# Université de Poitiers
# Faculté de Médecine et Pharmacie

**ANNEE 2016** **Thèse n°**

## THESE
## POUR LE DIPLOME D'ETAT
## DE DOCTEUR EN MEDECINE
## (décret du 16 janvier 2004)

## MEMOIRE
## du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
## DE PSYCHIATRIE
## (décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 30 mars 2016 à Poitiers
**par Madame Laure Wagner**

Prise en charge hospitalière des patients ayant bénéficié de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal entre 2004 et 2014 en Poitou-Charentes.

Etat des lieux et réflexion sur l'influence d'un climat sécuritaire sur les soins proposés à cette population

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

**Membres** : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU
Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE
Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Mélanie VOYER

# REMERCIEMENTS

**Au Professeur Jean Louis SENON,**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, sa richesse, et de nous avoir fait partager votre savoir inépuisable ; vous m'avez transmis votre passion pour la psychiatrie légale. Je vous suis reconnaissante pour l'attention que vous m'avez portée depuis le début de mon internat et d'avoir guidé mon parcours. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma grande reconnaissance.

**Au Professeur Nematollah JAAFARI**,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de siéger dans le jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre intérêt pour la pédagogie, votre engagement auprès des internes et la qualité de votre enseignement. Vous m'avez fait découvrir la recherche en psychiatrie et attisé ma curiosité dans ce domaine. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**Au Professeur Jean-Philippe NEAU**,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Je vous remercie de favoriser les indispensables échanges entre neurologie et psychiatrie par vos différentes interventions Soyez assuré de ma respectueuse considération.

**Au Professeur Jean-Bernard GARRE**,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour l'intérêt que vous lui avez témoigné ainsi que pour vos encouragements. Vos interventions de grande qualité, lors des différents regroupements interrégionaux, m'ont poussé à m'intéresser à des sujets jusque-là inconnus et ont permis d'enrichir ma formation. Recevez par ces lignes l'expression de ma plus haute considération.

**Au Docteur Guillaume DAVIGNON,**

Tu me fais l'honneur de siéger dans ce jury et de juger ce travail. Je te remercie pour ton implication dans l'enseignement aux internes et pour les encouragements formulés depuis le premier cours que j'ai présenté en première année d'internat. C'est un immense plaisir de pouvoir travailler avec toi depuis quelques semaines et de pouvoir poursuivre cette collaboration pour les années à venir. Sois assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Au Docteur Mélanie VOYER**,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Merci d'avoir porté de l'attention aux idées que j'ai pu amener, de m'avoir accompagnée à une juste distance et de m'avoir ainsi encouragée à réfléchir par moi-même. J'ai apprécié votre grande disponibilité, votre rigueur et vos précieux conseils. Recevez par ces lignes, l'expression de ma plus haute considération.

Merci à toutes les personnes qui m'ont aidée dans ce travail,

Merci au Docteur Francis Chabaud de son aide pour les calculs statistiques, de son implication et de sa réactivité.

Merci à Monsieur Erick Pigeot de son accompagnement à différentes étapes de ce travail.

Merci au Docteur Roland Bouet de m'avoir guidée dans mes recherches auprès du DIM et de l'intérêt porté à ce travail.

Merci au Docteur Paul Forcet pour son aide et son accueil chaleureux. Merci également à Madame Mélanie Dallon.

Merci au Docteur Florence Berthelemy du temps investi, de son aide dans la recherche de dossiers et de son accueil.

Merci à Madame Sarah Blommaert pour sa grande disponibilité et son aide précieuse.

Merci à toutes les secrétaires qui m'ont accueillie dans les services et m'ont aidé à rechercher, au fin fond des archives, les nombreux dossiers. Merci également au personnel des archives de Poitiers et Angoulême.

Merci à tous les chefs de service m'ayant autorisé à consulter les dossiers.

Merci aux membres des équipes croisés dans les différents services pour l'intérêt porté à ce travail et pour les échanges constructifs m'ayant aidé à appréhender d'une manière différente le vécu des équipes de soins.

Merci à Monsieur Thierry Vincent pour le temps passé à rechercher les documents difficilement accessibles.

Merci aux différentes équipes rencontrées au cours de mon internat m'ayant permis, par leur accueil et leur sympathie, d'appréhender la vie professionnelle avec sérénité et bonne humeur.

Un remerciement particulier aux Docteurs Diane Lévy-Chavagnat, François Brissonnet et Marie-Laure Daniel d'avoir été attentifs et surtout compréhensifs dans les moments difficiles. Merci au Docteur Claude Guyonnet de m'avoir permis un retour au travail dans des conditions rassurantes.

Merci à l'équipe du SMPR de m'avoir fait une place au sein d'une équipe formidable, c'est avec joie que j'envisage les années à venir parmi vous.

Merci au Docteur Bernard Méry de m'avoir accordé sa confiance et de me permettre d'exercer dans son service à partir du mois de mai.

Merci à mes amis, particulièrement à Mona pour ta gentillesse et ton empathie, à Chloé et Marion pour les heures de travail et d'entraînement communes, vous m'avez donné la force d'avancer.

Merci à ma famille pour son soutien au cours de ces années d'études.

Merci à Rachel, Camille et Judith d'être des frère et sœurs comme on en fait plus. Votre amour, vos attentions sont un véritable trésor à mes yeux.

Merci à Maman pour ton soutien constant, tes encouragements, ta compréhension de mes difficultés et surtout tes relectures attentives. Je n'y serai pas arrivé sans ton aide.

Merci à Papa de m'avoir transmis ta rigueur dans le travail sans laquelle je ne serai pas où je suis. Je t'admire profondément pour tout ce que tu nous as apporté malgré les épreuves.

Merci à Olivier, pour ta patience infinie, ton amour et ton soutien tout au long de ce travail. Ta présence à mes côtés m'a été indispensable.

*« Le risque est grand que l'évaluation du danger présenté par un patient ne soit que l'écho de la réprobation sociale intériorisée par le psychiatre »*

Bruno Gravier

# SOMMAIRE

**INTRODUCTION** ..... 1

**PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE** ..... 4

1) Historique : ..... 5

a) Antiquité : ..... 5

b) Le Moyen Age : ..... 8

c) Les temps modernes : ..... 9

d) De la Révolution française à la fin du XIX$^{e}$ siècle: ..... 11

e) Du XXe siècle à nos jours : ..... 15

2) Législation : ..... 16

a) L'infraction : ..... 16

b) L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : ..... 18

3) Le contexte : ..... 34

a) La stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale : ..... 35

b) La réalité de la situation : ..... 36

c) Le rôle des médias : ..... 38

d) Une politique sécuritaire : ..... 41

e) Un déplacement des moyens financiers : ..... 44

f) Synthèse et application à notre étude : ..... 45

4) De la notion de dangerosité à l'évaluation du risque : la question du risque de violence chez les sujets atteints d'une pathologie mentale : ..... 46

a) La notion de dangerosité : ..... 46

b) Historique : ..... 48

c) L'évaluation du risque de violence : ..... 51

d) Le risque de violence chez les personnes atteintes d'une pathologie mentale grave : ..55

5) Prise en charge hospitalière des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : ..... 67

a) Population concernée : ..... 67

b) Objectifs de la prise en charge : ..... 68

c) Les structures hospitalières : ....69
d) Le cadre institutionnel : ....72
e) Approches thérapeutiques : ....73
f) La sortie et la réhabilitation sociale : ....88
6) Droit comparé : ....89
a) Allemagne : ....89
b) Angleterre et Pays de Galle : ....90
c) Danemark : ....90
d) Espagne : ....90
e) Italie : ....91
f) Pays-Bas : ....91
g) Suède : ....91
**PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE ET RESULTATS**....92
1) Présentation de l'étude : ....93
a) Objectifs de l'étude : ....93
b) Matériel et méthodes : ....94
c) Présentation de la grille de lecture : ....95
d) Recueil des données, saisie et traitement statistique : ....97
2) Résultats : ....98
a) Le patient : ....99
b) Prise en charge : ....114
c) Devenir du patient : ....132
d) Synthèse des résultats : ....133
e) Etude de la comparabilité des groupes : ....136
**PARTIE III : DISCUSSION** ....139
1) Discussion des données de l'étude : ....140
a) Le patient : ....141

b) La prise en charge : ..... 148
c) Le devenir du patient : ..... 161
2) Synthèse de la discussion : ..... 162
3) Limites de l'étude : ..... 164
4) Perspectives : ..... 166
a) La question de l'expertise psychiatrique : ..... 167
b) Des services spécifiques pour les patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ? ..... 168
c) Une réévaluation régulière de l'hospitalisation et de la contrainte : ..... 169
d) La formation des professionnels de santé : ..... 169
**CONCLUSION** ..... 170
**ANNEXES** ..... 173
**TABLE DES MATIERES** ..... 186
**TABLE DES ILLUSTRATIONS** ..... 193
**BIBLIOGRAPHIE** ..... 196
**RESUME ET MOTS-CLES** ..... 207
**SERMENT** ..... 209

# INTRODUCTION

De tout temps, la prise en charge des malades mentaux criminels a posé question. Le Manuel des Inquisiteurs, en 1494 précisait : « On ne punira donc pas le fou qui profère des hérésies : la folie le punit elle-même bien assez » (1). On ne le punit pas, mais que doit-on en faire ? Jusqu'au XIX$^{ème}$ siècle, il est enfermé et laissé pour compte.

En 1810, le législateur légifère : "il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment des faits" (article 64 du Code pénal). L'irresponsabilité pénale du malade mental est alors inscrite dans la loi mais il faut attendre 1838 pour que la première loi d'internement apparaisse. Lorsque l'article 64 du Code pénal est appliqué, le malade mental est hospitalisé d'office et les soins confiés à la psychiatrie. Cette règle perdure de nos jours, bien que les lois aient évolué, l'article 64 étant devenu l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal et la loi d'internement s'étant transformée en « loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge ».

Les malades mentaux ayant commis une infraction sont hospitalisés à l'hôpital psychiatrique général quand leur état psychique le nécessite. Mais que suscitent-ils chez les soignants, à une époque où la peur du crime est présente chez tous, la tolérance zéro est la règle et les médecins psychiatres sont mis en cause au pénal suite à des passages à l'acte homicides de leurs patients ? Sont-ils pris en charge de la même manière que les autres patients ? La crainte qu'ils récidivent influe-t-elle sur les conditions d'hospitalisation ? Ces patients font-ils d'avantage l'objet de mesures coercitives telles que le maintien en service fermé, en chambre d'isolement ou sous contention ?

Plusieurs études à l'étranger se sont intéressées au devenir des malades mentaux irresponsabilisés pénalement du fait d'un trouble mental (2–4). Dans nombre de pays, ces patients font l'objet d'un placement judicaire, l'étude de leur parcours est facilitée par cette modalité particulière de placement. En France, où la politique de défense sociale n'est pas appliquée, les sujets ayant bénéficié de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal sont considérés comme des patients parmi les autres patients psychiatriques. De ce fait, peu d'auteurs se sont penchés sur les particularités de leur prise en charge. On retrouve quelques travaux de thèse sur le sujet (5–7), mais aucun travail sur l'étude des conditions d'hospitalisation de ces patients, notamment concernant l'application de mesures coercitives. Ce sujet a pourtant tout son intérêt à l'heure où la contention et l'isolement en psychiatrie sont sous l'œil de la Haute Autorité de Santé.

Dans ce travail, nous nous attacherons dans un premier temps à produire une revue de la littérature dans le but de retracer l'historique de la prise en charge des malades mentaux criminels ainsi que l'évolution du concept de responsabilité en droit pénal français. Puis nous nous intéresserons à la législation actuelle relative au devenir des personnes atteintes de troubles psychiatriques ayant commis des infractions ; à l'analyse du contexte actuel et à ses conséquences sur la prise en charge de ces personnes ; à la notion de dangerosité, et aux facteurs de risque de violence liés à la pathologie mentale. Puis nous présenterons les données de la littérature relatives à la prise en charge des patients potentiellement dangereux.

Cette analyse nous permettra de mieux comprendre les enjeux liés à la prise en charge des malades mentaux pénalement irresponsabilisés et de mettre en évidence des indicateurs que nous utiliserons comme paramètres d'étude dans notre travail d'analyse.

Dans une deuxième partie, nous présenterons une étude rétrospective, multicentrique, comparative ayant pour but d'analyser la prise en charge des patients hospitalisés suite à l'application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, notamment en termes de mesures coercitives et de la comparer à la prise en charge d'une population comparable, hospitalisée en Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE).

Dans une troisième partie, nous discuterons des résultats de cette étude. Nous tenterons de proposer des mesures permettant l'amélioration de la prise en charge de cette population de patients particulière.

# PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE

## 1) Historique :

« Depuis toujours, l'appréciation de la responsabilité pénale a oscillé entre deux positions opposées : ne retenir que le crime dont la sanction est la conséquence automatique fixée par la loi, ou, à l'opposé, prendre en compte l'individu en appréciant sa capacité et sa volonté dans l'acte criminel commis » nous dit Senon (1).

Dans cette partie historique, afin d'appréhender les enjeux de la situation actuelle, nous retracerons l'histoire de l'évolution de la responsabilité pénale, de la prise en charge des malades mentaux, et de leur intrication. Ce retour historique nous permettra de comprendre l'origine des lois d'internement ainsi que les lois régissant l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes d'une pathologie mentale.

### a) Antiquité :

On ne retrouve pas de disposition concernant la non-responsabilité du délinquant atteint de folie dans les codes des sociétés antiques du Proche-Orient : ni le Code babylonien de Hammurapi (XVIII$^{e}$ s. av. J.-C.) ni les tables assyriennes (XII$^{e}$ s. av. J.-C.) contenant pourtant des causes de non-imputabilité avec recherche de l'intention coupable, n'envisagent le cas du fou (8).

C'est la Bible qui rapporte le premier exemple de sa non-punissabilité, dans le premier livre de Samuel, quand David simula, avec succès, la folie par peur de vengeance du roi Akisch (I. Samuel, 21, 11-15) (9).

On en retrouve également la trace dans les écrits de Platon : lorsque l'auteur du crime est « soit un fou, soit un homme qui est si bien en proie à la maladie, tellement accablé par les excès de la vieillesse, ou à ce point tombé en enfance, qu'il n'y a aucune différence encore à faire entre lui et les fous proprement dits » (Lois, IX, 864 d), il doit réparer le dommage qu'il a causé mais est quitte de toute autre pénalité (8).

### i) L'époque romaine :

#### *(1) La loi du Talion :*

Aux premiers temps de l'époque romaine, le droit se résume à des règles rudimentaires et les conflits se résolvent par la vengeance privée. La responsabilité est portée par le groupe dans une solidarité des clans, engageant des familles entières dans des affrontements en chaîne. Progressivement, des systèmes de régulation visant à canaliser l'exercice de la vengeance s'imposent et amènent les bases de la coutume. Le Talion fait intervenir une instance extérieure pour juger des faits et impose des règles afin de limiter la violence. On en retrouve une illustration dans le Lévitique, XXI, 19-20 : « si quelqu'un blesse son prochain, il lui sera fait comme il a fait : fracture pour fracture, œil pour œil, dent pour dent » (10).

Tout au long du VI$^{e}$ siècle avant J.-C., la fonction vindicatoire du droit pénal se dissipe. La pensée romaine se calque sur les réflexions élaborées par les philosophes grecs et la responsabilité devient individuelle (10).

#### *(2) L'époque classique :*

Alors qu'au cours du premier siècle de la République le principe de responsabilité est objectif : « Est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non d'un acte de sa volonté libre » (10), il évolue vers une responsabilité subjective tout au long de l'époque classique. Sous l'impulsion des Stoïques, les magistrats développent la notion d'élément intentionnel ; on oppose alors les homicides commis *dolosciens* (en pleine connaissance de cause) et les homicides involontaires qui ne sont tenus qu'à l'offrande d'un bélier aux parents de la victime (10).

A l'époque d'Hadrien (76-138), l'élément psychologique s'affirme et on voit apparaître le concept de *dol* (qui implique la volonté mauvaise et le désir de nuire), marquant le déplacement de la pensée de l'acte vers l'agent. Se dégagent alors des catégories de personnes pour qui les méfaits sont automatiquement excusés et à qui l'on reconnaît l'incapacité dolosive : il s'agit des impubères (*impubes*) et des fous (*furiosi*) dont les dommages sont comparés à ceux provoqués par les quadrupèdes ou une tuile tombée du toit (Ulpien, *Digeste*, 9, 5, 2). La loi

*Divinus Marcus* (*Digeste*, 1, 18, 14) évoque le cas d'Aelius Priscus, furieux meurtrier de sa mère, pour qui la punition n'est pas retenue. Elle aborde la question des intervalles lucides au cours desquels l'individu reste punissable, mais aussi l'importance d'une prise en charge du fait d'une dangerosité pour lui-même et pour autrui ainsi que la mise en cause de la responsabilité de ceux qui devaient le surveiller pour l'empêcher de nuire (8,10).

> Voici les termes d'un rescrit des Empereurs Marc Aurèle et Commode adressé à Scapula Tertyllus : « Si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans un état de fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, et qu'il n'y ait point 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 qu'il faut l'observer de plus près, et même si vous le trouvez à propos, 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 point 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 point 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'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 des autres. S'ils font quelque tort on l'imputera avec raison à la faute de ceux qui les auront gardés avec négligence.» (8)

### *(3) L'époque postclassique et le début de l'ère chrétienne :*

Après la disparition de Marc Aurèle, porteur des influences stoïciennes, et sous l'effet des coutumes germaniques, le climat politique se modifie. L'empereur détient à présent les pleins pouvoirs et impose un régime despotique et répressif. Le droit pénal consacre, dans une intention dissuasive, un principe de responsabilité objective (10).

Les Pères de l'Eglise, refusant de réduire la punition à une fonction intimidatrice, y ajoutent une valeur d'amendement et d'expiation. Pour être puni, l'auteur doit être doué d'intelligence et de volonté. C'est la théorie du libre arbitre qui est amenée par Saint Augustin dans *Les Confessions* : « La conscience d'avoir une volonté propre est à l'origine du pêché » (livre 7,

Chapitre III) (10). Ambroise écarte, lui aussi, toute idée de faute lorsque l'acte criminel a été commis par imprudence, nécessité ou folie (*In Exemeran*, 1, 8, 31. *Corpus scriptuum ecclesiast. latin*. 32, 1, 32-33) (8). Malgré tout, la responsabilité morale n'est pas entièrement liée à la volonté libre : l'existence du mal est également expliquée par le péché originel, qui fait de l'Homme un être d'intelligence amoindrie et dont la volonté est fragilisée par les passions, la violence et la crainte (11).

## b) Le Moyen Age :

### i) L'empire carolingien :

Vers l'an 800, la dynastie des Carolingiens consacre un roi se définissant comme ministre de Dieu. Il est chargé de maintenir son peuple dans la miséricorde divine et le jugement divin est le seul valable. Les « ordalies bilatérales », duels au cours desquels les parties s'affrontent, Dieu ou ses anges se tenant aux côtés du Juste qui l'emportera, en sont l'illustration.

Jusqu'au XII$^{e}$ siècle, l'homme ne peut donc être appréhendé en dehors d'un déterminisme absolu, qui rend impossible l'accès à l'idée d'intention personnelle et de libre-arbitre, ne laissant pas de place à l'irresponsabilité pénale du fou (10).

### ii) Du XII$^{e}$ siècle à la Renaissance :

Le XII$^{e}$ siècle est l'occasion de la redécouverte des théories juridiques romaines. Malgré une morale chrétienne encore bien présente où le châtiment corporel est largement consacré, le droit évolue vers une personnalisation des peines : les circonstances de l'infraction et particulièrement la personnalité de l'auteur sont pris en compte. On peut y voir un germe de l'évaluation de la responsabilité (10).

La responsabilité du dément est mise en cause en droit canon (droit de l'Eglise catholique) par Gratien : « Ils agissent sans savoir, non de par leur volonté, mais poussés par je ne sais quelle force » (12), ou par Saint Thomas dans sa *Somme Théologique* : « Si l'ignorance était telle

qu'elle vînt exclure totalement l'usage de la raison, elle excuserait tout à fait la faute, comme on le voit chez les idiots et chez les fous » (9).

De ce fait, les punitions qui sont prononcées à son égard sont spécifiques : la peine de mort est exclue, mais il n'échappe pas à la perte de ses biens : « Quant aux biens du fou, ils seront donnés à un procureur ou aux héritiers : car la folie, après le crime, peut faire retarder le châtiment corporel, mais elle ne libère pas de la perte des biens » (*Manuel des Inquisiteurs*) (8) ; « Le fou rendu coupable d'un crime avant de sombrer dans la folie, sera puni aux effets civils, non criminels (…) S'il y a folie (*furor*), il y a ignorance totale. On ne punira donc pas le fou qui profère des hérésies : la folie le punit elle-même bien assez » (*Dictionnaire des Inquisiteurs,* Valence, 1494) (9). Ce principe est également retenu en droit coutumier français : « [Ils] ne sont pas jugés comme les autres, car ils ne savent pas ce qu'ils font » (*Coutumes de Beauvaisis*) (12).

Après la commission d'un crime, le fou est dans la plupart des cas emprisonné et entretenu aux frais de sa famille. Dans le but d'assurer la sécurité, les insensés considérés comme dangereux sont également enfermés : « Si l'on ne peut tenir un « dervé », il y faut conseil et remède tels qu'on le mette en prison » (*Livre de justice et de plaid*) (12). Quant au reste des déments, ils sont maintenus dans leurs familles, avec une surveillance étroite.

### c) Les temps modernes :

#### i) Le grand renfermement :

Avec l'urbanisation et la misère grandissante de l'époque, les errants se multiplient. C'est dans une logique de maintien de l'ordre public mais également en lien avec une idée nouvelle de la charité, que l'Edit de 1656, considéré par Foucault comme l'Edit du Grand Renfermement (13), créé l'Hôpital Général dans le but d'enfermer les mendiants et les vagabonds parmi lesquels on trouve un grand nombre d'insensés. On se rend rapidement compte que la cohabitation est difficile et les choses se précisent alors : des lieux spécifiques sont créés pour eux à Bicêtre et La Salpêtrière (12,14).

De mendiant parmi les mendiants, le fou devient une catégorie à part entière. Bien qu'il n'existe pas de législation spécifique, son internement est régi par l'usage et ne peut être prononcé que

par des autorités définies : le ministre de la Maison du roi lorsqu'il s'agit des lettres de cachets et de l'ordre du roi, ou encore le Lieutenant général de police qui prononce des ordonnances de police pour les fous considérés comme dangereux ou susceptibles de menacer l'ordre public (14,15).

### ii) La préoccupation du soin :

A cette époque, on voit apparaître un intérêt grandissant pour la guérison des insensés, la plupart des ordonnances de police précisant que l'aliéné d'esprit est enfermé à l'Hôpital « pour y être traité et médicamenté jusqu'à parfaite guérison » (15). Jean Colombier, inspecteur général des maisons de force et pensions pour insensés, assisté de Doublet et Thouret dénonce dans la circulaire de 1785 : « *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés* », l'état des insensés dans ces lieux d'enfermement ; il ne suffit pas de les séquestrer mais bien de leur proposer un traitement dans des établissements spéciaux (12).

### iii) L'irresponsabilité pénale de l'insensé :

Parallèlement, les Lumières apportent au champ pénal en se démarquant du christianisme et en réhabilitant l'homme comme un être agissant selon sa propre nature. Kant élabore la première théorie impliquant les notions d'imputation et de responsabilité, en faisant l'hypothèse de l'autonomie de la volonté et donc du libre arbitre. Beccaria, quant à lui, réfléchit aux origines sociales du crime dans *Des délits et des peines* (1764). L'Homme et la mécanique l'ayant mené au crime sont donc mis au centre du débat pénal (10).

C'est dans cette optique que la médecine de l'âme et d'autres disciplines scientifiques s'associent au Droit. Paul Zacchias (médecin légiste romain du XVII$^{e}$ siècle), dans la lignée des idées de Jean Wier (médecin du XVI$^{e}$ siècle) qui soutint la situation des sorcières comme un état pathologique nécessitant des soins, réclame pour chaque fou à juger, un examen médical et une exonération pénale permettant des soins adaptés (10). Cette ébauche d'expertise médicale et l'acquittement pour cause de folie ne seront qu'exceptionnellement proposés jusqu'à la fin

du XVIII$^{e}$ siècle, les juges s'estimant capables de trancher, en leur qualité d'hommes savants. L'irresponsabilité des déments reste donc admise, à l'exception des crimes de lèse-majesté, des crimes commis pendant un intervalle lucide et de la folie volontaire ; après acquittement, le juge peut ordonner l'enfermement dans une maison accueillant les aliénés ou confier le dément à la garde de sa famille (9).

### d) De la Révolution française à la fin du XIX$^{e}$ siècle:

#### i) La médicalisation de la folie :

Portée par les idéaux révolutionnaires, la période allant de la Révolution française à la moitié du XIX$^{e}$ siècle est marquée par une médicalisation de la folie. Pinel, dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1899) s'intéresse au traitement moral de l'aliéné, rendant un visage humain à la maladie mentale, et en fait un objet d'étude. Il sera suivi par Esquirol, puis par d'autres, qui s'attache à la description des tableaux cliniques permettant la réalisation d'une nosographie des troubles mentaux (12).

#### ii) L'abolition des lettres de cachet :

Avec la Révolution, la lettre de cachet, symbole de la monarchie absolue et de l'arbitraire royal, est abolie par le décret du 16 mars 1790, et les détenus sont libérés. Le cas des détenus « pour cause de démence » fait l'objet d'une attention particulière puisqu'il y est proposé qu'ils soient examinés par des médecins afin qu'ils « soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet » (16). Ces recommandations ne seront en fait pas appliquées du fait de l'absence d'établissements adaptés, et une grande partie des déments reste enfermée.

Toutefois, ces réflexions sur une prise en charge spécifique, marqueurs d'une évolution de la perception des malades mentaux, sont nuancées par le vote de lois sécuritaires à l'égard des « insensés et furieux » en 1790 et 1791, renforçant les mesures prises à leur encontre (14).

### iii) L'article 64 du Code pénal :

En 1791 est édité le premier Code pénal français ; il est symptomatique de la réflexion juridique sur le sort réservé aux déments puisqu'il fait omission de leur cas, alors même qu'il cite plusieurs causes d'irresponsabilité telles que la faute légitime ou la faute involontaire (17).

L'affaire Joseph Firmin dit Rétif, en mettant en relief les lacunes du texte en vigueur, est à l'origine des premiers débats parlementaires concernant « le mode de procéder avec les accusés en démence », en 1796 (17).

Ce n'est qu'en 1810 qu'apparaît l'article 64 du Code pénal (CP) énonçant qu'« Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ». Il instaure une distinction radicale entre le malade mental irresponsable, relevant d'une prise en charge psychiatrique, et le criminel responsable punissable (18).

Cette formulation simple et sans ajout laisse un vide juridique concernant la prise en charge des déments jusqu'au vote de la loi de 1838, presque trente ans plus tard.

### iv) La loi du 30 juin 1838 :

A Paris, les fous sont placés dans des hospices qui leur sont réservés et la première maison de santé pour aliénés ouvre en 1802, dirigée par Esquirol. Leur admission est régulée par un certificat signé par des officiers de santé et se fait sous ordre administratif. En province, les moyens sont plus limités et beaucoup sont encore séquestrés dans des maisons de force ou de détention (12).

Le mémoire d'Esquirol de 1818 dénonçant la misère des aliénés de province et proposant la construction d'asiles régionaux dépendant directement de l'Etat, le rapport de Ferrus de 1834 dénonçant la condition des aliénés en France ainsi que l'Ordonnance de 1828 « relative aux maisons de santé » parisiennes seront à l'origine du projet de loi sur les aliénés en janvier 1837 (12).

Après 18 mois de débat, la loi est promulguée le 30 juin 1838. On y trouve l'obligation pour chaque département d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner

les aliénés. Y sont énoncés les différents modes d'hospitalisation : la personne atteinte d'aliénation mentale peut être admise en placement volontaire (à sa demande ou celle d'un proche, à condition qu'elle soit accompagnée d'un certificat médical) ou en placement d'office, ordonné par l'autorité publique, si elle est susceptible de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. Aucune mesure spéciale n'est prévue concernant les conditions d'internement de l'aliéné délinquant qui est donc traité au même titre que le reste des aliénés (18).

Malgré des débats proposant l'intervention de l'autorité judiciaire dans la décision de placement, c'est l'autorité administrative qui en est dépositaire, tout en restant sous contrôle du juge quant à sa légalité. La personne placée peut à tout moment se pourvoir en justice afin de demander la levée du placement.

Cette loi est « la consécration juridique de l'œuvre de Pinel et d'Esquirol, c'est-à-dire la médicalisation de la folie. Si le fou, objet d'exclusion, devient sujet de droit, c'est parce qu'il a cessé d'être le substrat abstrait de la déraison. Inspirée par les médecins, cette loi fait du médecin un rouage essentiel de l'assistance aux aliénés et des dispositions concernant leur personne, tout en appliquant le dogme thérapeutique, alors indiscuté, de l'isolement. » (12).

Son application sera longue à se mettre en place et ce texte, qui fera l'objet de nombreuses critiques, sera régulièrement remis en cause jusqu'au vote de la loi de 1990.

### v) L'expertise psychiatrique :

Avec l'apport de nouvelles connaissances sur la maladie mentale et ses descriptions cliniques par Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, 1799) puis Esquirol (*Terminaisons critiques de la Manie*, 1810), et l'évolution du droit pénal dans un courant néoclassique où l'on cherche à présent à expliquer les faits à juger et à déterminer l'implication de la volonté du sujet dans une logique d'individualisation des peines (réflexion sur l'imputabilité et l'élément moral des infractions), l'idée d'une expertise psychiatrique est à nouveau défendue par les médecins. Tous les grands traités de la pratique psychiatrique du XIX$^{e}$ siècle lui font une place (10,18).

L'apparition du concept de monomanie homicide développé par Georget en 1825 alimente le débat sur l'expertise psychiatrique qui oppose les aliénistes et les juristes. Cette folie sans délire, faisant réaliser des crimes d'apparences étranges, comme celui de Pierre Rivière, à des personnes ne présentant pas par ailleurs de signe de folie, fait naître le concept de délire partiel et donc de responsabilité partielle. Alors que les psychiatres demandent des soins pour ces criminels (19), ils remettent en cause leur capacité à faire un diagnostic : « La différence entre état de folie et normalité est question de bon sens ; je reste persuadé que si la monomanie existait réellement, elle devrait être pour le juge comme si elle n'existait pas » (E. Regnault, avocat au barreau de Paris, 1828) (12).

Le concept de monomanie est abandonné en 1830, mais il a certainement contribué à l'élaboration de la loi sur les circonstances atténuantes de 1832 qui permet de proportionner la peine au degré de responsabilité de l'accusé, consacrant ainsi l'expertise pénale (10).

La théorie de la dégénérescence élaborée par Morel en 1840 et développée par Magnan en 1860 tente une explication globale de la folie qui est présentée comme une déviation maladive de l'espèce. A une période où l'on porte un regard pathologique sur la déviance, les délinquants sont partagés entre criminel accidentel donc responsable et dégénéré irresponsable (10,12).

La théorie est reprise par Lombroso (*L'Homme criminel*, 1876) et les positivistes pour qui le comportement de l'Homme est fondamentalement déterminé. Le criminel-né de Lombroso est considéré comme intraitable et dangereux, et dans une politique pénale portée par la défense sociale, on prône son isolement de la société (20). Les propositions de Cazauvieilh (1840) sur la séquestration perpétuelle pour les maniaques homicides, d'Aubanel (1845-1846) sur la création d'un asile central, intermédiaire entre la prison et les structures usuelles, et de Brierre de Boismont (1846) pour un asile pour les aliénés dangereux en sont l'illustration (21). L'impact de la défense sociale sera néanmoins très modéré par rapport aux pays voisins (Allemagne, Italie Belgique), où elle est toujours à l'œuvre (22).

Avec le retour des notions néoclassiques de liberté et de responsabilité individuelle, ce sera finalement l'idée d'une responsabilité atténuée qui fera jour, et la circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 introduit une nouvelle catégorie : les anormaux mentaux non irresponsables, pour qui on imagine une peine individualisée. On y demande à l'expert psychiatre de « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité » (23).

L'expertise psychiatrique pénale qui s'était généralisée dès le milieu du XIX$^{e}$ siècle devient indispensable. En 1901, Emile Garçon, juriste, écrit : « Personne n'oserait plus soutenir que les jurés et les juges doivent résoudre les questions de responsabilité à la lumière de leur bon sens et de leur seule conscience. Il est certain que l'aliénation mentale ne peut souvent être diagnostiquée que par un expert habile » (24).

### e) Du XXe siècle à nos jours :

Le XXe siècle est marqué par la fin de l'aliénisme et la naissance de la psychiatrie, le concept de dégénérescence est abandonné au profit de la constitution de la maladie mentale, et on s'intéresse à la psychopathologie (12).

Le mouvement hygiéniste né dans les années 40 du contexte optimiste de l'après-guerre, rend possible l'assimilation de la folie dans la société. La compétence des psychiatres est à présent reconnue dans tous les problèmes de santé mentale individuelle ou collective, et la politique de santé mentale est globale et unitaire. La psychothérapie institutionnelle puis le secteur font leur apparition, permettant l'articulation entre l'hôpital et l'ambulatoire, témoignant de l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur (12).

Le 27 juin 1990, la loi « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » est votée. Elle renforce les droits des malades mais modifie peu sur le fond la loi de 1838 en gardant une logique hospitalo-centrée et en modifiant peu les modalités d'hospitalisation (25,26). On note l'apparition de conditions particulières pour la sortie des patients ayant été irresponsabilisés pénalement qui doivent à présent faire l'objet d'un examen par deux psychiatres experts (article L. 348-1 du Code de santé publique).

Alors qu'elle aurait dû faire l'objet d'une évaluation dans les cinq années de sa promulgation, elle est modifiée par la loi du 5 juillet 2011, rédigée dans l'urgence suite à des décisions du Conseil Constitutionnel imposant une réécriture rapide, et dans un climat d'inquiétude centrée sur une bascule sécuritaire en lien avec une reprise en main de la santé mentale par le ministère de l'Intérieur (27).

Elle instaure les soins ambulatoires sous contrainte témoignant ainsi d'une volonté de valoriser la réhabilitation du malade mental dans la société. Le Juge des Libertés et de la Détention intervient à présent systématiquement dans le contrôle de la légalité des soins sous contrainte (28).

Elle est réformée par la loi du 27 septembre 2013. Celles-ci ayant été déclarées inconstitutionnelles par le Conseil Constitutionnel, elle supprime les dispositions spécifiques à la levée des hospitalisations des patients ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles (UMD) et en les limitant à certains patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale (29).

D'autre part, l'article 122-1 du Nouveau Code pénal de 1992 remplace l'article 64 du Code pénal. Il est formé de deux alinéas traitant respectivement de l'abolition du discernement, pendant de l'article 64, et de l'altération du discernement, impliquant la prise en compte de la pathologie mentale dans la prononciation de la peine, dans la lignée de la Circulaire Chaumié.

## 2) Législation :

### a) L'infraction :

Une infraction pénale correspond à tout acte ou omission d'agir défini par la loi comme étant sanctionné d'une peine. Pour que l'infraction existe, trois éléments constitutifs sont nécessaires : le préalable légal, l'élément matériel et l'élément moral. Ces trois éléments doivent être présents pour que l'infraction soit constituée.

En droit français, la classification des infractions est tripartie : elles sont classées suivant leur gravité, en crimes, délits et contraventions (article 111-1 du Code pénal (CP)).

#### i) Le préalable légal :

Toute infraction doit être définie par la loi, et pour qu'une peine soit appliquée, elle doit être énoncée par la loi (article 111-3 du CP). C'est-à-dire qu'un comportement ne peut être caractérisé comme infraction et ne peut être punissable que s'il est défini comme tel par la loi.

#### *(1) Les faits justificatifs :*

Dans certains cas, le préalable légal peut être neutralisé, lorsqu'une loi vient justifier un comportement qui était défini comme une infraction. Des faits justificatifs viennent donc retirer le caractère infractionnel à un acte normalement répréhensible (30).

Les faits justificatifs sont les suivants : l'ordre et l'autorisation de la loi (article 122-4 du CP), le commandement par une autorité légitime (article 122-5 du CP), la légitime défense (article 122-6 du CP) et l'état de nécessité (article 122-7 du CP). Ils correspondent à des causes d'irresponsabilité pénale objective.

### ii) L'élément matériel :

Pour qu'il y ait infraction, un acte ou un comportement doit avoir été mis en œuvre, ayant pour résultat un dommage ; le droit pénal n'incrimine pas des sentiments ou des pensées.

On trouve plusieurs atténuations au principe de légalité, le législateur incriminant la mise en œuvre de moyens pour faire subvenir une infraction, la tentative, ou encore la passivité de l'agent dans les infractions d'omission (31).

### iii) L'élément moral :

Pour qu'il y ait infraction, il doit y avoir une faute. Celle-ci peut être intentionnelle, il s'agit du dol, ou non intentionnelle (article 121-3 du CP). Dans ces deux cas, l'infraction est retenue.

La faute non intentionnelle correspond, soit à la mise en danger délibérée d'autrui, soit à une imprudence, une négligence et un manquement de prudence ou de sécurité (article 121-3 du CP).

Le dol est défini par la doctrine comme « la volonté de commettre un acte que l'on sait interdit ». Il implique une volonté infractionnelle et une conscience de son acte.

#### *(1) Les causes de non imputabilité :*

De la notion de dol découlent les causes de non imputabilité : lorsque l'individu ayant commis la faute n'est pas doué de libre arbitre, c'est-à-dire lorsqu'il n'est pas conscient de son comportement ou qu'il n'est pas libre de l'adapter, la faute ne lui est pas imputable. Il n'est donc pas pénalement responsable.

Dans les causes de non-imputabilité, on retrouve : la contrainte et la force majeure (article 122-2 du CP), l'erreur sur le droit (article 122-3 du CP), la minorité dans certains cas (article 122-8 du CP) et les troubles psychiques (article 122-1 du CP). Ce sont les causes d'irresponsabilité pénales subjectives.

### b) L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental :

#### i) L'irresponsabilité en matière pénale :

En droit français, l'irresponsabilité pénale est étudiée au travers de l'intentionnalité du crime et du délit : l'article 121-3 du CP prévoit qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre. Tout crime est donc intentionnel, tout délit est normalement intentionnel sauf imprudence, négligence ou mise en danger, et il n'y a point de contravention en cas de force majeure (32).

La notion de responsabilité, correspond à l'obligation de répondre des conséquences de ses actes, se traduisant, en droit pénal, par la condamnation de l'auteur de l'infraction à une peine prévue par la loi (33). L'irresponsabilité pénale implique donc l'annulation de la sanction pénale, l'auteur n'a pas à effectuer la peine prescrite par la loi pour les faits qu'il a commis.

Comme nous l'avons vu, il existe des causes d'irresponsabilité pénale objectives et subjectives.

Les causes objectives d'irresponsabilité reposent sur des circonstances extérieures à la personne et neutralisent la loi pénale, retirant aux faits le caractère infractionnel (33).

Les causes subjectives reposent sur des circonstances intrinsèques à l'auteur des faits, elles n'annulent pas leur caractère infractionnel mais empêchent qu'ils lui soient reprochés.

L'infraction ne lui est pas imputable (33). C'est dans cette deuxième catégorie que nous retrouvons les troubles mentaux.

### ii) L'article 122-1 du Code pénal :

#### *(1) Présentation*

L'article 122-1 du CP est constitué de deux alinéas. Le premier alinéa traite de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement du sujet tandis que le deuxième alinéa amène la notion d'altération du discernement en lien avec ces mêmes troubles et traite de la peine à appliquer en conséquence.

> « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »
>
> « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. »

#### *(2) De l'article 64 à l'article 122-1 :*

L'article 122-1 du CP est l'héritier de l'article 64 du Code pénal de 1810. Il est promulgué avec le nouveau Code pénal en 1994 après plusieurs tentatives de réformes (34–36).

Les modifications les plus importantes se situent au niveau de la formulation. Le terme de « démence » disparaît au profit du « trouble psychique ou neuropsychique », s'adaptant ainsi à l'évolution du vocabulaire scientifique. La formule « Il n'y a ni crime ni délit » est remplacée par « n'est pas pénalement responsable » (34,37). L'acte n'est donc plus annulé, mais il n'est pas imputable au malade mental qui n'est pas punissable pénalement, permettant une harmonisation entre le Code pénal et le Code civil (37).

Sur la question de l'abolition du discernement, ce texte est peu novateur, il n'amène pas de nouvel élément concernant  un cadre nosographique aux troubles mentaux rentrant dans la définition de la loi et les conséquences pénales et administratives de son application restent les mêmes (36). La notion de causalité directe entre le trouble psychique et la réalisation de l'infraction persiste également (32,38).

Le deuxième alinéa, dans la lignée de la circulaire Chaumié de 1905, légifère sur la question des malades mentaux non irresponsables. En 1994, le Code pénal précise que la juridiction est tenue de prendre en compte l'altération du discernement « lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime » sans préciser si cela doit bénéficier au condamné ou alourdir sa peine. Alors que l'esprit de la circulaire Chaumié était « une modération dans l'application des peines », plusieurs enquêtes et des sondages réalisés par l'Inspection Générale des Services Pénitentiaires ont montré que l'application de l'alinéa 2 entraînait une surpénalisation, « les jurys populaires ayant une réaction sécuritaire face à un sujet présenté comme un malade mental ne relevant pas de soins dans le cadre d'une irresponsabilisation pénale » (1,38,39).

C'est pour éviter cette surpénalisation que l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP a été modifié par la loi du 15 août 2014 (40) qui précise à présent que la peine doit être réduite d'un tiers ou être ramenée à trente ans lorsque la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité, sauf décision spécialement motivée. De plus, l'accent est mis sur la nécessité de prodiguer des soins adaptés au trouble mental, les modalités de la peine devant en tenir compte.

Le magistrat n'étant pas compétent pour déterminer s'il existe un trouble psychique ou neuropsychique et pour déterminer quel est son lien avec l'infraction commise, il fait appel au psychiatre expert pour l'éclairer sur ce point. Il a par la suite la tâche de déterminer si l'article 122-1 du CP est applicable à l'auteur des faits et de mettre en œuvre des mesures en conséquence.

Dans un premier temps, nous définirons l'expertise psychiatrique pénale, puis nous exposerons la procédure menant à la déclaration d'irresponsabilité pénale, modifiée par la loi du 25 février 2008. Nous proposons ensuite de décrire le devenir des malades mentaux ayant bénéficié de l'article 122-1 du CP.

### iii) L'expertise psychiatrique pénale :

Nous traiterons ici de l'expertise en réquisition au stade de l'enquête et de l'expertise pré-sentencielle. L'expert peut également être sollicité une fois la peine prononcée, dans le cadre d'une expertise de pré-libération.

L'expertise psychiatrique pénale est pratiquée par un médecin psychiatre inscrit sur la liste nationale des experts ou une liste de la cour d'appel, ou, à titre exceptionnel, par un psychiatre non-inscrit sur l'une de ces listes (art. 157 du Code de procédure pénale (CPP)) (41).

#### *(1) Expertise et procédure pénale :*

L'expertise psychiatrique peut être demandée à différents stades de la procédure pénale.

##### (a) L'enquête préliminaire :

Lors de l'enquête préliminaire, et en particulier au moment de la garde à vue, des troubles psychiatriques peuvent être suspectés. En cas d'enquête de flagrance, c'est-à-dire lorsque l'infraction vient d'être commise, l'officier de police judiciaire (OPJ) peut requérir un examen médical approfondi par un médecin psychiatre, expert ou non (art. 60 du CPP). Lorsqu'il s'agit d'une enquête préliminaire, c'est au Procureur d'en faire la demande (art. 77-1 du CPP) (42). Dans certains cas, tels que les infractions à caractère sexuel, cet examen médical est rendu obligatoire.

A ce stade, la préoccupation majeure du magistrat du parquet est de déterminer si la personne est compatible avec la garde à vue. Toutefois, du fait de l'accélération des procédures et l'augmentation des comparutions immédiates, il arrive que le parquet ne se limite pas aux questions portant sur l'état de santé mentale du sujet mais amène régulièrement la question du discernement au moment des faits et de l'accessibilité à la sanction pénale (43). Or le psychiatrique requis lors de la garde à vue est le plus souvent non-expert. L'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de 2007 recommande alors de ne répondre qu'à trois questions concernant : la présence d'une pathologie psychiatrique, la nécessité d'une mise en place de soins immédiats, et la nécessité de réalisation d'une expertise psychiatrique à distance (44).

### (b) L'instruction :

En cas d'infraction criminelle ou lorsque l'enquête nécessite un approfondissement, le juge d'instruction est saisi. S'il le juge nécessaire, ou à la demande des parties civiles, il peut solliciter un examen médical (art. 81 al. 8 du CPP) (45). Les questions posées à l'expert sont alors les suivantes :

- L'examen du sujet relève-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent ;
- L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-t-il un état dangereux pour lui-même ou pour autrui ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (au sens de l'art. 122-1 al.1 du CP), soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes (au sens de l'art. 122-1 al. 2 du CP) ?
- Le sujet doit-il faire l'objet d'un suivi spécialisé ou d'un traitement spécifique nécessité par son état ?
- Une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire est-elle opportune ?

Une contre-expertise peut être demandée par la partie civile lorsque celle-ci conteste les conclusions de la première expertise. Cette contre-expertise est accomplie par deux experts (art. 167-1 du CPP).

(c) Le jugement :

En cas de comparution immédiate, le tribunal correctionnel peut ordonner un examen médical et l'affaire est renvoyée à une audience prochaine (art. 397-2 du CPP).

Le président de la cour d'assises peut lui aussi ordonner une expertise médicale s'il l'estime utile, notamment s'il souhaite prononcer une injonction de soins ou si l'expertise au dossier est trop ancienne (art. 238 du CPP) (44).

### *(2) Les missions de l'expert :*

Le premier rôle de l'expert est donc l'établissement d'un diagnostic psychiatrique, dans sa définition historique. Comme le souligne Zagury (46), il y a trois démarches dans toute expertise pénale : « l'établissement du diagnostic actuel, la reconstruction du diagnostic rétrospectif, et l'interprétation médico-légale du lien entre l'état mental au moment des faits et l'infraction, qui suppose de statuer sur le rapport direct et exclusif entre l'état mental et cette infraction ».

L'abolition concerne toutes les situations dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien direct entre la pathologie psychiatrique au moment des faits et l'infraction commise (44,46,47). Il n'existe pas de clinique déterminée de l'abolition du discernement du fait d'un rapport singulier entre un état mental particulier et un acte particulier, ce qui justifie l'absence de limites nosographiques posées par le législateur (46).

A côté de cette mission, on lui demande à présent d'évaluer la dangerosité du sujet car « la juridiction de jugement est amenée à tenir compte de cette circonstance quand elle statue sur la peine » (32).

Il est également amené à se prononcer sur l'utilité des soins ; si le discernement a été aboli, il s'agira de se prononcer sur l'utilité de soins sous contrainte ; si le sujet est déclaré responsable, il s'agira d'évaluer la nécessité de mettre en place des soins au cours de la peine et après son exécution.

#### *(3) Expertise et décision judiciaire :*

Le magistrat n'est jamais tenu de suivre les conclusions proposées par l'expert. C'est aux juges de la répression d'apprécier souverainement l'existence d'un trouble mental au moment des faits et d'appliquer l'irresponsabilité pénale en conséquence (32,38). En pratique, les conclusions des experts sont très majoritairement suivies.

### iv) Décision d'irresponsabilité pénale et loi du 25 février 2008 :

#### *(1) Décision d'irresponsabilité pénale avant la loi du 25 février 2008 :*

Jusqu'en 2008, la décision d'irresponsabilité pénale pouvait intervenir :

- A l'issue de l'enquête initiale, sous forme de classement sans suite par le procureur de la République ; ou
- Au terme de l'information judiciaire, sous forme d'ordonnance de non-lieu émise par le juge d'instruction ; ou
- Lors de l'audience de jugement, sous forme de relaxe au tribunal correctionnel ou d'acquittement à la cour d'assises (48).

Depuis la loi du 8 février 1995, l'ordonnance de non-lieu devait être notifiée verbalement à la partie civile qui pouvait réclamer une contre-expertise. En cas d'appel de la décision, l'instruction devait ordonner, à la demande de la partie civile, la comparution personnelle du mis en examen si son état le permettait (49).

La loi du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (50), a rendu obligatoire la mention de charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés dans l'ordonnance de non-lieu (50).

### *(2) Contexte lié à la loi du 25 février 2008 :*

Le vote de la loi du 25 février 2008 intervient 4 ans après le meurtre de deux infirmières de l'hôpital psychiatrique de Pau par un individu ayant bénéficié d'un non-lieu pour raison psychiatrique. Cette affaire, parmi d'autres, a ému l'opinion publique et mobilisé les politiques autour des passages à l'acte violents des malades mentaux.

Les Rapports de la commission Santé-Justice (48), présidée par J.-F. Burgelin en 2005 et Garraud sur les réponses à la dangerosité (51) en 2006 proposaient tous deux la mise en place d'une juridiction spécifique capable d'apprécier l'imputabilité des faits en cas de non-lieu pour cause de trouble mental. Ainsi que la mise en place de mesures de sûreté pour les criminels dangereux et responsables.

Comme le mettent en avant Bénézech (52) et Pradel (53), les victimes et leurs ayant-droits pouvaient auparavant se sentir dépossédés et exclus de la procédure qui ne leur permettait pas de mettre de sens sur les faits subis, le non-lieu étant vécu comme une dénégation de l'infraction voire un déni de justice. Un des objectifs de la loi est d'assurer la reconnaissance de la douleur de la victime directe de l'infraction et la protection des victimes éventuelles par la mise en place de mesures visant à protéger la société.

### *(3) Les modifications apportées par la loi du 25 février 2008 :*

La loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental du 25 février 2008 se divise en deux parties.

Nous ne nous attarderons pas sur la première partie qui concerne la mise en place d'une rétention de sûreté en centre socio-médico-judiciaire de sûreté à la fin de l'exécution de la peine pour les personnes présentant une particulière dangerosité et condamnées aux peines les plus lourdes dans le cas d'infractions sexuelles ou violentes. Cette mesure de sûreté s'inscrit dans une logique de prévention de la récidive, elle doit constituer « l'unique moyen de prévenir la commission, dont la probabilité est très élevée, de ces infractions » (52).

