

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

Comment le psychiatre est-il amené à demander la levée d'un SDRE judiciaire ?

SEMERLE Olivia

Née le 28 juillet 1988 à Saint-Pierre (974)

Sous la direction de monsieur le Docteur MOUSELER Alain

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Président
Monsieur le Docteur MOUSELER Alain	Directeur
Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clothilde	Membre
Monsieur le Professeur CAMUS Vincent	Membre
Madame le Docteur VOYER Mélanie	Membre

Soutenue publiquement le :
17 mars 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée SEMERLE Olivia
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 27/**01/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A madame le professeur Bénédicte Gohier, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour la richesse de l'enseignement que vous organisez pour les internes du DES de psychiatrie à Angers. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A monsieur le docteur Alain Mouseler, pour avoir accepté de diriger mon travail de thèse, mais aussi mon mémoire de DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale. Depuis notre première présentation d'article en 2014, en passant par un séminaire de phénoménologie, vous m'avez guidée, soutenue et encouragée dans mes travaux scientifiques. Je vous remercie pour l'humanité et la gentillesse de notre rencontre.

A madame le professeur Clothilde Rougé-Maillart, vous me faites l'honneur de juger mon travail en participant au jury de cette thèse. Vous m'avez enseigné la médecine légale pendant mon externat, mon stage dans votre service de médecine légale au CHU d'Angers, mes cours de DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale. Je vous remercie pour votre pédagogie et votre énergie.

A monsieur le professeur Vincent Camus, vous me faites l'honneur de juger mon travail en participant au jury de cette thèse. Je vous remercie de l'attention que vous aviez portée à mon mini-mémoire de psychiatrie sur rTMS, tDCS et dépression. Je tiens à vous présenter mon estime et mon profond respect.

A madame le docteur Mélanie Voyer, vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse. Je vous remercie pour la clarté de votre enseignement au sein du DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale.

Au docteur Cottier-Jouet Martine, pour la richesse de son enseignement, depuis mon deuxième semestre et jusqu'à mon post-internat, sa justesse, et sa disponibilité.

Aux membres du secteur 10, médecins, psychologues, infirmières, cadres, aides-soignantes, agents, assistantes sociales, qui m'ont aidée dans ma réflexion autour de ma thèse et m'ont accompagnée dans mon parcours d'interne. Je remercie les secrétaires pour leurs connaissances techniques et leur disponibilité.

Aux équipes médicales et non médicales des secteurs 4 et 1 du CESAME, des services de pédopsychiatrie du CH de Saumur et du CHU d'Angers, auprès de qui j'ai pu apprendre au cours de mon internat.

Au service de pharmacovigilance du CHU d'Angers, au sein duquel j'ai pu élargir mes connaissances en pharmacologie, améliorer mes recherches bibliographiques, ainsi que m'exercer à présenter mon travail publiquement.

Au docteur Bardou Dominique et à l'équipe du Pin en Mauges, vous m'avez accompagnée dans la fin de mon internat et dans mes débuts en systémie, que je vais pouvoir approfondir par la formation. Je vous remercie pour la richesse des expériences partagées ensemble.

Au docteur Dib Rima, première psychiatre que j'ai rencontrée au cours de ma troisième année de médecine. Je te remercie pour la douceur et le respect avec lequel tu m'as initiée à la psychiatrie.

Au docteur Aumjaud Frédéric, qui m'a fait confiance et permis d'expérimenter la psychiatrie libérale.

Au personnel de la scolarité de la faculté de médecine d'Angers, pour leur assistance durant ces nombreuses années d'études.

Aux patients et à leurs familles que j'ai eu le privilège de rencontrer ces dix dernières années.

A mes amis, du collège, de la faculté de médecine, du conservatoire de musique, de la chorale de l'université, et les autres rencontrés depuis.

A ma mère, tu m'as donné les moyens de devenir la psychiatre que je suis aujourd'hui. A ma famille, pour son soutien et son affection.

