaux : tout d'abord un Comité National de l'urgence médico-psychologique situé au ministère de la Santé, actuellement présidé par le Haut Fonctionnaire Défense, qui comprend des représentants des SAMU, de la psychiatrie universitaire, de l'administration et des différents Ministères qui peuvent être concernés par les catastrophes (Transports, Relations Extérieures, Défense). Ce Comité a pour but de veiller à la mise en place du réseau de l'urgence médico-psychologique et à l'évolution des statuts ainsi qu'à la professionnalisation des personnels qui s'y trouvent impliqués.

Indépendamment du Comité National, il existe 7 interrégions autour de 7 grandes villes considérées comme des sites potentiellement à risque : Paris, Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, Nancy et Nantes. Ces sept interrégions correspondent aux sept zones de défense définies dans le territoire. Au niveau de chacune de ces 7 villes, ont été créés un poste de praticien hospitalier à mi-temps, un poste de psychologue à mi-temps et un poste de secrétaire à mi-temps.

Il existe par ailleurs une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique au niveau de chaque département, organisée de la façon suivante : un praticien hospitalier désigné par le Préfet a pour mission d'organiser l'Urgence Médico-Psychologique avec les personnels volontaires, médecins psychiatres, psychologues ou infirmiers. Il doit, en collaboration étroite avec le SAMU de son département définir un schéma d'intervention en cas d'événement entraînant un déclenchement.

Ce réseau s'est mis en place en 1995-1996 à l'occasion des attentats et de certains accidents collectifs répertoriés durant cette période, il se caractérise aujourd'hui par une croissance d'activité importante puisque durant l'année 2000, 700 déclenchements ont été effectués sur l'ensemble du territoire national.

Il porte à la fois sur des catastrophes d'ampleur nationale comme le crash du Concorde, des accidents collectifs comme l'explosion au niveau de la Compagnie Parisienne de Chauffage Urbain ou sur des événements comme ceux qui se sont produits à la prison de Fresnes en mai 2001. Il vise également des événements à valence sociale plus réduite comme des agressions dans des lieux publics, des prises d'otages dans des agences bancaires ou des supermarchés ainsi que des événements à fort retentissement psychologique comme lorsque se produit un

décès brutal dans un lieu public, que ce soit dans une école, dans un centre d'étudiants ou dans une entreprise et que ce décès, par sa violence ou sa brutalité, entraîne des répercussions sur l'environnement immédiat du lieu où se produit. L'ensemble de ces situations conduit à proposer une intervention médico-psychologique. Celle-ci peut se dérouler tout d'abord dans la phase immédiate, c'est-à-dire dans l'heure ou les heures qui suivent l'événement. Elle se déroule également en post-immédiat, c'est-à-dire dans les jours qui suivent, grâce à l'organisation de debriefings psychologiques qui permettent une reprise de l'événement pour les personnes qui ont été en contact de façon proche par rapport à cet événement et qui sont donc soumises à un risque d'évolution des manifestations cliniques de psychotraumatisme.

Celles-ci surviennent à la fréquence de 10 à 30 voire 40 % suivant la gravité de l'événement ou suivant la fragilité du sujet qui est exposé à ces événements. Les traitements psychologiques mis en œuvre par ces interventions psychothérapeutiques précoces visent à déceler la survenue de ces troubles, à tenter de les prévenir et à permettre, lorsque des manifestations cliniques persistent, que les sujets puissent être suivis par des praticiens habitués à ce type de pathologies, dans le cadre de la psychiatrie publique et notamment au niveau de consultations dites de psychotraumatisme qui se développent progressivement dans les différentes villes.

DIDIER CREMNITER* *

*Psychiatre, CHU Henri Mondor, Creteil

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale * Directeur de la publication : G. Massé * Comité de rédaction : Jean-Pierre BATARD, Directeur Adjoint EPS Maison-Blanche ; Christian BONAL, MNASM ; Martine MANDOPOULOS CLEMENTE, Directrice adjointe du CH d'Arpajon ; Mme ERMATINGER BODEN-HAUSEN, UNAFAM ; Mme FINKELSTEIN, FNAPSY ; Jean FURTOS, Praticien Hospitalier ; Marcel JAEGER, Directeur de Buc-Ressources ; Alain JOURDAIN, Enseignant chercheur à l'ENSP ; Serge KANNAS, MNASM ; Raymond LEPOUTRE, MNASM ; Catherine MARTIN LE RAY, MNASM ; Jean-Claude MIE, Directeur de l'EPS de Perray-Vaucluse ; François MOUSSON, Infirmier général ASM 13 ; Eric PIEL, Praticien Hospitalier ; Sarah SARAGOSSI, Chargée de mission, Hôpital Esquirol.