La deuxième partie modifie les modalités de déclaration d'irresponsabilité pénale. Elle consacre en particulier la possibilité pour la victime ou ses ayants droit de faire venir l'affaire devant la

chambre de l'instruction, en audience publique contradictoire lorsque le mis en examen est « susceptible » de bénéficier de l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du CP (52).

### (a) Le classement sans suite :

La loi ne modifie pas la possibilité pour le procureur de la République de classer l'affaire sans suite lorsqu'il n'y a aucune incertitude sur l'état mental du sujet et que les faits lui sont imputés.

### (b) Du non-lieu à l'ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental :

Lorsque le juge d'instruction considère que son information est terminée, le magistrat instructeur en avise le ministère public et les parties (art. 175 du CP). Il précise alors « qu'il est susceptible d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du CP relatif à l'irresponsabilité pénale d'une personne en raison d'un trouble mental ». Il peut faire la demande de saisine de la chambre de l'instruction de sa propre initiative, à la demande du procureur de la République ou à la demande d'une des parties (art. 706-120 du CPP).

Lorsque le mis en examen est en détention provisoire, la chambre de l'instruction doit alors statuer dans les six mois en matière criminelle et dans les quatre mois en matière correctionnelle, à défaut de quoi, il est automatiquement remis en liberté (53).

Dans les cas où la saisine de la chambre de l'instruction n'est pas demandée, le magistrat instructeur rend à présent une « ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » précisant l'existence de charges suffisantes de commission des faits reprochés (art. 706-120 du CPP) (54).

### (c) Audience devant la chambre de l'instruction :

Une fois saisie, la chambre de l'instruction ordonne la comparution personnelle de la personne mise en examen, si l'état de cette dernière le permet. L'assistance d'un avocat est obligatoire.

Les débats sont publics (sauf huis clos prévu par l'article 306 du CPP) et contradictoires : toutes les personnes ayant joué un rôle dans la procédure sont interrogées (mis en examen, experts et témoins) dans le double objectif de déterminer si le mis en examen est atteint d'un trouble mental et s'il existe à son encontre des charges suffisantes de commission des faits (art. 706-122 du CPP).

Pradel souligne que l'audience doit porter sur le crime beaucoup plus que sur le criminel : « faire le procès du criminel conduirait à en brosser un portrait inutilement désastreux pour lui et juridiquement non fondé à cause de son état mental » (53).

La chambre de l'instruction, peut rendre 3 types d'arrêt : un non-lieu faute de preuve s'il n'y a pas de charge suffisante contre le mis en examen (art. 706-123 du CPP) ; un renvoi devant la juridiction de jugement compétente si elle conclue que les charges sont suffisantes mais que l'article 122-1 alinéa 1 n'est pas applicable (art. 706-124 du CPP) ; un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en précisant qu'il existe des charges suffisantes contre l'intéressé (art. 706-125 du CPP).

### (d) Audience devant la juridiction de jugement

Au décours de l'audience devant la juridiction de jugement, lorsqu'il apparaît que les faits sont bien imputables matériellement à la personne jugée, et que les dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du CP lui sont applicables, le président de la cour d'assises prononce un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (art. 706-130 du CPP) et le tribunal correctionnel rend un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en précisant que la personne a commis les faits qui lui sont reprochés (52).

### (e) Les mesures complémentaires :

Une des modifications importantes apportées par la loi du 25 février 2008, est l'apparition des mesures de sûreté pouvant être prononcées à l'encontre du malade mental irresponsable par la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement, après expertise psychiatrique (art. 706-136 du CPP).

Ces mesures visent à réduite la dangerosité découlant du trouble mental, elles ne doivent cependant pas constituer un obstacle aux soins. Leur durée ne peut excéder dix ans en matière correctionnelle et vingt ans si l'infraction commise est punie de dix ans d'emprisonnement. Elles se traduisent par un ensemble d'interdictions : communiquer avec la victime, certaines personnes ou catégories de personnes, paraître en certains lieux, détenir ou porter une arme, exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles, conduire un véhicule (art. 706-136 du CPP). La méconnaissance par le patient de ces interdictions est punissable dès lors que sa santé mentale s'est améliorée et que l'on ne peut donc plus évoquer une abolition du discernement (art. 706-139 du CPP) (52).

De plus, les décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sont inscrites au fichier national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (4° de l'art. 706-53-2 du CPP) ainsi qu'au dossier judiciaire national automatisé (10° de l'art. 768 du CPP). Elles n'apparaissent sur le bulletin n°2 que si des mesures de sûreté ont été prononcées, tant que ces interdictions « n'ont pas cessé leur effet » (16° de l'art. 775 du CPP).

Une autre modification majeure, discutée depuis les premières lois encadrant les hospitalisations psychiatriques (12), est l'apparition de l'« internement d'office judiciaire », requalifié depuis 2011 de « soins psychiatriques sur décision judiciaire ». L'autorité judiciaire peut à présent décider d'une hospitalisation sous contrainte après déclaration d'irresponsabilité pénale, à condition que figure au dossier pénal une expertise psychiatrique attestant que les troubles mentaux de l'intéressé « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public » (art. 706-135 du CPP).

### v) Devenir du malade mental ayant bénéficié de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal :

Nous traiterons ici du devenir des sujets irresponsabilités en raison d'un trouble mental, sur le plan législatif. Les relectures récentes de la loi de 1990 ont modifié leur prise en charge et nous nous attacherons à les exposer.

#### *(1) Prise en charge avant la déclaration d'irresponsabilité pénale :*

Bien souvent, il peut se passer plusieurs mois ou plusieurs années avant que le sujet ne soit déclaré irresponsable pénalement. Puisqu'il présentait des troubles psychiatriques au moment des faits, il est rare qu'il soit laissé sans soins. Dans la majorité des cas :

- Soit le sujet, au moment de la garde à vue, présentait des troubles psychiatriques manifestes nécessitant des soins immédiats. Il est alors hospitalisé sous contrainte, en Soins à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE), après que le médecin l'ayant examiné ait produit un certificat dans ce sens ;
- Soit le sujet est placé en détention provisoire, en attente de la fin de l'instruction. Il est alors pris en charge par l'équipe de secteur intervenant en détention ou par un des vingt-six Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Au cours de la détention, si son état le nécessite, il peut bénéficier d'une hospitalisation en soins libres sur un SMPR ou une Unité Hospitalière spécialement aménagée (UHSA). S'il ne peut consentir aux soins, l'hospitalisation se fera en SDRE, selon l'article D398 du CPP, sur l'hôpital de secteur, en unité pour malade difficile ou en UHSA.

Dans de rares cas, le sujet fait l'objet d'un contrôle judiciaire assorti ou non d'une obligation de soins, dans l'attente de son procès.

Il est donc possible qu'au moment où est rendue l'ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, le patient soit déjà hospitalisé.

### *(2) Prise en charge après la déclaration d'irresponsabilité pénale :*

La déclaration d'irresponsabilité met fin à la détention provisoire et au contrôle judiciaire qui avaient pu être mis en place en attente d'un jugement (art. 706-126, 706-130 et 706-133 du CPP). Dans une majorité des cas, le patient est hospitalisé sous contrainte, à la demande du juge ou à celle du préfet, sous des modalités que nous développerons. Dans les autres cas, le patient peut bénéficier de soins ambulatoires sous contrainte, de soins libres ou ne pas suivre de soins si aucune décision n'a été prise dans ce sens.

#### (a) Décision d'hospitalisation :

La loi du 27 juin 1990, à l'article L. 348, précisait qu'en cas de décision d'irresponsabilité pénale, et si le sujet présentait un état mental pouvant « compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes », les autorités judiciaires avisaient le préfet qui prenait alors la décision d'une hospitalisation d'office (HO) après avis médical (55). Nous noterons que le motif à l'origine de l'information du préfet n'était pas la nécessité de soins pour le sujet mais bien le trouble à l'ordre public.

Nous avons vu que depuis 2008, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement peuvent ordonner par décision motivée et après expertise psychiatrique, l'hospitalisation d'office de l'intéressé dans un établissement psychiatrique public (art. 706-135 du CPP) (56). Cette HO, requalifiée en 2011 de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SDRE) est prévue par l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique (CSP). L'autorité administrative est immédiatement avisée de cette décision.

Dans le cas où l'autorité judiciaire n'ordonne pas l'HO ou le SDRE, le représentant de l'Etat peut la décider en application des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du CSP qui reprend les conditions énoncées à l'article L. 348 de la loi de 1990 (57).

La loi du 5 juillet 2011 a modifié l'article L. 3213-7 du CSP où est à présent mentionnée la nécessité de soins pour que l'hospitalisation soit demandée par le représentant de l'Etat (28).

La loi du 29 septembre 2013 améliore l'information donnée au patient par l'autorité judiciaire quant aux suites qui pourront être données à la déclaration d'irresponsabilité pénale concernant une hospitalisation sous contrainte (58).

### (b) Le temps de l'hospitalisation :

#### *(i) Loi du 27 juin 1990*

La loi de 1990 précisait qu'au cours de l'hospitalisation, des certificats médicaux circonstanciés affirmant la nécessité de poursuite de l'hospitalisation devaient être émis 24 heures puis 15 jours après le début de l'hospitalisation, puis tous les mois.

Durant l'hospitalisation, le patient pouvait bénéficier d'aménagement des conditions de traitement sous la forme de sorties d'essai afin de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale. Les sorties d'essai allaient de sorties de courte durée à des soins ne relevant pas d'une hospitalisation à temps complet. La décision de sortie d'essai, son renouvellement et sa cessation étaient décidées par le préfet, sur proposition d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (59).

#### *(ii) Situation actuelle :*

La loi de 2011 puis celle de 2013 modifient la fréquence des certificats médicaux circonstanciés. Ils doivent à présent être émis à 24, 72 heures, entre le 6ème et le 8ème jour puis tous les mois (art. L. 3211-2-2 et L. 3213-3 du CSP).

Le juge des libertés et de la détention effectue un contrôle systématique avant le 12ème jour suivant le début de l'hospitalisation. Il statue sur la mesure après avoir rencontré le patient au cours d'une audience spécifique.

Au cours de l'hospitalisation, le patient peut bénéficier de sorties d'un maximum de 48 heures. Le représentant de l'Etat peut s'opposer à ces sorties dont le projet doit lui être soumis au moins 48 heures à l'avance.

Il est possible, après avis d'un collège composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient de proposer un programme de soins. Le patient peut alors bénéficier de sorties plus longues avec maintien d'une hospitalisation à temps complet ou partiel, ou faire l'objet de soins ambulatoires sous contrainte.

Le représentant de l'Etat doit donner son accord pour l'application de ce programme de soins. S'il est en désaccord avec l'avis du collège, il doit demander une expertise qui aura lieu dans les 10 jours. Si l'expert confirme l'avis du psychiatre et du collège, le préfet est tenu d'autoriser le programme de soins ; dans les autres cas, le directeur de l'établissement est informé afin qu'il saisisse le juge des libertés et de la détention (29).

### (c) Levée de l'hospitalisation d'office ou des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat :

#### *(i) Loi du 27 juin 1990 :*

Avec la loi de 1990, apparaissent des mesures spécifiques pour la levée d'hospitalisation d'office des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale. Cette spécificité a été mise en place malgré l'opposition du gouvernement qui déclarait par la voix du garde des Sceaux: « Je tiens à affirmer que le délinquant reconnu pénalement irresponsable ne doit être soumis à aucun traitement discriminatoire par rapport à l'aliéné qui n'a pas commis d'infraction » (60).

L'article L. 348-1 devenu L. 3213-8 du CSP précise qu'il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office de ces patients « que sur décision conforme de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisi par le préfet sur une liste établie par le Procureur de la République ». « Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui ».

*(ii) La situation actuelle :*

Avec la loi de 2011, ces conditions particulières de levée d'hospitalisation sont maintenues et élargies aux personnes ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles (UMD) ou ayant bénéficié de l'article 122-1 al. 1 du CP, au cours des dix dernières années.

Elles sont allégées par la loi de 2013, conformément à la décision du Conseil Constitutionnel qui a considéré qu'un régime plus strict pour la levée des mesures de soins ne se justifiait que s'il tenait compte de la gravité de l'infraction commise. La loi réserve désormais l'application des règles spécifiques aux personnes irresponsables pénalement ayant commis des infractions encourant des peines d'au moins cinq ans d'emprisonnement s'agissant d'atteinte aux personnes et d'au moins dix ans d'emprisonnement s'agissant d'atteintes aux biens (58).

L'article L. 3213-8 du CSP précise que le représentant de l'Etat ne peut décider de mettre fin à la mesure de soins psychiatriques qu'après l'avis du collège évoqué plus haut, suivi de « deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres » inscrits sur une liste établie par le procureur de la République ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près de la cour d'appel (art. L. 3213-8). Ces expertises doivent être effectuées dans les 72 heures suivant la demande.

Si elles sont concordantes, le représentant de l'Etat est tenu de lever la mesure. Si une ou deux des expertises infirment l'avis du collège, il maintient l'hospitalisation et informe le directeur de l'établissement afin que le juge des libertés et de la détention soit saisi (art. L. 3213-8) (29).

A la levée de la mesure, sur décision du représentant de l'Etat et après avis médical, le patient peut bénéficier d'une sortie définitive, d'une hospitalisation en soins libres ou d'un programme de soins sous le régime du SDRE. Une hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers est également possible.

### vi) Responsabilité civile et article 122-1 alinéa 1 du Code pénal :

Si le trouble mental neutralise la responsabilité pénale, la responsabilité civile demeure, la victime est donc indemnisable. C'est la loi du 3 janvier 1968, portant réforme du droit des

incapables majeurs (61), qui consacre le principe de responsabilité civile du malade mental à l'article 489-2[1] du Code civil (37).

Avant 1968, le droit civil considérait que l'absence de libre arbitre et de conscience était un obstacle à la constitution d'une faute civile, dans l'esprit de la théorie unitaire des fautes civiles et pénales appliquée depuis un arrêt de la chambre civile de la Cour de cassation du 18 décembre 1912.

Lorsque la chambre de l'instruction émet un arrêt d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle renvoie l'affaire devant le tribunal correctionnel compétent si la partie civile le demande, car elle ne peut pas statuer sur l'action civile (art. 489-2 du Code civil).

La cour d'assises ne peut statuer sur l'action civile, mais peut statuer sur les dommages et intérêts en vertu de l'article 371 du CPP (53).

Le tribunal correctionnel peut statuer sur l'action civile (art. 706-133 du CPP) et détermine donc les dommages et intérêts à verser à la victime ou ses ayants-droit.

## 3) Le contexte :

Pour appréhender au mieux les enjeux liés à la prise en charge des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale, il est important de resituer la problématique dans le contexte des rapports entre psychiatrie et justice, du rôle qui est donné au psychiatre et de l'image véhiculée par le malade mental dans la société actuelle.

Nous tenterons de montrer que la stigmatisation des malades mentaux associée à un climat de peur, est fortement influencée par les médias, qui eux-mêmes fonctionnent en miroir avec une politique sécuritaire qui recherche un risque zéro en matière de récidive. Ceci entraîne une augmentation des demandes faites à la psychiatrie et des répercussions sur la prise en charge des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale.

[1] « Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation ».

## a) La stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale :

Comme le rappellent Tassone-Monchicourt et al. : « les représentations sociales du « fou » ont toujours été liées au danger, à l'étrangeté, l'imprévisibilité provoquant, la peur, le rejet, l'exclusion. En dépit de l'évolution de la psychiatrie dans ses pratiques et son organisation, les représentations sociales liées au « fou » et au « malade mental » demeurent marquées par le danger et la criminalité » (62).

Plusieurs études ont analysé les représentations sociales liées à la pathologie mentale. En France, ce sont les études IPSOS-FondaMental réalisées en 2002, 2009 et 2014 qui font référence (63,64). Ces études sont parlantes : en 2014, pour 45% des Français interrogés, le schizophrène représente un danger pour les autres et pour 71%, il représente un danger pour lui-même. Environ la moitié pense qu'il ne peut être autonome dans la vie quotidienne et qu'il a besoin d'une assistance. En 2009, les représentations sociales spontanées des maladies mentales étaient péjoratives pour 14% des personnes interrogées, associées aux termes de « débile mental », « attardé », « dérangé », et liées à l' « asile psychiatrique » et à l' « internement » dans environ 5% des cas. Seulement 7% des français considèrent la psychothérapie, les traitements médicamenteux ou le respect d'une hygiène de vie comme efficaces.

L'enquête internationale et multicentrique Santé Mentale en Population Générale, menée entre 1999 et 2003, montre qu'une grande majorité des personnes interrogées considèrent les attitudes violentes et dangereuses comme révélatrices de la folie chez une personne. La folie est alors assimilée à une démence violente inspirant la crainte et justifiant l'enfermement dans une structure représentée par l'hôpital psychiatrique (65).

De nombreuses études, à l'international, font état des stéréotypes négatifs présents dans les représentations sociales de la maladie mentale (62,66–72) : dangerosité, imprédictibilité, violence, comportement agressif. Le grand public attribue les actes graves de criminalité (meurtre, viol, inceste) et de délinquance (violences envers les autres) aux figures du « fou » et du « malade mental » et a tendance à penser qu'un sujet ayant déjà commis un crime a plus de risque de récidiver s'il est atteint d'une maladie mentale (67). On ajoutera à cela que les personnes ayant un passé criminel sont les plus rejetées par la société et doivent faire face à de nombreux obstacles pour se réhabiliter socialement (67).

De ce fait, la distance sociale avec les personnes atteintes d'une pathologie mentale est grande (68,73). Cette tendance est présente en population générale mais également chez les psychiatres : on retrouve dans une étude suisse cette même distance sociale chez les psychiatres, d'autant plus forte que la situation les concerne personnellement. Bien qu'ils soient plus enclins à l'installation d'établissements psychiatriques dans la communauté que le grand public, ils déclarent également que cela dégrade les quartiers résidentiels (74).

### b) La réalité de la situation :

La question de la dangerosité et du risque de violence chez les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique a longtemps fait débat. Ces dernières années, les études se sont multipliées pour tenter de chiffrer ce risque.

Un élément majeur à retenir, est que les personnes souffrant de troubles psychiques sont les premières victimes de violence : le risque de victimisation dans cette population est multiplié par 17 par rapport à la population générale (75–77). La prévalence des crimes violents envers des patients psychiatriques serait 11,8 fois plus importante qu'en population générale (77).

Les chiffres de l'annuaire statistique de la justice (78) nous montrent que la proportion de malades mentaux mis en cause au pénal est faible : le nombre de non-lieux pour irresponsabilité pénale sur le total de personnes mises en examen dans les affaires terminées, représente moins de 1% depuis 1987. En 2010, 140 personnes ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu en vertu de l'article 122-1 al. 1 du CP sur 36 349 mis en examen.

Le nombre absolu d'actes violents attribuables aux malades mentaux est très faible, et 90% des patients ne sont jamais violents. On estime qu'ils sont responsables de 3 à 5% des violences dans la société (79).

En termes d'homicide, les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'homicide par 100 000 habitants, soit un taux de 0,00016 % (79), et sont présents chez 5 à 15% des meurtriers, ce qui revient à dire que 85% au moins des auteurs d'homicide en sont indemnes (80).

En cas de schizophrénie, le risque de violence est augmenté entre un et sept chez les hommes et entre quatre et vingt-neuf chez les femmes. Ce risque est très largement augmenté par l'abus

de substances psychoactives (alcool, toxiques) et la présence d'un trouble de la personnalité antisociale qui le multiplie par quatre si on le compare au risque d'une population de schizophrènes ne présentant pas de comorbidité (81). Dans une population de sujets présentant un abus de substances, l'existence d'une comorbidité psychotique n'augmente pas le risque de violence (77). Il en est de même en termes d'homicide : le risque est augmenté en cas de schizophrénie, mais de manière moins importante qu'en cas d'abus de substances ou de trouble de la personnalité antisociale (80).

En cas de trouble bipolaire, le risque de violence est multiplié par 4,1, mais est très souvent associé à un abus de substance (82). La dépression est plus associée aux crimes graves que les épisodes maniaques qui entraînent plus la commission de petites infractions. Un sujet souffrant d'un trouble de l'humeur a un risque de commettre un homicide s'il présente une dépression ou une dysthymie et si s'y associent des comorbidités (usage de toxiques et trouble de la personnalité) (80).

Au total, le risque de violence et d'homicide est bien augmenté en cas de trouble mental mais en de faibles proportions. C'est la comorbidité avec un abus de substance, souvent présente chez ces personnes, qui augmente largement ce risque. D'autre part, les personnes souffrant d'une pathologie mentale sont les premières victimes de violence dans la société.

Alors comment expliquer ces représentations ? Pour Senon et Manzanera (83), la précarisation et l'absence d'insertion du malade stabilisé laissent « vide l'aspect communautaire indispensable à une véritable réhabilitation des schizophrènes » et participe à leur stigmatisation.

Nous retiendrons également le rôle majeur joué par les médias. La large médiatisation d'évènements dramatiques récents comme l'affaire survenue en 2004 au Centre Hospitalier Spécialisé de Pau ayant impliquée un ancien patient dans un homicide pathologique confortent l'opinion publique dans le fait que les « malades mentaux » peuvent être tous « dangereux » et « criminels » (62).

## c) Le rôle des médias :

### i) Stigmatisation des malades mentaux :

Malgré la fréquence relativement élevée des maladies psychiques, le grand public est peu en contact avec la pathologie mentale et ne la rencontre, le plus souvent, que dans les médias (72,84).

Plusieurs articles font état d'une description péjorative de la maladie mentale par les médias qui ne l'évoquent, bien souvent, qu'à l'occasion d'enquêtes criminelles et de faits divers violents (84). Les malades mentaux y sont alors décrits comme des personnes violentes et dangereuses, « des êtres déshumanisés, guidés par leur férocité et leur bestialité » (72).

Des auteurs ayant analysé les programmes télévisés soulignent que : « la majorité des personnages de télévision qui représentent le malade mental le montrent non seulement dangereux mais lui attribuent aussi un aspect démoniaque qui justifie la méfiance » (72). En Nouvelle-Zélande, Wilson et al (70), notent que les personnages représentant les malades mentaux, sont très majoritairement violents, dangereux, asociaux, et sont porteurs de tous les stéréotypes négatifs du « fou ».

La médiatisation par la presse écrite du drame de Pau a été étudiée par Kalampalikis et al. : l'affaire y est majoritairement décrite sous l'angle du crime, de l'auteur du crime et de ses conséquences judiciaires. Cette étude confirme la tendance des médias à traiter l'information liée à la psychiatrie sous l'angle du fait divers, voire du sensationnel (85).

Wilson et al. ont également étudié les programmes destinés aux enfants, en Nouvelle-Zélande, montrant ainsi que cette image négative est suggérée bien tôt dans la vie. On retrouve là aussi un vocabulaire négatif associé au malade mental qui est souvent mis en scène dans des postures de perte de contrôle (86).

Cette problématique est soulignée dans le Rapport Burgelin « Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive » (48) : « La société, largement influencée par le discours médiatique, associe donc à tort la folie des actes criminels particulièrement graves à celle de leur auteur, et a de ces derniers une représentation qui repose sur des présupposés aussi partiels que contestables ».

### ii) La peur du crime :

Les malades mentaux sont donc perçus comme dangereux, et dans l'idée du grand public, doivent être écartés de la société. Cette perception de dangerosité entraîne une crainte et alimente la peur atavique du crime (66).

Cette peur du crime est prégnante dans la société actuelle alors même que la France fait partie des pays les moins « dangereux » au monde, avec un taux d'homicides de 0,7 pour 100 000 habitants contre 1,2 en Suède et en Allemagne, 6,2 aux Etats-Unis, et 60,8 en Colombie, en 2003 (62). Les médias participent fortement à l'entretenir.

Pour Roure et al. (87) : « Nous vivons dans un monde très médiatisé, donc virtuel où règnent en maître le poids des mots et le choc des images […]. L'envahissement permanent dans notre vie et dans notre esprit par toutes sortes de violences crée une véritable sédimentation de l'ensemble de ces faits ne nous concernant pas directement mais alimentant sans cesse notre imagination. Par un effet d'accumulation se créent une impression véritable et une sensation permanente de vivre dans la terreur et dans la peur d'un acte violent ». Confrontés par l'intermédiaire des médias, à un flot d'informations et d'images terrifiantes, nous côtoyons une violence banalisée (88).

Senon (89) cite les travaux de Roberts al. sur la mesure de la peur du crime : elle « touche plus de 50 % des citoyens suisses (qui viennent de voter une loi imposant une loi de réclusion à vie des auteurs de crimes récidivistes), puis 50 % des portugais, 45 % des belges, 35 % des français, 25 % des canadiens et 20 % des finlandais. Le sentiment d'insécurité est parallèle à la révélation des scènes de la violence ordinaire par l'immédiateté de l'information des médias. Tout se passe comme si s'élargissait le fossé entre l'aspiration au bonheur des citoyens, et l'incompréhension des crimes de la vie quotidienne vécus comme une menace dans la représentation protectrice du foyer. Plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination, et plus est forte l'exigence de punition. Plus la médiatisation généralise et rend universel, et plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée. Tout se passe comme si, tous saisis par l'émotion suscitée par le crime, nous oubliions de penser, d'élaborer, de faire référence à l'expérience passée, en fait de mentaliser ».

Alors que les peurs sociétales sont en décalage avec la réalité judiciaire, comment peut-on les expliquer? La littérature nous apprend qu'elles sont fortement liées au mal-être sociétal, conséquence des crises économiques, sociales et politiques.

Pour Hirtenlehner (90) cité par Rossini et al. (27) : la « peur du crime et du malade est indissociable des autres formes d'insécurité. Elle constitue un élément de l'insécurité généralisée dont les origines peuvent être observées dans les changements politiques, économiques et sociaux des sociétés de la fin de l'époque moderne, selon plusieurs diagnostics sociologiques établis. La peur du crime, la peur du malade et les sentiments d'insécurité semblent être des manifestations parallèles d'un syndrome généralisé d'insécurité qui ne peut être compris qu'à la lumière des changements sociaux ». Sechter et al. (22) ajoutent : « depuis la fin du XX$^{e}$ siècle, avec la montée du chômage et la disparition d'un Etat social actif dans le domaine de la réadaptation, on assiste en France à une dégradation du lien social et à une généralisation de l'individualisme qui s'accompagne d'un surinvestissement paranoïaque de la problématique sécuritaire ».

Pour Senon et Manzanera (83) : « toutes les sociétés industrialisées en Europe et aux Etats-Unis connaissent un développement du sentiment d'insécurité en lien avec la crise socio-économique actuelle. La sociologie nous apprend que le sentiment d'insécurité est fortement lié à une crise du lien social, à tout ce qui génère abandon, solitude et impossibilité d'intégration sociale, et donc les conséquences de la crise socio-économique actuelle ou la maladie mentale ».

« Le seuil de tolérance sociale diminuant, il exacerbe l'impression de violence, d'autant que la création de nouveaux délits augmente de ce fait même le nombre de délits recensés » nous dit Cléry-Melin (91).

Face à ce sentiment d'insécurité, les attentes de la population sont grandissantes, le « principe de sécurité » de plus en plus prégnant (88). Pour Senon et Manzanera (83) : « tout est attendu de l'État et de ses institutions dans la protection de chaque citoyen, et la compassion sociale médiatisée vis-à-vis de la victime est la caractéristique de toutes les sociétés contemporaines ».

Pour répondre à cette demande, c'est une politique sécuritaire, de « tolérance zéro » qui est mise en place. Nous verrons comment elle influence en retour ce sentiment d'insécurité.

### d) Une politique sécuritaire :

Depuis les années 2000, les lois sécuritaires autour de la prévention de la délinquance et de la lutte contre la récidive se multiplient (92) : augmentation des comparutions immédiates et des détentions provisoires, diminution de l'âge de responsabilité pénale, réforme de l'Ordonnance de 1945 sur l'enfance délinquante, création de nouvelles infractions, mesures spécifiques envers les individus jugés « dangereux » (22). La succession de rapports centrés sur la « dangerosité » et la récidive reflète également les préoccupations sécuritaires actuelles (93) : rapport Burgelin « Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive » en 2005 (48), rapport des sénateurs Gougeon et Gautier sur les « Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses » en 2006 et rapport Garraud : « Réponses à la dangerosité » en 2006 (51).

Ces réformes sont la conséquence directe de l'abandon du modèle *welfare* de l'après-guerre pour un modèle néolibéral de gestion de la société : « le modèle de l'état providence à vocation paternaliste favorisant prévention, assistance et éducation est abandonné, l'autonomie de chacun est réaffirmée, de même que le désengagement de l'Etat dans le domaine des politiques de prévention […]. Dans le modèle néolibéral, toute la responsabilité repose sur un individu présumé rationnel, chaque auteur ayant obligation d'assumer et de réparer avec un surinvestissement de la problématique sécuritaire » (93).

Dans ce modèle néolibéral où « la réglementation doit « domestiquer le hasard » pour protéger chaque citoyen » (93), la subjectivité trouve difficilement sa place et les malades mentaux sont les premières cibles de la répression (83).

Le malade mental, déjà sujet de stigmatisation par la population générale est montré du doigt par les politiques qui n'hésitent pas à lui accoler l'étiquette de « dangereux », comme au cours du discours d'Anthony en 2008 par le Ministre de l'Intérieur qui proposait alors un « plan de sécurisation des hôpitaux » ou dans les rapports Burgelin et Garraud : « l'année 2004 a été marquée par la commission de crimes particulièrement graves, perpétrés par des personnes qui, par le passé, avaient déjà eu affaire à la justice et été prises en charge par la psychiatrie. […] L'opinion publique a ainsi été amenée à se demander pourquoi des personnes, dont la dangerosité paraissait manifeste, avaient été laissées ou remises en liberté par les autorités administratives ou judiciaires, et pour quelle raison leur suivi médical avait été interrompu » (48).

Le terme de « dangerosité » refait ainsi son apparition dans les politiques publiques, dans la droite ligne du mouvement positiviste de Défense Sociale de la fin du XIX$^{e}$ siècle (22). La défense sociale nouvelle avance la primauté de la société et de ses membres avec l'introduction de mesures de sûreté pour les malades mentaux et les sujets jugés « dangereux ». Son objectif premier est la protection de la société par la lutte contre la récidive (1).

En Suisse, elle s'est traduite, en 2004, par le vote d'initiative populaire de l'article 123a de la Constitution suisse, qui a déterminé que : « si un délinquant sexuel ou violent est qualifié d'extrêmement dangereux et non amendable dans les expertises nécessaires au jugement, il est interné à vie en raison du risque élevé de récidive. Toute mise en liberté anticipée et tout congé sont exclus » (83). En France, la loi du 25 février 2008 instaure la rétention de sûreté par laquelle : « A titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté […] » (56).

Cette loi interroge les rapports entre la société, la justice et la psychiatrie autour des peurs qui envahissent les citoyens et animent les politiques. Elle provoque une confusion entre la peine et le soin, le criminel et le malade mental, la prison et l'hôpital. Le psychiatre est de plus en plus sollicité pour prendre en charge divers troubles du comportement, « dans une confusion fréquente entre « dangerosité », troubles de la personnalité et maladie mentale » (22).

### i) Une demande croissante faite au psychiatre :

L'attente de la société vis-à-vis du psychiatre va effectivement bien au-delà des soins qu'il apporte aux malades mentaux : on lui demande d'intervenir dans une nouvelle fonction d'auxiliaire du maintien de l'ordre public (10) où il est invité à participer « au projet de neutralisation des comportements jugés problématiques, ses soins étant englobés dans une lutte contre la récidive criminelle alors confondue avec la prévention des rechutes pathologiques d'un trouble mental » (22).

Ces attentes avaient déjà été formulées par Rogues de Fursac, dans son traité de 1893 : « j'estime en effet que l'expert n'a le droit de déclarer irresponsable un individu que si l'on

peut proposer des mesures d'ordre médical suffisantes pour assurer la défense sociale soit en modifiant au moyen d'une thérapeutique appropriée le psychisme du sujet, soit en l'internant dans un asile d'aliénés avec la certitude que son état mental permettra de l'y conserver aussi longtemps que persistera l'état dangereux » (89).

Que le malade ayant bénéficié de l'application de l'article 122-1 al.1 du CP puisse échapper à des soins formalisés et durables ne peut être compris par l'opinion publique (89).

La psychiatrie est alors prise dans des mouvements contradictoires où on lui reproche d'une part d'être trop liberticide, les pressions sociales libertaires dénonçant l'hospitalisation en psychiatrie comme un internement attentant gravement à la liberté individuelle, tandis que de l'autre, on s'inquiète d'une psychiatrie trop libérale, autorisant des sorties d'hospitalisation trop rapides, permettant aux malades irresponsabilisés d'échapper aux soins comme à la justice, mettant ainsi en danger la société civile (18,27,83,89).

Pour Rossini et al. : « ce contexte interroge la pratique du psychiatre, à l'heure de la judiciarisation effective des soins sans consentement et alors que la responsabilité pénale de plusieurs praticiens est engagée et examinée dans des affaires largement médiatisées » (27).

### ii) La responsabilisation du psychiatre :

Bien que la psychiatrie ne fasse pas partie des professions médicales les plus exposés à des actions judiciaires, nombre de ses décisions lui font redouter une action en justice par l'application de l'article 121-3 du CP qui précise qu' « il y a également délit lorsque la loi le prévoit, en cas de faute, d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu le cas échéant de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait » (94).

Comme le souligne Jonas (95) : « C'est la particularité de l'exercice psychiatrique de pouvoir conduire un engagement de responsabilité non seulement pour les propres actes du praticien mais aussi pour ceux du patient dès l'instant où l'on peut mettre en évidence un rapport de

causalité entre la carence, l'imprudence ou la négligence du médecin et l'action qui a conduit au dommage ».

« Lors des affichages médiatiques et émotionnels récurrents de crimes, notamment en récidive, le procès du psychiatre est régulièrement fait sans nuance, l'expert n'ayant pas su apprécier « la dangerosité » de l'auteur et le psychiatre traitant ayant failli à son obligation de résultat criminologique » (22).

Sur le plan judiciaire, les affaires se sont récemment multipliées où les psychiatres traitants étaient rendus responsables des actes commis par leurs patients. On retiendra particulièrement l'affaire de Grenoble en 2008 où un psychiatre traitant a été renvoyé en correctionnelle pour « homicide involontaire » suite à un homicide commis par un de ses patients, ainsi que l'affaire Canarelli où cette psychiatre a été condamnée à un an de sursis en première instance pour l'homicide commis par un de ses patients en 2004 ; on lui reprochait d'avoir « sous-estimé la gravité de ses troubles mentaux ».

On peut alors logiquement supposer que les psychiatres sont poussés à la méfiance et que, particulièrement dans le cadre d'hospitalisations faisant suite à l'application de l'article 122-1 al.1 du CP, ils sont tentés de maintenir les hospitalisations par-delà la période de soins, en application du « principe de précaution », faute d'une prédiction scientifiquement possible de la récidive (37).

### e) Un déplacement des moyens financiers :

Alors même que la demande au psychiatre se fait croissante, les moyens hospitaliers sont modifiés. Depuis plusieurs années, la politique de soins s'oriente vers une désinstitutionalisation ayant pour conséquence une diminution du nombre de lits et des effectifs soignants hospitaliers, avec développement de structures ambulatoires dans un but de réinsertion et de réhabilitation des malades mentaux dans la société (96).

Dubret (97) souligne un déplacement des moyens financiers de l'hôpital vers les structures de soins en milieu pénitentiaire telles que les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) au détriment des structures hospitalières. Les moyens seraient alors déplacés d'une prévention des passages à l'acte violents des malades mentaux à des soins aux malades mentaux

détenus suite à la commission d'infractions. Pour Bénézech, il existe un « déséquilibre entre la psychiatrie publique (qui ouvre ses portes et ferme ses lits) et la psychiatrie pénitentiaire (qui augmente ses moyens et se ferme dans ses murs) » (96).

Les services d'hospitalisation se diversifient, les conditions d'hospitalisation se libéralisent, l'hospitalisation ne représente plus qu'une partie des réponses proposées (97). Une grande majorité des soignants exerçant en unité d'hospitalisation a peu d'expérience et les équipes se féminisent (88). En raison de la modification de la politique de santé, l'activité augmente, les hospitalisations se raccourcissent et le turn-over est important entraînant une diminution du temps soignant consacré au patient et rendant plus difficile l'anticipation des passages à l'acte (88).

Cette libéralisation pose alors des problèmes pour la prise en charge des patients difficiles et violents : l'architecture est peu compatible avec des mesures de sûreté ou de contention et le personnel hospitalier verbalise un sentiment d'insécurité par l'intermédiaire de signalements de plus en plus fréquents d'évènements indésirables (98) : « les agressions les touchent à titre personnel, comme citoyens mais également comme professionnels du soin, en venant signifier un échec de la prise en charge susceptible de les culpabiliser » nous dit Alezrah (88,96).

A cela s'ajoute une formation insuffisante autour de la prise en charge des patients susceptibles d'être violents ou dangereux. Le plan ministériel Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 insiste d'ailleurs sur la nécessité d'une amélioration de la formation des médecins psychiatres dans ce domaine (85).

Les services d'hospitalisation classiques n'arrivent plus à faire face pour cette population de patients. La mise en place de soins contenants dont ils ont pourtant besoin est rendue difficile, et lorsque la capacité des services est dépassée, la seule solution est de demander un transfert en Unité pour Malades Difficiles (97).

### f) Synthèse et application à notre étude :

La stigmatisation des malades mentaux, qui a de tout temps été présente dans notre société, est entretenue par des médias qui associent crime et maladie mentale à travers la médiatisation de faits divers qui leur sont liés ou par la diffusion de clichés péjoratifs. Cette stigmatisation rend

difficile la réintégration des malades mentaux dans la société, d'autant plus s'ils ont un passé criminel, cet élément étant lui-même cause de stigmatisation.

La peur du crime, entretenue par les médias, fonctionne en miroir avec une politique sécuritaire qui applique le principe de « tolérance zéro », pointe les malades mentaux comme « dangereux » pour la société et leur applique maintenant des mesures de sûreté.

Dans cette logique sécuritaire, la demande faite au psychiatre augmente, on attend de lui qu'il intervienne en matière de prévention de la récidive et sa responsabilité est mise en cause quand un de ses patients commet une infraction.

Malgré cette demande croissante, les moyens qui lui sont donnés en termes de prévention et de soins hospitaliers sont faibles. Ceci créé des difficultés pour la prise en charge des patients potentiellement violents à qui on ne peut proposer une contenance suffisante, créant un épuisement voire de la peur chez les soignants.

Nous faisons l'hypothèse qu'en lien avec ce contexte, les équipes de soins psychiatriques ont tendance à utiliser des mesures coercitives (isolement, contention physique ou chimique) de manière plus fréquente chez les patients hospitalisés suite à l'application de l'article 122-1 al. 1 du CP que chez les patients n'ayant pas commis de passages à l'acte médico-légal judiciarisé, et que la décision de levée d'hospitalisation étant difficile à prendre, la durée de séjour hospitalier est prolongée pour ces patients.

## 4) De la notion de dangerosité à l'évaluation du risque : la question du risque de violence chez les sujets atteints d'une pathologie mentale :

### a) La notion de dangerosité :

Le concept de dangerosité, apparu au XIX$^{ème}$ siècle est complexe. Il fait intervenir diverses composantes (scientifique, sociale, philosophique, criminologique…) rendant sa définition difficile. La différence entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique fait consensus et permet de différencier dans son évaluation l'objectif judiciaire de l'objectif de soins, bien que cette limite reste floue dans un contexte actuel de protection sociale.

### i) Dangerosité criminologique :

La dangerosité criminologique s'analyse à travers différents paramètres susceptibles de dessiner les risques d'une éventuelle récidive (77). Elle suppose l'absence de pathologie psychiatrique. Sa définition prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte.

Christian Debuyst (99) la définit ainsi comme un « phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité qu'un individu commette une infraction contre les personnes ou contre les biens ou la probabilité d'une réitération chez un sujet déjà condamné ». Elle est « la probabilité que présente une situation de donner lieu à des comportements de ce genre ».

Pour Bénézech, cité par Gheorghiev et al. (100) : la dangerosité est un « état, situation, ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction ».

Pour Senninger, c'est la « probabilité de la commission d'un acte violent ».

### ii) Dangerosité psychiatrique :

La dangerosité psychiatrique est liée à l'expression d'une maladie mentale (77).

Dans l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, elle est définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ou comme « le risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et la thématique de l'activité délirante » (44).

## b) Historique :

### i) La dangerosité aux confins de la psychiatrie :

La dangerosité du malade mental a présidé au fondement de la psychiatrie. On l'a vu, pendant plusieurs siècles, la prise en charge du fou n'a été appréhendée que dans l'idée de protéger la société du danger qu'il pouvait représenter pour les autres et pour lui-même, en passant par l'enfermement.

Les liens entre dangerosité et psychiatrie s'officialisent avec la loi du 30 juin 1838 qui, sans définir la notion de dangerosité, organise les modalités d'hospitalisation des aliénés selon un placement volontaire ou d'office, en cas de danger potentiel, dans un établissement spécialisé (101). Elle donne au psychiatre une mission d'ordre public et de gestion de population en permettant le placement par l'autorité préfectorale, en dehors de toute décision judiciaire, de patients présentant un risque pour autrui. En créant un espace spécifique, dont la séparation tranchée avec le monde carcéral est renforcée par la notion d'irresponsabilité lorsqu'un crime est commis, elle donne naissance à une dangerosité certifiée par l'écrit du psychiatre (102).

Pour Moulin et al. (102), cet espace a « contribué à renforcer l'association entre dangerosité et maladie mentale », déjà bien présente depuis le débat sur la monomanie homicide qui avait opéré une « psychiatrisation du comportement criminel ou une pathologisation du crime » (103). Cette aliénation n'ayant pour tout symptôme que le crime lui-même, où monstruosité des actes et apparente normalité de leurs auteurs venaient former un paradoxe, avait entamé d'estomper la frontière entre le normal et le pathologique, le crime devenant le signe d'une pathologie qui nécessiterait que les magistrats demandent l'avis des médecins pour l'évaluation des mis en examen (21,104).

### ii) Naissance du terme « dangerosité » :

Le terme de dangerosité apparaît en 1885 dans l'ouvrage de Garofalo, *La Criminologie,* qui le met en relation avec une absence d'altruisme et de probité (88). Sa définition se modifie au cours des époques et de l'évolution de la politique pénale. Bernard (105) décrit trois modèles

de dangerosité qui ont été successivement dégagés par les doctrines pénales : la dangerosité scientifique, judiciaire et sociale.

L'école positiviste italienne fondée par Lombroso dans la seconde moitié du XIX$^{ème}$ siècle développe le modèle d'une dangerosité scientifique. Pour les positivistes, « l'infracteur n'agit pas en raison de son libre arbitre, mais en fonction de facteurs individuels (biologiques, psychiatriques) et relationnels (environnementaux) […] La dangerosité de l'individu suppose la rencontre de dispositions intrinsèques (capacité criminelle, adaptabilité sociale) et de situations extérieures. Elle justifie que la société cherche à identifier et neutraliser (sanction pénale, traitement médical) les individus dangereux » (105). Ils défendent le principe d'individualisation des peines, le sujet devant être sanctionné en raison du dommage social, et la finalité de la peine étant la protection de la société. La dangerosité justifie des incarcérations (ou des internements thérapeutiques) très longues voire indéfinies.

Le modèle judiciaire de la dangerosité prend racine dans les revendications des organisations de protection des droits fondamentaux qui se sont développées dans la seconde moitié du XX$^{ème}$ siècle. La défense sociale nouvelle, incarnée en France par Marc Ancel, défend l'humanisation des peines qui doivent être déterminées en tenant compte de la volonté de l'infracteur. Pour ce courant de pensée, la peine doit s'adapter à chaque coupable et doit permettre sa réinsertion sociale (105). En 1959, l'école de la défense sociale nouvelle propose un avant-projet de loi édictant des mesures de défense sociale applicables aux délinquants aliénés et anormaux. Il y est proposé que l'aliéné auteur d'un crime ou d'un délit soit soumis à un internement de défense sociale, mesure curative de placement dans un hôpital psychiatrique ; et que le délinquant anormal fasse l'objet d'un placement dans un établissement de défense sociale où il serait soumis à un traitement médico-répressif tendant à l'amélioration de son état mental, à sa rééducation morale et à sa réadaptation sociale, cette mesure se substituant à la peine. Le contrôle et l'exécution de ces mesures de défense sociale auraient été de la compétence des tribunaux correctionnels et d'un juge d'application des peines (77).

Sous la pression de certains mouvements de défense des victimes, c'est le modèle social de la dangerosité qui se développe à la fin du XX$^{ème}$ siècle. La dangerosité sociale se penche sur la potentialité de la commission de nouvelles infractions et s'appuie sur la probabilité de la récidive dans le futur. La primauté est donnée à la prévention au nom de la protection de la société et pousse à s'interroger sur les moyens de neutralisation des infracteurs, la possibilité d'une récidive n'étant pas acceptable par l'opinion publique (105).

La dangerosité est donc au cœur de la volonté de prévenir la récidive.

### iii) Dangerosité, prévention de la récidive et psychiatrie :

Il ne s'agit donc plus de rapprocher la notion de dangerosité du sens qui est donné à la peine, le but étant à présent de pouvoir l'évaluer afin de prévenir la récidive. Dans le cadre de la pathologie mentale, c'est alors au psychiatre à qui on demande à présent de pouvoir prévoir le risque.

Pour Bernard (105), « le débat sur la récidive […] a conduit à une certaine confusion de la maladie (mentale) passée voire présente et de la dangerosité (sociale) future. Au nom de la prévention (sociale), une prévision (médicale) est demandée aux psychiatres pour justifier une répression (judicaire). Il est demandé à l'expert plus qu'il ne peut : prévenir la récidive. »

L'expert psychiatre est donc de plus en plus sollicité pour l'évaluation de la dangerosité psychiatrique ou criminologique, « se trouvant alors responsabilisé envers tout risque de récidive criminelle » (106). Le psychiatre traitant est mis devant l'obligation de résultat, pointé du doigt par l'opinion publique, voire poursuivi en justice, si son patient vient à récidiver. On demande au médical de prévenir la récidive et à l'expert de la prévoir alors qu'il « n'existe qu'une très faible corrélation entre criminalité et maladie (mentale) et que, d'autre part, il n'y a pas de relation absolue entre état dangereux d'une personne et l'infraction commise » (105).

Se pose alors la question de la capacité des cliniciens à prévoir la dangerosité (et donc la violence) des patients dont il a la charge. Plusieurs études ont montré que cette capacité était mauvaise dès lors qu'ils se basaient sur leur seul jugement clinique, se limitant à une prédiction correcte dans moins d'un tiers des cas (107), la prédiction du comportement humain étant bien trop complexe pour être fiable. La prédiction pure a donc été abandonnée au profit de l'évaluation du risque de violence et la littérature s'est penchée sur la recherche des facteurs de risque de violence et la façon de les traiter (108).

## c) L'évaluation du risque de violence :

### i) De la mise en évidence des facteurs de risque à la création d'instruments d'évaluation :

C'est l'étude Mac Arthur d'évaluation du risque de violence, conduite par Monahan et Steadman (109), qui a permis d'augmenter les connaissances concernant la violence chez les sujets présentant des troubles mentaux. Elle a mis en évidence un certain nombre de facteurs (statiques et dynamiques) augmentant le risque de violence chez les individus souffrant de troubles mentaux (110).

Hall a proposé de catégoriser les facteurs de risque en 4 polarités :

- Les facteurs historiques correspondant à la violence subie ou agie par la personne, la précocité des agirs violents, leur sévérité et à l'inverse l'exposition à des maltraitances et à des modèles familiaux perturbés ;
- Les facteurs prédisposants correspondant au mode de vie (marginalisation, sous-culture violentes) ou aux modes d'être (impulsivité, habitus alcoolique ou toxicomaniaque) ;
- Les facteurs contextuels constitués par les facteurs susceptibles de faciliter (présence d'armes, accès à la victime) ou d'induire le passage à l'acte (atteinte à l'estime de soi, évènements vitaux marquants, alcoolisation aiguë, etc) ;
- Les facteurs cliniques.

A partir de ces données, de nouveaux instruments d'évaluation se sont développés (44) :

- Les instruments actuariels, structurés à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative, statistique de risque s'appliquant à des circonstances données et à une période donnée.
- Les instruments d'évaluation clinique structurée, associant connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique permettent une estimation qualitative, tenant compte, de façon beaucoup plus spécifique, du contexte individuel (passé et futur) et donc de l'évolution du risque de violence dans le temps.

### ii) Démarche expertale versus démarche de soins :

Il faut différencier l'évaluation du risque dans le cadre d'une démarche expertale et l'évaluation du risque dans le cadre d'une démarche de soins, les buts poursuivis étant différents : « d'un côté, le souci de soigner et de modifier le niveau de risque par des interventions appropriées sont à l'avant-plan alors que de l'autre prédomine celui de la protection du public, voire du contrôle social » nous rappellent Millaud et Dubreucq (108).

Les instruments purement actuariels sont considérés comme ayant une validité prédictive et sont donc plus adaptés à la démarche expertale (44). La démarche d'évaluation doit « restituer une image la plus fidèle possible de la compréhension de ce qui se joue sur la scène de violence intime du sujet, en mettant en perspective autant son histoire, sa vulnérabilité clinique, les authentiques possibilités thérapeutiques ou existentielles que sa capacité à identifier ses propres facteurs de risque » (44). Elle doit permettre « d'évaluer le rapport de l'expertisé à la violence, à travers les éléments anamnestiques de sa violence mais aussi de celle subie. Il faut lister, trier les composants d'ordre psychologique, psychiatrique, situationnel, les mettre en perspective les uns par rapport aux autres et repérer ceux qui paraissent plus pertinents ou les plus susceptibles de représenter un point d'action thérapeutique » (111). Le but recherché n'est donc pas une évaluation chiffrée du risque figeant le pronostic dans le temps, mais une mise en perspective des facteurs de risque. En apportant des éléments d'évaluation, les instruments d'évaluation permettent de structurer la démarche et de se détacher de considérations morales ou de la pression sur le pronostic (44,112).

Les jugements cliniques structurés sont plus adaptés à la démarche clinique et permettent, notamment, « à travers la mise en perspective de variables dynamiques une véritable réflexion intégrant le vécu quotidien des équipes et autorisant à dessiner des espaces de faisabilité thérapeutique et des stratégies d'évaluation tenant compte autant de la prise en charge actuelle que des possibilités futures » (44). Dans une démarche clinique, il s'agit donc de mesurer les progrès au cours du traitement, en ciblant les variables modifiables (113). Là aussi, le but n'est pas d'obtenir une évaluation chiffrée du risque, mais d'en faire une analyse qualitative nuancée, cette évaluation devant être refaite régulièrement, puisque le risque évolue en fonction des évènements de vie (108).