A Laurent, mon amour, et à notre fils Abriel. Les mots me manquent.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

INTRODUCTION

LA MISE EN PLACE DU SDRE JUDICIAIRE

1. **Aperçu historique des textes de loi concernant la responsabilité pénale**
2. **Textes actuels**
 - 2.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE
 - 2.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire
 - 2.3. Texte du CPP concernant le SDRE judiciaire
3. **Protocole administratif actuel**
4. **L'expertise psychiatrique d'irresponsabilité pénale**

LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE SOINS AMBULATOIRES

1. **Aperçu historique des textes de loi**
 - 1.1. Loi du 30 juin 1838
 - 1.2. Circulaire du 4 juin 1957
 - 1.3. Loi du 27 juin 1990
2. **Textes actuels**
 - 2.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE
 - 2.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire
 - 2.3. Et le CPP ?
3. **Protocole administratif actuel**

LE RISQUE DE RECIDIVE

1. **Lois et société**
2. **Dangerosité et prédiction**
 - 2.1. Modèles ségrégatifs et intégratifs de la dangerosité
 - 2.2. Evaluation du risque
 - 2.2.1. Evaluations cliniques
 - a) Entretiens non structurés
 - b) Entretiens structurés
 - 2.2.2. Evaluations actuarielles
 - a) Facteurs de risque statiques
 - b) Facteurs de risque dynamiques
 - c) Facteurs protecteurs
3. ***Iter Criminis***

LEVER LE SDRE JUDICIAIRE

1. **Textes actuels**
 - 1.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE
 - 1.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire
2. **Protocole administratif actuel**
3. **Réflexions**

UNE FOIS LE SDRE LEVE

CAS CLINIQUE

1. **Biographie**
2. **Antécédents**
3. **Les hospitalisations**
4. **Auto-agressivité et hétéro-agressivité**
5. **Comportement maternel intrusif**
6. **Le passage à l'acte**
7. **Le parcours dans les soins sous contrainte**
8. **Le traitement médicamenteux**
9. **Commentaire du cas**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

En France, on ne punit pas les fous. Les personnes ayant commis un acte grave et étant atteintes au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes ne sont pas pénalement responsables (article 122-1 du code pénal). Ces personnes ne sont pas jugées au cours d'un procès d'Assises, n'ont pas de peine d'emprisonnement. Elles sont alors admises en soin psychiatrique contraint : soin sous contrainte, dit judiciaire, à la demande du représentant de l'état dans le département (SDRE).

Au cours du soin se pose la question d'élargir le mode de prise en charge, sous la forme d'un programme de soins ambulatoires.

A quel moment se pose cette question ? Sur quels critères, objectifs et peut-être subjectifs, se fonde le psychiatre pour tenter d'y répondre ? Ce qui l'amène peu ou prou à évaluer dangerosité et risque de récurrence.

Certes, cette situation psychiatrique n'est pas fréquente, l'ensemble des SDRE dit judiciaires, soins des détenus (D-398), soins des mineurs sous forme d'ordonnance de placement provisoire ne représentent que 4 % du total des soins contraints en France.

Néanmoins le psychiatre de secteur sera probablement confronté à cette question au cours de son exercice. Tout à la fois libre de ses décisions et contraint à la vigilance, il engage à ce moment-là sa responsabilité en tant que médecin, mais aussi en tant que citoyen et personne.

LA MISE EN PLACE DU SDRE JUDICIAIRE

1. Aperçu historique des textes de loi concernant la responsabilité pénale

L'essor de la clinique psychiatrique en Europe dans la deuxième moitié du XIXème siècle-première moitié du XXème siècle a beaucoup apporté à la criminologie psychiatrique. La clinique sémiologique française (Pinel, Esquirol, Georget, Baillarger,...) et la clinique psychopathologique de langue allemande (Kraepelin, Freud,...) ont permis de se donner toutes les chances de détecter des problématiques psychiatriques chez les délinquants.

Dans le code pénal de 1810, l'article 64 énonce : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister [*force majeure*]. »

Dans la loi du 28 avril 1832, il y a possibilité pour le juge de prononcer une peine inférieure liée aux « circonstances particulières de l'infraction et à la personnalité ou aux motivations de son auteur ». La loi prend alors en compte l'existence d'une gradation de l'atteinte de la maladie mentale.

La loi du 30 juin 1838 décrit le placement d'office des personnes dont l'état compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes (précurseur du SDRE actuel) :

« SECTION II — Des placements ordonnés par l'autorité publique

Art. 18. — À Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. — À l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du Roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé. »

En 1885 la cour de cassation, en rendant l'arrêt n°170 concernant l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement, fait jurisprudence : « il n'y a pas violation de l'article 64 du code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée » (Bulletin des arrêts de la Cour de cassation rendus en matière criminelle, tome 90, année 1885, page 285).

Le 20 décembre 1905 « la circulaire Chaumié » est publiée. Adressée aux parquets généraux par le garde des Sceaux Joseph Chaumié, elle rapporte les précisions que les experts psychiatres doivent apporter en terme d'atténuation de la responsabilité : ils doivent dire « si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité ».