« Pluriels », 74 bis, avenue Edison, 75 013

Paris — N° de téléphone : 01.45.85.73.63 — N° de télécopie : 01.45.85.99.11.

ANNEXE 5

Courrier adressé à la DGOS relatif à l'hospitalisation de personnes détenues sous le régime SDRE D398

Docteur Michel DAVID

Psychiatre des Hôpitaux
Praticien hospitalier
Président de l'APSMP
Coréférent-rapporteur de l'atelier
psychiatrie en milieu pénitentiaire du
Comité de pilotage de la psychiatrie

Chef du bureau R4
Direction générale de l'offre de soins
Ministère de la Santé
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Le 29/09/2018

Objet : Hospitalisation D.398

Monsieur le Chef de bureau,

L'amélioration de la prise en charge des soins sur **décision** du représentant de l'État (et non sur **demande** du représentant de l'État, comme il est écrit dans la lettre de mission du 20 juin 2017) fait partie des attendus de l'atelier psychiatrie en milieu pénitentiaire du Comité de pilotage de la psychiatrie.

Par ailleurs, l'Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement apporte la précision suivante : « *En conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale. Les modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de travaux interministériels des ministères de la santé, de la justice et de l'intérieur* ».

Pour permettre nos travaux sur ce sujet, il convient de s'appuyer sur des indicateurs objectifs. Aussi, je vous serais reconnaissant avec l'appui des services de l'État et notamment des trois ministères cités de nous fournir les données suivantes depuis l'année 2000 :

- Le nombre de patients détenus hospitalisés selon l'article D 398 du code de procédure pénale ;
- Le nombre de patients détenus hospitalisés selon l'article D 398 et qui ont fait l'objet d'une sortie sans autorisation médicale (sorties sans autorisation médicale au sens hospitalier ou évasion au sens pénitentiaire et judiciaire) ;
- Le délai entre la sortie sans autorisation ou l'évasion et le moment où la personne est de nouveau sous « contrôle » hospitalier ou pénitentiaire ;
- Le nombre d'incidents pendant la sortie et l'évasion et leur indice de gravité ;
- Le nombre de situations où les responsabilités médicales ou administratives hospitalières ont fait l'objet de sanctions administratives ou judiciaires et la nature de ces éventuelles sanctions.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de bureau, mes salutations distinguées.

ANNEXE 6

Loi Divus Marcus

Si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans une fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, et qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner qu'il ait tué sa mère en feignant d'être furieux, vous pouvez lui épargner la punition, puisqu'il est assez puni par son état ; et cependant, il faut l'observer de plus près et même, si vous le trouvez judicieux, de l'enchaîner, tant pour le punir que pour sa propre conservation et la sûreté de ses proches. Mais s'il avait des intervalles de bon sens, comme cela arrive souvent, vous examinerez s'il n'a pas commis le crime dans ces moments, en sorte que sa maladie ne puisse pas lui mériter la grâce. Si vous trouvez que cela soit ainsi, vous nous consulterez, et nous verrons s'il ne mérite pas d'être condamné au dernier supplice, attendu l'énormité de son crime, s'il l'a commis dans un temps où il avait sa raison.

Nous apprenons par vos lettres que le furieux dont il s'agit est dans un état à être gardé par les siens, ou même dans sa propre maison. Vous ferez bien de citer devant vous ceux qui étaient chargés de le garder dans le temps où il a commis son crime, et d'en examiner la cause de leur négligence. Vous jugerez chacun suivant qu'il y aura plus ou moins de sa faute, car on donne aux furieux des gardiens, non seulement pour les empêcher d'attenter sur eux-mêmes, mais aussi pour les mettre hors d'état de nuire aux autres. S'ils font quelque tort, on l'imputera avec raison à la faute de ceux qui les auront gardés avec négligence.