### iii) Exemples d'instruments disponibles :

Pour les outils actuariels mesurant le risque de violence (excluant les violences spécifiques), on donnera comme exemples l'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R), évaluant la dimension psychopathique de l'individu qui est fortement associée au risque de violence et le VRAG (Violent Risk Appraisal Guide), qui évalue le risque de récidive violente. Ces outils ne précisent pas le type de violence à venir (108).

L'outil de jugement clinique structuré le plus utilisé est le HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20), composé de 20 facteurs qui sont empiriquement associés aux comportements violents qui doivent être documentés et approfondis plutôt que strictement quantifiés. Ainsi, il est recommandé de ne pas chiffrer le résultat final mais de se prononcer sur le niveau (faible, modéré ou élevé) et la qualité du risque présenté par le patient à travers une démarche clinique.

On sait que certains facteurs de protection peuvent être le contrepoids à certains facteurs de risque. C'est dans cet esprit qu'a été conçu le START (Short Term Assesment of Risk and Treatability) qui est décrit comme un complément de l'HCR-20. Cet outil est plus intégré à la clinique mais également plus complexe (108).

### iv) Limites et précautions dans l'utilisation des instruments d'évaluation :

Comme nous l'avons vu, il est important d'intégrer les outils d'évaluation à la démarche clinique globale et de ne pas réduire l'examen clinique à leur cotation (114).

Ils aident à systématiser la pensée, à organiser les connaissances scientifiques et sont de ce fait en constante évolution, il faut donc tenir compte des biais et des lacunes lors de leur utilisation (108). De ce fait, elle doit être réservée à des professionnels de santé sensibilisés et formés.

Concernant la dangerosité criminologique, elle s'évalue sur d'autres critères que ceux sur lesquels le psychiatre s'exprime. Si le psychiatre est lui-même criminologue, il doit prendre soin de faire la part de ce qui appartient à l'une ou l'autre de ses compétences. La dangerosité potentielle liée à une maladie mentale doit être différenciée de l'évaluation d'une possible récidive d'un acte délinquantiel (77).

### v) Exemple d'un instrument de mesure des progrès cliniques des patients psychotiques violents :

Millaud et al. (113) ont développé un instrument de mesure des progrès cliniques permettant l'évaluation de patients psychotiques violents hospitalisés dans une unité de soins fermée au sein d'un « hôpital sécuritaire ». Cet outil vise à une évaluation globale des progrès au cours du traitement, permettant de cibler les variables modifiables et donc de diminuer la dangerosité.

Cet instrument de mesure est composé de 11 items permettant d'évaluer différents aspects de la clinique du patient. Il permet d'explorer, entre autre, les aspects déficitaires liés à la maladie, le degré d'autocritique, la capacité de demander de l'aide, l'impulsivité, les acquis cognitifs, et la dangerosité psychiatrique. Les variables historiques non modifiables sont exclues de cette évaluation. Les 11 items sont les suivants :

- Etat mental, manifestation de symptômes psychotiques ;
- Gestion et contrôle de la colère, de l'impulsivité ;
- Considération de l'autre (empathie) ;
- Reconnaissance de la violence ;
- Reconnaissance de la maladie mentale ;
- Connaissance des symptômes de la maladie ;
- Observance pharmacologique ;
- Alliance thérapeutique et capacité de demander de l'aide ;
- Adhésion au code de vie de l'unité ;
- Hygiène ;
- Capacité de socialisation.

L'évaluation se fait par l'ensemble de l'équipe de soins qui doit coter chaque item sur une échelle de 1 à 5. Elle se fait à intervalle mensuel, sur informatique, permettant une observation très complète tenant compte de l'opinion de tous. La production d'un bilan mensuel permet de vérifier les progrès, d'identifier les secteurs toujours déficitaires et de réajuster les objectifs de traitement pour chaque patient. Elle permet de faire le tour d'une situation clinique qui est souvent complexe et à "multifacettes".

Chaque mois, à la suite du bilan qui a été discuté en équipe, le patient rencontre les soignants qui lui expliquent les résultats obtenus. Cette rencontre permet de valider avec lui sa propre

évaluation et de lui faire partager l'opinion de l'équipe et d'améliorer la relation de confiance. Le patient peut ainsi mieux se situer par rapport aux attentes de l'équipe face à son traitement, aux objectifs qui sont fixés et aux moyens qui peuvent être déployés afin de l'aider à les atteindre.

L'édition d'un graphique permettant d'avoir une vision globale des progrès est un élément positif et dynamisant pour la suite des traitements. En plus de l'illustration concrète des progrès effectués, source d'espoir et d'encouragement pour le patient et les soignants, il permet de mettre en évidence les objectifs qui sont source de difficultés et de stagnation et de discuter de la manière de les atteindre.

Au total, cet outil qui peut être utilisé en complément de l'évaluation clinique, d'autres échelles d'évaluation (HCR-20) ou de tests psychologiques permet d'évaluer concrètement les progrès effectués en cours de traitement et ainsi de se dégager des enjeux contre-transférentiels dans la relation thérapeutique. Les auteurs insistent sur les limitations de la validité externe de cet outil qui ne peut s'appliquer qu'à la population spécifique pour laquelle il a été développé : des patients psychotiques violents hospitalisés dans un service fermé au sein d'un « hôpital sécuritaire ».

### d) Le risque de violence chez les personnes atteintes d'une pathologie mentale grave :

On a vu que le risque de violence était finalement peu augmenté par la présence d'une pathologie psychiatrique et la proportion de malades mentaux assez faible en ce qui concerne les violences ou les faits criminels.

Le nombre de dossiers pour lesquels l'article 64 puis l'article 122-1 al.1 du CP ont été appliqués sur la totalité des mis en examen est inférieur à 1% depuis 1987 (44), et le nombre de non-lieu pour irresponsabilité du fait d'un trouble mental a varié entre 99 et 196 par an entre 2006 et 2010 (78).

Les données en termes de récidive sont discordantes. Modestin et Ammam cités par Le Bihan et Bénézech (115) décrivent un taux de récidive statistiquement plus important pour les personnes présentant des troubles mentaux (8,5 versus 3,8 pour les hommes et 3,6 versus 1,6

pour les femmes), le type de criminalité n'étant pas précisé dans leur recherche. Ce taux reste cependant faible (0,7 à 5,1%) et le risque de récidive est essentiellement lié à des comorbidités tels qu'un alcoolisme et/ou un trouble de la personnalité, et peu à une schizophrénie ou un délire chronique.

Bonta et al. (116), dans une méta-analyse étudiant le risque de récidive de comportements violents et criminels retrouvaient, quant à eux, un risque plus faible de récidive chez les malades mentaux que chez les sujets non malades.

Le risque de violence est influencé par différents facteurs. Ces facteurs peuvent être statiques, comme le statut socio-économique, ou des antécédents de violence, mais également dynamiques, situationnels ou liés à la pathologie psychiatrique et aux soins.

Parmi les facteurs de protection, on retrouve l'implication prosociale, la présence d'un support social solide, un attachement ou des liens relationnels forts, une attitude positive envers l'autorité, l'investissement durant la scolarité, des traits de personnalité résiliente (79).

### i) Facteurs de risque statiques :

#### *(1) Sociodémographiques :*

En population générale comme chez le malade mental, les adultes jeunes, avant 40 ans, sont les plus à risque de violence (77,117,118).

Le sexe masculin est également un facteur de risque important puisque les hommes sont responsables d'environ 90% des violences sur autrui ; mais la maladie mentale et particulièrement la schizophrénie augmentent de façon plus importante le risque de violence chez les femmes, peu infractrices en population générale (77,117).

Comme en population générale, le célibat et surtout la faiblesse du statut économique sont majoritairement considérés chez les patients psychiatriques comme des facteurs de risque de violence, peut-être par l'intermédiaire de l'isolement social, du faible support d'étayage ou de l'exposition à des groupes violents (77).

Les sujets les plus violents seraient sans emploi et dépendants financièrement (77,117,119).

Pour Vandamme (119), une majorité des schizophrènes violents seraient sans domicile (143)(142). L'échec scolaire jouerait également un rôle dans le risque de violence.

Witt et al. (120) décrivent, dans une méta-analyse, une association modérée entre la violence chez les patients psychotiques et le fait d'être sans abri (OR : 1,6) et une association faible à la faiblesse du statut économique (OR : 1,4).

#### *(2) Antécédents de violence agie ou subie :*

Le meilleur prédicteur de violence, en population générale comme dans la population souffrant de troubles mentaux, est l'existence d'antécédents judiciaires ou de violence (77,116,117,120).

L'environnement familial perturbé, violent ou permissif avec adhésion à des valeurs criminelles ou victimisation dans l'enfance jouent un rôle important, contribuant à « un cycle de la violence » (120). Les comportements antisociaux dès l'enfance et l'hyperactivité sont fréquemment retrouvés (119).

Witt et al. (120) décrivent une association modérée de la violence chez les patients psychotiques à des antécédents de victimisation dans l'enfance (physique : OR : 2,2, ou sexuelle : OR : 1,9), et à des antécédents familiaux de violence (OR : 1,8).

### ii) Facteurs de risque dynamiques :

#### *(1) Liés aux soins :*

Il faut noter l'importance des facteurs liés aux modalités de soins, domaine où l'intervention thérapeutique peut être efficace.

L'observance médicamenteuse joue un rôle important dans la diminution de la dangerosité chez le patient souffrant de schizophrénie (77). Les patients commettant des actes de violence se trouvent fréquemment en rupture de soins. L'étude Mac Arthur montrait que 25% de patients ne prenaient pas la médication prescrite au moment du passage à l'acte (109).

L'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité est un élément protecteur, elle permet de meilleurs résultats thérapeutiques, diminuant ainsi la dangerosité psychiatrique (77).

Witt et al. (120) montraient que pour les patients psychotiques, le risque de violence était fortement associé à la non-adhésion au suivi (OR : 6,7) et modérément associé à la non adhésion au traitement médicamenteux (OR : 2).

La capacité du patient à demander de l'aide, parfois de façon détournée (verbalisation d'idées suicidaires ou tentative de suicide, interpellation des forces de l'ordre) est un bon marqueur d'acceptation de la maladie et du risque de violence, mais également de la qualité de l'alliance thérapeutique, ce qui constitue un facteur de protection (77).

### *(2) Liés à la pathologie :*

#### (a) Le rôle des comorbidités :

La symptomatologie liée à la pathologie psychiatrique principale joue un rôle dans le risque de violence mais nous allons voir que les comorbidités jouent un rôle majeur dans la détermination de ce risque (121), puisque plus le nombre de diagnostics psychiatriques augmente pour un même patient, plus le risque de violence augmente (77).

Witt et al. (120), dans une méta-analyse sur les comportements violents chez les patients psychotiques, retrouvaient une association modérée entre violence et personnalité antisociale (OR : 2,1) ou consommation d'alcool (OR : 2,3) et forte en ce qui concernait la polytoxicomanie (OR : 10,3) et la consommation de substance (OR : 3,1). Le manque d'insight jouait un rôle non négligeable (OR : 2,7).

Richard-Devantoy et al. (80), dans une revue critique de la littérature, montraient que le risque de commettre un homicide était multiplié par 2 chez les hommes et par 6 chez les femmes en cas de maladie mentale grave. Ce risque était augmenté en cas d'abus ou de dépendance à l'alcool, les hommes ayant 12 fois plus de risque de commettre un homicide par rapport à la population générale et les femmes 52 fois plus lorsque cette comorbidité était présente. Le risque était multiplié par 10 à 29 fois chez l'homme en cas de trouble de la personnalité.

La personnalité antisociale, avec une organisation caractérisée par des troubles caractériels, une dimension centrale d'impulsivité et d'intolérance à la frustration venant soutenir la répétition des comportements transgressifs et délictueux s'exprimant régulièrement sous la forme de violence, est un facteur de risque important (100).

Les atteintes cérébrales, en particulier du lobe frontal sont reconnues comme un facteur de risque de violence chez les malades mentaux. Les lésions et dysfonctionnements frontaux notamment dans les psychoses déficitaires pourraient majorer le risque de violence par une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère (77,79).

Un faible quotient intellectuel est un facteur de risque de violence. Les troubles du jugement et les perturbations affectives associées favorisent les troubles du comportement (77).

### (b) Risque de violence et schizophrénie :

Les troubles psychotiques sont les troubles psychiatriques les plus concernés dans l'association à la violence ou l'homicide et la schizophrénie serait le diagnostic psychiatrique le plus souvent cité, la schizophrénie paranoïde étant la plus représentée chez les psychotiques violents (119).

Nous reviendrons dans un premier temps sur des analyses ayant étudié ce risque de manière chiffrée, ainsi que son intrication avec les comorbidités puis nous présenterons les données de la littérature concernant l'influence de la symptomatologie.

#### *(i) Données générales :*

Dans une méta-analyse, Fazel et al. (81) montraient que le risque de violence chez les patients schizophrènes est multiplié par 1 à 7 chez les hommes et par 4 à 29 chez les femmes. La comorbidité addictive augmentait considérablement ce risque (OR : 3 à 25) qui était multiplié par 4 par rapport aux patients sans comorbidité. Cette comorbidité était un déterminant important puisque les sujets sans pathologie mentale avec une consommation de toxique et les sujets schizophrènes avec consommation de substance avaient un risque de violence équivalent (81).

Richard-Devantoy et al. (80), dans une revue critique de la littérature, montraient que le risque de commettre un homicide était multiplié par 6 à 16 chez l'homme et par 6,5 à 26 chez la femme en cas de pathologie schizophrénique. Ce risque était là aussi très influencé par les consommations de toxiques.

Rasanen et al. (122), dans une étude de suivi sur 26 ans, montraient que le risque de récidive de crime violent pour les malades mentaux était lié au diagnostic de schizophrénie et plus particulièrement à l'association schizophrénie et alcool. Ce risque était multiplié par 9 pour les schizophrènes alcooliques par rapport à la population générale, et par 7 par rapport aux schizophrènes non alcooliques. Le risque de récidive chez les sujets schizophrènes non alcooliques était quasiment nul.

*(ii) Rôle de la symptomatologie :*

Les symptômes positifs augmentent le risque de violence, on citera notamment les symptômes paranoïdes, la méfiance, l'hostilité, les idées de persécution, le délire à dominante mystico-religieuse ou mégalomaniaque, le syndrome d'influence notamment lorsque le patient obéit à des voix identifiées, les idées de grandeur ou le syndrome hallucinatoire. Le risque est d'autant plus augmenté que ces signes sont vécus avec intensité ou dans un climat d'exaltation passionnelle (77,100).

L'absence de rêveries diurnes d'agresser autrui, d'idéation et pratiques perverses, de fascination pour les armes, de menaces écrites ou verbales évoquant un scénario en cours d'élaboration sont évidemment à prendre en compte (77).

La symptomatologie négative est de manière générale peu associée au risque de violence (100,120). Des auteurs mettent cependant en avant le potentiel criminogène de certains symptômes négatifs ou dissociatifs comme le retrait social, l'émoussement affectif et émotionnel, ainsi que la désorganisation idéique et comportementale (77).

Les symptômes dépressifs doivent être considérés comme facteur de dangerosité, chez le sujet schizophrène, notamment lorsqu'ils sont associés à une symptomatologie positive (77,117). Selon Swanson (121), le risque de passage à l'acte est de 21,1 % en cas de trouble de l'humeur

associé contre 8,4 % en cas de schizophrénie sans trouble de l'humeur. D'autre part, il existe une forte corrélation entre idéations voire comportements suicidaires et homicides (77).

Des symptômes moins spécifiques tels que les émotions négatives comme la peur, l'anxiété, la colère, un sentiment d'incapacité ou d'indignité, le déni (de la part du patient mais aussi de son entourage), certains effets iatrogènes (akathisie notamment) peuvent majorer le risque, en fonction du contexte (77).

On notera l'influence de la durée de psychose non traitée qui, plus elle est longue, plus elle augmente le risque. Le premier épisode psychotique et les premières années de psychose sont également des moments de plus fort risque (77).

### (c) Risque de violence et troubles de l'humeur :

#### *(i) Données générales :*

Fazel et al. (82), à partir d'une étude de cohorte, montraient que la prévalence des crimes violents était de 8,4% chez les sujets bipolaires contre 3,5% en population générale et 6,2% chez les proches non malades. Le risque était multiplié par 2,3 de commettre un crime violent chez les sujets bipolaires par rapport à la population générale, et par 1,6 par rapport à leurs proches non malades. En cas de consommation de substances, il était multiplié par 6,4 par rapport à la population générale et par 2,8 par rapport aux proches. Quand les patients ne consommaient pas de toxiques, le risque s'élevait à 1,3 par rapport à la population générale et 1,1 par rapport aux proches.

Leur revue systématique de la littérature (82) montrait que le risque de crime violent était multiplié de 2,2 à 8,9 par rapport à la population générale, la majorité des crimes violents étant associés à la consommation de toxiques.

Chez les sujets bipolaires, le risque de commettre un crime violent est donc très influencé par la prise de substances psychoactives. Les auteurs mettaient également en évidence une augmentation du risque familiale, qui pourrait être liée à une étiologie partagée entre trouble bipolaire, crime violent et abus de substances.

Chez les patients dépressifs, l'abus de substance joue également un rôle important puisque le risque de violence est de 3,5% sans abus et de 29,2% avec abus (77).

*(ii) Rôle de la symptomatologie :*

Le trouble bipolaire serait plus associé à des troubles de conduites sociales et les infractions plus à type d'atteintes contre les personnes ou agressions sexuelles, les crimes graves étant rares (77,80). Ceci pourrait s'expliquer par l'impulsivité, caractéristique du trouble bipolaire, augmentant l'abus de substances et les prises de risque.

Le trouble dépressif, lui, serait fortement corrélé à l'homicide, avec une forte relation entre dépression-crime-suicide (80). En effet, les relations entre dépression et agressivité sont connues, la colère, l'hostilité, et l'irritabilité étant fréquemment observées dans les troubles dépressifs et surtout les dépressions unipolaires. Selon certains auteurs, les dépressifs ont un niveau plus élevé de colère que les sujets sains, en particulier lorsqu'ils sont tendus, et ont le sentiment de perdre le contrôle de la situation. Ils peuvent alors diriger l'agressivité contre leurs proches (77).

D'autre part, la présence de symptômes psychotiques spécifiques tels que les idées de grandeur, mégalomaniaques ou de persécution semblent être des facteurs de risque de violence. Pour Le Bihan (77), « l'existence d'idées délirantes de persécution augmente le risque de dangerosité notamment lorsqu'il y a un persécuteur désigné, en cas d'hypomanie sans fuite des idées ou de manie chronique résistant partiellement au traitement médicamenteux. Par ailleurs, les idées délirantes de ruine, de culpabilité et les préoccupations mystiques sont souvent rencontrées en cas de syndrome dépressif majeur mélancoliforme et de mécanisme hallucinatoire. Les hallucinations peuvent être impératives intimant au patient de commettre des actes de violence parfois meurtriers ».

***(3) Liés au contexte :***

Les facteurs contextuels sont à prendre en compte dans l'évaluation du risque de violence et ils justifient de refaire cette évaluation de manière régulière.

Chez un schizophrène peu capable de s'adapter à un environnement nouveau ou stressant plus encore qu'en population générale, les ruptures affectives, les situations conflictuelles, le chômage, le cadre de vie difficile, le fait d'avoir été victime de violence dans l'année ou d'avoir été exposé à des évènements psycho-traumatiques majorent le risque de comportements violents (77).

### iii) La question du repérage de l'imminence du passage à l'acte :

Fréquemment les sujets psychotiques, avant de passer à l'acte violemment, ont exprimé (verbalement, par leur comportement, etc.) leurs préoccupations délirantes dans leurs familles, à leurs proches ou auprès de professionnels de la santé, pendant des jours, des semaines, des mois ou depuis des années (123).

Les vécus délirants de persécution génèrent un climat émotionnel d'intensité croissante (peur, angoisse, souffrance) qui provoquent des comportements d'évitement, de fuite ou même d'agression, pour maîtriser ou éliminer la source de la persécution éprouvée. Le sujet pathologique vit une escalade émotionnelle faite de souffrance, de désespoir ou de haine, générés par des croyances partiellement ou totalement erronées, qui s'organisent en un véritable délire de persécution et de préjudice. Le passage à l'acte permet de repousser ou éliminer la source des angoisses et agit comme un acte de libération (124).

Il faut pouvoir repérer ces éléments afin de pouvoir agir dessus en intensifiant et en adaptant la prise en charge et permettre de prévenir le passage à l'acte.

Richard-Devantoy et al. (125) ont proposé le concept de « crise homicidaire » qui permet de modéliser le passage à l'acte du schizophrène.

Richard-Devantoy et al. partent du postulat que le sujet homicidaire a la sensation d'être dans une impasse et d'avoir épuisé toutes ses stratégies défensives et tous les moyens mis à sa disposition pour résoudre les difficultés auxquelles il tente de faire face. La symptomatologie délirante et hallucinatoire, à travers des altérations perceptuelles, entraînerait un enchaînement de réactions. La crise homicidaire serait alors la cristallisation progressive d'idéations homicidaires en un point de résolution d'une impasse cognitive.

La dynamique de l'homicide schizophrène, s'organiserait en quatre étapes successives.

- La première étape constituerait « la situation dangereuse » où le sujet, après une accumulation de frustrations et d'échecs, se sent menacé, dans une impasse.
- La deuxième étape correspondrait à la recherche de causes, le sujet ressentant alors le monde extérieur comme source de danger.
- La troisième étape correspondrait à la recherche de solutions par l'évitement, la demande d'aide ou la construction de défenses psychotiques à type de contenus délirants d'invulnérabilité.
- La quatrième étape, l'homicide, serait une tentative inadéquate de résolution dangereuse.

On voit là que le « potentiel hétéroagressif du sujet provient de la répercussion émotionnelle du délire » (125).

En mettant à jour la dynamique menant au passage à l'acte homicide du schizophrène, Richard-Devantoy et al. proposent, à la manière d'un entretien suicidant, de pourvoir repérer les facteurs de risque et de mettre en évidence un éventuel scénario homicide, son imminence et d'évaluer le danger (accessibilité et létalité du moyen choisi pour le passage à l'acte). Le fait que le praticien puisse exprimer au patient ses opinions et arguments quant à sa dangerosité serait alors l'opportunité pour ce dernier de reconnaître son risque de violence et donc de l'éviter.

### iv) Profils de patients violents :

Senninger (126) distingue cinq trajectoires criminelles pathologiques avec des moments privilégiés de production de la violence dans le parcours de la maladie :

- Le patient dangereux précoce inaugure, en apparence, ses troubles par un acte criminel, à l'exemple du crime immotivé du schizophrène ;
- Le patient dangereux tardif requiert une longue maturation de ses troubles avant le passage à l'acte criminel, à l'exemple du délirant persécuté paranoïaque ;
- Le patient dangereux par intermittence se manifeste au fil de l'évolution discontinue de sa maladie, à l'exemple du bipolaire ;

- Le patient dangereux aigu passe à l'acte de façon brutale et imprévisible dans le cadre, par exemple, d'une bouffée délirante ;
- Le patient dangereux chronique pour lequel la violence est apparemment une modalité d'existence, à l'exemple du psychopathe.

Dans ce modèle, il n'y a pas de concordance entre le type d'agression et l'évolution pathologique. Il propose alors un autre niveau d'analyse, celui des syndromes pathologiques :

- Le dépressif tuant les êtres les plus proches affectivement, dans une double démarche autopunitive et par pitié pour des êtres chers perçus comme étant dans une souffrance indicible ;
- Le maniaque, en prise avec un vécu d'immédiateté et de toute puissance, tuant celui qui vient à s'opposer ;
- Celui en proie à la production d'une néo-réalité hallucinatoire et délirante dont le vécu immédiat est à ce point terrifiant qu'il impose une réaction défensive par l'attaque ;
- Les formes d'altération de l'affectivité dans le cadre des déficiences intellectuelles caractérisées par l'immaturité affective, la suggestibilité, le sentiment d'infériorité qui génèrent irritabilité et intolérance à la frustration ;
- L'éthylisme aigu et l'alcoolisme chronique, soit en raison de la désinhibition des pulsions et de l'amplification des affects de haine soit par déstructuration du psychisme, peut produire un état dangereux ;
- Le pervers sexuel en quête d'une victime-objet déshumanisé agit quand il est confronté avec acuité à sa fragilité narcissique ;
- Le psychopathe qui produit l'acte agressif pour éviter un anéantissement psychique en lien avec un vécu abandonnique primitif ;
- Le schizophrène dissocié commet son crime, qui est pour lui un réel traumatisme psychique, pour résoudre sa relation chaotique à l'autre en l'anéantissant ;
- Le délirant réalise sa réaction agressive après épuisement des autres moyens de défense possible.

Joyal, cité par Gourevitch (77), propose de distinguer les patients schizophrènes violents en trois sous-groupes :

- Les patients ayant un triple diagnostic : schizophrénie, abus d'alcool et personnalité antisociale ; dans ce groupe, la violence typiquement non planifiée, vise généralement un ami (le plus souvent consommateur avec l'agresseur avant le passage à l'acte) ; le risque de récidive est élevé ;
- Les patients schizophrènes évoluant depuis plusieurs années et présentant des troubles neurologiques et/ou neuropsychologiques ; la violence souvent verbale ou dirigée vers des objets est non planifiée, souvent en réaction à une situation de frustration de la vie quotidienne ; elle occasionne rarement des blessures graves ; dans ce groupe, la récidive violente est importante ;
- Les schizophrènes paranoïdes, dont la violence semble directement en lien avec un délire de persécution, d'influence ou de grandeur ; le geste violent est alors souvent mieux préparé et dirigé contre un membre de la famille ; les antécédents de violence sont rares et le taux de récidive est faible, souvent tributaire de la poursuite ou de l'arrêt des soins.

Hodgins et al. (127) identifient deux profils de schizophrènes violents ou criminels, en fonction de la chronologie d'apparition des troubles :

- Les « early-starters » dont la délinquance débute avant l'apparition de la maladie. Ils se caractérisent par la présence d'un trouble de personnalité prémorbide de type antisocial, par un meilleur niveau de fonctionnement social, par une exposition plus précoce aux toxiques, par une plus grande tendance à la rupture de soins et par un risque plus marqué de récidive violente grave.
- Les « late-starters » dont les actes délictueux débutent plus tardivement (après 18 ans), après le début des troubles psychiatriques. Ils seraient fréquemment en difficulté avec l'alcool, leur fonctionnement social serait moins bon, leurs victimes seraient plus fréquemment des proches ou des parents, et leur violence plus accessible aux traitements.

Gheorghiev et al. (100) associent les violences mineures à l'abus de substance, aux problèmes interpersonnels et sociaux (âge jeune, sexe féminin, absence ou activité professionnelle limitée, le fait de vivre avec sa famille ou des proches, le fait de ne pas se sentir compris par eux,

l'existence d'un contact récent avec la police) ; et les violences sévères à l'âge jeune, les problèmes développementaux au cours de l'enfance et les antécédents judiciaires(126).

On notera également que c'est la qualité de la violence qui distingue les hommes et les femmes violents atteints de trouble mental grave. En effet, bien que les femmes soient moins violentes que les hommes en population générale, elles tendent à devenir aussi violentes que le groupe des hommes malades lorsqu'elles souffrent d'un trouble mental grave. En revanche, les hommes gravement malades sont responsables de davantage de blessures sérieuses que les patientes et sont donc plus souvent arrêtés que les femmes (79).

## 5) Prise en charge hospitalière des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental :

### a) Population concernée :

Comme nous l'avons vu, il n'existe pas de clinique de l'abolition du discernement, cette dernière étant à rechercher dans le lien de causalité entre la pathologie mentale et le passage à l'acte infractionnel.

Le rapport de commission d'audition sur l'expertise psychiatrique pénale (44) rappelle que dans aucun pays il n'a été possible de lister tous les états pathologiques conduisant *a priori* à une proposition d'abolition du discernement, mais cite cependant une liste de pathologies entrant dans ce cadre pour la plupart des experts : les psychoses schizophréniques, les psychoses paranoïaques chroniques, les bouffées délirantes, les épisodes aigus des troubles bipolaires et les troubles dépressifs sévères ou les troubles confusionnels.

Coutanceau (128) précise : « la psychose en poussée aiguë (schizophrénie ou délire chronique avec éléments délirants francs au premier plan) ; la dépression majeure à tonalité mélancoliforme avec présence d'éléments délirants ; l'état de déficit intellectuel de type débilité moyenne ou profonde ; l'état de détérioration mentale (lié à l'âge), en phase d'état ».

## b) Objectifs de la prise en charge :

L'objectif principal de la prise en charge est avant tout le soin de la pathologie psychiatrique. Le malade mental ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale est un patient parmi les autres, à qui l'on va prodiguer les mêmes soins qu'aux autres patients.

Cette prise en charge contient cependant quelques spécificités : le passage à l'acte, notamment s'il s'agit d'un parricide ou d'un infanticide, va entraîner des réaménagements dans la vie du patient, qu'il faut accompagner.

Il est également important de comprendre et de travailler la dynamique du passage à l'acte infractionnel, afin de le replacer dans la vie du patient et de mettre à jour les liens avec la pathologie mentale. Cette démarche permettra d'y donner du sens au passage à l'acte pour le patient, et s'inscrit dans une logique de prévention de la récidive. Pour Gravier (114), « le psychiatre peut contribuer à la prévention de la récidive en restant au plus près de son art en obéissant à une pratique rigoureuse fondée sur la séparation stricte des fonctions expertales et thérapeutiques et sur une démarche clinique qui ressortit d'une sémiologie solide, d'une démarche diagnostique étayée par l'observation clinique et d'une évaluation thérapeutique au plus près des possibilités de mobilisation effective de la personne ».

Les équipes soignantes jouent un rôle dans la déstigmatisation, en favorisant la réinsertion sociale du patient. L'accompagnement vers une vie à l'extérieur de l'hôpital, de manière progressive, participe également à la prévention de passages à l'acte violents (22).

Bien qu'il ne soit jamais évident d'emblée que tous les malades hospitalisés à la suite d'un crime deviendront des patients difficiles à soigner, il arrive souvent que ces deux catégories de sujets soient confondues (129). Leur prise en charge peut mettre à mal les soignants, et nous verrons l'importance du maintien d'une cohésion d'équipe et d'un cadre institutionnel.

Nous insisterons également sur l'importance de la poursuite de soins réguliers et sur le long terme à la suite d'hospitalisations souvent longues.

### c) Les structures hospitalières :

#### i) L'hôpital de secteur :

Sauf cas particulier, où le patient présenterait des troubles du comportement importants et indication médicale spécifique, la structure d'accueil est l'hôpital de secteur.

Selon les hôpitaux et les situations, le patient est hospitalisé sur un secteur où il a déjà été pris en charge, ou sur le secteur dont il dépend à la date de son entrée.

Il peut être accueilli, en fonction de sa pathologie, de la clinique qu'il présente, et de la politique du service, sur une unité fermée ou une unité ouverte. Certaines équipes, au cours de la période d'observation, placent le patient en chambre d'isolement ou imposent le port d'un pyjama.

#### ii) Les unités pour malades difficiles :

Si l'état clinique du patient le nécessite, c'est-à-dire s'il présente « pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (28), il peut être transféré sur une unité pour malades difficiles (UMD), unités « spécialement organisées à l'effet de mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté particulières adaptés à l'état des patients » hospitalisés en SDRE (130).

Les UMD sont des unités interrégionales implantées dans un centre hospitalier spécialisé (131). Leur fonctionnement est réglementé depuis 1986. Elles sont les héritières des établissements de sûreté avec leurs « quartiers d'aliénés difficiles », créés d'abord en 1840 à Bicêtre et à Grenoble, suivis par l'annexe psychiatrique pour condamnés aliénés et épileptiques à la Centrale de Gaillon dirigée par Henri Colin, de 1876 à 1894, puis par la 3e section de l'asile de Villejuif qui, à partir de mars 1910 a reçu les « aliénés vicieux, difficiles et criminels » (21).

Elles accueillent les patients hospitalisés en SDRE simple, les patients hospitalisés en SDRE suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale et les détenus hospitalisés en SDRE, selon l'article D 398 du CPP.

L'entrée en UMD est prononcée par arrêté préfectoral, sur proposition d'un médecin participant à la prise en charge du patient, et avec l'accord du psychiatre responsable de l'UMD.

La sortie est décidée par la commission du suivi médical, composée d'un médecin inspecteur de santé publique, trois psychiatres hospitaliers et leurs suppléants. Le dossier du patient est évalué au moins tous les 6 mois par cette commission. Dans la plupart des cas, la sortie se fait vers l'établissement d'origine (131).

Dans ces unités, l'architecture est adaptée à la prise en charge des patients difficiles : le nombre de lits est limité, l'enceinte est sécurisée, et l'accès à des espaces extérieurs ainsi qu'à des espaces d'activité est possible (132).

Le personnel est plus nombreux et plus centré sur la gestion et la prévention de la violence qu'en service de psychiatrie générale. Les équipes sont pluridisciplinaires, composées d'infirmiers, aides-soignants, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, éducateurs, assistants sociaux et médecins.

L'objectif est d'améliorer le comportement du patient pour permettre sa prise en charge par le service de secteur.

Les outils de travail sont basés sur les soins, le traitement institutionnel avec la structure et son cadre fermé, les règles à respecter, l'isolement, les entretiens, les activités, l'éducation et le traitement médicamenteux (131). Un contrat de soins, défini au début de l'hospitalisation, permet au patient de devenir acteur de son traitement. La prise en charge psychologique, les activités thérapeutiques à médiation corporelle, artistique, culturelle, occupationnelle ou ludique et les ateliers d'ergothérapie offrent une ouverture dans l'expression des sentiments du patient et exutoires de la violence.

La prise en charge est échelonnée en étapes, permettant au patient se repérer : une phase d'observation en chambre sécurisée de quelques jours suivie d'une phase d'intégration au groupe où sont évaluées les capacités relationnelles, l'acceptation des règles et les réactions face à la frustration. L'intégration aux activités se fait progressivement, des sorties accompagnées peuvent être proposées. Des liens sont maintenus avec l'équipe de secteur, permettant de diminuer les craintes du patient pour le retour et de percevoir l'évolution de son comportement (131).

Pour Roche (131) : « ce lieu fermé propose un espace de parole qui permet au patient de se réapproprier ses actes puisqu'il ne peut plus les fuir ou se fuir. En outre, il a l'occasion de déposer ses angoisses et sa souffrance. La contrainte permet d'appliquer une observance thérapeutique privilégiée grâce à l'observation des comportements en continu et la prise des traitements sous surveillance ».

### iii) Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques :

Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP), sont des structures de soins départementales, rattachées à un centre hospitalier. Elles s'inscrivent dans le dispositif de soins entre les services de psychiatrie générale et les UMD, permettant une démarche graduée de réponse dans la prise en charge des patients difficiles (133).

Comme les UMD, elles disposent d'équipes renforcées et formées à ce type de prise en charge et d'une architecture adaptée, offrant un cadre contenant et sécurisant au patient (134). Le but est l'évaluation de la dangerosité et des comportements violents, puis l'atténuation des troubles du comportement afin de lui permettre de retrouver un comportement social adapté pour sa réinsertion dans un processus de soins en psychiatrie générale (134).

Les patients qui y sont accueillis sont hospitalisés sous contrainte, à la demande d'un tiers ou du représentant de l'état. Le séjour a une durée limitée et s'étend rarement au-delà de 2 mois. Cette prise en charge permet à l'équipe de secteur de prendre de la distance avec la clinique présentée le patient qui peut parfois créer un épuisement, et ainsi de pouvoir y poser un regard extérieur (87).

L'environnement est caractérisé par des règles spécifiques de fonctionnement. La prise en charge se base sur un plan de soins personnalisé établi dès l'entrée du patient. La prise en charge médicale et infirmière se fait autour d'axes diversifiés : entretiens dans un but d'analyse clinique et diagnostique, contrats individuels revus et adaptés suivant l'évolution des patients, activités d'expression, bilans psychologiques avec passation de tests d'intelligence ou de personnalité, rencontres avec l'assistante sociale (134).

La sortie se fait vers le secteur d'origine avec qui l'équipe d'accueil aura eu des échanges réguliers.

### d) Le cadre institutionnel :

La présence de patients potentiellement violents en hospitalisation peut créer des réactions variées chez les soignants qui visent le plus souvent à se protéger d'affects angoissants et insécurisants. Or des réactions contre-transférentielles de l'équipe envers un patient entraînent des distorsions dans les communications interpersonnelles au sein des unités et peuvent aggraver sa pathologie et éventuellement amener des passages à l'acte violents en créant un climat d'angoisse mutuel (135). Le Bihan et al. (134) rappellent que le souci d'éviter que la structure de soins n'engendre sa propre violence institutionnelle et n'entretienne une pathologie de la violence secondaire doit être constant.

Pour Balier (136), le cadre institutionnel doit être suffisamment solide pour « éviter aux soignants d'être détruits ». Les forces de projection des patients sur les soignants peuvent être considérables et « peuvent conduire des fragments d'équipe à jouer entre eux des conflits que le patient ne peut gérer par lui-même ».

En présence d'un cadre institutionnel structuré, les soignants sont plus disponibles et en capacité d'être rassurants pour les patients, et le service peut tenir un rôle structurant, apaisant et protecteur (133).

Ce cadre institutionnel est tenu de différentes manières. Il passe tout d'abord par l'établissement de règles de service qui doivent être exposées au patient dès son entrée, et explicitées. Il est important que le patient comprenne ces règles afin de pouvoir mieux les accepter et qu'elles ne soient pas vécues comme coercitives (134).

Plusieurs auteurs mettent en avant l'intérêt d'un plan de soins individualisé pour chaque patient (131,134,137,138). Ce plan est élaboré après une période d'évaluation, en équipe, et doit être revu avec le patient afin d'obtenir son adhésion aux soins qui lui sont proposés. Il doit être réévalué et adapté régulièrement, selon la progression du patient.

Pour Pilon (137), les rôles et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe doivent être définis afin d'éviter un phénomène de discontinuité et d'incohérence dans les soins.

La cohérence de l'équipe soignante repose essentiellement sur la communication et l'échange d'informations. L'organisation de réunions cliniques pluridisciplinaires régulières favorise cet échange. Gravier et Surprenant (135) évoquent l'importance de ces échanges, qui permettent

de confronter les vécus différents de chaque intervenant face à un patient. « Il faut se garder le jeu de la psychose qui projette ses tendances morcellantes et irréconciliables sur l'équipe. Il faut pouvoir provoquer un échange dialectique plutôt qu'un affrontement sans fin, ce qui a souvent entraîné l'éclatement des équipes. La dimension collective de la réflexion autour d'un patient nous paraît être la seule possibilité d'arriver à une vision plus objective des possibilités et des demandes du patient, car elle répond à de réelles nécessités économiques et dynamiques en autant que l'on considère les facteurs d'investissement transférentiel ».

Ils nous font partager leur expérience : « plus nos interventions étaient rassurantes […] quand les intervenants s'exprimaient sur leur vécu face aux malades dont ils avaient la charge, plus la relation avec ceux-ci s'améliorait et plus facilement nous pouvions mettre à jour les conflits profonds de nos patients et ainsi apprécier le potentiel de danger que ceux-ci représentaient face à nous » (135).

## e) Approches thérapeutiques :

Nous tenterons d'appréhender ici les apports des différentes approches thérapeutiques dans la prise en charge de patients ayant commis des actes médico-légaux et donc potentiellement à risque de passage à l'acte violent.

### i) Psychodynamique :

Pour le courant psychodynamique, c'est l'intérêt de la compréhension du sujet, de sa clinique, et de la dynamique de son passage à l'acte qui prime, afin d'y mettre un sens et éviter la répétition. Les soignants ont alors un rôle d'accompagnement à la compréhension des agirs et à la mise en mots afin d'aider à la reconstruction.

Pour Alezrah : « soigner, c'est d'abord se questionner sur le sens des symptômes, sur l'histoire du sujet, sur son humanité, et pas simplement comptabiliser une suite de comportements pour y répondre en miroir » (88).

Pour Gravier, la dangerosité des patients est la « conjonction entre une trajectoire individuelle violente, et une vulnérabilité familiale, personnelle et sociale qui lui fait écho. Si elle est portée par un sujet auteur des actes qui lui imputés, elle ne peut être comprise donc anticipée qu'au prix d'un travail de déconstruction et d'identification des paramètres en jeu, qui restitue le patient dans son vécu pathologique et le met en perspective avec la menace qu'il fait vivre à son entourage, le contexte affectif, professionnel et addictif dans lequel il évolue » (139).

Pour Susini (35), « le psychotique revendique sa volonté de se couper de l'autre qui le manipule, de se couper de l'objet auquel il est identifié. Il tente de résoudre en tranchant par un sacrifice la séparation qui lui permettrait de se représenter comme sujet. Séparation bien souvent à renouveler dans l'acte qui tend à se répéter, car impossible de structure […]. Il est du rôle du soignant, […] de déployer la dimension subjective de l'acte du psychotique, d'en reconstruire avec lui la logique ».

Pour Balier, cité par Senon (89) : « la démarche psychanalytique plus que toute autre, a pour objectif d'inviter le sujet à se découvrir comme tel et, par cela même, à situer l'autre. Elle s'adresse aussi bien au criminel jugé responsable de ses actes qu'à celui considéré comme malade, sachant que la plupart du temps, les limites sont floues et varient en fonction de l'époque et des circonstances ». Dans *Psychanalyse des comportements violents* (136), il nous rappelle la fonction de pare-excitation tenue par l'institution qui doit « offrir des identifications permettant au patient de figurer ce qui pour lui n'est pas figurable car trop angoissant ». La préoccupation des soignants doit être de rester des objets externes avec leur réalité différente et leur Idéal du Moi propre, tout en étant le lieu de projections internes auxquelles ils doivent faire face, permettant alors l'apaisement des angoisses morcellantes lorsque la tension interne est mal élaborée : « le support d'un objet externe est indispensable à tout travail fantasmatique sur l'objet interne chaque fois que l'excitation et la tension d'excitation, la violence d'une fantasmatique mal élaborée, sont menaçantes pour l'unité du Moi ».

Gravier et Surprenant (135) nous éclairent de leur expérience concernant la prise en charge de patients psychotiques « dangereux » dans un service sécuritaire à l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Ils rappellent la nécessité de s' « adresser à la personne souffrante plutôt qu'au déviant exclu » en tentant de mettre de côté la dimension criminelle du patient qui pourrait creuser un espace dans la relation thérapeutique. Pour eux, « c'est la façon dont s'articule le délit avec la personnalité du patient, son vécu antérieur et son vécu actuel qui va nous permettre

d'aborder cette problématique, c'est-à-dire la nécessité d'une approche thérapeutique fortement individualisée ».

La thérapie doit avoir un caractère restaurateur, et l'institution doit permettre au patient de vivre une expérience que son passé, son histoire et son organisation psychique ne lui ont pas permis de vivre et d'intégrer. L'hôpital doit constituer une étape dans la vie du patient qui lui permettra par la suite d'être confronté à la réalité extérieure. « Ce travail ne peut s'effectuer qu'en favorisant le désir et la capacité de reconstituer le bon objet interne et externe. Les restaurations réussies des objets du psychotique lui permettent d'augmenter sa confiance en sa capacité d'aimer et ainsi sa propre haine devient moins effrayante. Cette étape indispensable passe obligatoirement par la répétition de pertes et de récupérations ressenties comme une destruction par la haine et une re-création par l'amour. Seule une relation transférentielle authentique peut permettre aux patients de franchir ces étapes décisives, il est donc fondamental pour nous de pouvoir comprendre leurs résistances » (135). Les soignants ont alors pour rôle d'accompagner ce travail de restauration et de permettre au patient de redécouvrir l'extérieur avec moins d'angoisse. Ces angoisses s'expriment régulièrement par des passages à l'acte violents, qui devront être compris et acceptés : « l'acceptation par l'institution de l' « acting out » entraînera bien souvent non pas un renforcement des réactions de défense vis-à-vis d'elle, mais au contraire un renforcement de la relation » (135). Si cette relation est solide, elle permet au patient de communiquer son vécu et l'aide ainsi à se différencier, permettant « l'heureux aboutissement de ce processus maturant dit de « personnation » qui délimite le dépassement de la zone de fonctionnement psychotique et l'entrée dans la problématique névrotique et normale » (135).

Pilon (137) évoque sous un angle différent la prise en charge d'une population de psychotiques criminalisée et institutionnalisée. Pour lui, la violence représente un mal-être se traduisant par l'agir : le langage non verbal utilise le corps pour exprimer les affects à la différence du langage verbal qui tente de mettre en mots les émotions et les désirs ; le comportement violent est alors une manière infantile de communiquer certains aspects de sa personne, l'immaturité affective étant en décalage avec la maturation physiologique chez ces patients. Le but de la prise en charge est donc de les accompagner dans cette maturation.

La stratégie thérapeutique adoptée est celle d'un accompagnement empathique et relationnel plutôt qu'un encadrement strict de coercition ou d'extinction du comportement. L'équipe accompagne le patient dans la découverte de ses désirs et de son monde intérieur afin de l'aider

à cheminer vers une maturation affective. Les comportements pathologiques sont systématiquement reflétés au malade, et il est accompagné dans l'apprentissage de l'élaboration par la parole de ses difficultés relationnelles. La tolérance des comportements violents est adaptée à l'évolution du patient. La compréhension par l'équipe du « pattern agressif » du patient permet de diminuer les mesures coercitives et d'identifier les moyens pertinents pour prévenir le passage à l'acte. De même que, plus un patient approfondit sa compréhension de son agir violent, plus il est en mesure d'aider l'équipe à choisir des solutions pour l'aider à se maîtriser en situation de grandes tensions. « Nous assistons là au déroulement du processus d'évolution sur le continuum qui va de l'impulsivité à la maîtrise des pulsions » (137).

Pour cela, plusieurs moyens sont mis en œuvre.

- Un plan de soins individualisé, élaboré suite à une période d'observation de 2 mois et revu tous les 6 mois permet de mettre en place une stratégie d'intervention à l'égard des comportements violents applicable à toute l'équipe, afin d'éviter une discontinuité et une incohérence dans les réponses qui leur sont données. Le but est de contraindre le patient à s'exprimer autrement et qu'il prenne conscience du sens de ses manifestations agressives, un lien avec l'infraction pouvant être proposé.
- C'est la personne de référence (infirmier ou éducateur) qui supervise ce plan de soins et fait un bilan avec le patient deux fois par mois.
- La communication au sein de l'équipe est favorisée par des réunions hebdomadaires où peuvent être échangées les réactions contre-transférentielles suscitées par le patient.
- Afin d'éviter un phénomène de chronicisation, le milieu de vie est organisé afin de responsabiliser les patients et les rendre autonomes en reproduisant la vie telle qu'elle se déroule à l'extérieur (hygiène, prise des traitements…) et des activités rémunérées par des coupons lui permettant de se payer des collations ou des sorties de groupe.
- Les différents apports thérapeutiques sont associés : pharmacothérapie, psychothérapie, techniques rééducatives, etc.

### ii) Les thérapies cognitivo-comportementales :

Les thérapies cogntivo-comportementales (TCC) abordent la prise en charge de cette population de patients sous différents angles.

Pour Bouchard (124,140), la finalité du traitement et de la prise en charge doit être la restructuration de l'univers cognitif perturbé, qui peut parfois devenir criminogène. Il s'appuie sur la théorie de Slade pour qui les troubles psychotiques peuvent être considérés comme des biais du traitement de l'information. Le sujet développe sa conviction délirante car des distorsions cognitives ne lui ont pas permis d'analyser la situation émotionnelle stressante et d'y réagir de façon adaptée. L'atténuation, voire la disparition de ces convictions et de la symptomatologie associée sont donc les buts recherchés. « Ces traitements, en modifiant ou, dans le meilleur des cas, en tarissant les croyances erronées et, par là même, en abrasant la dynamique criminogène, semblent donc avoir une forte valeur préventive et curative par rapport aux risques de passages à l'acte violents » (140).

Il illustre cette théorie par un exemple de prise en charge couronnée de succès d'un patient psychotique ayant commis un homicide (141), poussé par la conviction délirante d'avoir été infecté par le virus du SIDA, conviction délirante apparue au décours d'une situation affective et émotionnelle stressante occasionnée par des évènements de vie importants qu'il n'a pu traiter en raison de distorsions cognitives importantes. Cette thérapie s'est déroulée sur douze séances où il a utilisé « la méthode socratique de modification de la croyance » associée à des techniques de décentration cognitive : délivrance d'informations simples et objectives sur le sida, jeux de rôle, analyse du discours et de la présentation du patient, analyse d'autres erreurs d'interprétation, restructuration cognitive et incitation à l'élargissement du champ d'intérêt et d'activité.

Birchwood et al. (142) se sont intéressés au traitement des injonctions hallucinatoires chez les patients psychotiques. La technique utilisée a pour but la modification des croyances suivantes : la voix a un contrôle total sur le patient ; l'individu doit obéir à la voix, ou il sera sévèrement puni ; l'identité donnée à la voix ; et l'interprétation qui est faite de la voix. Leur hypothèse de base est que la modification des croyances liées aux injonctions hallucinatoires diminue le risque de passage à l'acte violent auto ou hétéroagressif. Leur étude montre des résultats positifs en ce sens, comparé à un traitement par TCC simple, appliqué à ce symptôme spécifique.

Ahmed et al. (143) ont, eux, travaillé sur les troubles neurocognitifs chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs et hospitalisés suite à un passage à l'acte médico-légal. Ils ont montré qu'un traitement par remédiation cognitive diminuait l'incidence des agressions verbales et physiques perpétrées par ces patients. Le traitement améliorait l'attention, la mémoire de travail, la mémoire verbale et les cognitions dans leur ensemble. Ils

font donc l'hypothèse que la remédiation cognitive a permis une amélioration du contrôle émotionnel et de l'agressivité en améliorant les capacités cognitives, permettant ainsi aux patients de pouvoir répondre de manière plus adaptée aux évènements vécus comme des provocations. La remédiation cognitive, en améliorant l'insight des patients autour de leur pathologie, pourrait aussi permettre une meilleure adhérence au traitement, dont on sait qu'il s'agit d'un facteur de risque de violence lorsqu'elle est mauvaise. L'amélioration des capacités cognitives pourrait également permettre une amélioration de l'efficacité des interventions psychosociales visant la gestion de la colère et l'apprentissage des habiletés sociales, où l'on apprend aux patients à réguler leurs émotions et à exprimer leur mécontentement de manière appropriée.

Gorenstein et al. (144) ont quant à eux établi un programme de TCC visant la réduction de la colère. Ce programme de 12 séances utilise la relaxation, des techniques d'exposition, de la restructuration cognitive, et l'inhibition des réactions inappropriées dans un but de réduction des réactions violentes, en abaissant le seuil de colère interne.

Nous avons vu le rôle joué par la comorbidité d'une pathologie psychiatrique avec un trouble de la personnalité antisociale dans le risque de passage à l'acte violent. Des programmes de TCC ont montré leur efficacité sur ce type de personnalité, et Hodgins et al. (145) s'intéressent à l'application de ces thérapies chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Haddock et al. (146) se sont penchés sur la question des addictions, autre facteur associé au risque de violence chez les patients souffrant d'une pathologie mentale. Ils proposent un programme de prise en charge de la comorbidité schizophrénie-abus de substance. Ce programme s'étendant sur une période de neuf mois, vise l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage en réduisant l'impact et la sévérité des symptômes psychotiques et des consommations en utilisation l'entretien motivationnel et des techniques de TCC. L'étude montre des résultats positifs.

#### iii) Les activités et les groupes thérapeutiques :

Les activités thérapeutiques avec médiateur permettent d'avoir une approche différente du tête à tête parfois angoissant des entretiens. Elles permettent, selon le médiateur utilisé, de travailler

sur l'image de soi, le respect mutuel ; elles peuvent avoir une dimension éducative et de resocialisation portant sur les actes de la vie quotidienne (134).

Les groupes thérapeutiques ont des fonctions identificatoires, de contenance et de transitionnalité permettant un travail psychique. La confrontation à l'intersubjectivité est médiatisée, étayée par le dispositif thérapeutique, tel qu'il a été pensé par le thérapeute. Les processus primaires plus archaïques peuvent trouver plusieurs lieux d'expression au sein du groupe.

Hillbrand et Young, cités par Millaud et al. (138), mettent en avant l'intérêt des groupes thérapeutiques pour les auteurs de parricide qui, en réunissant des personnes qui vivent le même drame, leur offre un support, contribuent à briser l'impression d'être le seul à avoir commis un crime de cette nature, et les aident à se distancier de leur crime et se réconcilier un peu avec eux-mêmes.

### iv) Proposition de prise en charge après un parricide psychotique :

Le parricide est le fait de commettre un homicide sur la personne de sa mère, son père ou tout autre ascendant légitime.

Chez les patients psychotiques irresponsabilisés, il n'est pas rare que le passage à l'acte ayant conduit aux poursuites judicaires soit un parricide. Une étude québécoise récente montrait ainsi que 42% des auteurs de parricides étaient jugés irresponsables pénalement.

Millaud et al. nous proposent un modèle de prise en charge des parricides psychotiques, telle qu'elle est appliquée dans leur service, à l'Institut Philippe Pinel (IPP), à Montréal.

Le parricide, par la particularité du lien entre auteur et victime, entraîne des réaménagements importants. Il provoque des réactions traumatiques intenses chez les patients et leurs familles. Chez le patient, elles sont le plus souvent différées en raison de l'adhésion à des convictions délirantes et de différents mécanismes de défense, dont le déni qui peut être total ou partiel. Une fois les mécanismes de défense levés, et lorsque le patient prend pleine conscience de son geste, des idées suicidaires peuvent apparaître. D'autre part, le parricide implique des deuils multiples et complexes pour lesquels l'acceptation n'est jamais totale : deuil de sa victime, de

son image, des relations avec son entourage. Les réaménagements des relations familiales peuvent s'étendre sur plusieurs années, pendant lesquelles le patient doit être accompagné.

La durée de séjour suite à un parricide par un patient psychotique est en moyenne de 3 ans à l'IPP, mais varie pour chaque patient, en fonction, entre autres, de la stabilité de l'état mental, l'autocritique face à la pathologie psychiatrique et la dangerosité associée, ainsi que l'acceptation des traitements.

L'équipe multidisciplinaire (infirmiers, éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, psychologue, criminologue, psychiatre) et les modalités thérapeutiques (pharmacothérapie, psychothérapie individuelle et de groupe, accompagnement, interventions rééducatives au quotidien, etc) s'inscrivent dans une philosophie de thérapie de milieu.

La prise en charge est échelonnée en quatre temps.

### *(1) Temps 1 :*

La prise en charge débute par une période d'évaluation au cours de laquelle l'équipe prend connaissance de l'ensemble du dossier médical et judiciaire. Le but est le ciblage des facteurs de risque de violence et la mise en évidence des contextes dans lesquels le patient a été violent, ainsi que l'identification des facteurs de protection et des ressources, dans l'entourage.

Sur cette période, le patient est évalué par les différents membres de l'équipe : les éducateurs et les infirmiers observent l'adaptation du patient au groupe, la symptomatologie et les troubles du comportement ; le médecin adapte le traitement ; une évaluation criminologique est systématique, ainsi qu'une évaluation psychologique et/ou neuropsychologique.

A l'entrée, le risque de violence est évalué à l'aide d'un instrument d'évaluation structuré. Les progrès du patient sont mesurés par un « outil d'évaluation des progrès en traitement des psychotiques violents ».

Les idées suicidaires sont très fréquentes à ce stade et souvent réactivées à des dates anniversaire (Noël, anniversaire du parricide, de la victime...). Les soignants doivent alors écouter, accompagner et rassurer.

Avec l'accord du patient, un premier contact est établi avec la famille. Il va être l'occasion d'évaluer la distance qu'elle souhaite instaurer avec le patient.

### *(2) Temps 2 :*

Suite à cette période d'évaluation, un plan de traitement est élaboré incluant des aspects spécifiques au geste parricide et des aspects non spécifiques.

Le traitement est principalement axé sur le déni (de la maladie, de la violence, de la dangerosité et des conséquences du délit pour lui et pour ses proches). Un travail progressif doit être fait sur l'acceptation des mises à distance et des ruptures relationnelles.

De plus, un travail thérapeutique sur la relation avec la victime dans la phase pré et post-morbide ainsi que le contexte du geste homicide permet d'amener le patient à faire une distinction entre le fils et le tueur. La réappropriation du geste homicide, la connaissance de la sémiologie, et la compréhension psychopathologique s'avèrent fondamentales dans une perspective clinique préventive.

La difficulté à accepter le délit et ses conséquences ainsi que la maladie et les traitements associés créé de la colère et de la rage contre soi qui sont souvent projetées contre le milieu et l'équipe soignante et des transgressions parfois violentes peuvent se produire. Les équipes doivent y faire face et tenter d'y mettre du sens.

Lorsque le processus de deuil est plus avancé, le désir de réparation apparaît. Le patient peut par exemple demander à se rendre sur la tombe de la victime.

Les auteurs notent les bénéfices observés en lien avec le regroupement de patients ayant commis des homicides intrafamiliaux dans une même unité de soins. "Le fait de côtoyer des pairs qui ont commis l'innommable permet de sortir de l'isolement, de pouvoir partager une certaine souffrance, ce qui a un impact sur la perception d'eux-mêmes et leur culpabilité". De plus, l'expérience clinique de l'équipe traitante a un effet rassurant chez les patients et leur famille et favorise la création d'une meilleure alliance thérapeutique.

Les liens avec la famille sont entretenus, des rencontres avec le patient, dans un premier temps en présence de soignants, peuvent être organisées. Les principes du traitement leur sont alors exposés et le patient est invité à parler des sujets qui le préoccupent quant aux liens familiaux.

### *(3) Temps 3 :*

La troisième étape repose sur la réinsertion sociale. Elle peut intervenir lorsque le patient est prêt à sortir du cadre sécuritaire de l'hôpital : il faut que le patient ait avancé sur l'acceptation de la pathologie psychiatrique, des traitements, la connaissance des éléments de sa dangerosité, et qu'il ait pu franchir les étapes du deuil.

Elle est graduelle : après avoir effectué des sorties accompagnées en individuel et en groupe, le patient a la possibilité de faire des sorties seul. Il est alors orienté vers des activités structurées en externe dont la fréquence augmente progressivement. Les sorties avec les membres de la famille se font en fonction de leur souhait.

Cette étape s'échelonne sur de nombreux mois, mais génère toujours une augmentation de l'anxiété chez le patient et sa famille. Ce processus de réinsertion sociale signe un moment d'espoir et de changement. Les sorties à l'extérieur servent d'épreuve de vérité et de réalité quant à certaines attentes (au niveau relationnel et en termes d'autonomie). Les patients prennent peu à peu conscience de l'impact de leur geste sur leur famille immédiate et élargie mais aussi sur leur communauté locale et sur la société via les médias et les réseaux sociaux. Ils doivent être accompagnés et supportés par l'équipe pour maintenir un espoir d'une vie meilleure qui tient compte des capacités réelles.

### *(4) Temps 4 :*

Lorsque le patient est prêt, on peut envisager une sortie de l'unité d'hospitalisation. Il est orienté vers une structure d'hébergement adaptée.

Un suivi psychiatrique, psychosocial et infirmier est instauré avec un intervenant ressource.

Pour les auteurs, le maintien de soins sous contrainte (« mandat légal ») sur une période de plusieurs années permet de valider la solidité des acquis du patient, sa capacité à demander de l'aide ou tout au moins à collaborer à une éventuelle mesure d'hospitalisation, et de documenter l'évolution de sa dangerosité. Pour de nombreux patients, « le mandat légal » a une fonction symbolique importante (punition, rôle paternel).

Après plusieurs années de stabilité clinique et en fonction de l'autocritique, de l'alliance développée avec l'équipe et de la collaboration aux soins, et la réduction significative de la dangerosité, le mandat légal peut être levé.

Les auteurs concluent en notant la faible réitération homicide chez les parricides psychotiques, les patients collaborant généralement bien au suivi clinique par crainte d'une éventuelle récidive.

### iv) La pharmacothérapie :

Le traitement pharmacologique doit être avant tout prescrit dans un but thérapeutique vis-à-vis de la pathologie psychiatrique que présente le patient. Lorsque celui-ci est accueilli sur l'unité d'hospitalisation après une procédure d'instruction longue et qu'il a bénéficié de soins, celui-ci est bien souvent déjà mis en place.

En ce qui concerne les agirs violents, Coutanceau (147) rappelle la primauté de la clinique : « il s'agit avant tout de traiter la maladie de fond. Les agirs violents des schizophrènes ou des bipolaires doivent être analysés, « décortiqués », afin de repérer précisément le mécanisme morbide ayant présidé à l'action. Rappelons la primauté de la clinique avant la mise en place de stratégies chimiothérapiques ».

Pour Vacheron-Trystram et al. (148), les objectifs du traitement médicamenteux visent un triple effet thérapeutique à court et long terme : antipsychotique, tranquillisant et antiagressif.

Le traitement médicamenteux sera donc avant tout adapté à la pathologie du patient. Nous ne rappellerons pas ici les indications thérapeutiques liées à chaque pathologie.

Concernant les indications liées à l'agressivité et à l'impulsivité que peuvent présenter cette population de patients, les antipsychotiques sont les médicaments les plus prescrits.

Les neuroleptiques de seconde génération sont les traitements de première intention, du fait d'une efficacité au moins égale aux neuroleptiques conventionnels et d'une diminution du risque d'effets secondaires neurologiques extrapyramidaux et de dyskinésies tardives. Lorsqu'un neuroleptique de seconde génération n'est pas efficace à dose thérapeutique, on envisage dans un premier temps un switch pour un autre traitement de la même classe puis une éventuelle association ou la prescription d'un neuroleptique de première génération.

Du fait de leurs effets secondaires handicapant (effets anticholinergiques, hyperprolactinémie, effets neurologiques à type de dyskinésies tardives), les neuroleptiques de seconde génération ne doivent être envisagés qu'en seconde intention, si le patient ne répond pas aux antipsychotiques atypiques, y compris en association, ou s'il ne les tolère pas sur un plan métabolique (148).

Les thymorégulateurs de type anticonvulsivants peuvent être utilisés pour leur action anti-agressive ou de diminution de l'impulsivité.

En plus de ses propriétés thymorégulatrices, le lithium a des effets dans la schizophrénie et les troubles bipolaires sur l'agitation et l'excitation. Il a également montré son efficacité, en adjonction des traitements conventionnels lorsqu'il y a résistance dans les troubles schizophréniques et schizoaffectifs.

Dans certaines indications, les antidépresseurs sérotoninergiques peuvent être utilisés à visée anti-agressive et anti-impulsive (147).

Les benzodiazépines, quant à elles, peuvent être utilisées à visée d'appoint anxiolytique ou en association avec les neuroleptiques dont elles potentialisent les effets sédatifs. Leur durée de prescription doit cependant être limitée du fait de leurs effets indésirables tels que la dépendance, l'amnésie antérograde, et leurs possibles effets paradoxaux (agitation et agressivité).

### v) Les autres moyens thérapeutiques :

#### *(1) L'isolement :*

L'isolement thérapeutique existe depuis deux siècles. A l'époque, il était considéré comme un progrès majeur puisqu'il venait se substituer à la contention physique des malades par des entraves. De nos jours, il est encore utilisé dans des cas bien précis, et doit respecter des critères de qualité afin de ne pas aller à l'encontre du droit des malades et de maintenir le respect et la dignité de la personne.

Par définition, on peut considérer que tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce fait en isolement : cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique, conformément à la mission de soins des établissements de santé (149). L'isolement se fait sur prescription médicale.

Les indications d'isolement des patients proposées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, sont les suivantes (149) :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui quand les autres moyens de contrôle sont inefficaces ou inappropriés ;
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé nécessite des soins ;
- Isolement intégré dans un programme de soins ;
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations ;
- Utilisation à la demande du patient.

Cette indication doit être réévaluée toutes les 24 heures, suite à un examen psychiatrique.

Toute utilisation à titre non thérapeutique est prohibée ; cela concerne l'utilisation : à titre de punition, pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins, ou encore pour pallier au manque de personnel.

Il existe des contre-indications somatiques qui doivent être recherchées par le médecin prescripteur : insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique ou neurologique, et des contre-indications liées à la prise de toxique.

Les facteurs de risque éventuels doivent être repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place ; l'absence d'objet dangereux doit être vérifiée pendant le séjour. Ces facteurs de risque sont les suivants :

- Risque suicidaire ;
- Risque d'automutilation ;
- Risque de confusion ;
- Risque lié au traitement ;
- Risque métabolique.

### *(2) La contention :*

La contention, quant à elle, est un procédé thérapeutique qui consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard permettant de protéger le malade agité ou violent de s'automutiler ou de blesser son entourage (149).

Son utilisation doit être restreinte aux cas les plus graves et ne devrait pas dépasser quelques heures. Elle doit être réalisée avec un matériel adéquat, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.

La surveillance du patient, et notamment des points de contention doit être régulière afin d'éviter des complications somatiques à type d'escarres ou de maladie thromboembolique.

Le rapport Robiliard (150), en 2013, signale le recours problématique à la pratique de l'isolement thérapeutique et de la contention, le nombre de patients mis en isolement étant en augmentation et la durée moyenne de séjour en isolement s'agrandissant. Pour Pénochet, il s'agit d'un indicateur d'une souffrance des équipes psychiatriques : « plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée » (150).

### *(3) L'électroconvulsivothérapie :*

En cas de résistance au traitement pharmacologique, l'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utilisée dans certaines indications, en respectant les recommandations actuelles.

Le traitement consiste à provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne, sous anesthésie générale et avec une curarisation pour éviter les effets secondaires. Plusieurs séances sont répétées et espacées dans le temps.

L'ECT peut être considérée comme un traitement de première intention lorsqu'existe un risque vital à court terme ou lorsque l'état de santé d'un patient est incompatible avec l'utilisation d'une autre forme de thérapeutique efficace, lorsque le bénéfice attendu par les traitements classiques est faible, voire, dans une indication appropriée, à la demande du patient.

L'ECT est utilisée en deuxième intention après l'échec d'un traitement pharmacologique de référence, ou en raison de l'intolérance à un tel traitement, ou devant l'aggravation de l'état du patient.

Les indications sont les suivantes (151):

- Traitement de première intention pour les patients atteints de dépressions majeures psychotiques ou lorsque le pronostic vital est engagé (risque suicidaire, altération grave de l'état général) ;
- En deuxième intention, lorsque la thérapeutique pharmacologique de la dépression a échoué, ou a été mal tolérée ;
- En cas d'épisode maniaque aigu, elle est aussi efficace que le lithium ; elle permet d'obtenir une action rapide sur l'agitation et l'exaltation ;
- Elle peut être indiquée dans un tableau de manie délirante, de manie confuse ou de manie furieuse ;
- Bien que le traitement de première intention dans la schizophrénie soit la chimiothérapie neuroleptique, l'ECT peut être utilisée pour obtenir un soulagement rapide, à court terme dans les troubles schizoaffectifs, les syndromes paranoïdes aigus lorsque l'intensité de l'angoisse ou la thématique délirante font courir un risque de passage à l'acte, lorsque la symptomatologie thymique est au premier plan, dans la catatonie, ou lorsque les épisodes antérieurs ont été traités avec succès par ECT.
- Son association aux neuroleptiques peut être envisagée lorsque ceux-ci sont insuffisamment efficaces.

La contre-indication absolue est l'hypertension intracrânienne.

## f) La sortie et la réhabilitation sociale :

L'accompagnement vers la sortie a un rôle majeur pour le patient qui aura passé un temps long dans le milieu protecteur et contenant de l'hôpital.

La question de la sortie doit se poser dès le début de l'hospitalisation, et sa préparation doit être anticipée par un accompagnement progressif vers l'extérieur. Les sorties de l'enceinte de l'hôpital doivent s'échelonner, en proposant d'abord des sorties accompagnées par des soignants puis par l'entourage si cela est possible. Le patient peut, lorsqu'il y est prêt, bénéficier de sorties seul, qu'il est préférable d'étayer par des activités structurées à l'extérieur, dans un premier temps.

Les accompagnements par les acteurs de soins peuvent prendre la forme d'un soutien au réinvestissement d'un lieu de vie ou la préparation de relais extrahospitaliers par la mise en lien avec les acteurs du soin appelés à prendre la suite en hôpital de jour en CMP ou CATPP. Ils viennent symboliser le fait pour le patient que les soins ne visent pas à aliéner la liberté mais à lui permettre de la recouvrer, en proposant une aide, y compris à travers des démarches en apparence sociales. L'espace de l'accompagnement offre un temps relationnel différent, propice à la rencontre, permettant au soignant d'investir différemment le patient (88).

Après la sortie, il est important de maintenir les soins, comme le soulignent Millaud et al. (138). La possibilité de proposer des soins ambulatoires sous contrainte et la mise en place d'un contrat, permet au patient d'accomplir une transition entre le milieu hospitalier et l'extérieur, tout en étant assuré du lien qui persiste avec l'équipe soignante.

Le travail est à poursuivre quant à l'alliance thérapeutique, l'observance au traitement, la connaissance de la pathologie et le repérage des signes précurseurs d'une décompensation.

## 6) Droit comparé :

En 2004, un rapport du Sénat (152) décrivait la place de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux dans différents pays d'Europe.

De ce rapport, ressortait que l'ensemble des pays étudiés (Allemagne, Danemark, Espagne, Italie, Angleterre et Pays de Galle et Pays-Bas), en dehors de la Suède, reconnaissent les troubles mentaux comme cause d'irresponsabilité pénale. En Suède, les troubles mentaux constituent une circonstance atténuante.

Toutes les législations étudiées donnent au juge le pouvoir de décider des mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux. En Suède, bien que les troubles mentaux ne constituent pas une cause d'irresponsabilité pénale, le juge ne peut pas ordonner de peine de prison à l'encontre des délinquants malades mentaux.

En Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Italie ou au Pays-Bas, les malades mentaux ne peuvent pas faire l'objet d'une peine mais d'une « mesure de sûreté ». Celle-ci vise à le réadapter à la vie sociale et peut consister en un internement psychiatrique.

### a) Allemagne :

En Allemagne, le tribunal peut prononcer le placement dans un hôpital psychiatrique pour une durée illimitée. Cette mesure doit être réévaluée de manière annuelle par le juge et peut être levée à tout moment en fonction de l'état de la personne. Après sa sortie, le sujet est placé sous le régime de la mise à l'épreuve sous le contrôle d'un travailleur social et diverses obligations lui sont imposées.

### b) Angleterre et Pays de Galle :

En Angleterre et au Pays de Galle, le juge peut décider selon les cas, d'un placement en établissement psychiatrique si l'infraction entraîne en principe une peine de prison, et si ce placement est recommandé par deux médecins ; la mise sous tutelle des services sociaux ; un traitement adapté ; la mise en liberté pure et simple. La durée du placement est en principe limitée mais la *Crown Court* peut prévoir une durée illimitée « si l'intérêt général le requiert ».

### c) Danemark :

Au Danemark, le tribunal peut prononcer des mesures préventives (obligation de travailler dans un lieu donné, résidence surveillée, surveillance médicale, suivi d'un traitement ambulatoire ou placement dans un établissement ouvert ou fermé). Depuis le 1er juillet 2000, le code pénal limite la durée de ces mesures, à moins que l'infraction commise soit très grave et que le délinquant ne représente un danger pour la société. A tout moment, le tribunal peut lever ou modifier ces mesures en fonction de l'appréciation de l'état de la personne.

### d) Espagne :

En Espagne, le placement dans un établissement psychiatrique remplace la peine de prison et l'obligation de soins remplace les autres peines. La durée du placement ne peut pas dépasser celle de la peine de prison à laquelle le délinquant aurait été condamné et le tribunal a l'obligation de déterminer une durée maximale du placement. Le juge d'application des peines est obligé de formuler au moins une fois par an une proposition de maintien ou de modification de la mesure de sûreté.

### e) Italie :

En Italie, les sujets irresponsabilisés sont placés dans l'un des six établissements pénitentiaires affectés au traitement des délinquants malades mentaux, correspondant à des centres psychiatriques spécialisés. La durée minimale de l'internement est de 10 ans pour un délit punissable de la réclusion à perpétuité, 5 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins dix ans et de 2 ans pour un délit punissable d'un emprisonnement d'au moins deux ans. L'internement n'est décidé que si la dangerosité est vérifiée.

### f) Pays-Bas :

Aux Pays-Bas, la mesure judiciaire correspond soit à un placement en établissement psychiatrique si le délinquant présente un danger pour lui-même ou la collectivité, sur avis d'experts (placement d'un an renouvelable), soit en une « mise à disposition » consistant à placer et à traiter les délinquants dans des établissements spécialisés ou à les obliger à suivre un traitement en hôpital psychiatrique ou à domicile pour une durée de 2 ans renouvelables. L'objectif consiste à obtenir une resocialisation définitive par la proposition de diverses activités. Le traitement est planifié avec l'accord du malade et il est sanctionné s'il ne respecte pas le protocole (placement dans un établissement plus strict). La sortie s'effectue progressivement avec des permissions de durée croissante. Lorsque la mise à disposition est achevée, le juge peut imposer certaines mesures de traitement.

### g) Suède :

En Suède, le malade mental délinquant peut être placé en établissement psychiatrique si l'infraction est trop grave pour qu'une simple amende puisse être infligée. En cas de risque de récidive, le tribunal peut exiger que la sortie soit subordonnée à l'accord du tribunal administratif, sur avis médical.

# PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE ET RESULTATS

# 1) Présentation de l'étude :

## a) Objectifs de l'étude :

Les objectifs principaux sont les suivants :

- Etudier la prise en charge des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale en matière de mesures coercitives, d'évaluation du risque de violence et d'aide à la réinsertion sociale ;
- Comparer la prise en charge et la population des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale à un groupe comparable de patients hospitalisés en SDRE.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Etudier les pathologies psychiatriques associées à l'application de l'article 122-1 al. 1 du CP,
- Etudier les caractéristiques sociodémographiques de ces patients ;
- Etudier le passage à l'acte à l'origine des poursuites judiciaires ;
- Mettre en évidence les caractéristiques cliniques précédant le passage à l'acte ;
- Etudier la prise en charge psychiatrique entre la commission de l'infraction et l'hospitalisation ;
- Evoquer le devenir de ces patients après la sortie d'hospitalisation ;
- Proposer une comparaison avec les données de la littérature ;
- Entamer une discussion sur l'optimisation de la prise en charge des patients hospitalisés suite à l'application de l'article 122-1 al. 1 du CP.

## b) Matériel et méthodes :

### i) Inclusion des patients :

#### *(1) Critères d'inclusion :*

Les critères d'inclusion pour le groupe « patients hospitalisés en SDRE suite à une irresponsabilité pénale » (groupe A) sont les suivants :

- Hospitalisation en SDRE suite à l'application de l'article 122-1 al. 1 du CP ;
- Lieu de l'étude : Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers, Centre Hospitalier Camille Claudel à Angoulême et Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle ;
- Période d'inclusion entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2014.

Les critères d'inclusion pour le groupe « patients hospitalisés en SDRE » (groupe B) sont les suivants :

- Hospitalisation en SDRE, hors SDRE suite à l'application de l'article 122-1 al.1 du CP ;
- Lieu de l'étude : Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers, Centre Hospitalier Camille Claudel à Angoulême et Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle ;
- Période d'inclusion entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2014.

#### *(2) Critères d'appariement :*

Les critères d'appariement sont les suivants :

- Code diagnostic
- Secteur de prise en charge
- Date d'entrée (sur une période allant de plus ou moins un an)

A partir de la population de patients hospitalisés en SDRE suite à une irresponsabilité pénale, nous avons appliqué les critères d'appariement précités afin d'extraire une population comparable de patients hospitalisés en SDRE.

Afin d'améliorer la puissance de notre étude, nous avons choisi d'apparier chaque patient ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale avec deux patients hospitalisés en SDRE et présentant

les caractéristiques suivantes : code diagnostic identique, prise en charge par le même secteur et date d'entrée se situant entre un an avant et un après la date d'entrée du patient ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale.

### ii) Schéma d'étude, population étudiée et sites concernés :

Notre étude est une étude rétrospective, multicentrique, comparative. Les patients du groupe A ont été hospitalisés en HO ou SDRE à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale dans un des hôpitaux publics psychiatriques suivants : Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers, Centre Hospitalier Camille Claudel à Angoulême et Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle. La date d'entrée est comprise entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2014. Les patients du groupe B ont été hospitalisés en HO ou SDRE sur un de ces hôpitaux, leur date d'entrée est comprise entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2014.

Les unités d'hospitalisation peuvent être des unités ouvertes comme des unités fermées.

## c) Présentation de la grille de lecture :

Une grille de lecture de dossiers a été élaborée afin d'extraire des dossiers médicaux des patients les données nécessaires pour répondre aux objectifs de notre étude. Pour l'élaboration de ce questionnaire, nous nous sommes basé sur les données de la littérature quant aux recommandations pour la prise en charge de patient potentiellement violents.

Le questionnaire comporte 158 items (Annexe).

Il comporte 3 axes.

### i) Le patient :

Dans une première partie, nous nous sommes intéressés à la description sociodémographique du patient avec des données générales, sa situation socio-professionnelle, sa situation familiale,

ses antécédents sur le plan médico-légal et psychiatrique ainsi que ses antécédents de victimisation qui représentent des facteurs de risque de violence.

Dans cette partie, nous avons étudié la phase précédant l'infraction ou le trouble à l'ordre public, en recherchant les signes cliniques qui auraient pu faire évoquer l'imminence d'un passage à l'acte.

Enfin, nous nous sommes penchés sur la classification de l'infraction.

### ii) La prise en charge :

Dans une deuxième partie, nous avons tenté de restituer le parcours du patient à partir de la commission de l'infraction ou le trouble à l'ordre public en termes de soins psychiatriques.

Nous avons décrit la prise en charge précédant l'hospitalisation, puis la prise en charge suite à l'entrée en hospitalisation avec : les modalités d'accueil (type d'unité, utilisation de mesures coercitives), le type de thérapie engagée avec le patient, la prescription médicamenteuse, la tenue du cadre institutionnel et les mesures d'accompagnement du patient vers l'extérieur.

Nous nous sommes également intéressés aux modalités de levée de la mesure d'hospitalisation en SDRE : a-t-elle fait l'objet d'un refus, par les experts ? Par le représentant de l'état ?

### iii) Devenir du patient :

Pour finir, nous avons décrit les modalités de prise en charge suite à la levée de l'hospitalisation en SDRE et nous sommes intéressés au devenir du patient en termes de réinsertion sociale, de décompensation psychiatrique et de récidive.

### d) Recueil des données, saisie et traitement statistique :

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel EXCELL. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel SAS, après exportation-importation des données du logiciel EXCELL.

La première étape a consisté en une analyse descriptive des populations et de leur prise en charge (fréquence, moyenne). Dans un deuxième temps, nous avons comparé les deux groupes.

Une première étape a consisté en la comparaison des échantillons (groupes A et B). Les fréquences ont été comparées par des tests de Khi-2 d'homogénéité de Pearson, ou par des tests exacts de Fischer si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Les moyennes ont été comparées par des tests de Student.

Afin d'améliorer la puissance des tests, nous avons réalisé dans un second temps des tests d'appariement individuel, chaque variable étudiée étant affectée d'une valeur A et d'une valeur B pour chaque couple de sujets appariés. Les tests consistent alors à vérifier l'hypothèse d'égalité des fréquences par le test de Khi-2 de Mac Nemar, et celui d'égalité des valeurs moyennes et des variances par le test paramétrique de Student, ou à défaut (variances inégales) par le test de Cochran ou de Satterthwaite.

Concernant les comparaisons de moyennes des sujets appariés, nous avons complété les tests paramétriques de moyennes par des tests non-paramétriques de Wilcoxon, quand il était avéré que les hypothèses de distribution gaussiennes ne s'appliquaient pas.

Du fait du faible nombre de patients inclus dans notre étude, et de son caractère préliminaire, le seuil de significativité retenu a été un p inférieur ou égal à 0,1.

## 2) Résultats :

Sur la période allant du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2014, et sur les hôpitaux psychiatriques de Poitiers, Angoulême et La Rochelle, nous avons retrouvé 18 hospitalisations en SDRE pour des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Ces 18 hospitalisations concernaient 16 patients différents, 2 patients ayant fait l'objet d'une deuxième mesure d'hospitalisation en SDRE suite à une nouvelle infraction pour laquelle ils ont bénéficié de l'article 122-1 al.1 du CP au cours de l'étude.

Un patient a été exclu du fait du manque de données en lien avec un transfert précoce dans une autre région.

Le groupe des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale (groupe A), était donc composé de 17 prises en charge.

Après recherche sur les critères d'appariement sus-cités, nous avons retrouvé 25 hospitalisations pour le groupe contrôle (groupe B), correspondant aux patients hospitalisés en HO/SDRE. Ces 25 prises en charge concernaient 25 patients différents.

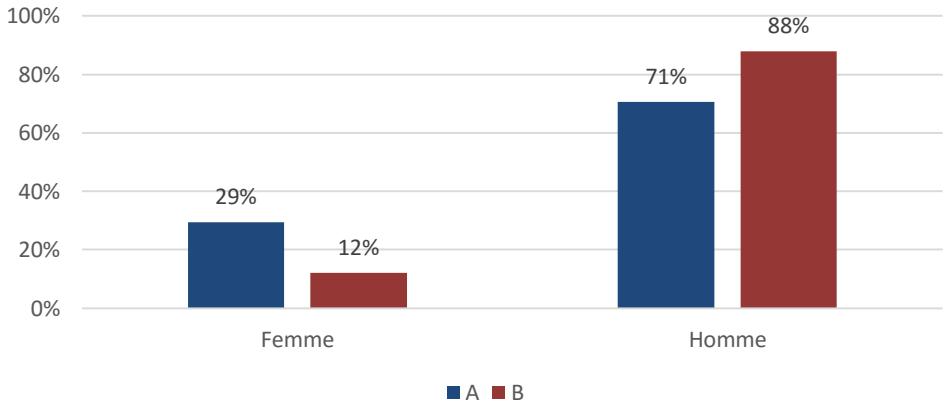
## a) Le patient :

### i) Données sociodémographiques :

#### *(1) Données générales et personnelles :*

(a) Sexe :

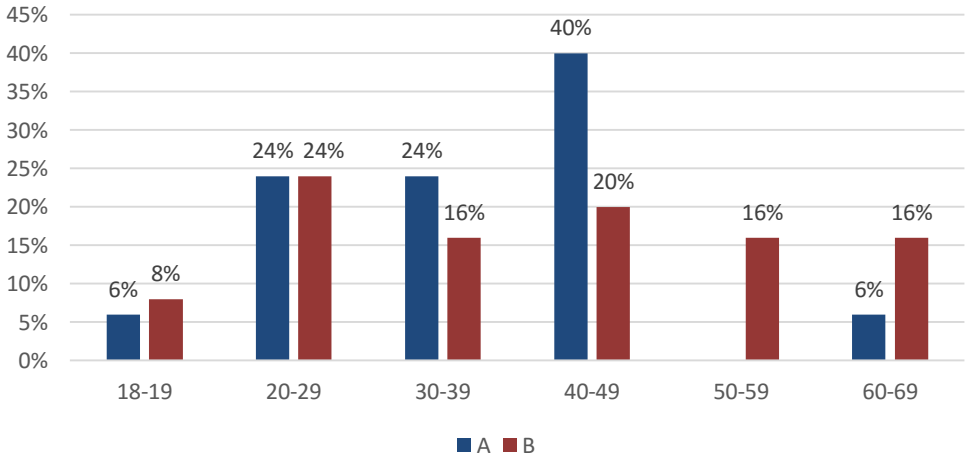
**Figure 1 : Répartition par sexe selon le groupe**




On retrouvait une majorité d'hommes dans les deux groupes, la proportion étant supérieure dans le groupe B (p = 0,23).

(b) Répartition par âge :

**Figure 2: Répartition par tranches d'âge selon le groupe**



L'âge moyen était de 37,3 ans dans le groupe A et 41,4 ans dans le groupe B (p = 0,75).

Dans le groupe A, 9 (54%) patients avaient moins de 40 ans contre 12 (48%) dans le groupe B.

(c) Nationalité :

Dans le groupe A, 3 (18%) patients étaient de nationalité étrangère contre 5 (20%) dans le groupe B.

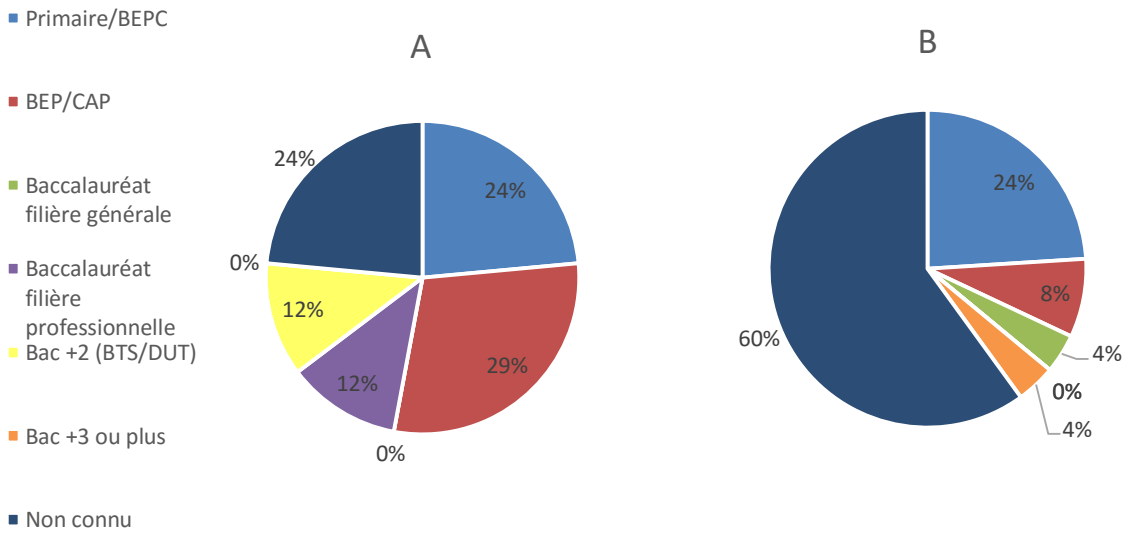
### *(2) Situation socioprofessionnelle :*

(a) Domicile :

Dans le groupe A, 3 (18%) patients étaient sans domicile fixe contre 2 (8%) patients dans le groupe B.

(b) Niveau d'étude :

**Figure 3: Répartition selon le niveau d'étude**

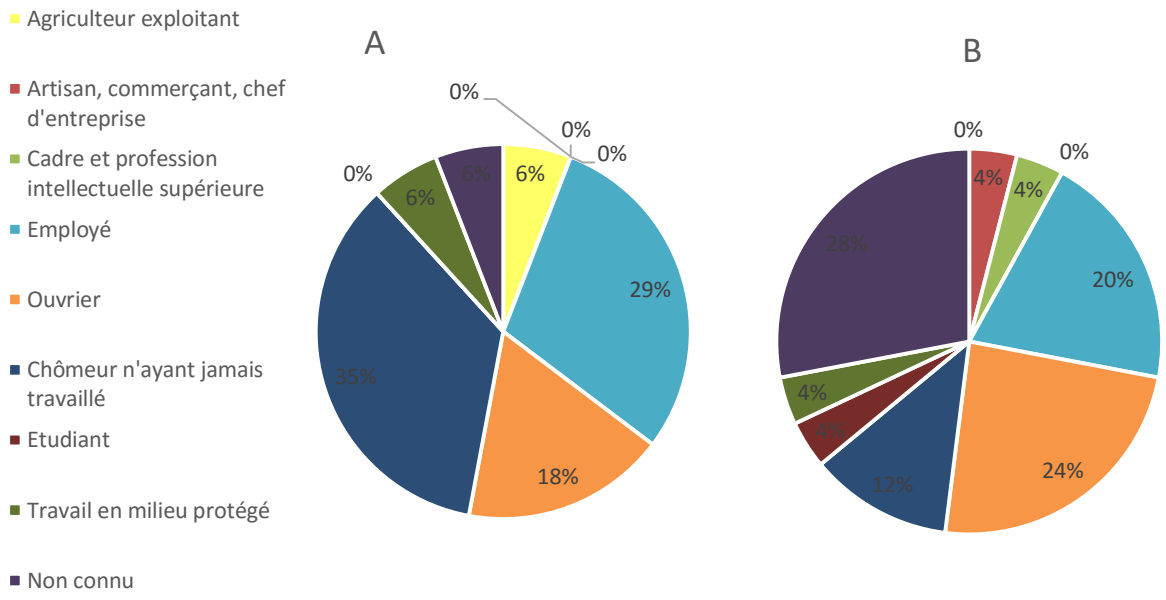


Dans le groupe A, 4 (24%) patients avaient un niveau Primaire/BEPC et 8 (48%) avaient un niveau au moins égal au baccalauréat.

Dans le groupe B, 6 (24%) patients avaient un niveau Primaire/BEPC et 2 (8%) avaient un niveau au moins égal au baccalauréat. Les données étaient manquantes pour 15 (60%) patients dans ce groupe.

(c) Catégorie professionnelle :

**Figure 4: Répartition selon la catégorie professionnelle**

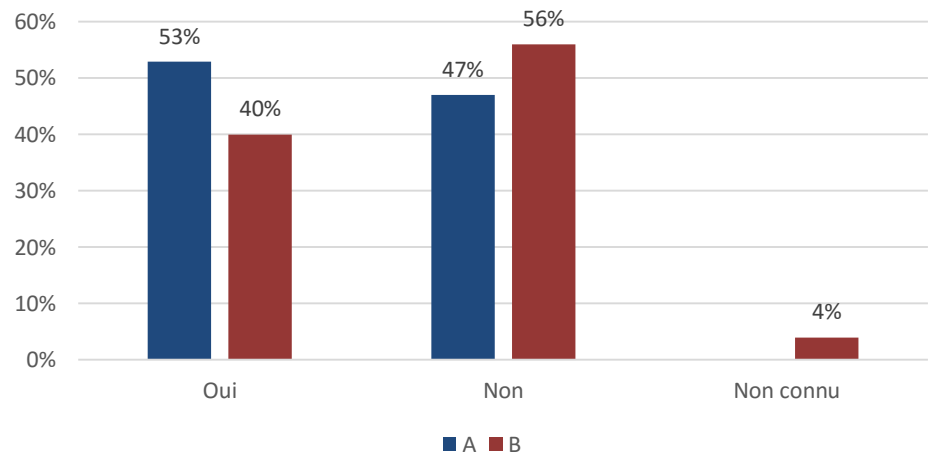



Dans le groupe A, 14 (82%) patients étaient sans emploi, 6 (35%) patients n'ayant jamais travaillé. Dans le groupe B, 21 (84%) patients étaient sans emploi, 3 (12%) patients n'ayant jamais travaillé.

Aucun patient du groupe A n'était retraité, tandis que 2 (8%) patients du groupe B l'était.

(d) Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé :

**Figure 5: Répartition selon la reconnaissance de travailleur handicapé**




Les travailleurs handicapés étaient légèrement plus nombreux dans le groupe A que dans le groupe B (53% versus 40%).

***(3) Situation familiale et entourage :***

**Figure 6: Répartition selon la situation maritale**

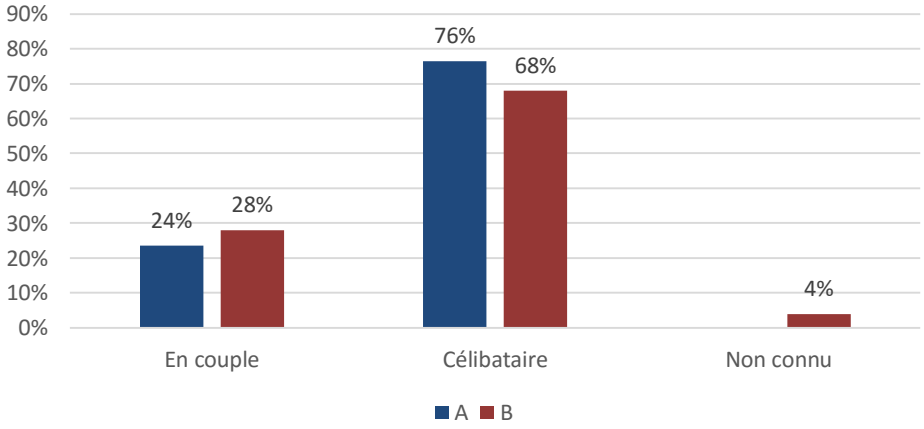
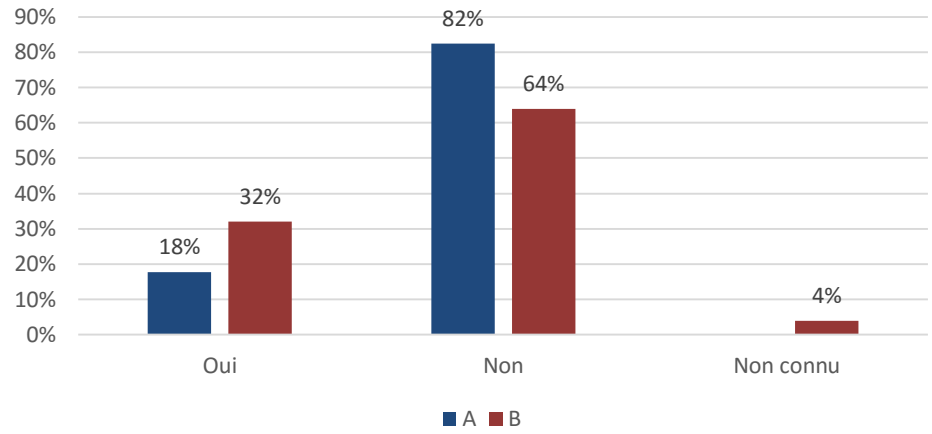
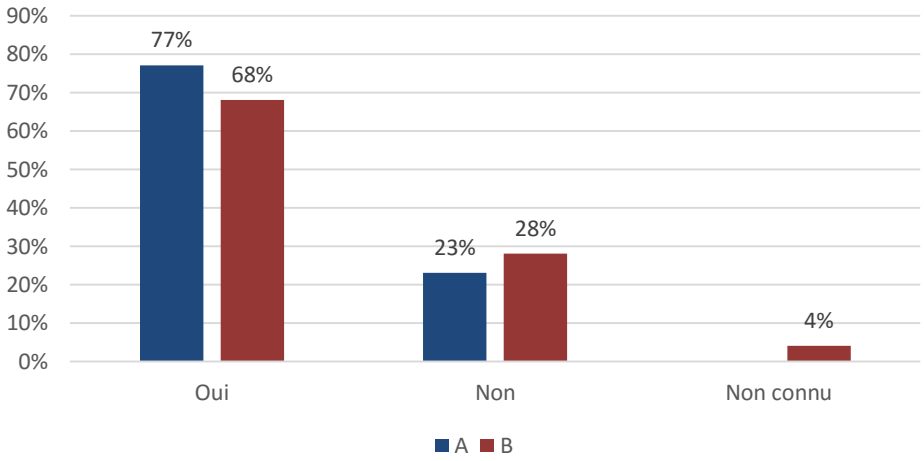


**Figure 7: Parentalité selon le groupe**




La majorité des patients des deux groupes étaient célibataires et sans enfant.

**Figure 8 : Répartition selon la présence d'un entourage (amis et famille)**



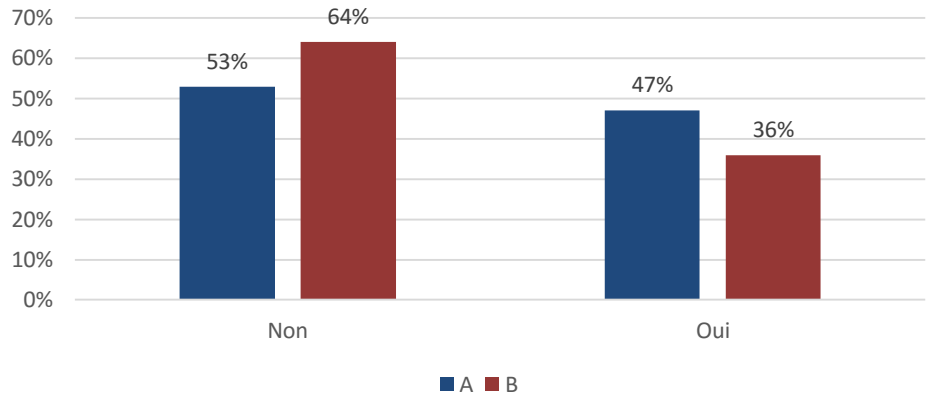

La majorité des patients des deux groupes étaient entourés socialement, cet entourage étant composé essentiellement par la famille. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant la présence d'un entourage (p = 0,73).

Au moins un membre de la famille était présent pour 11 (65%) patients du groupe A et 14 (56%) patients du groupe B. Les parents étaient présents pour 9 (53%) patients du groupe A et 13 (52%) patients du groupe B et les frères et sœurs pour 8 (47%) patients du groupe A et 6 (24%) patients du groupe B.

### ii) Situation médico-légale :

#### *(1) Mesure de protection :*

**Figure 9 : Existence d'une mesure de protection selon le groupe**




La majorité des patients des deux groupes ne bénéficiaient pas de mesure de protection avant l'entrée en hospitalisation.

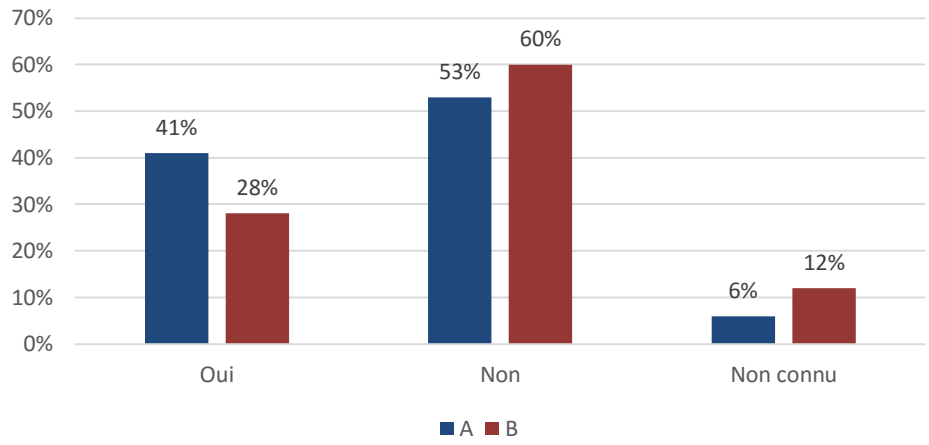
Lorsqu'une mesure de protection était en place, il s'agissait d'une curatelle dans 62% des cas et d'une tutelle dans 38% des cas dans le groupe A ; une curatelle dans 56% des cas et une tutelle dans 44% des cas dans le groupe B.

#### *(2) Antécédents de violence ou antécédents judiciaires connus dans la famille :*

Dans le groupe A, des antécédents de violence ou antécédents judiciaires dans la famille ont été repérés pour 6 (35%) patients. Les données étaient manquantes pour le groupe B.

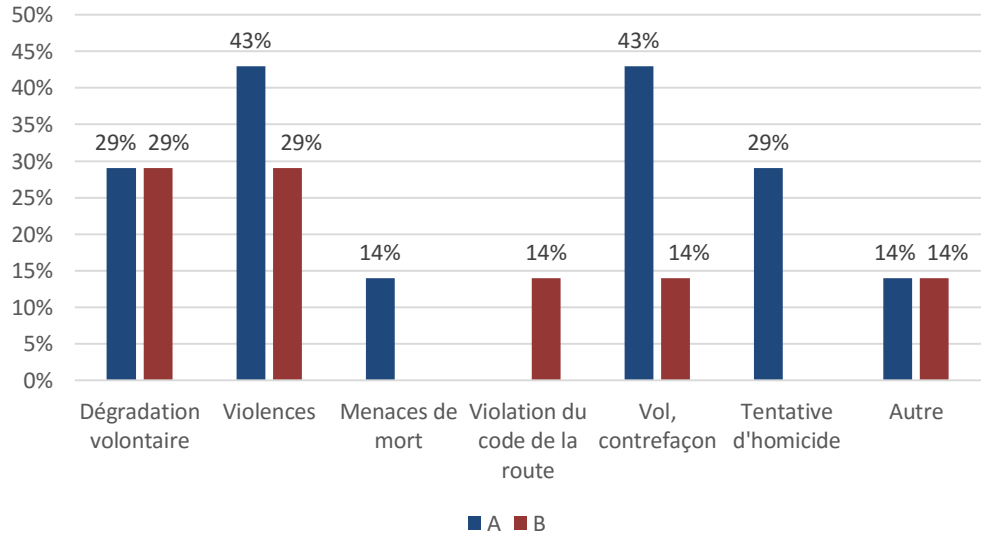
### *(3) Antécédents judiciaires :*

**Figure 10 : Répartition selon les antécédents judiciaires personnels**




Les patients du groupe A étaient plus nombreux à avoir des antécédents judiciaires que les patients du groupe B. Cette différence n'était pas significative (p = 0,72).

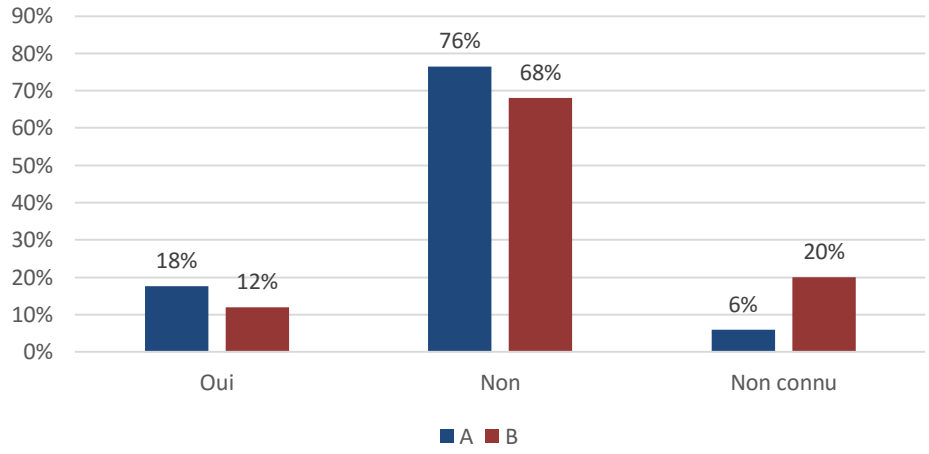
**Figure 11 : Répartition selon le type d'antécédents judiciaires**




La majorité des antécédents judiciaires étaient délictuels. Les antécédents criminels concernaient 2 (29%) des patients ayant des antécédents judiciaires dans le groupe A. Il s'agissait de tentatives d'homicide pour lesquelles ils ont été déclarés irresponsables pour cause de trouble mental.

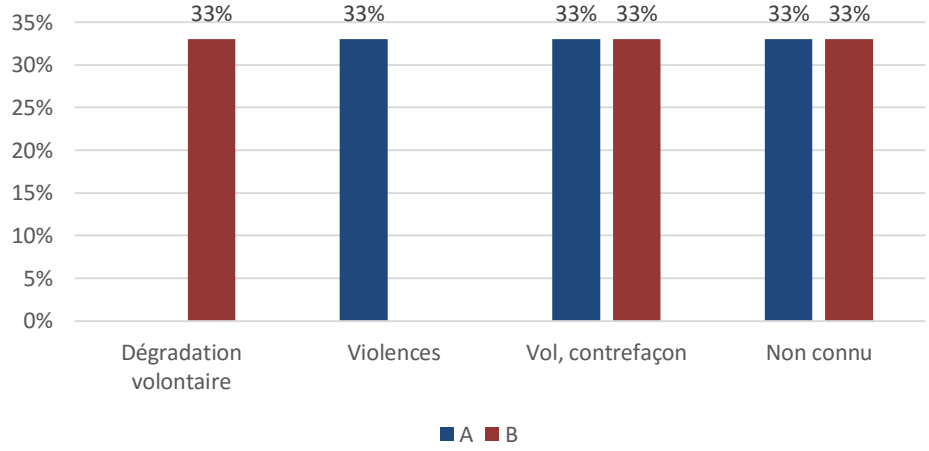
### *(4) Antécédents d'incarcération :*

**Figure 12 : Répartition selon les antécédents d'incarcération**




La majorité des patients des deux groupes n'avaient pas d'antécédent d'incarcération, 3 patients de chaque groupe étant concernés par cette situation.

**Figure 13: Répartition selon le type d'infraction à l'origine des incarcération**




### *(5) Antécédents d'irresponsabilité pénale :*

Dans le groupe A, 3 (18%) patients avaient un antécédent d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Dans un cas, il s'agissait de dégradations volontaires (incendies volontaires), et dans les deux autres cas, il s'agissait de tentatives d'homicide.

Aucun patient du groupe B n'avait d'antécédent d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

### iii) Antécédents de victimisation :

Dans le groupe A, 10 (59%) patients avaient au moins un antécédent de victimisation, contre 6 (24%) patients dans le groupe B (p = 1).

Parmi les personnes ayant ce type d'antécédent, la répartition des violences subies était la suivante, sachant qu'une personne a pu subir plus d'un type de violence.

**Figure 14 : Répartition selon les antécédents de victimisation**

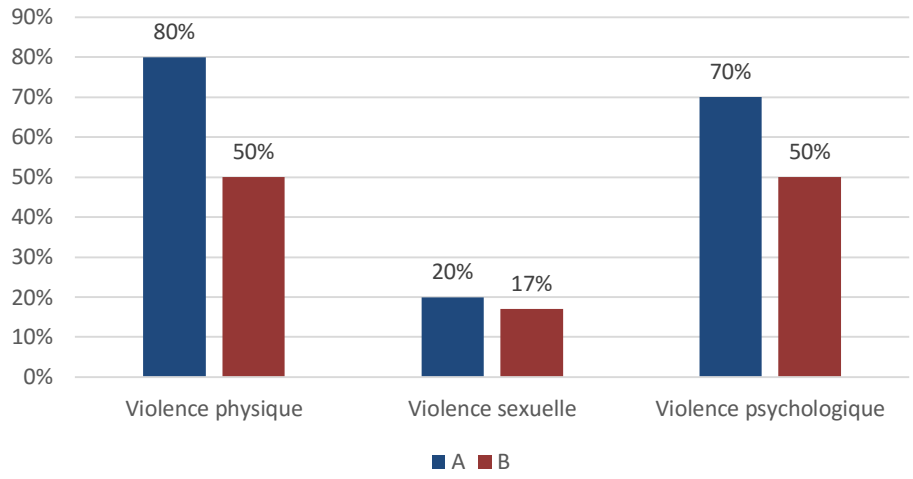
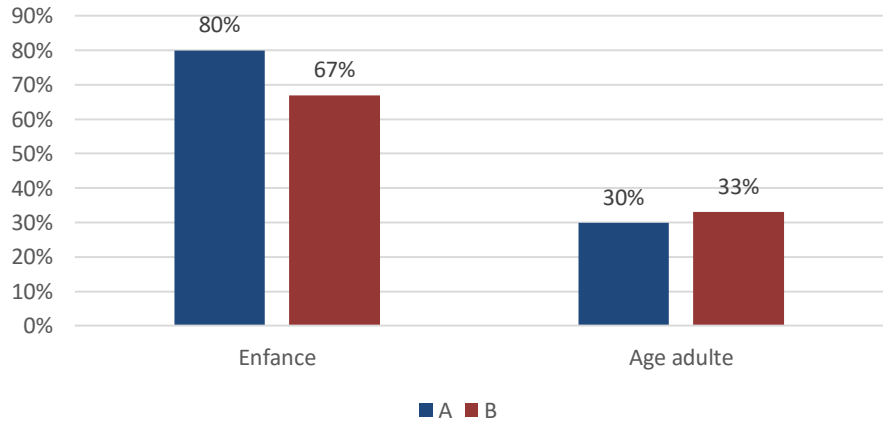



**Figure 15 : Répartition selon la période où les violences ont été subies**




Dans les deux groupes, les violences subies, l'étaient majoritairement dans l'enfance, et concernaient essentiellement des violences physiques et psychologiques.

### iv) Antécédents psychiatriques :

Dans le groupe A, 13 (76%) patients avaient bénéficié d'un suivi psychiatrique antérieur à l'infraction et la durée moyenne de ce suivi était de 10,6 ans. Dans le groupe B, 21 (84%) patients avaient bénéficié d'un suivi antérieur à l'infraction, d'une durée moyenne de 16,8 ans.

Dans le groupe A, le secteur de prise en charge était le même avant et après l'infraction dans 54% des cas tandis que cette situation concernait 71% des patients du groupe B.

#### *(1) Diagnostic au moment du suivi :*

**Tableau 1 : Répartition des diagnostics au moment du suivi**

| | **Groupe A** | **Groupe B** |
|---|---|---|
| **Episode dépressif majeur** | 1 (7,7%) | 3 (14,3%) |
| **Trouble bipolaire** | 1 (7,7%) | 3 (14,3%) |
| **Bouffée délirante aiguë** | 0 (0%) | 0 (0%) |
| **Schizophrénie** | 6 (46,1%) | 13 (61,9%) |
| Paranoïde | 4 (30,8%) | 8 (38,1%) |
| Hébéphrénique | 0 (0%) | 1 (4,8%) |
| Catatonique | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Indifférenciée | 2 (15,4%) | 4 (19,0%) |
| Résiduelle | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Héboïdophrénie | 0 (0%) | 0 (0%) |
| **Trouble schizo-affectif** | 3 (23,1%) | 1 (4,8%) |
| **Psychose paranoïaque** | 0 (0%) | 0 (0,0%) |
| **Psychose déficitaire** | 0 (0%) | 0 (0,0%) |
| **Retard mental** | 1 (7,7%) | 1 (4,8%) |
| **Non connu** | 1 (7,7%) | 0 (0%) |

### *(2) Comorbidités :*

**Tableau 2 : Comorbidités au moment du suivi**

| | **Groupe A** | **Groupe B** |
|---|---|---|
| **Ethylisme chronique** | 2 (15,4%) | 3 (14,3%) |
| **Addiction à d'autres toxiques** | 4 (30,8%) | 6 (28,6%) |
| **Epilepsie** | 1 (7,7%) | 0 (0%) |
| **Trouble de la personnalité** | 1 (7,7%) | 3 (14,3%) |
| Paranoïaque | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Schizoïde | 0 (0%) | 1 (4,8%) |
| Antisociale | 2 (15,4%) | 3 (14,3%) |
| Borderline | 0 (0%) | 1 (4,8%) |
| Histrionique | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Anankastique | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Anxieuse | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Dépendante | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Obsessionnelle | 0 (0%) | 0 (0%) |

### *(3) Ruptures de suivi et observance du traitement :*

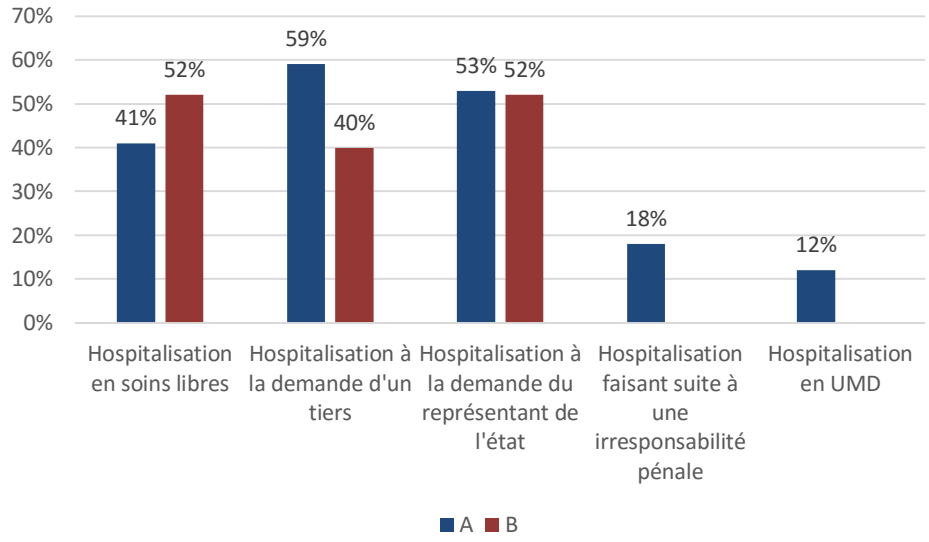
Dans le groupe A, on notait que le suivi avait été arrêté au moins une fois depuis le début des soins par 12 (92%) patients, les ruptures de soins étant répétées chez 4 (31%) patients. Dans le groupe B, le suivi avait été arrêté au moins une fois par 15 (71%) patients et les ruptures de suivi étaient répétées chez 11 (52%) patients.

Dans le groupe A, chez les 10 patients ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux, 7 (70%) étaient inobservants. Dans le groupe B, chez les 22 patients ayant eu une prescription médicamenteuse, 16 (73%) étaient inobservants.

### *(4) Antécédents d'hospitalisation :*

Douze (71%) patients du groupe A avaient été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois contre 18 (72%) patients du groupe B.

**Figure 16 : Répartition selon les antécédents d'hospitalisation**




Dans le groupe A, les patients ayant été hospitalisé en SDRE l'avaient été en moyenne 1,78 fois contre 3,23 fois dans le groupe B.

Dans le groupe A, tous les patients ayant été hospitalisé suite à une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ne l'avaient été qu'une seule fois ; il en était de même en cas d'antécédent d'hospitalisation en UMD.

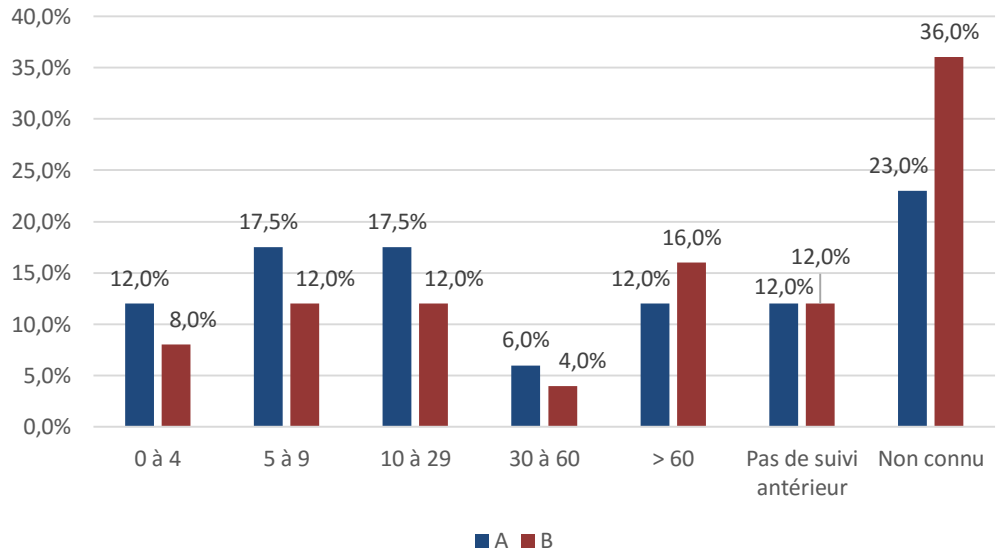
Dans le groupe A, la dernière hospitalisation datait en moyenne de 16 mois avant la commission de l'infraction à l'origine de la déclaration d'irresponsabilité pénale ; elle datait de moins de 20 semaines dans 6 (55%) cas. Dans le groupe B, l'hospitalisation datait en moyenne de 51,2 mois avant le passage à l'acte à l'origine de l'hospitalisation en SDRE ; elle datait de moins de 20 semaines pour 7 (39%) patients.

### v) Période précédant le passage à l'acte :

Quatre (24%) patients du groupe A étaient en rupture de suivi au moment du passage à l'acte contre 11 (44%) dans le groupe B.

Deux patients de chaque groupe avaient interpelé l'équipe de soins dans le mois précédant le passage à l'acte, ce qui n'était pas le cas des familles de patients.

**Figure 17 : Temps écoulé depuis la dernière consultation (jours)**

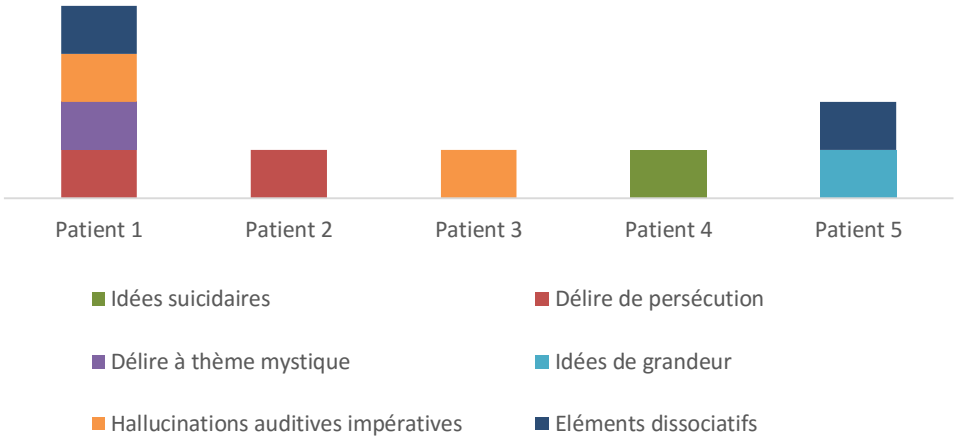



Les observations de la dernière consultation n'ont pu être retrouvées que pour 8 patients du groupe A. Pour 3 patients, aucun élément clinique particulier n'était noté, ils avaient été vus en consultation entre 7 et 50 jours avant le passage à l'acte.

Les 5 patients pour qui avait été notée une symptomatologie psychiatrique avaient été vus, pour 4 d'entre eux, la semaine précédant le passage à l'acte et pour un, 22 jours avant. Pour 2 patients (patients 3 et 4), cette consultation était leur première rencontre avec un psychiatre. Deux de ces patients (patient 1 et 5) étaient en programme de soins SDRE suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Un des patients du groupe A en rupture de suivi avait fait l'objet d'une hospitalisation sous contrainte quelques mois auparavant mais avait fugué des urgences avant que l'hospitalisation soit mise en place.

**Figure 18 : Symptomatologie retrouvée au cours de la dernière consultation dans le groupe A**

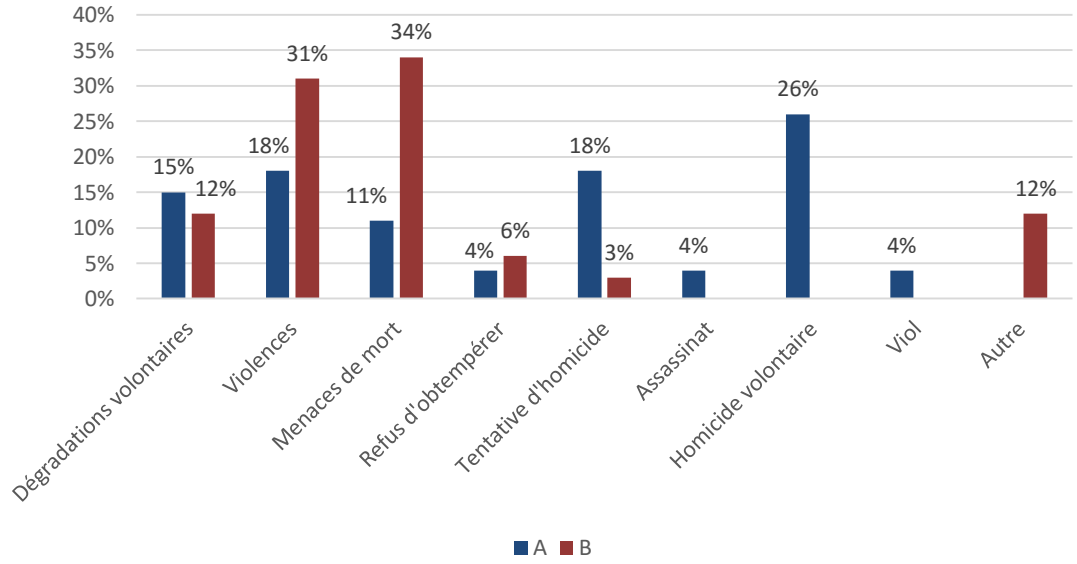



### vi) Le passage à l'acte :

Dans les dossiers, on retrouvait des éléments descriptifs de l'acte commis pour la totalité des patients du groupe A, ils étaient manquants dans 1 cas dans le groupe B.

Dans tous les cas sauf un, des éléments du dossier judiciaire (expertise, déclaration d'irresponsabilité pénale) étaient présents dans les dossiers des patients du groupe A.

**Figure 19 : Qualification des actes à l'origine de l'hospitalisation selon le groupe**



Dans le groupe A, 5 patients avaient commis 3 types d'actes différents au cours du passage à l'acte :

- Dans un cas, des dégradations volontaires étaient associées à des menaces de mort et un refus d'obtempérer ;
- Dans un deuxième cas, des dégradations volontaires étaient associées à des violences et des menaces de mort ;
- Dans un troisième cas, des violences étaient associées à une tentative d'homicide et à un homicide volontaire ;
- Dans un quatrième cas, des dégradations volontaires étaient associées à des violences et une tentative d'homicide ;
- Dans un cinquième cas, des dégradations volontaires étaient associées à des violences et un assassinat.

Six patients avaient commis un homicide volontaire simple, 3 avaient commis une tentative d'homicide simple, un patient avait commis un viol, un patient avait perpétré des violences sans infraction associée, et un patient avait fait des menaces de mort.

Dans le groupe B, 6 patients avaient commis 2 types d'actes différents au cours du passage à l'acte :

- Dans 3 cas, des violences étaient associées à des menaces de mort ;
- Dans un cas, des menaces de mort étaient associées à un refus d'obtempérer ;
- Dns un cas, des menaces de mort étaient associées à des dégradations volontaires ;
- Dans un cas, des violences étaient accompagnées d'un acte que nous avons qualifié de tentative d'homicide étant donné la gravité des coups portés.

Trois patients avaient perpétré des dégradations volontaires simples, 6 patients avaient perpétré des violences simples, 5 avaient proféré des menaces de mort, un avait présenté des troubles du comportement avec refus d'obtempérer. Nous avons classé dans « autre » 4 patients qui avaient présenté des troubles du comportement simples.

Plusieurs victimes pouvaient être impliquées au cours du passage à l'acte, nous avons donc ramené les pourcentages au nombre de victimes total. Le nombre total de victimes était de 21 dans les deux groupes.

**Tableau 3 : Type de victimes selon le groupe**

| | Groupe A | Groupe B |
|---|---|---|
| **Famille** | **10 (38%)** | **4 (19%)** |
| Parent | 2 (8%) | 1 (4,5%) |
| Enfant | 2 (8%) | 0 (0%) |
| Conjoint | 2 (8%) | 2 (9%) |
| **Connaissance** | **13 (50%)** | **5 (24%)** |
| **Inconnu** | **3 (12%)** | **11 (52%)** |
| **Soignant** | **0 (0%)** | **1 (5%)** |

Quinze (88%) des patients du groupe A connaissaient au moins l'une des victimes. Au moins l'une des victimes appartenait à la famille dans 41% des cas.

La totalité des patients du groupe A ayant commis un homicide connaissaient la victime. Il s'agissait d'un membre de la famille dans 62,5% des cas et d'une simple connaissance dans 37,5% des cas. On retrouvait 2 patricides et 2 infanticides.

Quatre (80%) des 5 patients du groupe A ayant commis une tentative d'homicide connaissaient la victime. Il s'agissait d'un membre de la famille dans 60% des cas, d'une connaissance dans 20% des cas et d'un inconnu dans 20% des cas.

Dans le groupe B, 9 (36%) patients connaissaient au moins l'une des victimes. Au moins l'une des victimes appartenait à la famille dans 16% des cas.

## b) Prise en charge :

### i) Prise en charge avant l'hospitalisation :

Nous nous centrerons ici sur la prise en charge des patients du groupe A, les patients du groupe B ayant tous été hospitalisés immédiatement après le passage à l'acte.

### *(1) Délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation :*

**Figure 20 : Délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation dans le groupe A (mois)**

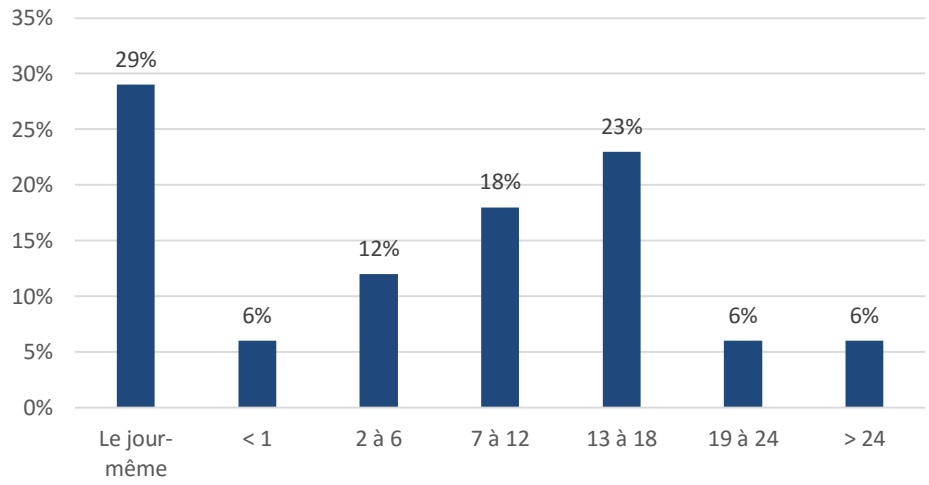
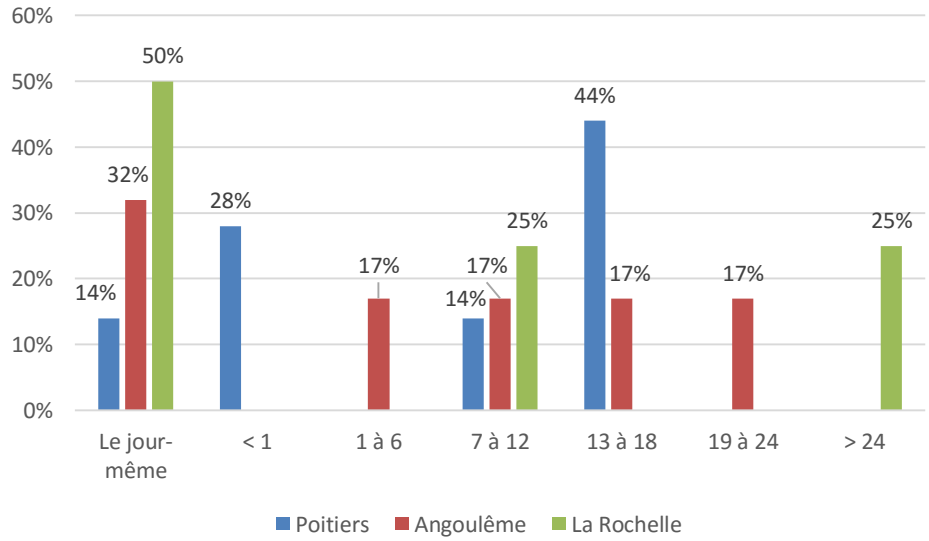



**Figure 21 : Délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation dans le groupe A en fonction de l'hôpital de prise en charge (mois)**

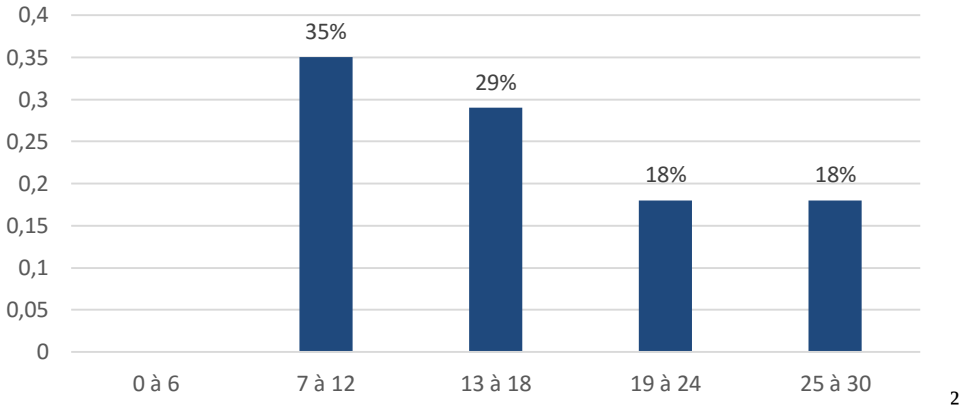



Le délai moyen entre le passage à l'acte et l'hospitalisation était de 8,79 mois, le délai le plus long étant de 29 mois. Cinq (29%) patients ont été hospitalisés immédiatement après les faits.

Le délai moyen entre le passage à l'acte et l'hospitalisation était de 8,63 mois à Poitiers, de 8,18 mois à Angoulême, et de 10 mois à La Rochelle.

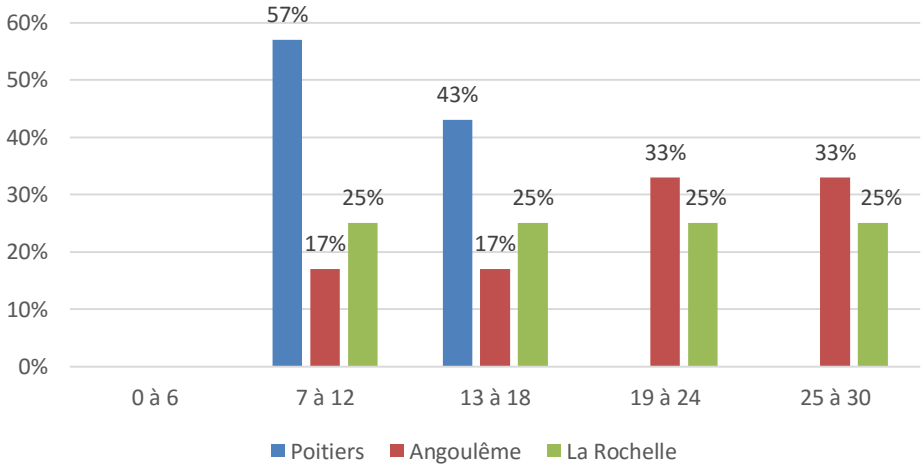
### *(2) Délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale :*

**Figure 22 : Délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale dans le groupe A (mois)**




2

**Figure 23 : Délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale dans le groupe A, en fonction de l'hôpital de prise en charge (mois)**




Le délai moyen entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale était de 16,94 mois. Le délai le plus court était de 8 mois et le plus long de 30 mois.

Ce délai moyen était de 13,1 mois à Poitiers, de 20,2 mois à Angoulême et de 18,8 mois à La Rochelle.

### *(3) Incarcération précédant l'hospitalisation :*

Dix (59%) patients ont été incarcérés avant l'entrée en hospitalisation. Dans 8 cas, l'incarcération intervenait immédiatement ou dans les jours suivant le passage à l'acte. Dans un cas, elle intervenait 1,5 mois après, le patient ayant été hospitalisé en HO sur un secteur d'une autre région avant l'incarcération ; dans un autre cas, elle intervenait 10 mois après le passage à l'acte, le patient ayant été soumis à un contrôle judiciaire sur cette durée.

On note que 3 patients ont été incarcérés au cours de l'hospitalisation, la mesure de HO ou SDRE ayant été maintenue sur cette période :

- Dans 2 cas, l'infraction à l'origine de l'incarcération était celle pour laquelle les patients ont bénéficié par la suite de l'article 122-1 alinéa 1 du CP ; les durées d'incarcération étaient respectivement de 21 et 17 mois.
- Dans un cas, le patient a commis une nouvelle infraction (insultes adressées aux forces de l'ordre) alors qu'il bénéficiait d'un programme de soins, pour laquelle l'article 122-1 alinéa 1 du CP n'a pas été appliqué. L'incarcération a duré 1,5 mois et le patient a été hospitalisé à 2 reprises sur cette période.

Pour tous les patients, sauf un, il était fait mention d'une prise en charge psychiatrique durant l'incarcération. Six (60%) patients ont été hospitalisés au moins une fois en SDRE d'après les modalités de l'article D 398 du CPP au cours de l'incarcération. Pour 2 patients, cette hospitalisation a eu lieu dans le service qui les a pris en charge après la déclaration d'irresponsabilité pénale.

La durée moyenne d'incarcération était de 12,8 mois.

### *(4) Prise en charge en UMD précédant l'hospitalisation :*

Un patient a bénéficié d'une prise en charge en UMD sur une période de 3 mois après l'incarcération et avant l'hospitalisation sur le service de secteur.

### ii) Prise en charge au cours de l'hospitalisation :

#### *(1) Diagnostic :*

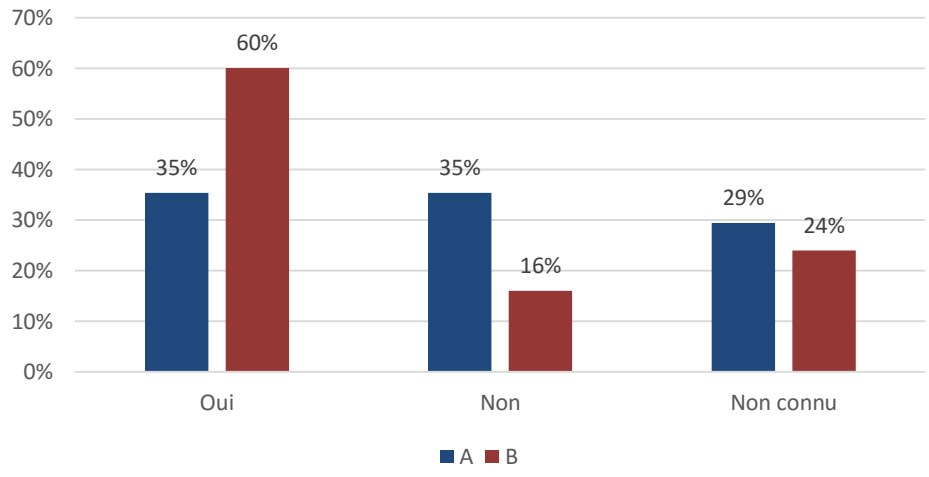
**Tableau 4 : Répartition des diagnostics au moment de l'admission**

| | **Groupe A** | **Groupe B** |
|---|---|---|
| **Episode dépressif majeur** | 1 (6%) | 2 (8%) |
| **Trouble bipolaire** | 1 (6%) | 2 (8%) |
| **Bouffée délirante aiguë** | 0 (0%) | 0 (0%) |
| **Schizophrénie** | 12 (71%) | 19 (76%) |
| Paranoïde | 6 (35%) | 8 (32%) |
| Hébéphrénique | 2 (12%) | 1 (4%) |
| Catatonique | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Indifférenciée | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Résiduelle | 3 (18%) | 9 (36%) |
| Héboïdophrénie | 1 (6%) | 1 (4%) |
| **Trouble schizo-affectif** | 2 (12%) | 1 (4%) |
| **Psychose paranoïaque** | 0 (0%) | 0 (0,0%) |
| **Psychose déficitaire** | 0 (0%) | 0 (0,0%) |
| **Retard mental** | 1 (6%) | 1 (4%) |

**Tableau 5 : Comorbidités au moment de l'admission**

| | Groupe A | Groupe B | p |
|---|---|---|---|
| **Abus de substances** | 6 (35%) | 12 (48%) | 0,14 |
| Ethylisme chronique | 2 (12%) | 6 (2 (4%) | |
| Addiction à d'autres toxiques | 5 (29%) | 7 (28%) | |
| **Epilepsie** | 1 (7,7%) | 0 (0%) | |
| **Trouble de la personnalité** | 4 (24%) | 3 (24%) | |
| Paranoïaque | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Schizoïde | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Antisociale | 3 (18%) | 1 (4%) | 0,71 |
| Borderline | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Histrionique | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Anankastique | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Anxieuse | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Dépendante | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| Obsessionnelle | 0 (0%) | 2 (8%) | |

**Figure 24 : Déni des troubles selon le groupe**




Le déni des troubles étaient retrouvé plus fréquemment dans le groupe B que dans le groupe A. La différence n'était pas significative (p = 0,13).

### *(2) Modalités de prise en charge :*

**Tableau 6 : Moyennes des mesures liées à la prise en charge sur le secteur d'hospitalisation (mois)**

| | Groupe A | Groupe B | p |
|---|---|---|---|
| Durée totale d'hospitalisation (mois) | 43,15 | 5,39 | < 0,0001 |
| Durée totale de la mesure SDRE (mois) | 57,65 | 6,60 | < 0,0001 |
| Durée totale des programmes de soins (mois) | 21,18 | 9,66 | < 0,0001 |

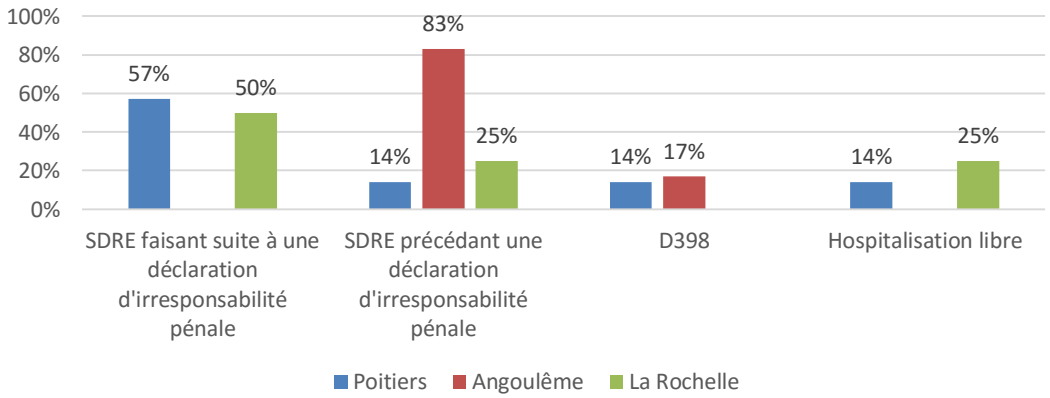
A la fin de la durée de l'étude, la mesure SDRE avait été levée pour 4 (24%) des patients du groupe A et la totalité des patients du groupe B

La durée totale d'hospitalisation correspondait au temps total passé en hospitalisation sous la modalité SDRE à partir de l'entrée plus le temps passé en hospitalisation après la levée de la mesure, si l'hospitalisation se poursuivait. Cette durée allait de 5 à 89 mois dans le groupe A et de 0,03 à 77 mois dans le groupe B.

La durée totale de la mesure SDRE allait de 9 à 113 mois dans le groupe A et de 0,03 à 11 mois dans le groupe B.

#### (a) Modalités d'entrée en hospitalisation :

**Figure 25 : Modalité d'entrée en hospitalisation selon l'hôpital de prise en charge**



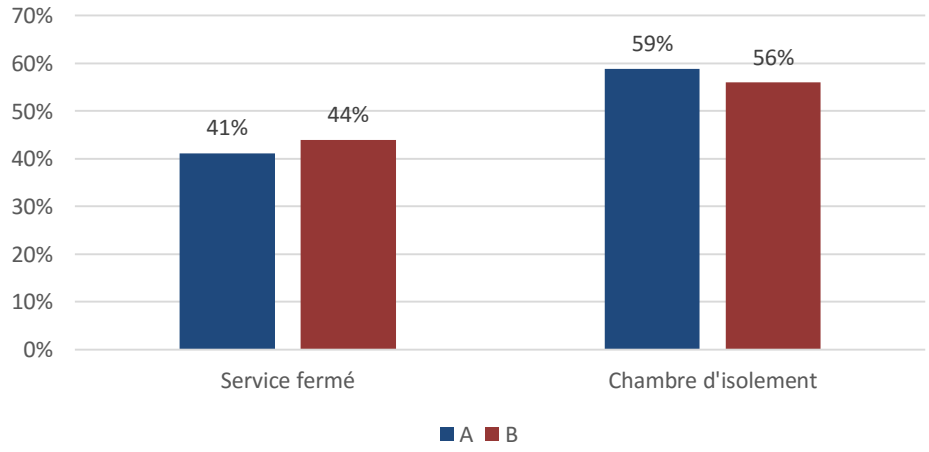
On observait une différence entre les hôpitaux concernant le mode d'entrée en hospitalisation. A Poitiers, la majorité des patients était hospitalisée après que la déclaration d'irresponsabilité pénale ait été prononcée.

A Angoulême, l'hospitalisation précédait dans la majorité des cas la déclaration d'irresponsabilité pénale, la levée d'écrou se faisant donc avant que la chambre de l'instruction ait rendu sa décision.

A Poitiers et La Rochelle, des patients ont été hospitalisés en soins libres après le passage à l'acte, la mesure de contrainte ayant été mise en place une fois que l'instruction a été ouverte.

(b) Modalités d'accueil en service d'hospitalisation :

**Figure 26 : Modalité d'accueil sur le service d'hospitalisation selon le groupe**



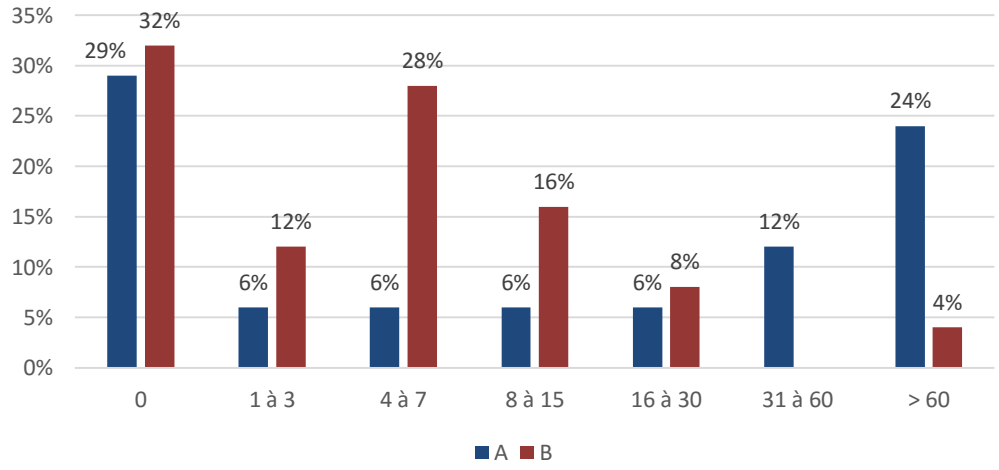

Les modalités d'accueil sur le service étaient similaires entre les 2 groupes.

(c) Service fermé, isolement et contention :

**Tableau 7 : Données liées à la contention (jours), l'isolement (jours) et le maintien en service fermé (mois), moyennes ramenées au nombre total de patients par groupe**

| | Groupe A | Groupe B | p |
|---|---|---|---|
| Si accueil en chambre d'isolement : délai moyen avant la levée de l'isolement (jours) | 26,44 | 6,21 | 0,02 |
| Si accueil en service fermé, délai moyen avant la sortie du service fermé (mois) | 36,13 | 1,36 | < 0,0001 |
| Moyenne du temps total passé sur un service fermé (mois) | 34,00 | 1,16 | < 0,0001 |
| Moyenne du temps total passé en chambre d'isolement (jours) | 40,23 | 8,2 | 0,005 |
| Moyenne du temps total passé sous contention (jours) | 2,35 | 0,64 | 0,2 |

**Figure 27 : Temps total passé en isolement selon le groupe (jours)**




Dans le groupe A, 4 patients étaient encore hospitalisés en service fermé à la fin du recueil de données sans avoir pu en sortir sur le temps de l'étude. La durée d'hospitalisation de ces patients allait de 9 à 89 mois.

La mesure d'isolement a été utilisée chez 11 (65%) patients dans le groupe A et chez 17 (68%) patients du groupe B. Dans les cas où cette mesure a été utilisée, elle l'a été en moyenne 2,60

fois par patient, pour une durée moyenne de 68,4 jours (médiane : 46,5 jours) dans le groupe A et 2,35 fois par patient pour une durée moyenne de 12,06 jours (médiane : 7 jours) dans le groupe B.

La contention a été utilisée pour 4 (24%) patients du groupe A et 7 (28%) patients du groupe B. Dans les cas où elle a été appliquée, elle l'a été en moyenne 1,25 fois par patient pour une durée moyenne de 10 jours (médiane : 3,5 jours) dans le groupe A et 1,14 fois par patient pour une durée moyenne de 2,29 jours (médiane : 1 jour) dans le groupe B.

### (d) Hospitalisations en UMD et USIP :

Sept (41%) patients du groupe A ont été hospitalisés en UMD. Un patient de chaque groupe a été hospitalisé en USIP. Aucune demande d'hospitalisation en UMD n'a reçu de réponse négative.

**Tableau 8 : Moyennes des mesures liées aux hospitalisations en UMD et USIP (mois)**

| | **Groupe A** | **Groupe B** |
|---|---|---|
| Durée moyenne passée en UMD (mois) | 24,83 | 0,00 |
| Nombre moyen d'hospitalisations en UMD | 1,43 | 0,00 |
| Durée moyenne passée en USIP (mois) | 2,00 | 1,50 |
| Nombre moyen d'hospitalisations en USIP | 1,00 | 1,00 |

(e) Sorties et programmes de soins :

**Tableau 9 : Moyennes des mesures liées aux sorties et aux programmes de soins (mois)**

| | Groupe A | Groupe B | p |
|---|---|---|---|
| Délai avant de pouvoir bénéficier de sorties (mois) | 9,38 | 0,70 | < 0,0001 |
| Délai avant de pouvoir bénéficier d'un programme de soins (mois) | 33,32 | 1,63 | < 0,0001 |

Dans le groupe A, l'autorité administrative a refusé les premières demandes de sorties pour 4 (24%) patients, ce qui n'était pas le cas dans le groupe B.

Dans le groupe A, les premières sorties ont été accompagnées par un soignant pour 14 (82%) patients contre 17 (68%) dans le groupe B.

Dans le groupe A, parmi les patients pour qui l'hospitalisation n'avait pas été levée à la fin de l'étude, 1 (6%) patient n'avait pu bénéficier d'aucune sortie (il était hospitalisé depuis 9 mois) et 2 (12%) n'avaient pas pu bénéficier de sortie non accompagnée (ils étaient hospitalisés respectivement depuis 50 et 76 mois).

Dans le groupe A, tous les patients pour qui l'hospitalisation avait été levée avaient bénéficié de sorties au cours de l'hospitalisation. Dans le groupe B, l'hospitalisation et la mesure SDRE de 2 (8%) patients ont été levées avant qu'ils aient pu bénéficier de sorties.

Pour la variable « programme de soins » nous avons pris en compte les programmes de soins permettant une vie à plus de 50% sur l'extérieur de l'hôpital.

Dans le groupe A, parmi les patients pour qui la mesure SDRE n'avait pas été levée à la fin de l'étude, 6 (35%) patients n'ont pas pu bénéficier d'un programme de soins.

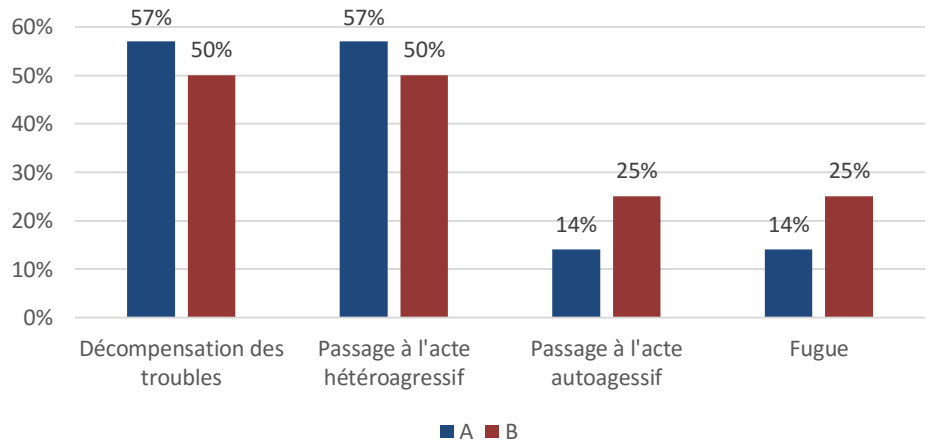
Dans le groupe A, tous les patients pour qui la mesure avait été levée à la fin de l'étude avaient bénéficié d'un programme de soins. Dans le groupe B, la mesure SDRE de 13 (52%) patients a été levée sans qu'ils aient bénéficié d'un programme de soins.

Dans le groupe A, 11 (65%) patients ont bénéficié d'un programme de soins. Parmi cette population, 7 (64%) patients ont dû réintégrer l'hospitalisation complète à au moins une reprise.

Le nombre moyen de réintégrations était de 3, un patient ayant dû être réhospitalisé à 9 reprises. Le diagnostic pour ce patient était une schizophrénie paranoïde associée à un trouble de la personnalité de type antisociale.

Dans le groupe B, 12 (48%) ont bénéficié d'un programme de soins ; parmi cette population, 4 (33%) patients ont dû réintégrer l'hospitalisation complète à au moins une reprise. Le nombre moyen de réintégrations était de 3, un patient ayant dû être réhospitalisé à 7 reprises. Le diagnostic pour ce patient était une schizophrénie paranoïde associée à un trouble de la personnalité de type antisociale et une consommation de toxiques.

**Figure 28 : Motifs de réintégration en hospitalisation complète selon le groupe**




(f) Modalités thérapeutiques :

Les synthèses ainsi que le travail psychothérapeutique autour du passage à l'acte étaient plus fréquemment retrouvés dans le groupe A que dans le groupe B.

**Figure 29 : Evocation d'un travail psychothérapeutique autour du passage à l'acte à l'origine de l'hospitalisation selon le groupe**

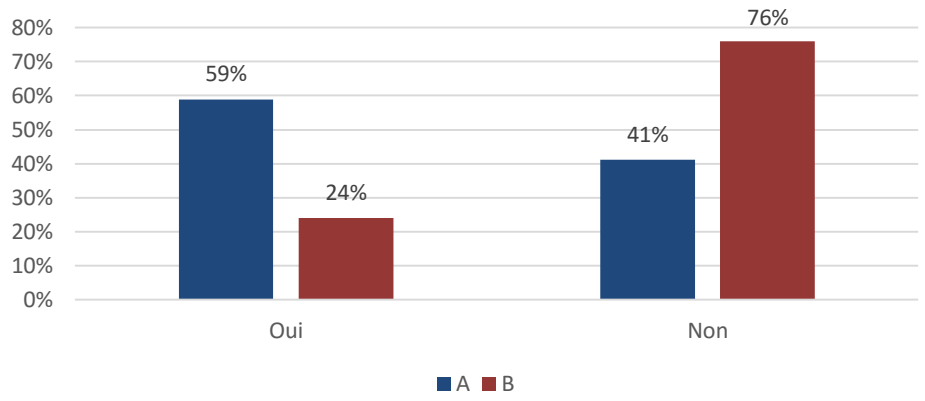
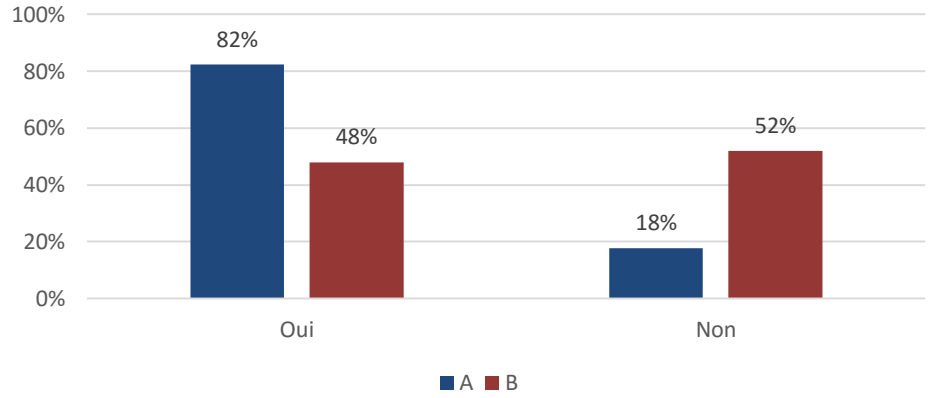



**Figure 30 : Evocation d'un travail de synthèse régulier selon le groupe**




Dans le groupe A, 14 (82%) patients ont pu bénéficier d'activités thérapeutiques au cours de l'hospitalisation contre 12 (48%) patients dans le groupe B. Les patients pouvaient participer à plusieurs types d'activités.

**Figure 31 : Activités thérapeutiques proposées selon le groupe**

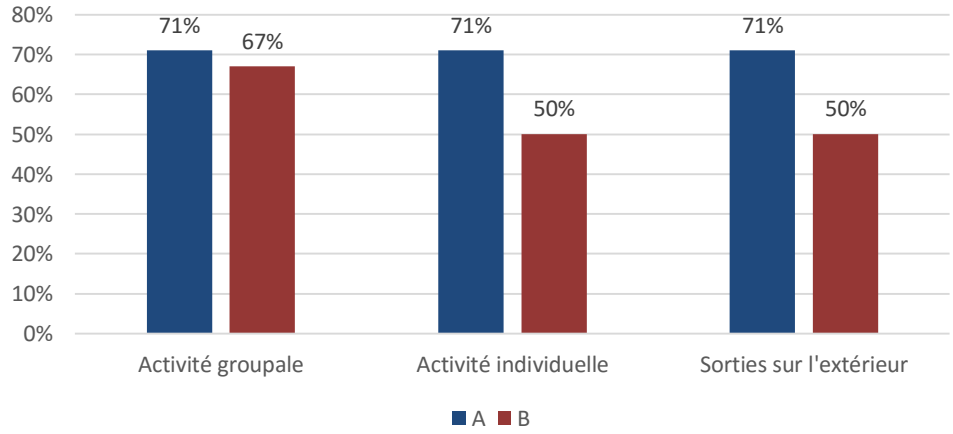
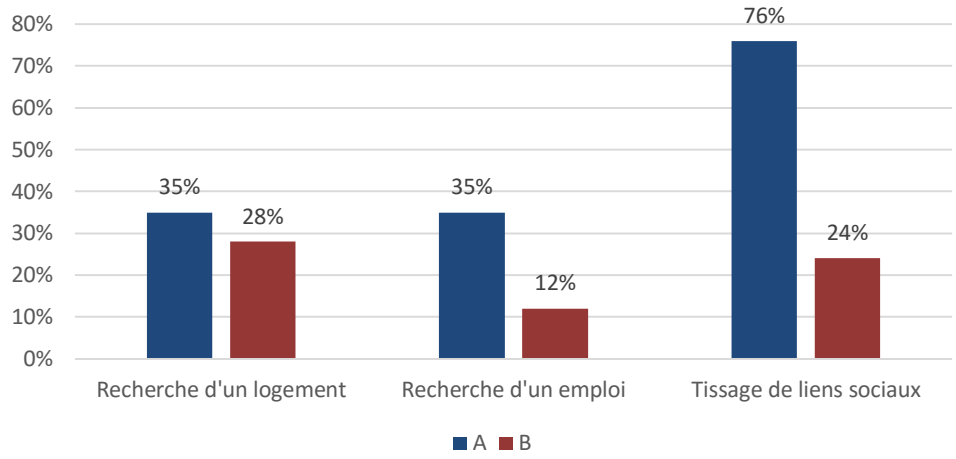


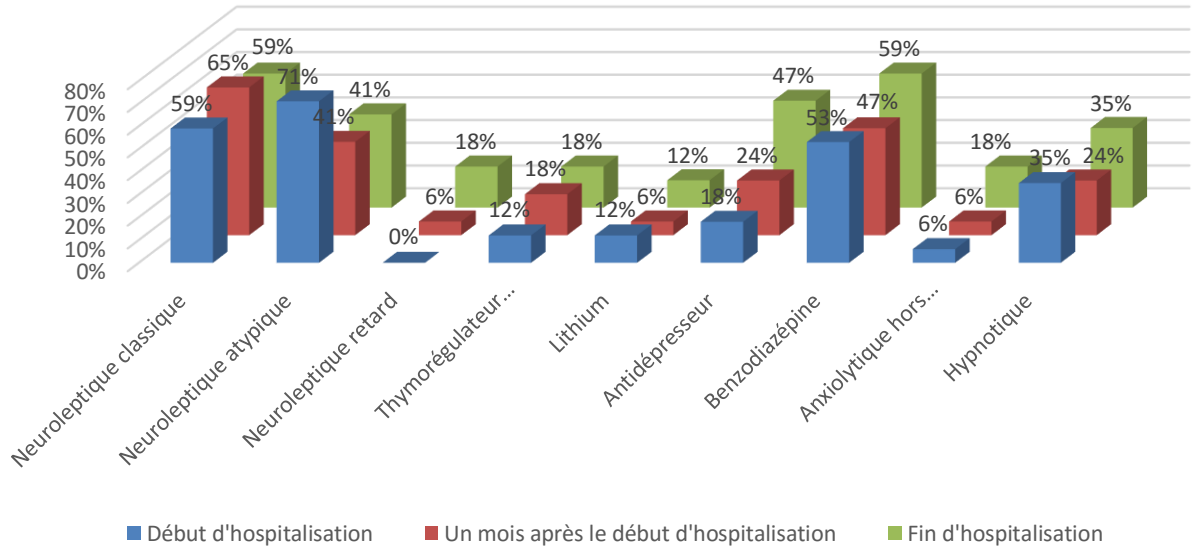
**Figure 32 : Type d'accompagnement vers la réinsertion selon le groupe**




L'accompagnement vers la réinsertion était plus marqué dans le groupe A, notamment autour d'un travail autour du tissage de liens sociaux.

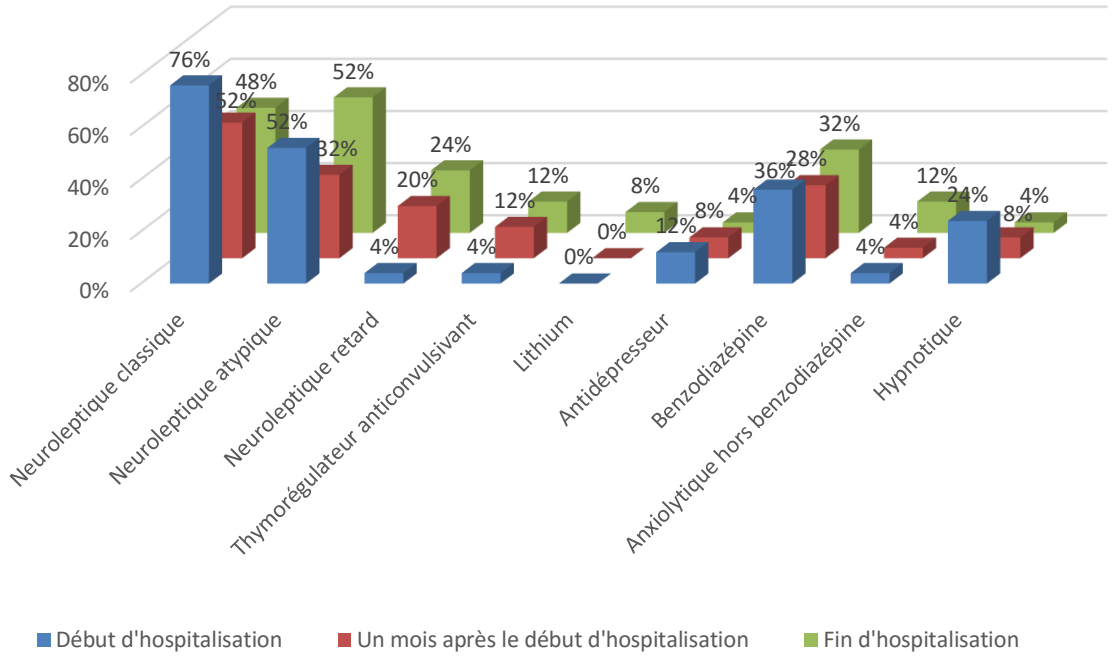
### *(3) Traitement pharmacologique :*

**Figure 33 : Traitements prescrits selon la période de prise en charge, groupe A**




Dans le groupe A, la prescription de neuroleptiques atypiques diminuait au profit des neuroleptiques retard au cours de l'hospitalisation. La prescription d'antidépresseur était multipliée par 2,6 entre le début et la fin de l'hospitalisation.

**Figure 34 : Traitements prescrits selon la période de prise en charge, groupe B**




Dans le groupe B, la prescription de neuroleptiques classiques diminuait au profit des neuroleptiques retard au cours de l'hospitalisation. La prescription d'hypnotique diminuait nettement au cours de l'hospitalisation.

Les neuroleptiques atypiques étaient plus prescrits dans le groupe A, tandis que les neuroleptiques classiques étaient plus prescrits dans le groupe B. Les benzodiazépines, les hypnotiques et les antidépresseurs étaient largement plus prescrits dans le groupe A que dans le groupe B. Le lithium était également légèrement plus prescrit dans ce groupe.

**Tableau 10 : Associations médicamenteuses selon la période d'hospitalisation**

| | **Début de l'hospitalisation** | | **Un mois d'hospitalisation** | | **Fin de l'hospitalisation** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Groupe A** | **Groupe B** | **Groupe A** | **Groupe B** | **Groupe A** | **Groupe B** |
| **2 benzodiazépines** | 1 (6%) | 0 (0%) | 1 (6%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| **> 2 benzodiazépines** | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (6%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| **2 neuroleptiques** | 9 (53%) | 12 (48%) | 11 (65%) | 11 (44%) | 7 (41%) | 9 (36%) |
| **> 2 neuroleptiques** | 4 (24%) | 0 (0%) | 1 (6%) | 2 (8%) | 2 (12%) | 1 (4%) |

Dans le groupe A, l'association de plusieurs benzodiazépines et de plusieurs neuroleptiques avaient tendance à être plus importantes que dans le groupe B.

L'association de plus de deux benzodiazépines était peu fréquente et ne concernait qu'un (6%) patient du groupe A.

L'association d'au moins deux neuroleptiques était relativement fréquente puisqu'elle concernait 9 (53%) patients du groupe A et 12 (48%) patients du groupe B au début de l'hospitalisation et 11 (65%) patients du groupe A et 11 (44%) patients du groupe B à un mois d'hospitalisation. Elle restait fréquente même après la stabilisation de l'état clinique puisque 7 (41%) patients du groupe A et 9 (36%) patients du groupe B recevaient au moins deux neuroleptiques à la fin de l'hospitalisation.

**Tableau 11 : Posologie d'au moins un neuroleptique, anxiolytique ou hypnotique selon la période**

| | **Début de l'hospitalisation** | | **Un mois d'hospitalisation** | | **Fin de l'hospitalisation** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Groupe A** | **Groupe B** | **Groupe A** | **Groupe B** | **Groupe A** | **Groupe B** |
| **Posologie maximale** | 3 (18%) | 2 (8%) | 2 (12%) | 3 (12%) | 2 (12%) | 4 (16%) |
| **Posologie > maximum conseillé** | 3 (18%) | 2 (8%) | 3 (18%) | 2 (8%) | 2 (12%) | 0 (0%) |

On observait une différence significative entre les deux groupes concernant la prescription d'au moins un neuroleptique, anxiolytique ou hypnotique à une posologie au moins à la dose maximale, au début de l'hospitalisation (p = 0,08), les patients du groupe A recevant donc plus de traitement à une posologie au moins maximum. Bien que la différence ne soit pas significative, cette tendance se confirmait après un mois d'hospitalisation (p = 0 ,15). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes à la fin de l'hospitalisation.

On notait une résistance au traitement pour 3 (18%) patients du groupe A et 5 (20%) patients du groupe B.

Aucun patient n'a été traité par électroconvulsivothérapie.

### *(4) Le patient et son évaluation :*

#### (a) Evaluation de la dangerosité psychiatrique :

A l'entrée, la dangerosité psychiatrique a été évaluée par une échelle validée pour 1 (6%) patient du groupe A et aucun du groupe B.

Dans aucun des deux groupes, la dangerosité psychiatrique n'a été évaluée au cours de l'hospitalisation par une échelle validée. Elle a été évaluée pour 2 (12%) patients du groupe A, en équipe, à travers la clinique du patient.

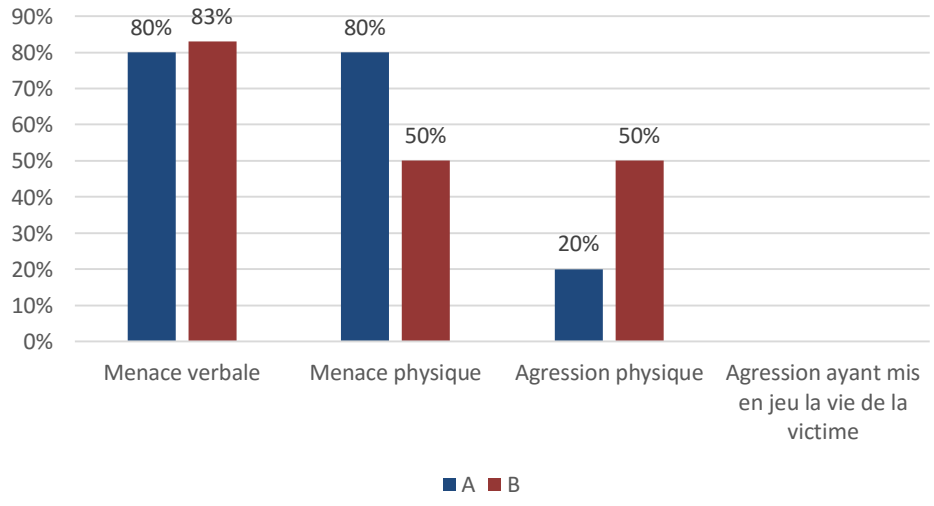
### (b) Passages à l'acte hétéro et autoagressif au cours de l'hospitalisation :

Dans le groupe A, 5 (29%) patients ont eu des comportements hétéroagressifs au cours de l'hospitalisation, ces comportements se sont produits en moyenne 5,2 fois par patient, un patient étant passé à l'acte 15 fois. Il s'agissait d'un patient ayant un retard mental associé à une lésion cérébrale et une épilepsie.

Dans le groupe B, 6 (24%) patients ont eu des comportements hétéroagressifs au cours de l'hospitalisation, ces comportements se sont produits en moyenne 4,5 fois par patient, un patient étant passé à l'acte 15 fois. Le diagnostic pour ce patient était une schizophrénie paranoïde associée à une personnalité de type antisociale et une consommation de toxiques.

La menace verbale concernait 80% des patients du groupe A ayant eu au moins un comportement hétéroagressif, et 83% du groupe B ; la menace physique concernait 80% des patients du groupe A ayant eu au moins un comportement hétéroagressif, et 50% du groupe B ; les agressions physiques concernaient 20% des patients du groupe A ayant eu au moins un comportement hétéroagressif, et 50% du groupe B. Aucune agression n'a mis en jeu le pronostic vital ou fonctionnel de la victime.

**Figure 35 : Répartition des types de passage à l'acte hétéroagressifs selon le groupe**



Dans le groupe A, 1 (6%) patient a eu des comportements autoagressifs à 3 reprises, ces passages à l'acte ayant nécessité au maximum un passage aux urgences.

Dans le groupe B, 1 (4%) patient a eu un comportement autoagressif à une reprise, ce passage à l'acte ayant nécessité des soins somatiques dans le service.

### iii) Levée de la mesure :

A la fin de l'étude, la mesure SDRE avait été levée pour 4 (24%) des patients du groupe A et la totalité des patients du groupe B.

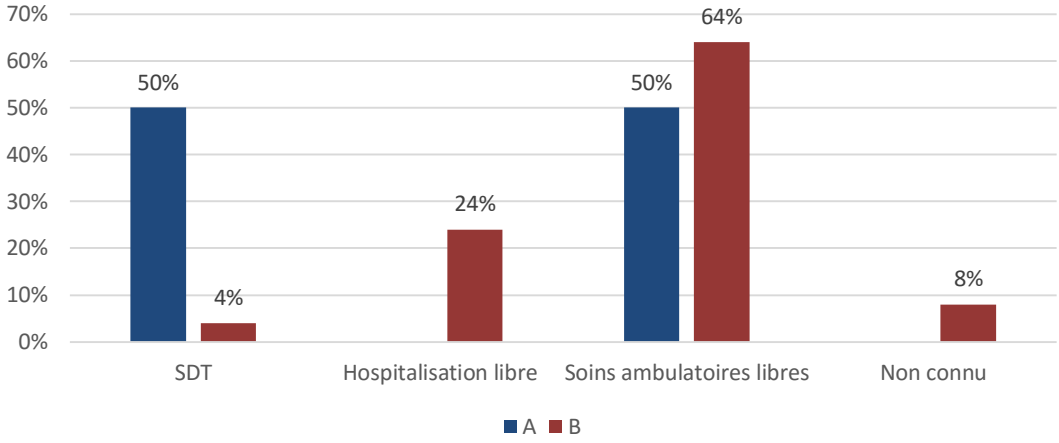
L'autorité administrative a refusé au moins à une reprise la proposition médicale de levée de mesure SDRE pour 3 (18%) patients du groupe A et aucun du groupe B :

- Dans un cas, le refus a été exprimé à deux reprises par l'autorité administrative, et la mesure SDRE a finalement été levée au bout de 82 mois.
- Dans deux cas, le refus a été exprimé à une reprise par l'autorité administrative, la mesure SDRE n'a finalement pas été levée à la fin de l'étude. Au cours de la période d'étude, ces deux patients ont commis chacun une nouvelle infraction pour laquelle l'article 122-1 al. 1 du CP a été appliqué. Il s'agissait d'un parricide et d'un homicide.

Pour deux patients, l'origine du refus de levée de la mesure SDRE était le fait que les expertises psychiatriques étaient contradictoires. L'expert justifiait la contre-indication à cette levée par l'absence de stabilité des troubles dans un cas, et la persistance d'une dangerosité dans un deuxième cas. Nous n'avons pas pu accéder aux expertises pour le troisième patient.

Aucune échelle d'évaluation de la dangerosité n'était mentionnée dans les expertises.

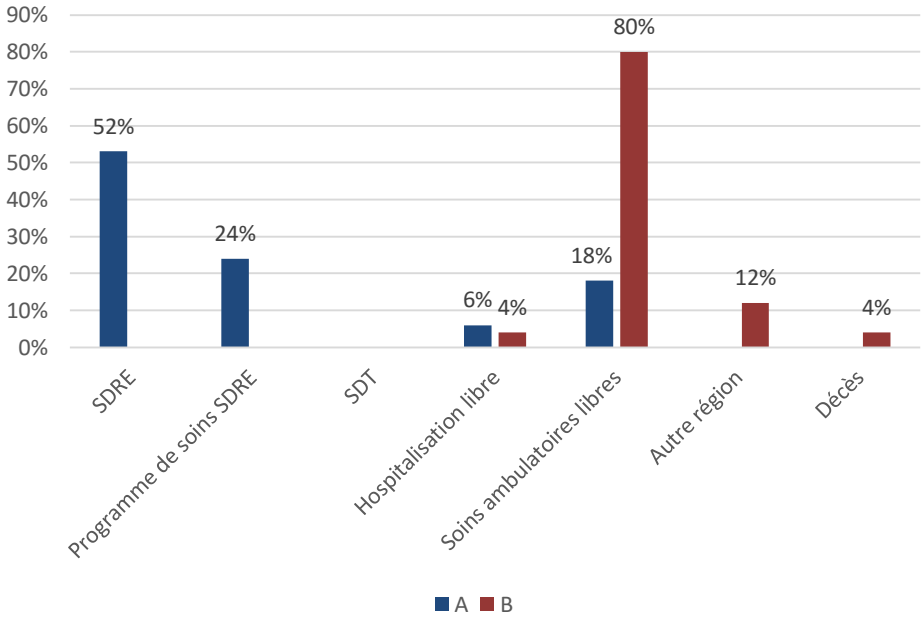
**Figure 36 : Répartition des modalités de prise en charge à la levée de la mesure SDRE en fonction du group**




## c) Devenir du patient :

### i) Suivi médical :

**Figure 37 : Répartition des modalités de prise en charge à la fin de la durée de l'étude selon le groupe**

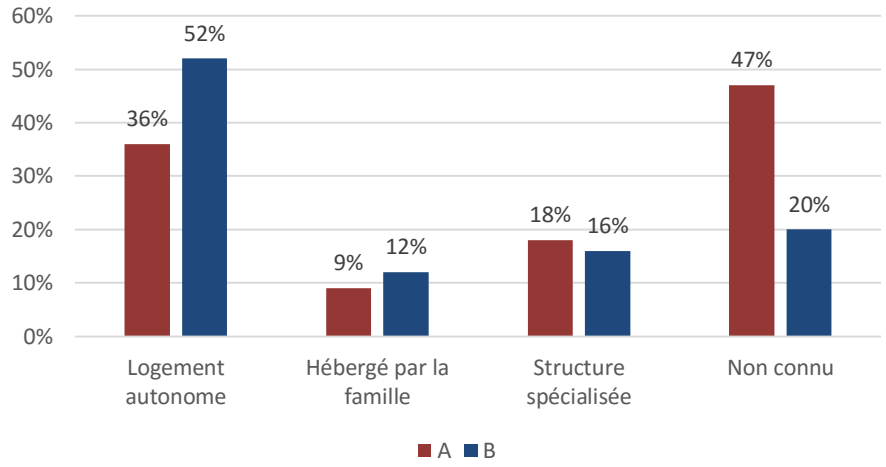



Dans le groupe B, 6 (24%) patients ont été perdus de vue suite à la levée de la mesure, ce qui n'était pas le cas des patients du groupe A.

Aucun patient du groupe A n'a été hospitalisé en SDRE suite à la levée de la mesure contre 7 (28%) dans le groupe B. Ces patients ont été réhospitalisés en SDRE 1,7 fois en moyenne sur la durée de l'étude.

### ii) Réinsertion socio-professionnelle :

**Figure 38 : Type de logement à la sortie d'hospitalisation selon le groupe**




Dans le groupe A, sur les 11 patients ayant bénéficié d'un programme de soins, 4 (36%) patients avaient un logement autonome, 1 (9%) était hébergé par la famille et 2 (18%) étaient en structure spécialisée. La majorité des patients du groupe B avaient un logement autonome à la sortie d'hospitalisation.

Dans le groupe A, 3 (18%) patients ont pu retrouver un travail après la sortie d'hospitalisation contre 4 (16%) patients du groupe B.

## d) Synthèse des résultats :

Nous proposons ici une synthèse des résultats principaux.

**Tableau 12 : Synthèse des principaux résultats**

| | **Groupe A** | **Groupe B** | **P** (comparaison des échantillons) | **P** (comparaison d'appariement individuel) |
|---|---|---|---|---|
| **Age moyen** (années) | 37,3 | 41,4 | 0,75 | |
| **Hommes** (%) | 71 | 88 | 0,23 | |
| **Niveau primaire/BEPC** (%) | 24 | 24 | > 0,1 | |
| **Présence d'un entourage** (%) | 77 | 68 | 0,73 | |
| **Antécédents judiciaires** (%) | 41 | 28 | 0,72 | |
| **Observance médicamenteuse** (%) | 30 | 27 | 1 | |
| **Ruptures de suivi répétées** (%) | 31 | 52 | 0,18 | |
| **Déni des troubles** (%) | 35 | 60 | 0,13 | |
| **Diagnostic** | | | | |
| **Schizophrénie** (%) | 71 | 76 | | |
| **Trouble bipolaire** (%) | 6 | 8 | | |
| **Episode dépressif majeur** (%) | 6 | 8 | | |
| **Trouble schizo-affectif** (%) | 12 | 4 | | |
| **Retard mental** (%) | 6 | 4 | | |
| **Comorbidité addictive** (%) | 35 | 48 | 0,14 | |
| **Personnalité antisociale** (%) | 18 | 4 | 0,71 | |
| **Durée totale d'hospitalisation** (mois) | 43,15 | 5,39 | < 0,0001 | < 0,0001 |
| **Durée totale de la mesure SDRE** (mois) | 57,65 | 6,60 | < 0,0001 | < 0,0001 |
| **Si accueil en chambre d'isolement : délai moyen avant la levée de l'isolement** (jours) | 26,44 | 6,21 | 0,02 | 0,05 |
| **Si accueil en service fermé, délai moyen avant la sortie du service fermé** (mois) | 36,13 | 1,36 | < 0,0001 | < 0,0001 |
| **Moyenne du temps total passé sur un service fermé** (mois) | 34,00 | 1,16 | < 0,0001 | < 0,0001 |
| **Moyenne du temps total passé en chambre d'isolement** (jours) | 40,23 | 8,2 | 0,005 | 0,02 |
| **Moyenne du temps total passé sous contention** (jours) | 2,35 | 0,64 | 0,2 | 0,16 |
| **Délai avant de pouvoir bénéficier de sorties** (mois) | 9,38 | 0,70 | < 0,0001 | 0,001 |
| **Délai avant de pouvoir bénéficier d'un programme de soins** (mois) | 33,32 | 1,63 | < 0,0001 | 0,009 |

Dans le groupe de patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, nous avons retrouvé :

- Une majorité d'hommes (71%).
- Un âge moyen de 37,3 ans.
- Un niveau scolaire bas (24% au moins ayant un niveau primaire/BEPC) et une précarité professionnelle (82% étaient sans emploi).
- Un isolement sur le plan social (76% de célibataires), mais un entourage familial présent.
- Des antécédents judiciaires fréquents (41%), en majorité délictuels.
- Des antécédents familiaux de violence ou judiciaires relativement fréquents (39%).
- Des patients ayant été souvent victimes (59%), en majorité de violences physiques et psychologiques, en particulier dans l'enfance.
- Des antécédents psychiatriques fréquents (76%), avec un suivi de longue date (10,6 ans en moyenne).
- Une mauvaise observance au traitement médicamenteux (30% étaient observant) et une mauvaise adhésion aux soins (les ruptures de suivi répétées concernaient 31% des patients).
- Une infraction à l'origine de l'hospitalisation majoritairement criminelle (77%). Il s'agissait en majorité de tentatives d'homicides et d'homicides. Les proches étaient les premières victimes (88%).
- Un délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation de 8,79 mois en moyenne, la majorité des patients étant incarcérés avant d'être hospitalisés.
- Un délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale de 16,94 mois en moyenne, cette durée variant d'une ville à une autre.
- Une majorité de patients schizophrènes (71%), avec une comorbidité addictive (35%) et un trouble de la personnalité antisociale (18%). Le déni des troubles était relativement fréquent (35%).
- Un temps total d'hospitalisation (43,15 mois en moyenne) et une durée de maintien de la mesure SDRE (57,65 mois en moyenne) significativement plus élevés que dans le groupe contrôle.
- Un temps passé en isolement et en service fermé significativement plus long que dans le groupe contrôle, que ce soit à l'entrée en hospitalisation ou sur la durée totale de l'hospitalisation.

- Une tendance au maintien sous contention sur des temps plus longs que dans le groupe contrôle.
- Un délai avant de pouvoir bénéficier de sorties ou d'un programme de soins permettant une vie dans la communauté significativement plus élevé que celui retrouvé dans le groupe contrôle.
- Une prescription de molécules à effet sédatif (hypnotiques, neuroleptiques, benzodiazépines) à des posologies significativement plus élevées en début d'hospitalisation que dans le groupe contrôle.
- Une absence de réhospitalisation en SDRE après la levée de la contrainte, alors que 28% des patients du groupe contrôle avaient été réhospitalisés en SDRE (1,7 fois par patient en moyenne).
- Des activités thérapeutiques et une aide à la réinsertion développées.
- Une réinsertion socio-professionnelle moyenne, 18% des patients du groupe A ayant retrouvé un travail après l'hospitalisation.

### e) Etude de la comparabilité des groupes :

La majorité de nos résultats principaux étaient très significatifs. Cependant, nous n'avons pas pu apparier les patients sur plus de trois critères, il existait donc des biais de confusion que nous allons discuter.

La durée d'hospitalisation et de maintien de la mesure ainsi que l'application de mesures coercitives telles que le maintien sous contention, en isolement et en service fermé, ou la prescription de molécules à effet sédatif à des posologies élevées ont pu être influencées par différents facteurs.

Nous avons fait l'hypothèse que ces facteurs pouvaient être liés à :

- Le type de prise en charge proposé par l'équipe de secteur où est hospitalisé le patient ;
- La clinique présentée par les patients ;
- Le vécu des soignants vis-à-vis de la population des patients irresponsabilisés pénalement.
- Les facteurs de risque de violence classiquement décrits dans la littérature ;
- La réitération de comportements violents au cours de l'hospitalisation ;

L’appariement sur le secteur de prise en charge et la date d’entrée en hospitalisation permettait d’éviter un biais concernant le type de prise en charge selon le secteur d’hospitalisation, puisqu’au sein de chaque groupe d’appariement, les patients avaient été pris en charge par la même équipe.

L’appariement sur le code diagnostic ne neutralisait qu’en partie les biais liés à la clinique présentée par le patient. Pour y remédier, il aurait fallu s’intéresser à la clinique particulière de chaque patient tout au long de la prise en charge, et aux décisions prises en conséquence de son évolution. Pour cela, une étude prospective aurait été plus adaptée, l’étude sur dossier ne permettant pas d’analyser avec précision l’évolution de l’état clinique. Nous nous sommes tout de même posé la question de la résistance au traitement qui était similaire dans les deux groupes (18% dans le groupe A et 20% dans le groupe B). Les patients du groupe A ne présentaient donc à priori pas plus de résistance au traitement qui aurait pu justifier un maintien des soins sous contrainte sur des temps plus longs.

Dans une étude rétrospective, le vécu des soignants n’était pas analysable. Les conséquences de ce vécu sur la prise en charge n’étaient donc pas évaluables.

Nous nous sommes intéressés aux facteurs de risque de violence statiques classiquement décrits dans la littérature. On ne retrouvait pas de différence significative entre les groupes concernant ces facteurs. Les ruptures de suivi répétées, le déni des troubles et la comorbidité addictive avaient tendance à être plus présents dans le groupe B. Les populations étaient donc comparables en matière de facteurs de risque de violence.

**Tableau 13 : Comparabilité des groupes**

| | Groupe A | Groupe B | p |
|---|---|---|---|
| **Homme** | 71% | 88% | 0,23 |
| **Age < 40 ans** | 54% | 48% | 0,75 |
| **Entourage** | 77% | 68% | 0,73 |
| **Antécédents judiciaires** | 41% | 28% | 0,72 |
| **Observance médicamenteuse** | 30% | 27% | 1 |
| **Ruptures de suivi répétées** | 31% | 52% | 0,18 |
| **Déni des troubles** | 35% | 60% | 0,13 |
| **Comorbidité addictive** | 35% | 48% | 0,14 |
| **Personnalité antisociale** | 18% | 4% | 0,71 |

Concernant la réitération des comportements violents au cours de l'hospitalisation, on a vu que la proportion de patients présentant des comportements hétéroagressifs était identique dans les deux groupes. Les patients du groupe B présentaient des comportements plus violents (agressions physiques) que les patients du groupe A (menaces verbales et physiques). Les patients du groupe A réitéraient les comportements violents de manière plus fréquente que les patients du groupe B, mais la différence entre les groupes n'était pas significative (p = 0,73).

# PARTIE III : DISCUSSION

## 1) Discussion des données de l'étude :

Dans notre étude, nous avons inclus une totalité de 42 prises en charge. Le groupe A, correspondant au groupe des patients ayant bénéficié de l'article 122-1 al.1 du CP était composé de 15 patients différents pour 17 prises en charge au total. Il nous a paru intéressant d'inclure les 2 prises en charge des patients ayant bénéficié de 2 déclarations d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental au cours de l'étude ; en effet, pour un patient, les deux prises en charge avaient lieu sur deux hôpitaux différents et pour l'autre, elles différaient nettement, bien qu'ayant eu lieu dans le même service.

Après inclusion des patients du groupe A, nous avons procédé à la recherche de patients hospitalisés en SDRE sur les critères d'appariement que nous avions déterminé (diagnostic, date d'entrée en hospitalisation, secteur de prise en charge). Alors que nous recherchions 2 patients hospitalisés en SDRE pour chaque patient du groupe A, nous n'avons pu inclure que 25 patients au total dans ce groupe contrôle (groupe B), la faible fréquence des SDRE ne nous ayant pas permis de trouver un nombre de patients suffisant. La faiblesse de cet échantillon n'a cependant pas gêné la réalisation des principaux tests statistiques.

La comparaison des deux groupes en termes de caractéristiques sociodémographiques, situation médicolégale, antécédents de victimisation et antécédents psychiatriques n'a d'intérêt que l'étude de la comparabilité des deux groupes. Dans ces domaines le groupe B n'était pas représentatif de la totalité de la population de patients hospitalisés en SDRE puisque les sujets étaient inclus à partir de critères d'appariement.

L'inclusion de ces 42 prises en charge nous a permis de répondre aux objectifs fixés, que nous allons présenter.

## a) Le patient :

### i) Une population masculine, d'âge moyen, précaire et mal insérée socialement :

Plusieurs études, regroupées en méta-analyse décrivent le sexe masculin, l'âge inférieur à 40 ans, le célibat, la précarité sociale et économique comme facteurs de risque de violence (77,79,117,119,120). Nous avons retrouvé ces caractéristiques dans la population étudiée.

Le groupe A était constitué d'une majorité d'hommes (71%) ; la moyenne d'âge était de 37,3 ans, 54% des patients étant âgés de moins de 40 ans.

On retrouvait un niveau scolaire assez bas, 12% des patients ayant un niveau supérieur au baccalauréat et 24% un niveau primaire/BEPC. Ces chiffres ont pu être toutefois sous-estimés, les données étant manquantes pour 24% des patients.

L'insertion professionnelle était faible avec 82% de patients sans emploi et 35% n'ayant jamais travaillé. La proportion de travailleurs handicapés s'élevait à 53% et 47% des patients étaient sous mesure de protection.

L'insertion sociale était mauvaise, 76% des patients étant célibataires et 82% n'ayant pas d'enfants. On notait cependant que la famille (parents, frères et sœurs) était présente dans 65% des cas et permettait le maintien de liens sociaux en dehors des soins, au cours de l'hospitalisation.

La précarité se retrouvait également en termes de logement puisque 18% des patients étaient sans domicile fixe au moment du passage à l'acte infractionnel.

Ces données correspondaient aux données classiquement retrouvées dans la littérature concernant les malades mentaux infracteurs. Nous nous proposons de les comparer aux chiffres retrouvés par Cornier et al. (7), dans un travail sur les malades mentaux ayant bénéficié de l'article 122-1 al. 1 du CP auprès de la cour d'appel de Poitiers et par Richard-Devantoy et al. (117) dans une étude sur les meurtriers malades mentaux.

| | Données de l'étude (Groupe A) | Cornier et al., 2006 | Richard-Devantoy et al., 2009 |
|---|---|---|---|
| Sexe masculin | 71% | 83% | 73% |
| Age moyen | 37,3 | | 37,8 |
| Age < 40 ans | 54% | 61% | |
| Niveau d'étude primaire/BEPC | 24% (24% de données manquantes) | 79% | 38 ,9% |
| Sans emploi | 82% | 79% | 54% |
| Célibataire | 76% | 61% | 83% |
| Travailleurs handicapés | 53% | 43% | |

La population du groupe B était comparable en termes de données sociodémographiques. La proportion d'hommes était légèrement plus élevée (88%), l'âge moyen légèrement plus haut (41,4 ans), l'insertion sociale était équivalente avec 68% de célibataires, mais la parentalité était plus fréquente (32%). Les données socioprofessionnelles recueillies ne permettaient pas de comparer les groupes, du fait de leur absence dans un grand nombre de dossiers.

### ii) Des antécédents judiciaires très présents :

Les antécédents de violence et les antécédents judiciaires sont des facteurs de risque de passage à l'acte violent (79,120). Notre population d'étude en est un bon exemple avec 41% de patients du groupe A ayant des antécédents judiciaires, en majorité délictuels (71%). Les violences et les vols concernaient 43% des sujets ayant des antécédents judiciaires et étaient à l'origine d'une incarcération pour 3 d'entre eux. Les 2 patients ayant des antécédents criminels (tentative d'homicide) avaient bénéficié pour ces faits d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Les patients du groupe contrôle avaient un passé judiciaire moins présent mais restant tout de même dans des proportions notables avec 28% des sujets concernés, les violences et les

dégradations volontaires concernant chacune 29% des patients ayant des antécédents judiciaires. Trois d'entre eux ayant été incarcérés par le passé.

Dans la littérature, on retrouve des données similaires. Cornier et al. (7) décrivaient 56% d'antécédents judiciaires parmi une population de sujets ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Luettgen et al. (3) évoquaient un taux de 30 à 45% d'antécédents judiciaires parmi des patients canadiens jugés non responsables du fait d'un trouble mental. Richard-Devantoy et al. (117,118) retrouvaient ces antécédents pour 24,3% des sujets d'une population de meurtriers malades mentaux et pour 50% des patients d'une population de meurtriers schizophrènes. Ces études décrivaient des antécédents majoritairement délictuels.

Bien que cet item soit irrégulièrement décrit dans les dossiers médicaux, on retrouvait un taux important (35%) d'antécédents de violence ou antécédents judiciaires familiaux dans le groupe A, évocateur un climat de violence familial, facteur de risque de violence (77,120). Richard-Devantoy et al. (117,118) retrouvaient ces antécédents familiaux mais dans des proportions inférieures : 5,9% pour les meurtriers malades mentaux et 18,2% pour les meurtriers schizophrènes.

### iii) Victimes avant d'être agresseurs :

La littérature l'a largement décrit, la pathologie mentale et ses comorbidités augmentent le risque de violence, mais les sujets atteints d'une pathologie psychiatrique sont plus souvent victimes qu'agresseurs (75,76). De plus, on sait que la violence subie a un impact sur le risque de comportement violent à l'âge adulte (77).

Nos résultats illustrent cette problématique puisque 59% des patients du groupe A ont été victimes, en majorité de violences physiques et psychologiques. Pour 80% des patients, ces violences ont été subies dans l'enfance et pour 30% à l'âge adulte. Dans le groupe B, des antécédents de victimisation étaient décrits pour 24% des patients, une proportion deux fois moins élevée que pour le groupe d'étude.

On peut se questionner sur cette différence entre les deux groupes. La première explication serait l'absence de recherche de tels antécédents par les psychiatres traitants (les données pour

le groupe A ayant été majoritairement collectées dans les expertises), ce qui nous fait nous questionner sur les pratiques et le manque d'exhaustivité dans les éléments recherchés au cours du suivi.

S'il l'on pose l'hypothèse que les données disponibles sont bien représentatives, il apparaît que les patients ayant commis les actes les plus graves auraient alors été plus souvent victimes que les patients ayant commis des actes non judiciarisés. La question du lien entre victimisation et gravité du passage à l'acte pourrait alors se poser. On sait déjà que ces antécédents sont un facteur de risque de violence, et on peut émettre l'hypothèse qu'ils ont pu être à l'origine des passages à l'acte sur des proches (qui sont les premières victimes dans notre étude), potentiellement à l'origine de la maltraitance ou pouvant être vécus comme persécuteurs du fait d'un passé de victimisation douloureux.

### iv) Des antécédents psychiatriques fréquents, mais une mauvaise adhésion aux soins et aux traitements :

Soixante-seize pourcent des patients du groupe d'étude avaient bénéficié d'un suivi psychiatrique antérieur et la durée moyenne depuis le début du suivi était de 10,6 ans, il s'agissait donc de suivis de longue date. Plus de la moitié (54%) de ces patients étaient connus du secteur psychiatrique qui les a pris en charge suite au passage à l'acte. Tous les patients ayant des antécédents psychiatriques sauf un avaient été hospitalisés au moins une fois en psychiatrie et parmi cette sous-population, tous avaient été hospitalisés au moins une fois sous contrainte. Plus de la moitié (53%) des patients avaient été hospitalisés au moins une fois en SDRE, le nombre moyen d'hospitalisations avec cette modalité étant de 1,78 fois par patient. L'observance au traitement médicamenteux était mauvaise puisqu'elle ne concernait que 30% des patients et les ruptures de suivi répétés étaient relativement fréquentes (31% des patients).

Ces données étaient comparables aux résultats trouvés par Cornier at al. (7) puisque 83% des sujets de l'étude avaient été hospitalisés au moins une fois avant l'infraction à l'origine de l'application de l'article 122-1 al. 1 du CP. Crocker et al. (2), dans une étude sur des sujets canadiens jugés irresponsables du fait d'un trouble mental retrouvaient 76% d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

Dans le groupe B, 84% des patients avaient été suivis antérieurement, ce qui était comparable au groupe A. Ils étaient mieux connus du secteur les ayant pris en charge après le passage à l'acte (71%) et la durée depuis le début du suivi était supérieure (16,8 ans), ce que nous pouvons mettre en lien avec la moyenne d'âge plus élevée des patients de ce groupe. Quatre-vingt-six pour cent des patients ayant des antécédents psychiatriques avaient été hospitalisés et 3 patients avaient été hospitalisés uniquement avec leur consentement avant cette prise en charge. Le nombre de patients ayant été hospitalisés au moins une fois en SDRE était équivalent (52%) mais la fréquence de ces hospitalisations était plus élevée (3,23 fois en moyenne par patient). Le taux d'observance au traitement médicamenteux était comparable au groupe A (27%) mais les ruptures de soins répétées concernaient un plus grand nombre de patients (52%).

Lorsqu'on compare les deux groupes, on note que dans le groupe A, (i) moins de patients avaient été suivis sur le plan psychiatrique, (ii) que la quasi-totalité des patients ayant des antécédents, sauf un, avaient reçu des soins sous contrainte mais (iii) que l'adhésion aux soins était légèrement meilleure, les ruptures de suivi étant moins fréquentes. La multiplication des hospitalisations en SDRE était également moins fréquente dans ce groupe.

A ce stade, on peut donc mettre en avant deux profils de suivi selon les groupes :

- La population du groupe A, pour qui la fréquence des hospitalisations en SDRE est plus faible mais la confrontation à la justice plus fréquente puisque 41% des patients avaient des antécédents judiciaires contre 28% dans le groupe contrôle. Les ruptures de soins répétées étaient pourtant moins fréquentes dans le groupe A.
- La population du groupe B, pour qui on observait une multiplication des hospitalisations en SDRE et une confrontation à la justice moins fréquente.

Ces différences de prise en charge ne peuvent pas s'expliquer par une différence sur le plan du diagnostic ou des comorbidités à type de consommation de toxiques (15,4% versus 14,3%) ou de personnalité antisociale (15,4% versus 14,3%), qui sont des facteurs de risque de violence reconnus. Ces données étaient superposables dans les deux groupes au moment du suivi. On peut émettre l'hypothèse d'une clinique différente selon le groupe, les passages à l'acte hétéroagressifs étant possiblement accompagnés d'une symptomatologie plus bruyante dans le groupe B, orientant donc vers les soins.

Dubreucq et al. (79) décrivaient des différences entre les patients incarcérés et ceux plus souvent hospitalisés. Les détenus présentaient plus de troubles délirants et de psychoses

atypiques associés à un abus de substance et des traits antisociaux. Ces patients avaient un meilleur fonctionnement social et les auteurs formulaient l'hypothèse que l'impulsivité préservait des comportements déficitaires plus souvent observés chez les patients hospitalisés. Cette impulsivité avait toutefois le désavantage de les écarter du système de soins car elle est vue d'une façon négative, entraînant ainsi une augmentation du risque de passage à l'acte grave.

### v) Un passage à l'acte évitable ?

En étudiant la période précédant le passage à l'acte dans le groupe A, on a pu repérer que 47% des patients avaient consulté dans le mois précédent, et un quart dans la semaine précédente. Nous avons retrouvé les observations de cette dernière consultation pour 8 patients. Cinq faisaient état de signes cliniques reconnus comme « signes d'alerte » et décrits comme tels dans l'audition publique sur la dangerosité psychiatrique (77).

Deux patients étaient, au moment de cette consultation, en programme de soins SDRE suite à une déclaration d'irresponsabilité pour trouble mental pour tentative d'homicide. Ils présentaient chacun des éléments dissociatifs associés dans un cas à des idées de grandeur, et dans un autre à un délire de persécution, un délire à thème mystique et des hallucinations auditives impératives. Ces deux patients ont tous deux commis un homicide peu de temps après : dans le mois qui a suivi pour l'un, et dans la semaine qui a suivi pour l'autre. On peut se questionner sur l'absence de réintégration en hospitalisation pour ces patients qui cumulaient les facteurs de risque (antécédents de passage à l'acte violent, consommation de toxiques, signes d'alerte clinique). Ces situations méritent de remettre en cause notre pratique et de se pencher sur la manière d'éviter de tels drames. Au moment de la consultation, l'évaluation de la dangerosité par une échelle dynamique aurait-elle pu permettre de mettre à jour la dangerosité psychiatrique et de réfléchir à un resserrement des soins le temps d'une stabilisation de l'état clinique ?

Comme cela a été décrit par Dubreucq et al. (79), à partir de l'étude Mac Arthur (109), plus le suivi était régulier, plus le risque de violence diminuait, indépendamment du diagnostic et de l'approche thérapeutique proposée en soins ambulatoires. A contrario, l'insuffisance de traitement pourrait favoriser la violence. Dans l'étude Mac Arthur, le pourcentage de patients violents tombait de 12 à 2,8% si l'on passait d'un suivi toutes les 3 à 4 semaines à un suivi

hebdomadaire. Sur une période où l'état clinique n'est pas stable, il paraît donc intéressant d'augmenter la fréquence des consultations afin de diminuer le risque de passage à l'acte hétéroagressif.

D'autre part, on sait que le risque de passage à l'acte hétéroagressif est augmenté dans les 20 semaines suivant une hospitalisation, comme le rappellent Dubreucq et al. (79) : il est important d'offrir un suivi plus particulièrement serré durant cette période critique. Nous notons effectivement que 55% des patients du groupe A et 39% des patients du groupe B sont passés à l'acte dans les 20 semaines suivant la dernière hospitalisation.

### vi) Le passage à l'acte : une majorité d'actes criminels sur des victimes connues :

Parmi les patients du groupe A, 77% avaient commis un acte criminel. Vingt-neuf pour cent avaient commis une tentative d'homicide, 47% un homicide dont un avait été qualifié d'assassinat et un patient avait commis un viol. Dans les deux groupes, les atteintes aux personnes étaient prédominantes.

Cornier et al (7) et Crocker et al. (2) retrouvaient également une prédominance des atteintes aux personnes. Cornier et al. notaient une majorité d'homicides volontaires (62,5% des crimes). Nos résultats n'étaient pas comparables à ceux de Crocker et al.: les homicides volontaires ne représentaient que 3,2% des infractions, et les tentatives d'homicide moins de 4% des infractions. Le taux des violences était en revanche plus élevé (25 à 33%).

Il est probable que les différences constatées avec l'étude canadienne (Crocker et al.) soient liées, soit à une différence de politique pénale (moins d'irresponsabilisation pour les crimes menant à la mort), soit à une gestion différente du système de santé, les auteurs mettant en avant une difficulté d'accès à l'hospitalisation en psychiatrie, qui passe fréquemment par une judiciarisation des passages à l'acte.

Les victimes étaient majoritairement connues dans le groupe A (88% des patients) et la famille était particulièrement touchée en cas d'homicide (62,5%) ou de tentative d'homicide (60%). Ces résultats correspondent aux données de la littérature : 75 à 98% des meurtriers malades mentaux connaitraient leur victime (119). En cas d'agression, la famille est majoritairement

ciblée (51%) suivie par les connaissances ou amis (35%), les inconnus étant faiblement touchés (14%) (79).

## b) La prise en charge :

### i) A l'interface entre justice et psychiatrie :

#### *(1) Une hospitalisation minoritairement immédiate :*

Le délai moyen entre le passage à l'acte et l'hospitalisation était de 8,79 mois. Elle était immédiate dans 29% des cas et avait lieu dans le mois qui suivait dans 35% des cas.

Comme nous allons le voir, ce délai est influencé par une incarcération quasi-systématique et un délai particulièrement long avant que l'irresponsabilité pénale ne soit déclarée.

La majorité des patients étaient hospitalisés en SDRE à la fin de l'incarcération. Deux patients ont été hospitalisés en SDRE d'après les modalités de l'article D 398 du CPP, la levée d'écrou ayant été faite au cours de l'hospitalisation.

Deux patients ont été hospitalisés en soins libres à la suite du passage à l'acte. Dans un cas, la contrainte a été mise en place dans les jours qui ont suivi l'ouverture de l'instruction, et dans un autre cas, dans les jours qui ont suivi la déclaration d'irresponsabilité pénale.

On peut se questionner sur le sens de la mise en place d'une contrainte dictée par les procédures judiciaires. Il semble alors que la contrainte perde son sens qui devrait être celui de soins prodigués à des patients étant incapables d'y consentir du fait de leur pathologie mentale. La temporalité retrouvée et l'absence d'aggravation de l'état psychique au moment de la mise en place de la contrainte nous laisse penser que le SDRE vient ici prendre une place de mesure de sûreté applicable à des sujets ayant eu affaire à la justice et donc potentiellement « dangereux ». La contrainte vient-elle ici pallier la peur des équipes soignantes vis-à-vis d'un nouveau passage à l'acte lorsque le premier a été judiciarisé ? Existe-t-il une méconnaissance des procédures judiciaires qui pousserait à penser que procédure judiciaire ou irresponsabilité pénale égale contrainte ?

### *(2) Une incarcération quasi-systématique :*

Une grande majorité des patients a été incarcérée après le passage à l'acte (76%). La majorité a été incarcérée entre le passage à l'acte et l'hospitalisation (59%), dans l'attente d'une décision quant à la responsabilité pénale. Deux patients ont été incarcérés après l'entrée en hospitalisation SDRE. Pour ces deux patients, l'incarcération intervenait respectivement 5 jours et 2 mois après l'entrée en hospitalisation. Un autre patient a été incarcéré après la déclaration d'irresponsabilité pénale sur une période de 1,5 mois, après avoir commis une nouvelle infraction (insulte aux forces de l'ordre) pour laquelle l'article 122-1 al. 1 du CP n'a pas été appliqué. Au cours de cette incarcération, le patient a réintégré l'hôpital à 2 reprises et la mesure SDRE a été maintenue.

La durée moyenne d'incarcération était de 12,8 mois, elle allait de 1 jour à 28 mois. Au cours de la détention, 60% des patients ont été hospitalisés au moins une fois en SDRE d'après les modalités de l'article D 398 du CPP et tous sauf un ont été suivis sur le plan psychiatrique.

Si les patients du groupe A ont bénéficié de l'article 122-1 al.1 du CP, c'est que leur discernement était aboli au moment des faits, du fait d'une pathologie mentale. On se questionne donc sur le fait que la majorité des patients aient été incarcérés après les faits : la symptomatologie psychiatrique était-elle si peu bruyante que l'avis d'un médecin n'a jamais été demandé au cours de la garde à vue ? Un des cas étudiés vient nous montrer le contraire puisque le patient a été hospitalisé en SDRE selon les modalités de l'article D398 du CPP dans les 24 heures qui ont suivies son arrivée en détention.

Deux des patients étaient en programme de soins SDRE au moment des faits et ont pourtant été incarcérés dans les suites de la garde à vue. Pour l'un d'entre eux, des certificats mensuels ont été rédigés tout le temps de l'incarcération. On se trouve là devant un paradoxe où une mesure de soins sous contrainte est maintenue alors que le sujet est incarcéré et ne bénéficie donc pas de soins hospitaliers.

Qu'en est-il des patients hospitalisés dans un premier temps puis incarcérés ? Dans un cas, le SDRE a été levé, les soins sous contrainte n'étaient donc plus jugés nécessaires du fait d'une stabilisation de l'état clinique. Dans un autre, le patient a été incarcéré à la suite d'une rencontre avec le juge et des certificats mensuels ont été rédigés tout le temps de l'incarcération. Là encore le paradoxe est évident et vient interroger la pratique hospitalière. Pour les équipes soignantes,

la prison vient-elle remplacer les soins et la « dangerosité » des patients justifie-t-elle qu'ils soient gérés par le système pénitentiaire plutôt que de risquer un nouveau passage à l'acte s'ils sont maintenus sur l'extérieur? La contrainte et la privation de liberté viennent-elles apaiser la peur générée par ce type de patients ? Ou s'agit-il d'une méconnaissance de ce type de procédure et d'un dialogue complexe avec le domaine judiciaire ?

### *(3) Un délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale particulièrement long :*

Le délai moyen entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale était de 16,94 mois et allait de 8 à 30 mois. Au vu de la pathologie présentée par les patients et le fort taux d'incarcérations, ces délais sont longs. En effet, cette variable a des conséquences sur les soins : plus ce délai est long, plus l'incarcération est longue. Soixante pour cent des patients ont bénéficié de soins hospitaliers sous la forme de SDRE selon les modalités de l'article D398 du CPP au cours de la détention mais ces hospitalisations n'excédaient pas quelques semaines et on sait que dans une majorité des cas, les détenus sont maintenus en isolement le temps de l'hospitalisation (153). Dans la majorité des cas, la levée d'écrou n'intervenait que lorsqu'une décision allant dans le sens d'une irresponsabilité pénale était prise, permettant ainsi une hospitalisation pérenne.

On a constaté des politiques différentes selon les villes : à Poitiers, la levée d'écrou ne se faisait qu'après la déclaration d'irresponsabilité pénale tandis qu'à Angoulême, elle avait lieu après le rendu de la conclusion des expertises psychiatriques. Le faible nombre de patients à La Rochelle et l'hétérogénéité des prises en charge ne permettaient pas de tirer de conclusions à ce propos. Malgré ces différences, la durée moyenne entre le passage à l'acte et l'hospitalisation était équivalente entre les villes (8,63 mois pour Poitiers, 8,18 mois pour Angoulême et 10 mois pour La Rochelle). A Angoulême, la levée d'écrou avant la déclaration d'irresponsabilité pénale (au moment du rendu des conclusions d'expertise) permettait cependant d'éviter des incarcérations prolongées, le délai moyen entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale étant de 20,2 mois contre 13,1 mois à Poitiers.

### ii) La prise en charge au cours de l'hospitalisation :

#### *(1) Une majorité de patients schizophrènes avec une comorbidité addictive, un trouble de la personnalité antisociale et un déni des troubles :*

Dans le groupe A, la population était composée d'une majorité de patients schizophrènes (71%), dont 50% de schizophrènes paranoïdes et un patient héboïdophrène. On retrouvait 12% de troubles schizoaffectifs, 6% de trouble bipolaire, 6% d'épisode dépressif majeur et un (soit 6%) patient souffrant d'un retard mental associé à une épilepsie. Dans l'ensemble, les diagnostics étaient similaires dans le groupe B du fait de l'appariement. Les troubles schizoaffectifs étaient cependant moins présents (4%). La littérature corrobore nos résultats, la schizophrénie paranoïde étant le diagnostic le plus fréquent chez les malades mentaux à l'origine de violences ou d'homicides (119). Cornier et al. (7) retrouvaient un chiffre équivalent avec 50,5% de schizophrénie paranoïde sur une population de sujets ayant bénéficié de l'article 122-1 al. 1 du CP et Luettgen et al. (3), dans une étude sur des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale, retrouvaient 77% de patients schizophrènes.

Dans une méta-analyse, Fazel et al. (81) décrivent un risque de violence multiplié par 4 chez les patients ayant une problématique addictive. Dubreucq et al. (79) rappelaient que l'abus de substances est reconnu comme étant un puissant déterminant des comportements violents des malades mentaux. La comorbidité addictive était importante dans notre étude avec une représentation équivalente des addictions aux toxiques dans les deux groupes (29 et 28%) et une addiction à l'alcool plus représentée dans le groupe B (24% versus 12%). Au total, on retrouvait un abus de substance (alcool ou autre toxique) chez 35% des patients du groupe A et 48% des patients du groupe B. Luettgen et al. (3) retrouvaient une comorbidité addictive chez 43,1% des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale.

Witt et al., (120) dans une analyse de méta-régression, retrouvaient un risque de violence fortement associé au manque d'insight (OR = 2,7) et modérément associé au diagnostic de personnalité antisociale (OR = 2,1). Le trouble de la personnalité antisociale était retrouvé chez 18% des patients du groupe A contre 4 % des patients du groupe B et le déni des troubles touchait une proportion importante de patients, et était prédominant dans le groupe B (60% versus 35%).

Les facteurs de risque de violence les plus forts étaient donc retrouvés plus fréquemment dans le groupe B.

### *(2) Des hospitalisations longues dans des conditions coercitives :*

Dans notre étude nous avons inclus des patients sur une période allant de 2004 à 2014. La période de recueil des données était la même que la période d'inclusion, ce qui ne permettait pas d'avoir le recul suffisant pour obtenir des valeurs exactes concernant les durées totales d'hospitalisation et de maintien de mesure. En effet, la mesure SDRE n'avait été levée que pour 4 (24%) patients du groupe A à la fin de l'étude ; elle avait été levée pour la totalité des patients du groupe B. Cependant, on peut noter que dans le groupe A, toutes les hospitalisations sauf une dataient d'au moins 2 ans, cette dernière datant de 9 mois avant la fin de l'étude.

On notera que pour les données concernant les sorties, il faut prendre en compte le fait que seul le patient hospitalisé depuis 9 mois n'avait pu bénéficier d'aucune sortie. Pour les données concernant les programmes de soins, on prendra en compte le fait que parmi les patients pour qui la mesure SDRE n'avait pas été levée à la fin de l'étude, 6 (35%) patients n'avaient pu bénéficier d'aucun programme de soins.

#### (a) Des hospitalisations longues :

Dans le groupe des patients irresponsabilisés pénalement, la durée totale d'hospitalisation moyenne était de 43,15 mois (3,6 ans) alors qu'elle était de 5,39 mois (0,45 an) dans de groupe B. La différence entre les deux groupes était significative ($p < 0,0001$).

La moyenne de la durée totale de la mesure SDRE était de 57,65 mois (4,8 ans) dans le groupe A contre 6,60 mois (0,55 an) dans le groupe B. La différence entre les deux groupes était significative ($p < 0,0001$).

Dans une étude canadienne (3) effectuée sur une période de 11 ans, le temps d'hospitalisation moyen de patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental était de 3,8 ans. A la fin de l'étude, 67,9% des patients étaient totalement sortis

d'hospitalisation, résultat comparable à nos données puisque 65% des patients du groupe A avaient bénéficié d'un programme de soins permettant de passer la majorité du temps dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital. Parmi les patients sortis, 73,3% avaient été hospitalisés 3 ans ou moins contre 41% dans notre étude ; 46,7% avaient été hospitalisés 2 ans ou moins contre 35% dans notre étude ; 34,7% avaient été hospitalisés un an ou moins contre 35% dans notre étude ; et 16% avaient été hospitalisés moins de 6 mois contre 6% dans notre étude.

Une étude suédoise (4) retrouvait également une différence significative entre les durées de séjour des patients ayant été condamnés à une hospitalisation dans un service de psychiatrie légale suite à la commission d'une infraction en lien avec une pathologie psychiatrique et ceux hospitalisés sans contrainte judiciaire (3,48 ans versus 0,75 ans).

Il faut noter que dans ces pays, la levée du placement se fait sur l'avis d'un juge, ce qui n'est pas le cas en France où c'est le psychiatre qui demande la levée, cette demande pouvant être refusée par l'autorité administrative après la réalisation d'expertises psychiatriques la contre-indiquant.

Andreasson et al. (4), notaient que malgré des besoins égaux en termes de soins, les patients ayant été condamnés à une hospitalisation suite à la commission d'une infraction étaient hospitalisés plus longtemps que les patients hospitalisés sans contrainte judiciaire. Ils faisaient l'hypothèse que ces durées prolongées étaient liées à une politique sécuritaire et justifiées uniquement par la prévention de la récidive et la peur du crime. Ils avançaient cette hypothèse en s'appuyant sur les résultats retrouvés dans leur étude indiquant que la durée de séjour en service de psychiatrie légale était significativement liée à la gravité du passage à l'acte et aux antécédents psychiatriques et peu liée à l'état clinique au cours de l'hospitalisation. Ils mettaient en avant le danger d'une telle pratique qui remet en cause l'éthique des soins, « les soins psychiatriques ne doivent pas être prodigués en l'absence de maladie mentale ».

### (b) Un maintien en service fermé et en isolement sur des temps longs :

A l'arrivée dans le service, 59% des patients du groupe A étaient placés en chambre d'isolement et 41% en service fermé. Ces données étaient similaires dans le groupe B. En revanche, le délai avant la levée de l'isolement était significativement supérieur dans le groupe A, puisqu'il était de 26,44 jours en moyenne contre 6,21 jours dans le groupe B ($p = 0,02$).

Le délai avant de pouvoir passer en service ouvert était également significativement supérieur dans le groupe A, puisqu'il était de 36,13 mois en moyenne contre 1,36 mois dans le groupe B ($p < 0,0001$). On note que 4 patients, hospitalisés depuis 9 à 89 mois séjournaient en service fermé depuis le début de l'hospitalisation, sans avoir pu en sortir sur le temps de l'étude. Dans 2 cas, il s'agissait de patients d'Angoulême où la politique hospitalière consiste à maintenir les patients hospitalisés en SDRE en service fermé.

Sur la durée totale de l'hospitalisation, l'isolement a été utilisé pour 65% des patients du groupe A et 68% des patients du groupe B. La moyenne du temps total passé en chambre d'isolement dans le groupe A était significativement plus élevé puisqu'il était de 40,23 jours contre 8,2 jours dans le groupe B ($p < 0,0001$). Cette mesure ayant été utilisée 2,6 fois par patient dans le groupe A contre 2,35 fois par patient dans le groupe B. On en conclue que lorsque les patients du groupe A étaient isolés, ils l'étaient sur des périodes de temps beaucoup plus longues, mais ils n'étaient pas plus souvent isolés.

Le faible nombre de patients contentionnés au cours de l'hospitalisation ne nous a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes. On observait cependant une tendance à des temps de contention plus longs dans le groupe A, la moyenne du temps total passé sous contention étant de 2,35 jours contre 0,64 jours dans le groupe B ($p = 0,2$).

Le taux d'isolement dans notre étude était très supérieur aux données rapportées dans la littérature. Palazzolo et al. (154) rapportaient que dans une étude sur la fréquence de l'utilisation de l'isolement et de la contention aux Etats-Unis, au sein d'une population hospitalisée en psychiatrie, 26% des patients avaient été isolés ou contentionnés sur une période de 3 ans. Dans une étude britannique, ce taux était de 2,6 à 3,3% sur une période d'un an. Ces données étaient mesurées sur des populations psychiatriques, ne ciblant pas les patients hospitalisés sous contrainte, ce qui peut expliquer les taux inférieurs à ceux de notre étude.

Dans notre étude, les patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental étaient donc maintenus en service fermé et placés en chambre d'isolement sur des temps significativement plus longs que les patients hospitalisés en SDRE.

On note que les patients des deux groupes étaient placés dans les mêmes proportions en chambre d'isolement à leur entrée en hospitalisation, et sur des temps significativement plus longs dans le groupe A, malgré le fait que ces patients, pour une majorité, aient été incarcérés pendant plusieurs mois avant d'être hospitalisés. On se questionne donc sur le sens de cet

isolement, la plupart des patients du groupe A étant stabilisés sur le plan clinique au moment de leur arrivée à l'hôpital. L'isolement n'est en effet indiqué qu'à visée thérapeutique, comme le rappelle l'ANAES (149). Doit-on interpréter ces pratiques dans le sens d'une méfiance vis-à-vis de ces patients ayant commis un acte criminel ? Les équipes se laissent-elles « le temps de l'évaluation » avant de pouvoir instaurer une relation de confiance avec ces patients et de pouvoir envisager de les laisser circuler dans le service ? Craignent-elles un nouveau passage à l'acte, l'isolement venant ici prévenir ce type d'évènement ?

### (c) L'absence d'accès à la vie civile sur des temps longs :

Le délai moyen avant de pouvoir bénéficier de sorties était significativement plus long pour les patients du groupe A, les isolant ainsi de la vie civile sur des temps longs. Il était de 9,38 mois contre 0,70 mois dans le groupe B ($p < 0,0001$). Les modalités des premières sorties étaient différentes dans les deux groupes, 82% des patients du groupe A ayant été accompagnés par un soignant dans un premier temps contre 67% dans le groupe B. Cet accompagnement par un soignant permettait un retour progressif vers la vie civile après un temps long passé isolés du monde extérieur. Ce délai était influencé dans de faibles proportions par l'autorité administrative qui a refusé la mise en place des premières sorties pour 24% des patients.

Deux patients n'avaient cependant jamais pu bénéficier de sorties seuls alors qu'ils étaient hospitalisés depuis plusieurs années (50 et 76 mois) et que leur état était stable. En échangeant avec les équipes de soins, nous avons pu constater que la décision de ne pas accorder de sorties seuls était dans ce cas influencée par l'autorité administrative qui refusaient leur mise en place. Nous avons constaté qu'il pouvait exister une mauvaise connaissance des recours dans ce type de cas et que la politique sécuritaire exercée par l'autorité administrative jouait sur les décisions médicales.

Concernant la mise en place de programmes de soins permettant une vie sur l'extérieur de l'hôpital, on observait que le délai moyen avant leur mise en place était significativement plus long dans le groupe A puisqu'il était de 33,32 mois contre 1,63 mois dans le groupe B ($p < 0,0001$). Trente-cinq pour cent des patients n'y avaient pas eu accès à la fin de l'étude.

Au total, les délais avant de pouvoir bénéficier de sorties sur l'extérieur ou d'un programme de soins permettant une vie sur l'extérieur de l'hôpital étaient significativement plus longs dans le

groupe A. Cette différence ne s'expliquait que partiellement par le refus de l'autorité administrative d'accorder ces sorties.

### *(3) Traitement médicamenteux :*

Nous avons cherché à déterminer si l'utilisation de mesures coercitives s'appliquait au traitement médicamenteux.

Dans cet objectif, il nous a paru intéressant d'étudier les différences de prescription des traitements ayant une action sédative (neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques) en termes de posologie. On retrouvait une différence significative entre les deux groupes au début de l'hospitalisation, puisque 36% des patients du groupe A recevaient au moins une de ces molécules à la posologie maximale ou à une posologie au-dessus de la dose maximale, contre 16% dans le groupe B ($p = 0,08$). Cette tendance se confirmait au bout d'un mois d'hospitalisation ($p = 0,15$) mais ne se retrouvait pas à la fin de l'hospitalisation.

D'autre part, on a constaté que l'association de plusieurs benzodiazépines ou de plusieurs neuroleptiques avait tendance à être plus fréquente dans le groupe A, au début de l'hospitalisation et au bout d'un mois. La différence la plus importante se retrouvait pour l'association de plus de 2 neuroleptiques puisque cette situation concernait 24% des patients du groupe A et aucun du groupe B. Or on sait que de telles associations ne doivent intervenir qu'en dernier recours, lorsqu'il existe une résistance aux traitements de première et deuxième intention (148).

On constate donc que les traitements à visée sédative ont tendance à être prescrits à des posologies plus importantes et à être plus régulièrement associés pour les patients du groupe A, alors même qu'ils ne présentaient pas plus de résistance au traitement. En effet, la résistance au traitement était équivalente dans les deux groupes, elle concernait 18% des patients du groupe A et 20% des patients du groupe B.

En s'intéressant aux molécules prescrites, nous avons constaté que la classe des neuroleptiques était la plus prescrite, de manière logique, puisque la pathologie schizophrénique était majoritairement représentée. Les neuroleptiques atypiques étaient majoritaires dans le groupe A (71% des patients) et les neuroleptiques classiques dans le groupe B (76% des patients). Au

cours de l'hospitalisation, on observait une diminution des neuroleptiques par voie orale et une augmentation des neuroleptiques retard laissant évoquer la mise en place d'un traitement injectable afin de favoriser l'observance. Cependant, cette prescription était loin d'être majoritaire puisqu'elle concernait 18% patients du groupe A et 24% patients du groupe B.

On observait là encore que les benzodiazépines et les hypnotiques étaient plus fréquemment prescrits dans le groupe A (58% des patients versus 36% dans le groupe B en début d'hospitalisation), ces prescriptions étant maintenues dans le temps.

Les antidépresseurs étaient prescrits de manière similaire dans les deux groupes au début de l'hospitalisation, mais cette prescription était multipliée par 2,6 dans le groupe A à la fin de l'hospitalisation (47% des patients étaient sous antidépresseurs), alors qu'elle diminuait dans le groupe B (4% des patients sous antidépresseurs). Si cette prescription augmentait dans le groupe A, c'était probablement en lien avec l'apparition de symptômes dépressifs. Nous nous sommes questionnés sur l'apparition de cette symptomatologie dépressive qui semble intriquée à la problématique particulière de ces patients ayant commis des actes criminels, ayant entraîné la mort dans 47% des cas, en majorité sur des proches. Millaud et al. (138) décrivent en effet l'apparition d'idées suicidaires lorsque les défenses délirantes tombent et que le patient réalise le geste commis. Le travail thérapeutique est alors à faire du côté du deuil et de la culpabilité. On peut également interroger l'effet d'hospitalisations longues sur la thymie de cette population. L'isolement social, conséquence du maintien en hospitalisation peut-il être à l'origine de ces symptômes dépressifs ?

#### *(4) Une répétition des passages à l'acte en milieu hospitalier équivalente dans les deux groupes :*

Au cours de l'hospitalisation, les patients ayant présenté des comportements hétéroagressifs n'étaient pas majoritaires. La proportion de patients ayant présenté ce type de comportements était équivalente dans les deux groupes (29% dans le groupe A et 24% dans le groupe B). Les patients du groupe A passaient à l'acte plus souvent (5,2 fois par patient contre 4,5 dans le groupe B) mais de manière moins violente puisque 20% des patients du groupe A ayant présenté un comportement hétéroagressif ont agressé physiquement contre 50% dans le groupe B. La

majorité des comportements hétéroagressifs correspondaient à des menaces verbales et physiques.

### *(5) Le programme de soins ambulatoires systématiquement utilisé dans le groupe A :*

Les modalités de levée de la mesure étaient différentes dans les deux groupes, la totalité des patients du groupe A avaient bénéficié d'un programme de soins avant la levée de la contrainte, conformément aux recommandations de la littérature (138). Cette situation ne concernait que 52% des patients du groupe B pour qui la mesure SDRE était levée durant ou à la fin de l'hospitalisation. Cette population était pourtant moins compliante aux soins, comme nous avons pu le voir plus haut, les ruptures de soins répétées étant plus fréquentes dans ce groupe.

On constante donc qu'il existe une plus grande vigilance vis-à-vis de la population des patients irresponsabilisés pénalement concernant la continuité des soins, l'application d'un programme de soins permettant un suivi rapproché et sous contrainte, une fois le patient sorti de l'hôpital.

### *(6) Des réintégrations fréquentes :*

Parmi les patients ayant bénéficié d'un programme de soins, la proportion de patients du groupe A ayant dû réintégrer l'hospitalisation complète après la mise en place d'un programme de soins était supérieure à celle du groupe B (64% contre 33%), mais la fréquence des réintégrations était identique dans les deux groupes (en moyenne 3 par patient). Les motifs à l'origine de ces réintégrations étaient similaires pour les deux groupes, la décompensation des troubles et les passages à l'acte hétéroagressifs étant majoritairement représentés (57% des patients du groupe A et 50% des patients du groupe B).

Le nombre de patients ayant dû réintégrer l'hospitalisation complète après la mise en place d'un programme de soins était donc supérieur dans le groupe A, mais parmi les patients ayant été réhospitalisés, les réintégrations étaient aussi fréquentes dans le groupe A que dans le groupe B. De plus, cette différence pourrait s'expliquer par l'utilisation plus fréquente des programmes de soins dans le groupe A, et sur des durées plus longues.

Luettgen et al. (3), dans une étude canadienne sur des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale, retrouvaient 92,4% de réintégrations après la fin de l'hospitalisation, avec une moyenne de 2,6 fois par patient. La différence avec notre étude s'explique par la fréquence des réintégrations ordonnées par la justice suite à la réalisation de tests urinaires positifs pour les toxiques ou l'alcool sans décompensation des troubles. Cette pratique n'existe pas en France puisqu'une réintégration ne se justifie que par des arguments liés à la clinique psychiatrique.

### *(7) Une évaluation de la dangerosité quasi-inexistante :*

Dans les dossiers du groupe A, on retrouve peu d'éléments évoquant une évaluation de la dangerosité des patients à travers la clinique (2 patients) ou par une échelle validée (1 patient), que ce soit à l'entrée ou au cours de l'hospitalisation.

Bien qu'un travail de synthèse soit régulièrement réalisé pour 82% des patients du groupe A, il semble que la discussion autour de la dangerosité ou du risque de violence de ces patients ne soit pas développée en équipe. L'importance de ce travail pour les patients difficiles est pourtant rapporté dans la littérature (113,135,138). En favorisant la confrontation des vécus de chaque intervenant face au patient, il permet de maintenir un cadre institutionnel adapté et structurant. Il évite l'évaluation personnelle et subjective qui entraîne généralement une surévaluation du risque et donc une restriction des libertés.

### *(8) Des activités thérapeutiques et une aide à la réinsertion développées ; un travail sur le passage à l'acte partiel :*

L'accès aux activités thérapeutiques était développé dans les prises en charge des patients du groupe A (82%), qu'il s'agisse d'activités groupales, individuelles ou de sorties sur l'extérieur. L'aide au tissage de liens sociaux était également mise en place pour 76% des patients de ce groupe. Associée aux sorties sur l'extérieur, ce type de prise en charge permettait de préparer la sortie et de proposer une réinsertion progressive.

Il n'était fait mention d'un travail psychothérapeutique autour du passage à l'acte que dans 59% des cas dans le groupe A et 24% des cas dans le groupe B. Il était difficile de savoir si ce travail autour du passage à l'acte n'était pas retranscrit dans le dossier médical ou s'il n'avait tout simplement pas lieu. Si tel était le cas, on peut se demander si le fait de ne pas aborder la problématique des comportements violents ne vient pas traduire des résistances du côté soignant vis-à-vis d'actes qui sont difficilement pensables.

### *(9) Peu de refus de levée de mesure SDRE par l'autorité administrative :*

Afin de déterminer si la durée d'hospitalisation était liée aux contraintes appliquées par l'autorité administrative, nous nous sommes intéressés au nombre de demandes de levée de mesure SDRE ayant reçu une réponse négative.

Nous avons constaté que la levée de la mesure SDRE a été refusée pour 3 (soit 18%) patients dans le groupe A. On ne peut donc pas faire de lien entre la durée d'hospitalisation et une politique sécuritaire de la part de l'autorité administrative. Le maintien en hospitalisation n'est pas lié à des refus répétés de levée de mesure mais au fait que cette levée n'est demandée que tardivement par les équipes de soins.

Le faible nombre d'expertises psychiatriques ne nous permet pas de discuter des raisons mises en avant par les experts pour refuser cette levée. On a pu constater que la dangerosité psychiatrique n'était pas évaluée par des échelles validées alors même que la présence « d'une dangerosité persistante » venait justifier la contre-indication de la levée du SDRE pour un patient. Il semble donc que l'évaluation soit subjective, au risque de surestimer le risque. On notera cependant que le risque a été justement évalué pour deux patients ayant commis chacun un homicide pathologique alors que la demande de levée avait été refusée dans les mois précédents.

### c) Le devenir du patient :

#### i) Le maintien d'une contrainte à la levée de la mesure pour les patients irresponsabilisés pénalement :

La mesure SDRE a été levée pour 4 patients du groupe A à la fin de l'étude. A la levée de la mesure, 2 patients étaient suivis en soins ambulatoires libres et 2 étaient hospitalisés sous contrainte à la demande d'un tiers.

La levée de la mesure SDRE n'était donc pas systématiquement synonyme de réintégration dans la cité, l'hospitalisation sous contrainte s'appliquant toujours pour la moitié des patients. Pour ces patients, on se pose la question du sens de cette levée. On peut faire l'hypothèse d'une valeur symbolique, le SDRE représentant pour le patient une contrainte liée à son acte, l'autorité administrative ayant un regard sur les soins qui lui sont prodigués. Une hospitalisation sous contrainte d'un autre type peut-elle permettre un investissement des soins différent, centré sur la pathologie mentale, et permettant de se projeter dans l'avenir, autrement que par un rappel constant à l'acte passé ?

#### ii) Une bonne adhésion aux soins à la levée de la mesure chez les patients irresponsabilisés pénalement :

Aucun des patients du groupe A pour qui la mesure a été levée n'a été perdu de vue au cours du suivi alors que cette situation concernait 24% des patients du groupe B.

Aucun des patients du groupe A n'a fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation en SDRE alors que 28% des patients du groupe B avaient été réhospitalisés en SDRE, en moyenne 1,7 fois par patient.

L'adhésion aux soins était donc meilleure dans le groupe A, alors que les patients du groupe B réitéraient les ruptures de suivi ainsi que des actes compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

### iii) Une réinsertion socio-professionnelle moyenne :

Parmi les patients ayant bénéficié d'un programme de soins 18% patients du groupe A et 16% patients du groupe B ont retrouvé du travail après l'hospitalisation. Parmi les patients du groupe A, 36% avaient un logement autonome, 18% étaient hébergés en structure spécialisée et 9% par la famille.

La majorité des patients ressortaient donc de l'hospitalisation sans emploi et n'en retrouvaient pas dans les mois qui suivaient, rendant complexe la réinsertion dans la société. Il était difficile de conclure sur la stabilité du logement à la sortie, les données étant manquantes pour un grand nombre de patients.

## 2) Synthèse de la discussion :

La discussion nous a permis de répondre aux objectifs principaux qui consistaient en l'étude de la prise en charge des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale en matière de mesures coercitives, d'évaluation du risque de violence et d'aide à la réinsertion sociale et la comparaison de ces données à celles retrouvées pour une population de patients hospitalisés en SDRE. Elle nous a également permis de dégager des éléments nous permettant de décrire les caractéristiques de cette population, le passage à l'acte à l'origine de l'hospitalisation ainsi que le parcours de ces patients avant l'entrée en hospitalisation.

Les résultats retrouvés correspondaient aux données de la littérature. Nous nous proposons de présenter ici la synthèse des principaux éléments retrouvés.

La population des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale était composée d'hommes jeunes, précaires sur le plan social. Les antécédents judiciaires personnels ou familiaux étaient relativement fréquents, et il en était de même pour les antécédents de victimisation.

Dans la majorité des cas, ils étaient connus des services psychiatriques, de longue date. L'adhésion aux soins était de mauvaise qualité avec une mauvaise observance médicamenteuse et des ruptures de suivi répétées.

L'infraction pour laquelle ils avaient bénéficié d'une irresponsabilité pénale était majoritairement criminelle, les homicides et tentatives d'homicides étant fréquents. Les premières victimes étaient les proches, en particulier la famille.

Nous avons pu constater que le délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation était particulièrement long, la majorité des patients étant incarcérés avant d'être hospitalisés et la levée d'écrou n'ayant lieu que lorsqu'une décision dans le sens d'une irresponsabilité avait été émise : la déclaration d'irresponsabilité pénale par la chambre de l'instruction à Poitiers et les conclusions des experts psychiatres à Angoulême.

La majorité des patients étaient schizophrènes, la schizophrénie paranoïde étant largement représentée. La comorbidité addictive et le trouble de personnalité antisociale, facteurs de risque de violence reconnus, étaient relativement fréquents. Il en était de même pour le déni des troubles.

Le temps total d'hospitalisation et de maintien de la mesure était significativement supérieur dans le groupe des patients du groupe A, ceci n'étant pas lié à un refus de l'autorité administrative de lever la mesure SDRE. La décision de maintenir l'hospitalisation et la mesure sur des temps longs appartenaient donc aux équipes de soins.

Les conditions d'hospitalisation peuvent être considérées comme plus coercitives dans le groupe A, le temps passé en service fermé et en chambre d'isolement étant significativement plus long dans ce groupe (la fréquence de l'isolement était équivalente dans les deux groupes mais il était maintenu plus longtemps dans le groupe A, une fois qu'il avait été mis en place). Les traitements à effet sédatif étaient prescrits à des posologies plus élevées et en association plus fréquentes en début d'hospitalisation dans ce groupe. Les patients du groupe A présentaient pourtant des comportements moins violents, bien que plus répétés.

Le délai avant de pouvoir bénéficier de sorties ou d'un programme de soins était également significativement plus élevé pour les patients irresponsabilisés, cette différence s'expliquant partiellement par les contraintes exercées par l'autorité administrative.

Les réintégrations en hospitalisation étaient plus fréquentes dans le groupe A, une fois qu'un programme de soins avait été mis en place. Cependant, les patients ayant bénéficié d'un programme de soins étaient moins nombreux dans le groupe B, alors que cette mesure était systématique pour les patients irresponsabilisés.

De plus, une fois la contrainte levée, les patients du groupe B étaient réhospitalisés de manière relativement fréquente et étaient perdus de vue alors que les patients du groupe A maintenaient un suivi et ne faisaient pas l'objet de nouvelles hospitalisations en SDRE.

Au cours de l'hospitalisation, les thérapies de groupe et l'aide à la réinsertion étaient développées, permettant d'appréhender la sortie de manière progressive.

Le travail sur le passage à l'acte n'était pas systématique et l'évaluation de la dangerosité ou du risque de violence, que ce soit par des échelles validées ou au cours d'une réflexion d'équipe, était quasi-nulle.

La réinsertion socioprofessionnelle était moyenne au regard de la durée prolongée des soins.

## 3) Limites de l'étude :

Notre étude comportait des limites et des biais, en lien essentiellement avec son caractère rétrospectif.

Il existe un biais de sélection du fait des difficultés à retrouver les patients hospitalisés suite à l'application de l'article 122-1 al. 1 du CP. En effet, nous n'avons pu accéder aux données de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui répertorie ce type de prise en charge avec précision. L'inclusion de nos patients s'est faite par l'intermédiaire des Départements d'Information Médicale (DIM). Or, l'informatisation des données étant récente et n'étant mise en place de manière fiable que depuis quelques années, nous n'avons probablement pas inclus la totalité des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale. De plus, en nous basant uniquement sur les hospitalisations, nous n'avons pas de visibilité sur les patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale et pour qui aucune mesure SDRE n'a été mise en place. Cependant, Cornier et al. (7), dans une étude sur les personnes ayant bénéficié de l'article 122-1 al. 1 du CP entre 1994 et 2006 en Poitou-Charentes ont inclus 23 sujets, chiffre proche du nombre de patients inclus dans notre étude, nous laissant à penser que le biais de sélection est modéré.

Du fait du recueil des données à partir des dossiers médicaux, il existe un biais d'information. En effet, des parties des dossiers ont parfois été égarées ou les données n'étaient pas toujours retranscrites de façon précise, en particulier en ce qui concerne les passages en isolement, les

types de service (ouvert ou fermé), ou les activités proposées. De plus, malgré une étude minutieuse et attentive des dossiers, il est possible que certains éléments nous aient échappé du fait de la grande quantité d'informations qui y était contenue. Une étude prospective permettrait un recueil plus précis des données.

Bien que nous ayons fait en sorte de le minimiser à l'aide d'un appariement, le biais de confusion n'a pas été évitable. La fréquence peu élevée des hospitalisations SDRE ne nous a pas permis d'élargir les critères d'appariement qui se sont limités au code diagnostic, au secteur de prise en charge et à la date d'entrée en hospitalisation. La faiblesse des échantillons a rendu impossible une analyse multivariée qui aurait pu éviter ce biais. Dans notre discussion, nous nous sommes appliqués à mettre en avant les différences entre les deux groupes qui pourraient influencer nos résultats. Nous noterons cependant la grande significativité des résultats principaux qui nous permet de tirer des conclusions fiables malgré ce biais.

Le faible nombre de patients inclus diminue la puissance de notre étude. Cette limite était particulièrement gênante pour les items où un faible nombre de patients était concerné (contention, associations médicamenteuses, levée de la mesure), ne nous permettant pas d'obtenir de résultats significatifs. La faiblesse de notre échantillon avait également des conséquences sur la validité externe de notre étude. En proposant une étude multicentrique, nous avons cependant tenté d'élargir cette validité externe.

Comme nous le soulignions plus haut, la durée de l'étude ne nous a pas permis d'obtenir de valeurs réelles en ce qui concerne les données liées à une durée, la mesure SDRE s'appliquant encore à la majorité des patients du groupe A à la fin de l'étude. Ces données nous ont permis d'obtenir des résultats en termes de comparaison avec le groupe B mais les données chiffrées n'ont pas de validité externe.

Pour finir, nous avons été limités dans notre interprétation des résultats, le recueil de données à partir de dossiers ne nous permettant pas d'évaluer l'état clinique des patients au cours de l'hospitalisation ou encore leur vécu ainsi que celui des soignants vis-à-vis des soins et de la relation thérapeutique.

## 4) Perspectives :

Les résultats retrouvés dans cette étude nous permettent de montrer que les patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale font plus fréquemment l'objet de mesures coercitives que les patients appartenant à une population comparable

Ces résultats ne permettent évidemment pas de faire un lien direct entre l'application de ces mesures coercitives et le contexte politique sécuritaire actuel, mais questionnent cependant sur la prise en charge thérapeutique et l'éthique du soin. Nous avons illustré par quelques exemples que les mises en place de mesure SDRE, leur maintien, ou encore l'arrivée en incarcération peuvent parfois intervenir dans des contextes qui ne prennent pas de sens sur le plan psychiatrique. Elles viennent plutôt traduire l'application de mesures de contrainte et de restriction de liberté à des sujets ayant commis des actes graves dont on craint qu'ils récidivent.

D'autre part, l'application de mesures coercitives à cette population ne trouve pas de justification dans la répétition d'actes violents au cours de l'hospitalisation ou de particulière dangerosité chez ces patients pour qui les facteurs de risque ne sont pas plus nombreux que dans la population de patient hospitalisés en SDRE à laquelle on les a comparés. La mise en isolement, son maintien, ainsi que le maintien en service fermé à l'arrivée à l'hôpital, alors même que le passage à l'acte date de plusieurs mois et que les troubles psychiatriques sont donc probablement stabilisés, est également parlant.

Pour compléter cette étude et afin de tirer des conclusions plus claires sur le lien entre la politique sécuritaire actuelle et les conditions de la prise en charge des patients irresponsabilisés, il serait intéressant d'interroger les soignants sur leur ressenti vis-à-vis de cette population et des inquiétudes que ces patients peuvent générer chez eux : capacité à établir une relation thérapeutique du fait des actes passés, crainte d'atteinte de l'intégrité physique, pression sociale en matière de récidive et donc crainte d'être mis en cause si le patient repassait à l'acte. Le recueil des observations et du ressenti des patients pourrait également permettre d'avoir un regard plus critique sur les soins qui leur sont proposés, de prendre en compte leur point de vue afin d'améliorer cette prise en charge.

Une étude prospective reprenant les critères d'évaluation de notre travail amènerait également des éléments dans ce sens et permettrait d'analyser plus finement ce qui se joue dans les soins prodigués à ces patients. Ce type d'étude permettrait de faire un parallèle entre la

symptomatologie et les décisions médicales, et serait susceptible de mettre à jour des facteurs qui ne nous sont pas apparus dans l'analyse rétrospective des dossiers.

La poursuite de notre étude à plus grande échelle pourrait élargir notre analyse et autoriserait une généralisation de nos résultats.

### a) La question de l'expertise psychiatrique :

Le temps particulièrement long entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale ainsi que la systématisation de l'incarcération précédant l'hospitalisation nous a amené à nous questionner sur les délais avant de pouvoir rencontrer un expert psychiatre. On sait que la pénurie d'experts ralentit le rendu des conclusions quant à une éventuelle irresponsabilité pénale et allonge ce délai déjà influencé par les lenteurs judicaires, impactant ainsi la qualité des soins. L'attractivité de l'activité expertale est à repenser, il s'agit d'un sujet d'actualité (155).

Il pourrait également être intéressant de réfléchir à la mise en place d'un système plus efficace où les mis en examen pourraient être évalués dans les semaines suivant l'infraction afin d'éviter des mois d'attente quant à une décision d'irresponsabilité pénale. Un tel système d'expertise rapide pourrait également éviter les incarcérations chez les sujets atteints d'une pathologie mentale lorsqu'ils commettent un acte délictuel. En effet, on voit qu'un grand nombre des patients irresponsabilisés a été précédemment confronté à la justice, et l'absence d'expertise a probablement entraîné des condamnations alors que ces sujets relevaient des soins. On a vu que dans une telle configuration, le risque de passage à l'acte grave est augmenté. En évitant cette confrontation à la justice et en dirigeant vers les soins de manière plus systématique, certains passages à l'acte criminels auraient probablement pu être évités.

### b) Des services spécifiques pour les patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ?

Pour améliorer la prise en charge des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, on peut se questionner sur l'intérêt de services dédiés à cette population.

Certains auteurs proposent la création d'hôpitaux-prisons sous statut pénitentiaire « dont l'entrée et la sortie se ferait sous contrôle judiciaire avec des mesures de contrôle judiciaire et/ou des soins et un suivi psychiatrique ambulatoire à la sortie, pour éviter le maintien de patients à l'hôpital psychiatrique alors qu'ils n'ont plus besoin de soins, sur la pression sociale » (75).

Sans aller jusqu'à l'idée d'hôpitaux prisons, il nous semble que la création de services dédiés pourrait avoir un intérêt afin d'éviter les hospitalisations longues et l'application de mesures restreignant les libertés. La création de tels services nécessiterait évidemment de réfléchir au risque de stigmatisation ; pour l'éviter, il serait judicieux d'intégrer ces patients dans la cité de manière progressive mais précoce, dès que leur état le permet.

Dans ce type de service, le but serait de proposer des soins adaptés dans un cadre institutionnel contenant. Une évaluation régulière du risque de violence et des progrès cliniques avec un instrument comme celui proposé par Millaud et al. (113), la proposition d'activités thérapeutiques permettant une transition progressive vers les soins ambulatoires, et des groupes de travail spécifiques sur le passage à l'acte pourraient être particulièrement adaptés à cette population.

Le but de ce type de structure ne serait pas un maintien en hospitalisation sur des temps longs, cette dernière ne se justifiant pas en dehors d'une symptomatologie psychiatrique bruyante. Les soins sous contrainte en ambulatoire pourraient cependant se justifier sur le long terme puisqu'ils permettent de maintenir le lien avec l'équipe de soins et d'éviter un lâchage brutal des patients sur l'extérieur. Ils permettraient d'obtenir une alliance thérapeutique de qualité, qui comme nous avons pu le voir, est un facteur de protection et donc un moyen de prévenir les nouveaux passages à l'acte violent. Notre étude l'illustre bien puisque les patients irresponsabilisés pour qui la mesure SDRE a été levée, après un programme de soins de plusieurs mois, n'ont pas été réhospitalisés, tandis que les patients en SDRE simples pour qui

le programme de soins n'était pas systématique, étaient perdus de vue dans une grande proportion et fréquemment réhospitalisés en SDRE.

### c) Une réévaluation régulière de l'hospitalisation et de la contrainte :

Il pourrait être intéressant que les mesures de contrainte appliquées à ce type de patients soient réévaluées régulièrement, de manière annuelle par exemple, par des praticiens extérieurs à la prise en charge. Cette réévaluation pourrait par exemple être expertale, permettant d'avoir un regard détaché de la subjectivité liée à la relation thérapeutique prolongée et aux enjeux sécuritaires liés à la sortie du patient.

### d) La formation des professionnels de santé :

La formation des professionnels travaillant dans le domaine de la psychiatrie, au repérage des facteurs de risque de violence, à la prise en charge des patients potentiellement dangereux et aux notions de psychiatrie légale sont des enjeux majeurs.

Elle permet de se départir des préjugés et de limiter les mesures coercitives mais également de limiter les contraintes non justifiées du fait de la méconnaissance des recours face aux mesures imposées par l'autorité administrative.

La connaissance des facteurs de risque de violence permet de repérer les signes pouvant faire évoquer un passage à l'acte imminent et de savoir réagir en conséquence, soit par une hospitalisation, soit par une augmentation de la fréquence des consultations qui permet comme nous l'avons vu, de diminuer le risque de passage à l'acte violent.

# CONCLUSION

La notion de responsabilité pénale a évolué au cours de l'histoire pour arriver à une justice pénale centrée sur le sujet, permettant la prise en compte sur le plan pénal avec l'article 64 puis l'article 122-1 du CP, de l'irresponsabilité pénale du malade mental. En parallèle, la politique de renfermement des malades mentaux criminels a fait place à l'instauration de soins psychiatriques dans une logique de réinsertion dans la société et le patient psychiatrique ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental doit être traité au même titre que les autres patients. Des questions comme « connaissant la durée des peines encourues pour un homicide chez un sujet responsable de ses actes, est-il éthique de rendre à la société un malade stabilisé après quelques mois d'hospitalisation ? » (115) n'auraient pas lieu d'être.

Pourtant, la politique sécuritaire actuelle, dans un jeu de miroir avec les médias donnent une image criminalisée du malade mental et lui applique à présent des « mesures de sûreté ». Elle attend toujours plus de la psychiatrie et la met en cause quand elle n'a pu prévenir la récidive. Nous avons vu que ce climat, associé à un déplacement des moyens financiers vers des soins en milieu pénitentiaire et vers les soins ambulatoires, entraîne des difficultés pour la prise en charge de ces patients qui renvoient chacun à ses angoisses, par leurs passages à l'acte.

Pourtant, la pathologie psychiatrique n'augmente pas à elle seule le risque de violence et le risque de récidive des infractions graves est faible. Des facteurs de risque de violence ont été mis en évidence et leur repérage permet d'évaluer le risque, d'aider le patient à en prendre conscience et d'adapter les soins.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les difficultés présentées par la prise en charge des patients potentiellement dangereux. Il ressort de notre revue de la littérature que l'application d'un cadre institutionnel contenant et des moyens thérapeutiques adaptés permettent un accompagnement de ces patients dans la prise de conscience des comportements agressifs ainsi qu'un accompagnement vers une réinsertion dans la société.

Notre étude rétrospective, comparative, multicentrique, nous a permis de mettre en évidence différents points.

Les caractéristiques de la population des patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale correspondent à celles retrouvées chez les sujets violents atteints d'une pathologie psychiatrique : sexe masculin, âge inférieur à 40 ans, faible niveau socio-économique, antécédents personnels et familiaux judiciaires et/ou de violence, diagnostic de schizophrénie, majoritairement paranoïde, avec une comorbidité addictive ou de trouble de la personnalité

antisociale. L'infraction pour laquelle ils avaient bénéficié d'une irresponsabilité pénale correspondait majoritairement à une atteinte aux personnes, les proches et la famille étant les premières victimes.

L'étude de leur prise en charge hospitalière nous a permis de démontrer que cette population était soumise de manière plus fréquente à des mesures restreignant leur liberté (hospitalisation et maintien de la mesure SDRE longue, hospitalisation en service fermé, chambre d'isolement, délai avant de pouvoir bénéficier de sorties ou de programmes de soins) comparativement à une population comparable de patients hospitalisés en SDRE. Le maintien de ces mesures ne pouvait s'expliquer que partiellement par les contraintes appliquées par l'autorité administrative.

A notre connaissance aucun travail de recherche français n'a été consacré à l'étude cette prise en charge, et les résultats retrouvés nous permettent d'apporter des éléments nouveaux à la réflexion sur les soins à proposer aux patients ayant commis une infraction en lien avec leur pathologie mentale.

La poursuite de ce travail à plus grande échelle et l'apport d'une enquête donnant la parole aux soignants et aux patients permettrait d'analyser de manière plus fine les mécanismes à l'origine de l'application de ces mesures coercitives, afin d'aider à améliorer la prise en charge de ces patients, qui ne sont souvent pas plus « difficiles » que les autres.

# ANNEXES

# ANNEXE 1
# Grille de lecture de dossiers

## I. Le patient :

1. Groupe dans l'étude :
   a. Irresponsabilité pénale □ b. HO/SDRE □
   1- Groupe d'appariement : n
   2- Sous-catégorie d'appariement : 1 □ 2□

## A. Données générales personnelles :

2. Sexe : a. Masculin □ b. Féminin □
3. Age au moment de l'hospitalisation : … ans
4. Date de l'entrée en hospitalisation : ../../….
5. Nationalité française : Oui □ Non □

## B. Situation socio-professionnelle :

6. SDF : Oui □ Non □

7. Niveau d'étude :
   a. Primaire/BEPC □ b. BEP/CAP □ c. Baccalauréat filière générale □
   d. Baccalauréat filière professionnelle □ e. Equivalent au Bac +2 (BTS/DUT) □
   f. Equivalent au Bac +3 ou plus □ g. Non connu □

8. Catégorie socio-professionnelle :
   a. Agriculteur exploitant
   b. Artisan, commerçant, chef d'entreprise
   c. Cadre et profession intellectuelle supérieure
   d. Profession intermédiaire
   e. Employé
   f. Ouvrier
   g. Chômeur n'ayant jamais travaillé
   h. Etudiant
   i. Travail en milieu protégé
   j. Non connu

9. Activité professionnelle : Oui □ Non □

10. Retraité : Oui □ Non □

11. Travailleur handicapé touchant ou non l'AAH : Oui □ Non □

## C. Situation familiale et entourage :

12. Elevé par les parents : Oui □ Non □
13. Parents présents : Oui □ Non □
14. Frères et sœurs présents : Oui □ Non □
15. Enfants : Oui □ Non □
16. Célibataire : Oui □ Non □
17. Amis proches : Oui □ Non □
18. Antécédent de violence ou antécédent judiciaire connus dans la famille : Oui □ Non □

## D. Situation médico-légale :

19. Mesure de protection : Oui □ Non □
20. Si oui : a. Tutelle □ b. Curatelle □ c. Sauvegarde de justice □

21. Antécédents judiciaires : Oui □ Non □
22. Si oui, pour quel motif :
    1- Dégradation volontaire : Oui □ Non □
    2- Violences : Oui □ Non □
    3- Exhibition sexuelle : Oui □ Non □
    4- Menaces de mort : Oui □ Non □
    5- Refus d'obtempérer : Oui □ Non □
    6- Violation du code de la route : Oui □ Non □
    7- Vol, contrefaçon : Oui □ Non □
    8- Agression sexuelle sur mineur : Oui □ Non □
    9- Tentative d'homicide : Oui □ Non □
    10- Assassinat : Oui □ Non □
    11- Homicide volontaire : Oui □ Non □
    12- Viol : Oui □ Non □
    13- Autre : Oui □ Non □

23. Antécédent d'incarcération : Oui □ Non □
24. Pour quel motif :
    1- Dégradation volontaire : Oui □ Non □
    2- Violences : Oui □ Non □
    3- Exhibition sexuelle : Oui □ Non □
    4- Menaces de mort : Oui □ Non □
    5- Refus d'obtempérer : Oui □ Non □
    6- Violation du code de la route : Oui □ Non □
    7- Vol, contrefaçon : Oui □ Non □
    8- Agression sexuelle sur mineur : Oui □ Non □
    9- Tentative d'homicide : Oui □ Non □
    10- Assassinat : Oui □ Non □
    11- Homicide volontaire : Oui □ Non □
    12- Viol : Oui □ Non □
    13- Autre : Oui □ Non □

25. Antécédent de déclaration d'irresponsabilité pénale : Oui □ Non □
26. Si oui, Nombre : ….
27. Quelle était l'infraction ?
    1- Dégradation volontaire : Oui □ Non □
    2- Violences : Oui □ Non □
    3- Exhibition sexuelle : Oui □ Non □
    4- Menaces de mort : Oui □ Non □
    5- Refus d'obtempérer : Oui □ Non □
    6- Violation du code de la route : Oui □ Non □
    7- Vol, contrefaçon : Oui □ Non □
    8- Agression sexuelle sur mineur : Oui □ Non □
    9- Tentative d'homicide : Oui □ Non □
    10- Assassinat : Oui □ Non □
    11- Homicide volontaire : Oui □ Non □
    12- Viol : Oui □ Non □
    13- Autre : Oui □ Non □

## E. Antécédents de victimisation :

28. Antécédents de victimisation : Oui □ Non □
29. Si oui :
    1- Violence physique : Oui □ Non □
    2- Violence sexuelle : Oui □ Non □□
    3- Violence psychologique : Oui □ Non □

30. A quelle période de la vie :
    1- Enfance : Oui □ Non □
    2- Age adulte : Oui □ Non □

## F. Antécédents psychiatriques :

31. Suivi antérieur à l'infraction : Oui □ Non □
    1- Sur le même secteur : Oui □ Non □
32. Temps écoulé entre le début du suivi et l'hospitalisation : … ans

33. Diagnostic au moment du suivi :
    1- Episode dépressif majeur : Oui □ Non □
    2- Trouble bipolaire : Oui □ Non □
    3- Bouffée délirante aigue Oui □ Non □
    4- Schizophrénie :
        a. paranoïde □
        b. hébéphrénique □
        c. catatonique □
        d. indifférenciée □
        e. résiduelle □
        f. héboïdophrénie ou schizophrénie pseudo-psychopathique □
    5- Trouble schizo-affectif : Oui □ Non □

6- Psychose paranoïaque : Oui □ Non □
7- Psychose déficitaire : Oui □ Non □
8- Autre : Oui □ Non □ Si oui : …..

34. Troubles associés :
    1- Retard mental : Oui □ Non □
    2- Ethylisme chronique : Oui □ Non □
    3- Addiction à d'autres toxiques : Oui □ Non □
    4- Trouble de la personnalité : Oui □ Non □
    5- Epilepsie : Oui □ Non □

35. Si oui, quel est ce trouble :
    a. Personnalité paranoïaque □
    b. Personnalité schizoïde □
    c. Personnalité dyssociale ou antisociale □
    d. Personnalité borderline ou émotionnellement labile □
    e. Personnalité histrionique □
    f. Personnalité anankastique □
    g. Personnalité anxieuse □
    h. Personnalité dépendante □
    i. Personnalité narcissique □
    j. Autre □ Si oui : ….

36. Suivi arrêté par le patient : Oui □ Non □
37. Si oui, le suivi a-t-il été repris : Oui □ Non □
38. Ruptures de soins répétées : Oui □ Non □

39. Traitement antérieur à l'infraction : Oui □ Non □
40. Bonne observance : Oui □ Non □

41. Antécédent d'hospitalisation en Service Libre : Oui □ Non □

42. Antécédent d'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers : Oui □ Non □

43. Antécédent d'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'état ou HO : Oui □ Non □
44. Si oui, nombre: …

45. Antécédent d'hospitalisation en UMD : Oui □ Non □
46. Si oui, nombre : …

47. Antécédent d'hospitalisation suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale : Oui □ Non □

48. Si oui, nombre : ….

49. Délai entre la dernière hospitalisation et le passage à l'acte : …

## G. Période précédant le passage à l'acte :

50. Interpellation de l'équipe soignante par la famille dans le mois précédant le passage à l'acte : Oui □ Non □

51. Interpellation de l'équipe soignante par le patient dans le mois précédant le passage à l'acte : Oui □ Non □

52. Rupture de suivi au moment du passage à l'acte : Oui □ Non □

53. Délai entre la dernière consultation et le passage à l'acte : …

54. Au cours du dernier entretien avec le patient, les symptômes suivants étaient-ils présents ?
    1- Symptômes maniaques : Oui □ Non □
    2- Idées suicidaires : Oui □ Non □
    3- Délire de persécution/ préjudice : Oui □ Non □
        1- Si oui : Persécuteur désigné : Oui □ Non □
    4- Délire à thème mystique : Oui □ Non □
    5- Idées de grandeur : Oui □ Non □
    6- Hallucinations auditives impératives : Oui □ Non □
    7- Eléments dissociatifs : Oui □ Non □
    8- Idées homicidaires ou hétéroagressives : Oui □ Non □

## H. Le passage à l'acte :

55. Présence d'éléments du dossier judiciaire dans le dossier médical : Oui □ Non □

56. Eléments descriptifs de l'acte commis dans le dossier médical : Oui □ Non □
57. Si oui, acte commis :
    1- Dégradation volontaire : Oui □ Non □
    2- Violences : Oui □ Non □
    3- Exhibition sexuelle : Oui □ Non □
    4- Menaces de mort : Oui □ Non □
    5- Refus d'obtempérer : Oui □ Non □
    6- Violation du code de la route : Oui □ Non □
    7- Vol, contrefaçon : Oui □ Non □
    8- Agression sexuelle sur mineur : Oui □ Non □
    9- Tentative d'homicide : Oui □ Non □
    10- Assassinat : Oui □ Non □
    11- Homicide volontaire : Oui □ Non □
    12- Viol : Oui □ Non □
    13- Autre : Oui □ Non □

58. Qui en était la victime :
    1- La famille : Oui □ Non □
        1- Parent : Oui □ Non □
        2- Enfant : Oui □ Non □
        3- Le conjoint : Oui □ Non □
    2- Une connaissance : Oui □ Non □
    3- Un inconnu : Oui □ Non □
    4- Un soignant : Oui □ Non □

# II. La prise en charge :

59. Secteur de prise en charge :

a. Secteur 1 Poitiers □ b. Secteur 2 Poitiers □ c. Secteur 3 Poitiers □ d. Secteur 4 Poitiers □
e. Pôle 1-3 Angoulême □ f. Pôle 2-4 Angoulême □
g. Secteur 1 La Rochelle □ h. Secteur 2 La Rochelle □ i. Secteur 3 La Rochelle □

## A. Avant l'hospitalisation :

60. Délai entre la commission de l'acte et l'hospitalisation : …

61. Délai entre la commission de l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale : …

62. Incarcération précédant l'hospitalisation : Oui □ Non □
63. Délai entre la commission de l'acte et l'incarcération : …

64. Prise en charge psychiatrique en milieu carcéral précédant l'hospitalisation : Oui □ Non □
1- Hospitalisation en D398 : Oui □ Non □
2- Sur le même secteur : Oui □ Non □

65. Séjour en UMD précédant l'hospitalisation : Oui □ Non □
66. Si oui, Durée : …

## B. Au cours de l'hospitalisation :

### 1. Diagnostic :

67. Diagnostic principal à l'entrée :
    1- Episode dépressif majeur : Oui □ Non □
    2- Trouble bipolaire : Oui □ Non □
    3- Bouffée délirante aigue Oui □ Non □
    4- Schizophrénie :
        a. paranoïde □
        b. hébéphrénique □
        c. catatonique □
        d. indifférenciée □
        e. résiduelle □
        f. héboïdophrénie ou schizophrénie pseudo-psychopathique □
    5- Trouble schizo-affectif : Oui □ Non □
    6- Psychose paranoïaque : Oui □ Non □
    7- Psychose déficitaire : Oui □ Non □
    8- Autre : Oui □ Non □ Si oui : …..

68. Troubles associés :
    1- Retard mental : Oui □ Non □
    2- Ethylisme chronique : Oui □ Non □
    3- Addiction à d'autres toxiques : Oui □ Non □
    4- Epilepsie : Oui □ Non □
    5- Lésion cérébrale : Oui □ Non □
    6- Trouble de la personnalité : Oui □ Non □

69. Si oui, quel est ce trouble :
    a. Personnalité paranoïaque □
    b. Personnalité schizoïde □
    c. Personnalité dyssociale ou antisociale □
    d. Personnalité borderline ou émotionnellement labile □
    e. Personnalité histrionique □
    f. Personnalité anankastique □
    g. Personnalité anxieuse □
    h. Personnalité dépendante □
    i. Personnalité narcissique □
    j. Autre □ Si oui : ….

## 2. Modalités de prise en charge :

70. Durée totale passée en hospitalisation : …
    1- Durée totale de la mesure : …

71. Modalité d'entrée en hospitalisation :
    a. HO ou SDRE faisant suite à la déclaration d'irresponsabilité pénale □
    b. D398 □
    c. Hospitalisation d'office (HO ou SDRE) □
    d. Hospitalisation à la demande d'un tiers □
    e. Péril imminent □
    f. Hospitalisation libre □
    1- Incarcération au cours de l'hospitalisation : Oui □ Non □
    1-1 Durée : …
    1-2 Nombre : …

72. Délai entre l'entrée en hospitalisation et la déclaration d'irresponsabilité pénale : …

73. Accueil sur : a. Service fermé □ b. Service ouvert □ c. Chambre d'isolement/CSI □
74. Existence d'un service fermé sur le secteur de prise en charge : Oui □ Non □

75. Si accueil en chambre d'isolement/CSI, délai avant la levée de l'isolement : …

76. Si accueil sur un service fermé, délai avant le passage en service ouvert : …
    a. □ Pas de passage en service ouvert

77. Temps total passé sur le service fermé sur la durée d'hospitalisation : ….

78. Temps total passé en chambre d'isolement/CSI sur la période de l'hospitalisation : …

79. Nombre de passage en chambre d'isolement/CSI : …

80. Utilisation de la contention physique au cours de l'hospitalisation : Oui □ Non □
81. Si oui, Nombre de fois où elle a été utilisée : …..
82. Temps total de contention sur la durée de l'hospitalisation : ….

83. Y a-t-il eu des séjours en UMD sur le temps de l'hospitalisation : Oui □ Non □
84. Combien : …
85. Durée totale passée en UMD : …

86. Y at-il eu des séjours en USIP sur le temps de l'hospitalisation : Oui □ Non □
87. Combien : …
88. Durée totale passée en USIP : …

89. Au cours de l'hospitalisation, des sorties du service ont-elles été possibles : Oui □ Non □

90. Au bout de combien de temps : …

91. Les premières sorties ont-elles été refusées par l'autorité administrative :
    Oui □ Non □

92. Les sorties ont-elles été accompagnées par un soignant dans un premier temps :
    Oui □ Non □

93. Y a-t-il eu des sorties non accompagnées : Oui □ Non □

94. > 50 % en extrahospitalier : Oui □ Non □
    1- Au bout de combien de temps : …
95. A combien de reprises : …
96. Durée totale de ces sorties d'essai/programme de soins : …

97. La prise en charge a-t-elle nécessité une levée des sorties d'essai/programme de soins avec réintégration en hospitalisation) temps complet : Oui □ Non □
98. Pour quelle(s) raison(s) :
    1- Décompensation des troubles : Oui □ Non □
    2- Passage à l'acte hétéroagressif : Oui □ Non □
    3- Passage à l'acte autoagressif : Oui □ Non □
    4- Fugue : Oui □ Non □
99. A combien de reprise : …

100. Evocation dans le dossier d'un travail psychothérapeutique spécifique autour de l'infraction à l'origine de l'hospitalisation : Oui □ Non □

101. Evocation dans le dossier d'un travail d'équipe régulier autour de la prise en charge du patient : Oui □ Non □

102. Proposition d'activités thérapeutiques au cours de l'hospitalisation : Oui □ Non □
103. Si oui :
    a. Activité groupale : Oui □ Non □
    b. Activité individuelle : Oui □ Non □
    c. Sorties sur l'extérieur : Oui □ Non □

104. Evocation d'une aide à la réinsertion en milieu extrahospitalier par :
   a. Accompagnement dans la recherche de logement : Oui □ Non □
   b. Accompagnement dans la recherche d'un emploi : Oui □ Non □
   c. Accompagnement dans le tissage de liens sociaux : Oui □ Non □

## 3. Traitement médicamenteux :

105. A l'entrée, quelles étaient les molécules prescrites :
   1- Neuroleptique classique : Oui □ Non □
   2- Neuroleptique atypique : Oui □ Non □
   3- Neuroleptique retard : Oui □ Non □
   4- Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui □ Non □
   5- Lithium : Oui □ Non □
   6- Antidépresseur : Oui □ Non □
   7- Benzodiazépine : Oui □ Non □
   8- Anxiolytique autre que benzodiazépine : Oui □ Non □
   9- Hypnotique : Oui □ Non □
   10- Autre □ : ….

106. Association de 2 neuroleptiques : Oui □ Non □
107. Association de neuroleptiques > 2 : Oui □ Non □
108. Association de 2 benzodiazépines : Oui □ Non □
109. Association de benzodiazépines > 2 : Oui □ Non □

110. Une ou plusieurs molécules neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques était-elle prescrite au dosage maximum (selon Vidal): Oui □ Non □
111. Une ou plusieurs molécules neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques était-elle prescrite à une dose supérieur au dosage maximum conseillé (selon Vidal): Oui □ Non □

112. Après 1 mois d'hospitalisation, quelles étaient les molécules prescrites :
   1- Neuroleptique classique : Oui □ Non □
   2- Neuroleptique atypique : Oui □ Non □
   3- Neuroleptique retard : Oui □ Non □
   4- Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui □ Non □
   5- Lithium : Oui □ Non □
   6- Antidépresseur : Oui □ Non □
   7- Benzodiazépine : Oui □ Non □
   8- Anxiolytique autre que benzodiazépine : Oui □ Non □
   9- Hypnotique : Oui □ Non □
   10- Autre □ : ….

113. Association de 2 neuroleptiques : Oui □ Non □
114. Association de neuroleptiques > 2 : Oui □ Non □
115. Association de 2 benzodiazépines : Oui □ Non □
116. Association de benzodiazépines > 2 : Oui □ Non □
117. Une ou plusieurs molécules neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques était-elle prescrite au dosage maximum (selon Vidal): Oui □ Non □
118. Une ou plusieurs molécules neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques était-elle prescrite à une dose supérieur au dosage maximum conseillé (selon Vidal): Oui □ Non □

119. A la fin de l'hospitalisation/période de l'étude, quelles étaient les molécules prescrites :
   1- Neuroleptique classique : Oui □ Non □
   2- Neuroleptique atypique : Oui □ Non □
   3- Neuroleptique retard : Oui □ Non □
   4- Thymorégulateur anticonvulsivant : Oui □ Non □
   5- Lithium : Oui □ Non □
   6- Antidépresseur : Oui □ Non □
   7- Benzodiazépine : Oui □ Non □
   8- Anxiolytique autre que benzodiazépine : Oui □ Non □
   9- Hypnotique : Oui □ Non □
   10- Autre □ : ….

120. Association de 2 neuroleptiques : Oui □ Non □
121. Association de neuroleptiques > 2 : Oui □ Non □
122. Association de 2 benzodiazépines : Oui □ Non □
123. Association de benzodiazépines > 2 : Oui □ Non □

124. Une ou plusieurs molécules neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques était-elle prescrite au dosage maximum (selon Vidal): Oui □ Non □
125. Une ou plusieurs molécules neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques était-elle prescrite à une dose supérieur au dosage maximum conseillé (selon Vidal): Oui □ Non □

126. Notion de résistance au traitement : Oui □ Non □
127. Si oui, la pratique de l'électroconvulsivothérapie a-t-elle été nécessaire ?
   Oui □ Non □

## 4. Le patient et son évaluation :

128. A l'entrée, évaluation de la dangerosité par une échelle : Oui □ Non □

129. Au cours de l'hospitalisation, évaluation régulière de la dangerosité par un instrument validé :
   Oui □ Non □
130. Au cours de l'hospitalisation, évaluation régulière de la dangerosité en équipe à travers la clinique présentée par le patient : Oui □ Non □

131. Au cours de l'hospitalisation y a-t-il eu des passages à l'acte hétéro agressifs ?
   Oui □ Non □
132. Si oui : nombre :…
133. De quel type :
   1- Menace verbale : Oui □ Non □
   2- Menace physique : Oui □ Non □
   3- Agression physique : Oui □ Non □
   4- Agression physique ayant mis en jeu le pronostic vital ou fonctionnel de la victime :
   Oui □ Non □
134. Au cours de l'hospitalisation, y a-t-il eu des passages à l'acte auto agressifs ?
   Oui □ Non □
   1- Nombre : …

135. Si oui :
   a. Ayant nécessité des soins somatiques □
   b. Ayant nécessité un passage aux urgences □
   c. Ayant nécessité l'intervention du SAMU □
   d. Ayant entraîné la mort □

136. Déni des troubles : Oui □ Non □

## C. La levée de la mesure de SDRE :

137. La mesure a-t-elle été levée à la fin de la durée de l'étude : Oui □ Non □

138. Y a-t-il eu des refus de levée de la mesure : Oui □ Non □
139. Si oui, nombre : …
140. Origine du refus :
   a. 2 expertises favorables au maintien de la mesure □ b. Expertises contradictoires □
   c. Refus du représentant de l'état □

141. Motif du refus :
   1- Troubles non stabilisés : Oui □ Non □
   2- Persistance d'une dangerosité : Oui □ Non □
   3- Pas de reconnaissance des troubles : Oui □ Non □
   4- Pas de critique du passage à l'acte : Oui □ Non □
   5- Absence d'adhésion aux soins: Oui □ Non □
   6- Autre □ : …

142. Dans les expertises, utilisation d'échelles d'évaluation de la dangerosité :
   Oui □ Non □

# III. Devenir du patient :

## A. Suivi médical :

143. A la levée de la mesure, quelle était la modalité de prise en charge :
   a. Hospitalisation sous contrainte à la Demande d'un Tiers (SDT) □
   b. Soins ambulatoires en SDT/Programme de soins HDT □
   c. Hospitalisation en soins libres □
   d. Soins ambulatoires libres □
   e. Pas de prise en charge □

144. Maintien d'un suivi à la levée de la contrainte : Oui □ Non □

145. Perte de vue du patient au cours du suivi : Oui □ Non □

146. Nouvelle hospitalisation en SDRE/HO : Oui □ Non □
147. Combien : …

148. Nouvelle hospitalisation faisant suite à une irresponsabilité pénale : Oui □ Non □
149. Combien : …

## B. Réinsertion socio-professionnelle :

150. Logement à la sortie :
   a. Logement autonome □
   b. Hébergé par la famille □
   c. Hébergé par des amis □
   d. Hébergement sur une structure spécialisée □
      Type : …
   e. Pas de logement □

151. Reprise du travail dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation: Oui □ Non □

152. Reprise du travail ultérieure : Oui □ Non □

153. Mode de placement à la fin de l'étude :
   a. SDRE □
   b. Programme de soins SDRE □
   c. SDT □
   d. HL □
   e. Soins ambulatoire libres □
   f. Prise en charge sur un autre secteur □

# TABLE DES MATIERES

**INTRODUCTION** ..... 1

**PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE** ..... 4

1) Historique : ..... 5

a) Antiquité : ..... 5

i) L'époque romaine : ..... 6

b) Le Moyen Age : ..... 8

i) L'empire carolingien : ..... 8

ii) Du XII$^{e}$ siècle à la Renaissance : ..... 8

c) Les temps modernes : ..... 9

i) Le grand renfermement : ..... 9

ii) La préoccupation du soin : ..... 10

iii) L'irresponsabilité pénale de l'insensé : ..... 10

d) De la Révolution française à la fin du XIX$^{e}$ siècle: ..... 11

i) La médicalisation de la folie : ..... 11

ii) L'abolition des lettres de cachet : ..... 11

iii) L'article 64 du Code pénal : ..... 12

iv) La loi du 30 juin 1838 : ..... 12

v) L'expertise psychiatrique : ..... 13

e) Du XXe siècle à nos jours : ..... 15

2) Législation : ..... 16

a) L'infraction : ..... 16

i) Le préalable légal : ..... 16

ii) L'élément matériel : ..... 17

iii) L'élément moral : ..... 17

b) L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : ..... 18

i) L'irresponsabilité en matière pénale : ..... 18

ii) L'article 122-1 du Code pénal : ..... 19

iii) L'expertise psychiatrique pénale : ....21
iv) Décision d'irresponsabilité pénale et loi du 25 février 2008 : ....24
v) Devenir du malade mental ayant bénéficié de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal : 29
vi) Responsabilité civile et article 122-1 alinéa 1 du Code pénal :....33
3) Le contexte :....34
a) La stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie mentale : ....35
b) La réalité de la situation : ....36
c) Le rôle des médias : ....38
i) Stigmatisation des malades mentaux :....38
ii) La peur du crime : ....39
d) Une politique sécuritaire : ....41
i) Une demande croissante faite au psychiatre : ....42
ii) La responsabilisation du psychiatre : ....43
e) Un déplacement des moyens financiers : ....44
f) Synthèse et application à notre étude :....45
4) De la notion de dangerosité à l'évaluation du risque : la question du risque de violence chez les sujets atteints d'une pathologie mentale :....46
a) La notion de dangerosité : ....46
i) Dangerosité criminologique : ....47
ii) Dangerosité psychiatrique : ....47
b) Historique : ....48
i) La dangerosité aux confins de la psychiatrie : ....48
ii) Naissance du terme « dangerosité » : ....48
iii) Dangerosité, prévention de la récidive et psychiatrie : ....50
c) L'évaluation du risque de violence : ....51
i) De la mise en évidence des facteurs de risque à la création d'instruments d'évaluation : 51

ii) Démarche expertale versus démarche de soins :.....52
iii) Exemples d'instruments disponibles : .....53
iv) Limites et précautions dans l'utilisation des instruments d'évaluation : .....53
v) Exemple d'un instrument de mesure des progrès cliniques des patients psychotiques violents :.....54
d) Le risque de violence chez les personnes atteintes d'une pathologie mentale grave : ..55
i) Facteurs de risque statiques : .....56
ii) Facteurs de risque dynamiques : .....57
iii) La question du repérage de l'imminence du passage à l'acte : .....63
iv) Profils de patients violents : .....64
5) Prise en charge hospitalière des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : .....67
a) Population concernée : .....67
b) Objectifs de la prise en charge :.....68
c) Les structures hospitalières : .....69
i) L'hôpital de secteur : .....69
ii) Les unités pour malades difficiles : .....69
iii) Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques : .....71
d) Le cadre institutionnel :.....72
e) Approches thérapeutiques : .....73
i) Psychodynamique :.....73
ii) Les thérapies cognitivo-comportementales : .....76
iii) Les activités et les groupes thérapeutiques : .....78
iv) Proposition de prise en charge après un parricide psychotique :.....79
iv) La pharmacothérapie :.....83
v) Les autres moyens thérapeutiques :.....85
f) La sortie et la réhabilitation sociale : .....88
6) Droit comparé : .....89

a) Allemagne : ....89
b) Angleterre et Pays de Galle : ....90
c) Danemark : ....90
d) Espagne : ....90
e) Italie : ....91
f) Pays-Bas : ....91
g) Suède : ....91
**PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE ET RESULTATS**....92
1) Présentation de l'étude : ....93
a) Objectifs de l'étude : ....93
b) Matériel et méthodes : ....94
i) Inclusion des patients : ....94
ii) Schéma d'étude, population étudiée et sites concernés : ....95
c) Présentation de la grille de lecture : ....95
i) Le patient : ....95
ii) La prise en charge : ....96
iii) Devenir du patient : ....96
d) Recueil des données, saisie et traitement statistique : ....97
2) Résultats : ....98
a) Le patient : ....99
i) Données sociodémographiques : ....99
ii) Situation médico-légale : ....104
iii) Antécédents de victimisation : ....107
iv) Antécédents psychiatriques : ....108
v) Période précédant le passage à l'acte : ....111
vi) Le passage à l'acte : ....112
b) Prise en charge : ....114

i) Prise en charge avant l'hospitalisation : ....114
ii) Prise en charge au cours de l'hospitalisation : ....118
iii) Levée de la mesure : ....131
c) Devenir du patient :....132
i) Suivi médical : ....132
ii) Réinsertion socio-professionnelle : ....133
d) Synthèse des résultats : ....133
e) Etude de la comparabilité des groupes :....136
**PARTIE III : DISCUSSION** ....139
1) Discussion des données de l'étude : ....140
a) Le patient :....141
i) Une population masculine, d'âge moyen, précaire et mal insérée socialement :....141
ii) Des antécédents judiciaires très présents :....142
iii) Victimes avant d'être agresseurs : ....143
iv) Des antécédents psychiatriques fréquents, mais une mauvaise adhésion aux soins et aux traitements : ....144
v) Un passage à l'acte évitable ? ....146
vi) Le passage à l'acte : une majorité d'actes criminels sur des victimes connues : .147
b) La prise en charge : ....148
i) A l'interface entre justice et psychiatrie : ....148
ii) La prise en charge au cours de l'hospitalisation : ....151
c) Le devenir du patient : ....161
i) Le maintien d'une contrainte à la levée de la mesure pour les patients irresponsabilisés pénalement : ....161
ii) Une bonne adhésion aux soins à la levée de la mesure chez les patients irresponsabilisés pénalement : ....161
iii) Une réinsertion socio-professionnelle moyenne : ....162
2) Synthèse de la discussion :....162

3) Limites de l'étude :.....164
4) Perspectives :.....166
a) La question de l'expertise psychiatrique :.....167
b) Des services spécifiques pour les patients hospitalisés suite à une irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ?.....168
c) Une réévaluation régulière de l'hospitalisation et de la contrainte :.....169
d) La formation des professionnels de santé :.....169
**CONCLUSION**.....170
**ANNEXES**.....173
**TABLE DES MATIERES**.....186
**TABLE DES ILLUSTRATIONS**.....193
**BIBLIOGRAPHIE**.....196
**RESUME ET MOTS-CLES**.....207
**SERMENT**.....209

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des diagnostics au moment du suivi.....108
Tableau 2 : Comorbidités au moment du suivi .....109
Tableau 3 : Type de victimes selon le groupe.....114
Tableau 4 : Répartition des diagnostics au moment de l'admission .....118
Tableau 5 : Comorbidités au moment de l'admission .....119
Tableau 6 : Moyennes des mesures liées à la prise en charge sur le secteur d'hospitalisation (mois).....120
Tableau 7 : Données liées à la contention (jours), l'isolement (jours) et le maintien en service fermé (mois), moyennes ramenées au nombre total de patients par groupe.....122
Tableau 8 : Moyennes des mesures liées aux hospitalisations en UMD et USIP (mois) .....123
Tableau 9 : Moyennes des mesures liées aux sorties et aux programmes de soins (mois).....124
Tableau 10 : Associations médicamenteuses selon la période d'hospitalisation .....128
Tableau 11 : Posologie d'au moins un neuroleptique, anxiolytique ou hypnotique selon la période .....129
Tableau 12 : Synthèse des résultats.....134
Tableau 13 : Comparabilité des groupes .....138

## FIGURES

Figure 1 : Répartition par sexe selon le groupe.....99
Figure 2: Répartition par tranches d'âge selon le groupe .....99
Figure 3: Répartition selon le niveau d'étude .....100
Figure 4: Répartition selon la catégorie professionnelle .....101
Figure 5: Répartition selon la reconnaissance de travailleur handicapé.....102
Figure 6: Répartition selon la situation maritale .....102
Figure 7: Parentalité selon le groupe .....103
Figure 8 : Répartition selon la présence d'un entourage (amis et famille) .....103
Figure 9 : Existence d'une mesure de protection selon le groupe.....104
Figure 10 : Répartition selon les antécédents judiciaires personnels .....105
Figure 11 : Répartition selon le type d'antécédents judiciaires .....105
Figure 12 : Répartition selon les antécédents d'incarcération .....106

Figure 13: Répartition selon le type d'infraction à l'origine des incarcérations .....106
Figure 14 : Répartition selon les antécédents de victimisation .....107
Figure 15 : Répartition selon la période où les violences ont été subies .....107
Figure 16 : Répartition selon les antécédents d'hospitalisation .....110
Figure 17 : Temps écoulé depuis la dernière consultation (jours) .....111
Figure 18 : Symptomatologie retrouvée au cours de la dernière consultation dans le groupe A .....112
Figure 19 : Qualification des actes à l'origine de l'hospitalisation selon le groupe .....112
Figure 20 : Délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation dans le groupe A (mois).....115
Figure 21 : Délai entre le passage à l'acte et l'hospitalisation dans le groupe A en fonction de l'hôpital de prise en charge (mois) .....115
Figure 22 : Délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale dans le groupe A (mois) .....116
Figure 23 : Délai entre le passage à l'acte et la déclaration d'irresponsabilité pénale dans le groupe A, en fonction de l'hôpital de prise en charge (mois).....116
Figure 24 : Déni des troubles selon le groupe.....119
Figure 25 : Modalité d'entrée en hospitalisation selon l'hôpital de prise en charge.....120
Figure 26 : Modalité d'accueil sur le service d'hospitalisation selon le groupe.....121
Figure 27 : Temps total passé en isolement selon le groupe (jours) .....122
Figure 28 : Motifs de réintégration en hospitalisation complète selon le groupe .....125
Figure 29 : Evocation d'un travail psychothérapeutique autour du passage à l'acte à l'origine de l'hospitalisation selon le groupe .....126
Figure 30 : Evocation d'un travail de synthèse régulier selon le groupe .....126
Figure 31 : Activités thérapeutiques proposées selon le groupe .....126
Figure 32 : Type d'accompagnement vers la réinsertion selon le groupe .....127
Figure 33 : Traitements prescrits selon la période de prise en charge, groupe A .....127
Figure 34 : Traitements prescrits selon la période de prise en charge, groupe B .....128
Figure 35 : Répartition des types de passage à l'acte hétéroagressifs selon le groupe .....130
Figure 36 : Répartition des modalités de prise en charge à la levée de la mesure SDRE en fonction du groupe.....132
Figure 37 : Répartition des modalités de prise en charge à la fin de la durée de l'étude selon le groupe .....132
Figure 38 : Type de logement à la sortie d'hospitalisation selon le groupe .....133

# BIBLIOGRAPHIE

1. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol. 2006 Dec;164(10):818–27.

2. Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Charette Y, Côté G, Caulet M. The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: the people behind the label. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2015 Mar;60(3):106–16.

3. Luettgen J, Chrapko WE, Reddon JR. Preventing Violent Re-offending in Not Criminally Responsible Patients. Int J Law Psychiatry. 1998 Dec;21(1):89–98.

4. Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T, et al. Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. Int J Law Psychiatry. 2014 Nov;37(6):635–42.

5. Mouly N. Devenir des criminels et des délinquants atteints de troubles mentaux, irresponsables pénalement, hospitalisés en psychiatrie dans le cadre de la loi du 27-06-1990. Etude de 24 cas. Université de Tours; 1995.

6. Causse F. Dangerosité et article 122-1 alinéa 1 : Evaluation de patients internés à l'hôpital psychiatrique de la Colombière entre 2003 et 2006. Université Montpellier I; 2006.

7. Cornier L, Manzanera C, Massé M, Danti-Juan M. L'article 122-1 alinéa premier du code pénal et son application dans le ressort de la Cour d'appel de Poitiers. Université de Poitiers-UFR de droit et sciences sociales; 2006.

8. Bénézech M, Bourgeois M. L'irresponsabilité pénale de l'aliéné en droit romain classique et en droit canon médiéval. Ann Méd-Psychol. 1985;143(5):454–64.

9. Bénézech M. Données historiques anciennes sur la psychiatrie médico-légale. Paris: Ardix Médical. 2000;9–12.

10. Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. Ann Méd Psychol. 2002;160:396–405.

11. Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale. Champ PénalPenal Field. 2005;

12. Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Nouv. éd. Paris: Dunod; 2004.

13. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1976.

14. Caire M. Psychiatrie et ordre public, de l'Ancien Régime à la Restauration. L'exemple parisien. In: Annales médico-psychologiques. Elsevier; 2014. p. 41–4.

15. Caire M. Des Lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique [Internet]. Psychiatrie.Histoire. 2013. Available from: http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/intern/350.htm

16. Caire M. Modalités de séquestration des aliénés de la Révolution à 1838 [Internet]. Psychiatrie.histoire. 2010. Available from: http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/intern/internrev.htm

17. Mangin-Lazarus C, Feline A. Les navettes d'un projet de loi sur les accusés en démence : l'affaire Joseph Firmin dit rétif (1794-1799). Ann Méd-Psychol. 1993;151(3):209–16.

18. Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales. Champ PénalPenal Field. 2005;

19. Chevallier P, Greacen T, Collectif. Folie et justice : Relire Foucault. Erès; 2009.

20. Digneffe F. Généalogie du concept de dangerosité. In: Folie et justice : Relire Foucault. Erès; 2009.

21. Raoult PA. Figures de la dangerosité : de la monomanie au tueur en série. Bull Psychol. 2006 Jan;481(1):31–9.

22. Sechter D, Senon J-L, Sechter D. La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital. Inf Psychiatr. 2012 Oct 1;88(8):631–40.

23. Senon JL, Lopez G, Cario J-L. Psychocriminologie, Clinique, prise en charge, expertise, 2e édition. Paris: Dunod; 2012.

24. Guignard L. Discerner la folie des criminels au XIXe siècle. Publications de la Sorbonne; 1999.

25. Leturmy L. La protection de la personne malade, de la loi de 1838 à celle de 2011. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2013.

26. Lachaux, B. Législation et psychiatrie. In: Manuel de Psychiatrie. Elsevier Masson; 2012.

27. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2014 Nov;172(9):766–71.

28. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.

29. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 Sep 27, 2013.

30. Kolb P, Leturmy L. Mémentos Lmd - Droit Penal General 2014-2015. 9e édition. GUALINO EDITIONS; 2014. 245 p.

31. Danti-Juan M. Droit pénal général. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2013.

32. Pradel J. Place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux? Audition publique : Expertise psychiatrique pénale. 2007 Jan;

33. Leturmy L, Senon J-L, Voyer M. La responsabilité pénale en droit français et l'irresponsabilité des malades mentaux. In: Psycho-criminologie. Paris: Dunod; 2012.

34. Ayme J. La refonte de l'article 64 du code pénal. Inf Psychiatr. 1991;vol. 67, n° 4:pp. 317–20.

35. Susini M-L. Responsabilité et article 64. Inf Psychiatr. 1991;vol. 67, n° 4:pp. 321–5.

36. Cordier B. Irresponsabilité psychiatrique de l'article 122-1 du nouveau code pénal. In: EMC. Fiche additive 37-902-A-10. Paris: Elsevier; 1998.

37. Rappard P. La fin du non-lieu judiciaire et son incidence sur le but des institutions psychiatriques médicolégales. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2008 Aug;166(7):569–74.

38. Valla J. Le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux à l'épreuve de la pratique. Droit, déontologie et soin. 2002 juin;2(2):159–77.

39. Lameyre X. Pour une pratique arthrologique des mesures judiciaires, sanitaires et sociales appliquées aux personnes dont le discernement est altéré. Audition publique : Expertise psychiatrique pénale. 2007 Jan;

40. LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. 2014-896 août, 2014.

41. Jonas C. Principes généraux de l'expertise. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2013. p. 113–5.

42. Fèvre F. Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du Parquet dans l'enquête préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre? Audition publique : Expertise psychiatrique pénale. 2007 Jan;

43. Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? Ann Méd-Psychol. 2011 Dec;169(10):648–51.

44. Audition publique : Expertise psychiatrique pénale. 2007.

45. Senon J-L, Voyer M, Davignon G, Delbreil A. L'expertise psychiatrique pénale. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2013. p. 123–9.

46. Zagury D. Vers une clinique de l'abolition du discernement. Ann Méd-Psychol. 2006 Dec;164(10):847–50.

47. Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé. Ann Méd-Psychol. 2007 Oct;165(8):599–607.

48. Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la Commission santé-justice présidée par Monsieur Jean-François Burgelin. 2005.

49. Loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative.

50. Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

51. Réponses à la dangerosité, Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier ministre à Monsieur Jean-Paul Garraud, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. 2006.

52. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. Ann Méd-Psychol. 2009 Feb;167(1):39–50.

53. Pradel J. Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux. Recueil Dalloz. 2008;p. 1000.

54. Liger Didier. La réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale des malades mentaux : un projet critiquable. AJ Pénal. 2004 Oct;p. 361.

55. LOI no 90-527 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. 90-527 juin, 1990.

56. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008-174 février, 2008.

57. Circulaire du 8 juillet 2010 relative à la présentation des dispositions du décret n° 2010-692 du 24 juin 2010 précisant les dispositions du code de procédure pénale relative à l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. BOMJL. 2010 Jul 30;

58. Circulaire du 22 mai 2014 de présentation des dispositions de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 concernant les personnes déclarées pénalement irresponsables. BOMJ.

59. FNAP-Psy. Loi de juin 1990 sur l'hospitalisation d'office et défense des libertés individuelles. Droit Déontologie Soin. 2008 Mar;8(1):33–47.

60. Senninger J-L. « L'expertise » de fin d'hospitalisation d'office médicolégale (article L 3213-8 du code de la santé publique). Ann Méd-Psychol. 2006 Dec;164(10):834–7.

61. Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

62. Tassone-Monchicourt C, Daumerie N, Caria A, Benradia, I., Roelandt, J.-L. Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. L'Encéphale. 2010;36(3):21–5.

63. Perceptions et représentations des maladies mentales-Enquête Ipsos pour FondaMental. 2009;

64. Perceptions et représentations des maladies mentales-Sondage Ipsos pour FondaMental et Klesia. 2014;

65. Anguis M, Roelandt J-L, Caria A. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. DREES. 2001 May;(116).

66. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. Schizophr Bull. 2002;28(2):293–309.

67. Nee C, Witt C. Public perceptions of risk in criminality: the effects of mental illness and social disadvantage. Psychiatry Res. 2013 Oct 30;209(3):675–83.

68. Richards M, Hori H, Sartorius N, Kunugi H. Cross-cultural comparisons of attitudes toward schizophrenia amongst the general population and physicians: a series of web-based surveys in Japan and the United States. Psychiatry Res. 2014 Feb 28;215(2):300–7.

69. Todor I. Opinions about Mental Illness-World Conference on Psychology and Sociology 2012. Soc Behav Sci. 2013 Jul 3;82:209–14.

70. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. Aust N Z J Psychiatry. 1999 Apr;33(2):232–9.

71. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. L'Encéphale. 2010 Jan;36(3):1–6.

72. Giordana J-Y, Cattan N. Le rôle des médias. In: Giordana J-Y, editor. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 35–44.

73. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. Psychiatry Res. 2011 Apr 30;186(2-3):183–9.

74. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? Eur Psychiatry. 2004 Nov;19(7):423–7.

75. Lovell AM, Cook J, Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 2008 Jun;56(3):197–207.

76. Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. AJ Pénal. 2008;(4):176–80.

77. Audition publique : Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011;

78. Annuaire statistique de la Justice. 2011 Edition -2012;

79. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Méd-Psychol. 2005 Dec;163(10):852–65.

80. Richard-Devantoy S, Olie J-P, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. L'Encéphale. 2009 Dec;35(6):521–30.

81. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. 2009 Aug 11;6(8):e1000120.

82. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2010 Sep;67(9):931–8.

83. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? Ann Méd-Psychol. 2005 Dec;163(10):870–7.

84. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. Int J Law Psychiatry. 2001 Oct;24(4-5):469–86.

85. Kalampalikis N, Daumerie N, Jodelet D. De l'effet médiatique au fait politique : la santé mentale en question. Inf Psychiatr. 2007;83(10):839.

86. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television. Br J Psychiatry. 2000 May 1;176(5):440–3.

87. Roure L, Duizabo P. Les comportements violents et dangereux. Édition : 1e. Paris: Editions Masson; 2003. 256 p.

88. Alezrah C. Réponse d'un service hospitalier à la dangerosité. Inf Psychiatr. 2009;85(8):735.

89. Senon J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. Evol Psychiatr (Paris). 2005 Jan;70(1):117–30.

90. Hirtenlehner H. Disorder, social anxieties and fear of crime. Exploring the relationship between incivilities and fear of crime with a special focus on generalized insecurities. In: Fear of crime- Punitivity New developpements in theory and research. Brockmeyer Univ; 2008. p. 127–58.

91. Table ronde : violence et psychiatrie. A propos des évènements de décembre 2004 a l'hôpital psychiatrique de Pau. Ann Méd-Psychol. 2005 Jul;163(6):515–22.

92. Sechter D, Senon JL. Modèles d'intervention sanitaire en milieu pénitentiaire. In: Psycho-criminologie. 2e Ed. Dunod; 2012. p. 247–60.

93. Senon J-L. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. 2012 Jun 1;Volume 88(6):407–14.

94. Jonas C. La responsabilité médicale en psychiatrie. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson. 2013.

95. Jonas C. Responsabilité du psychiatre et des établissements d'accueil du fait des actes des malades mentaux. Médecine Droit. 1997 Mar;1997(23):12–6.

96. Bénézech M. Critique de la prise en charge des malades mentaux dangereux. Bull Acad Natle Méd. 2002 Jan 22;186(1):103–15.

97. Dubret G. UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. Inf Psychiatr. 2008;84(6):543.

98. Riera R, Babre S, Bourquard J, Thomas F, Laurand G, Lopez A. La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. Inspection générale des affaires sociales. 2006 Oct;

99. Debuyst C. Dangerosité et justice pénale, Ambiguïté d'une pratique. Médecine et Hygiène, "Déviance en société"; 1981.

100. Gheorghiev C, Raffray P, de Montleau F. Dangerosité et maladie mentale. Inf Psychiatr. 2008 Dec 1;84(10):941–7.

101. Gheorghiev C, Marty F. La dangerosité : un concept psychopathologique ? LÉvolution Psychiatr. 2012 Jul;77(3):443–50.

102. Moulin V, Palaric R, Gravier B. Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangerosités ? Inf Psychiatr. 2012 Oct 1;88(8):617–29.

103. Jonas C, Senon J-L. Droit et psychiatrie : bouleversements annoncés ? Ann Méd-Psychol. 2008 Aug;166(7):550–1.

104. Foucault M. L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale. Déviance et Société. 1981;5(4):403–22.

105. Bernard G. Approche historique et philosopique de la dangerosité. In: Psycho-criminologie. Dunod; 2012. p. 51–6.

106. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et expertaux. Inf Psychiatr. 2009;85(8):719.

107. Monahan J. Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques. Sage Publications; 1981. 194 p.

108. Millaud F, Dubreucq J-L. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. Inf Psychiatr. 2012 Jun 1;Volume 88(6):431–7.

109. Monahan J, Steadman H, Silver E, Applebaum P, Robbins P, Mulvey E, et al. Rethinking Risk Assessment. The MacArthur study of Mental Disorder and Violence. Oxford : Oxford University Press. 2001;

110. Voyer M, Senon J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. Inf Psychiatr. 2012 Jun 1;Volume 88(6):445–53.

111. Delacrausaz P, Gasser J. La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois. Inf Psychiatr. 2012 Jun 1;Volume 88(6):439–43.

112. Henry A. Danger et dérive de l'utilisation des nouveaux mots de la peur. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2014 Nov;

113. Millaud F, Auclair N, Guay J-P, McKibben A. Un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents. Canadian Journal of Psychiatry. 2007 Nov;52(11):735–43.

114. Gravier B. Quelle place pour la psychiatrie et la clinique? Conférence de consensus sur la prévention de la récidive. 2013 Feb;

115. Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2005 Oct;163(8):642–55.

116. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. Psychol Bull. 1998 Mar;123(2):123–42.

117. Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bourdel M-C, Gohier B, Duflot J-P, Lhuillier J-P, et al. Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? L'Encéphale. 2009 Sep;35(4):304–14.

118. Richard-Devantoy S, Duflot J-P, Chocard A-S, Lhuillier J-P, Garré J-B, Senon J-L. Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2009 Oct;167(8):616–24.

119. Vandamme M-J. Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. Ann Med Psychol (Paris). 2009;167(8):629–37.

120. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLoS ONE. 2013 Feb 13;8(2):e55942.

121. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Community Psychiatry. 1990 Jul;41(7):761–70.

122. Räsänen P, Tähonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Followup Study of an Unselected Birth Cohort. Schizophr Bull. 1998 Jan 1;24(3):437–41.

123. Senninger JL. Dangerosité : étude historique. Inf Psychiatr. 1990;66(7):689–96.

124. Bouchard J-P. Violences, homicides et délires de persécution. Ann Méd-Psychol. 2005 Dec;163(10):820–6.

125. Richard-Devantoy S, Voyer M, Gohier B, Garré J-B, Senon J-L. La crise homicidaire : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010 Feb;168(1):62–8.

126. Senninger J-L. Les trajectoires psychopathologiques de la dangerosité. In: Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie. Paris: L'Harmattan; 2003.

127. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behav Sci Law. 2003;21(4):523–46.

128. Coutanceau R. Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. Inf Psychiatr. 2012;88(8):641.

129. Nakatani Y, Fujimori H. Réflexions sur un traitement des schizophrènes meurtriers. Evol Psychiatr (Paris). 1991;56(4):769–83.

130. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Article 6. 2011-847 juillet, 2011.

131. Roche M-P. L'unité pour malades difficiles n'est pas un lieu de soins sans issue. Soins Psychiatrie. 2009 Mar 20;(261).

132. Le Bihan P. Les unités pour malades difficiles. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2013. p. 39–42.

133. Le Bihan P, Esfandi D, Pagès C, Thébault S, Naudet J-B. Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales. Médecine Droit. 2009 Sep;2009(98-99):138–45.

134. Le Bihan P, Benazzouz M, Floris E, Gerard H. L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soins contenante en Gironde. Inf Psychiatr. 2005;81(3):243–53.

135. Gravier B, Surprenant A. Approche institutionnelle et impact de la sortie de psychotique dangereux. Criminologie. 1982;15(2):83.

136. Balier C. Thérapeutique. In: Psychanalyse des comportements violents. PUF; 1988.

137. Pilon J. Le management du patient violent : description de l'organisation d'un milieu de vie et de son schème d'intervention clinique. Santé mentale au Québec. 1989;14(2):181.

138. Millaud F, Auclair N, Dubreucq J-L, Brault J. Après un parricide psychotique : la prise en charge thérapeutique. 2014 Oct;90(8):647–55.

139. Gravier B. « Psychiatrie et Violence », un espace d'échange actuel et indispensable. Psychiatr Violence. 2008;8(1).

140. Bouchard J-P. Diagnostic de dangerosité et prévention des homicides psychotiques. J Psychol. 2014;321(8):29.

141. Bouchard J-P. Intérêt curatif et préventif des thérapies cognitives et comportementales (TCC) dans le traitement de croyances délirantes schizophréniques criminogènes : TCC d'une conviction délirante ayant généré un double homicide à l'extérieur de la famille. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2014 Nov;172(9):741–50.

142. Birchwood M, Michail M, Meaden A, Tarrier N, Lewis S, Wykes T, et al. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2014 Jun;1(1):23–33.

143. Ahmed AO, Hunter KM, Goodrum NM, Batten N-J, Birgenheir D, Hardison E, et al. A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. J Psychiatr Res. 2015 Sep;68:8–18.

144. Gorenstein EE, Tager FA, Shapiro PA, Monk C, Sloan RP. Cognitive-Behavior Therapy for Reduction of Persistent Anger. Cogn Behav Pract. 2007 May;14(2):168–84.

145. Hodgins S, Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. Br J Psychiatry. 2004 Sep 1;185(3):245–50.

146. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'brien R, Schofield N, et al. Cognitive–behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. Br J Psychiatry. 2003 Nov 1;183(5):418–26.

147. Coutanceau R, Smith J. Violences aux personnes - Comprendre pour prévenir. Paris: Dunod; 2014. 584 p.

148. Vacheron-Trystram M-N, Cornic F, Gourevitch R. Prise en charge des états dangereux des pathologies mentales graves : stratégies thérapeutiques. In: La prise en charge des états réputés dangereux. Elsevier-Masson; 2010.

149. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. ANAES. 1998 juin;

150. Robiliard D. Rapport d'information déposé en l'application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris : Assemblée nationale; 2013 décembre. Report No.: 1662.

151. ANAES. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. Recommandations professionnelles. 1997;

152. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux-Les documents de travail du Sénat (Série législation comparée). 2004 Feb.

153. Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisations sans consentement. 2004 Mai;38–40.

154. Palazzolo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives. L'Encéphale. 2008 Feb 17;27(6):570–7.

155. Zagury D, Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. Inf Psychiatr. 2014 Nov;90(8):627–9.

156. Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. Inf Psychiatr. 2009;85(6):525.

# RESUME ET MOTS-CLES

La prise en charge des malades mentaux ayant commis une infraction en lien avec leur pathologie a de tout temps posé question. Depuis 1810, l'irresponsabilité pénale du malade mental est inscrite dans la loi avec l'article 64 du Code pénal. Depuis le vote de la loi d'internement en 1838, leur prise en charge est confiée à l'hôpital psychiatrique où ils doivent être traités comme les autres patients, leur responsabilité n'ayant pas été retenue sur le plan pénal. Cependant, la crainte de la récidive et la diminution des moyens attribués à l'intra-hospitalier en psychiatrie peut pousser les soignants à prendre en charge de manière différente les patients ayant commis des actes violents judiciarisés.

Notre étude rétrospective, comparative, multicentrique effectuée dans les hôpitaux psychiatriques du Poitou-Charentes entre 2004 et 2014 nous a permis de montrer que les patients hospitalisés après l'application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal étaient hospitalisés plus longtemps et dans des conditions plus coercitives qu'une population de patients hospitalisés en SDRE comparable. En effet, la durée de l'hospitalisation, le maintien de la mesure SDRE, le maintien en service fermé ou en isolement étaient significativement plus longs pour les patients irresponsabilisés pénalement. Ils faisaient également l'objet de prescription de molécules à effet sédatif à des posologies plus élevées en début d'hospitalisation.

Ces constatations nous ont permis de discuter des liens entre la politique actuelle et la prise en charge de cette population particulière au cours de l'hospitalisation.

Mots-clés : irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, politique sécuritaire, mesures coercitives en psychiatrie, homicide pathologique

# SERMENT

# SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘

La prise en charge des malades mentaux ayant commis une infraction en lien avec leur pathologie a de tout temps posé question. Depuis 1810, l'irresponsabilité pénale du malade mental est inscrite dans la loi avec l'article 64 du Code pénal. Depuis le vote de la loi d'internement en 1838, leur prise en charge est confiée à l'hôpital psychiatrique où ils doivent être traités comme les autres patients, leur responsabilité n'ayant pas été retenue sur le plan pénal. Cependant, la crainte de la récidive et la diminution des moyens attribués à l'intra-hospitalier en psychiatrie peut pousser les soignants à prendre en charge de manière différente les patients ayant commis des actes violents judiciarisés.

Notre étude rétrospective, comparative, multicentrique effectuée dans les hôpitaux psychiatriques du Poitou-Charentes entre 2004 et 2014 nous a permis de montrer que les patients hospitalisés après l'application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal étaient hospitalisés plus longtemps et dans des conditions plus coercitives qu'une population de patients hospitalisés en SDRE comparable. En effet, la durée de l'hospitalisation, le maintien de la mesure SDRE, le maintien en service fermé ou en isolement étaient significativement plus longs pour les patients irresponsabilisés pénalement. Ils faisaient également l'objet de prescription de molécules à effet sédatif à des posologies plus élevées en début d'hospitalisation.

Ces constatations nous ont permis de discuter des liens entre la politique actuelle et la prise en charge de cette population particulière au cours de l'hospitalisation.

Mots-clés : irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, politique sécuritaire, mesures coercitives en psychiatrie, homicide pathologique