Le code pénal actuel (1994) détermine le fondement de l'irresponsabilité du malade mental par l'article 122-1 1er alinéa : « 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. » Il distingue explicitement ce cas de celui de la responsabilité atténuée : « 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 ».

2. Textes actuels

2.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 du code de la santé publique (CSP) relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, ensuite modifiée la par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013, précise les droits du patient, la notion de consentement au soin, ainsi que la forme des soins (hospitalisation complète et soins ambulatoires).

L'article L3213-1 modifié par [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 3](#) :

« I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) qui assure la prise en charge de la personne malade.

Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître qu'il a fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou a fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à [l'article L. 3222-3](#) du présent code et qu'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1, une sortie de courte durée mentionnée à [l'article L. 3211-11-1](#) ou la levée de la

mesure de soins est envisagée, le psychiatre qui participe à sa prise en charge en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'Etat dans le département. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins susmentionnées ont pris fin depuis au moins dix ans.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Le représentant de l'Etat ne peut décider une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 :

1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ;

2° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 du présent code.

Le présent III n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° ont pris fin depuis au moins dix ans.

IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à [l'article L. 3212-11](#). »

L'article L3213-1 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 10](#) :

« I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la

proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. »

2.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire

La loi de 2013 a modifié les dispositions spécifiques pour les personnes irresponsables pénalement. Celles-ci se révèlent applicables uniquement dans les cas où l'infraction commise encoure une peine d'au moins 5ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes, et d'au moins 10ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Dans l'article L3211-12 on note la suppression de la prise en compte des antécédents de décision d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Le JLD avant était obligé de recueillir l'avis du collège en cas d'antécédent d'irresponsabilité pénale. Aujourd'hui, le collège n'est obligatoire que si les faits sont d'une particulière gravité (5ans/3ans d'emprisonnement encourus).

Le texte de 2013 rend également obligatoire l'information du patient par les autorités judiciaires en cas d'irresponsabilité pénale.

L'article L3213-7 Modifié par la [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 3](#) :

« Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de [l'article 122-1](#) du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte

atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à [l'article L. 3222-5](#) du présent code ainsi que le représentant de l'Etat dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L. 3213-1.

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues. »

L'article L3213-7 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 10](#) :

« Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 du présent code ainsi que le représentant de l'Etat dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L. 3213-1. Toutefois, si la personne concernée fait déjà l'objet d'une mesure de soins psychiatriques en application du même article L. 3213-1, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours.

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Si l'état de la personne mentionnée au premier alinéa le permet, celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le

représentant de l'Etat dans le département. Cette information lui est transmise par tout moyen et de manière appropriée à son état.

L'avis mentionné au premier alinéa indique si la procédure concerne des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Dans ce cas, la personne est également informée des conditions dans lesquelles il peut être mis fin à la mesure de soins psychiatriques en application des articles L. 3211-12, L. 3211-12-1 et L. 3213-8. »

2.3. Texte du CPP concernant le SDRE judiciaire

L'article 706-135 du code de procédure pénale décrit la procédure qui concerne les personnes irresponsabilisées pénalement :

« Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure 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. Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code. »

3. Protocole administratif actuel

La procédure pénale débute par la phase de l’instruction, au cours de laquelle l’expertise pénale évaluant le discernement de l’intéressé est requise.

Depuis la loi de 2008, ce n’est plus une ordonnance de non-lieu, avec donc une absence de procès, qui est prononcée par le juge d’instruction. La personne comparaît devant la chambre d’instruction, en présence de son avocat et des parties civiles.

La juridiction pénale avise ensuite la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) (art L3222-5 du CSP) « si l’état mental de la personne le justifie » (art L3213-7 du CSP). Il n’y a pas d’obligation juridique à hospitaliser la personne, ouverture possible, conclusion de l’expertise. Exemples : crise comitiale partielle, état crépusculaire, bouffée délirante aiguë isolée.

Sur la base d’un certificat médical circonstancié actualisé, la juridiction administrative prononce alors la mise en œuvre de soins à la demande du représentant de l’état (art L 3213-1 du CSP) dans un établissement autorisé en psychiatrie (art 3222-1 du CSP).

Le préfet met en œuvre la mesure. La loi ne lui impose pas de prononcer un arrêté de maintien en soins.

Les certificats médicaux sont rédigés au rythme suivant : sans les 24 h suivant l’admission, dans les 72 h, puis le 6ème, 7ème ou 8ème jour suivant l’admission, puis dans le mois, puis de façon mensuelle.

Un collège, composé du psychiatre de la prise en charge, d’un autre psychiatre ne participant pas à la prise en charge, et d’un cadre, se réunit à 6 mois de l’admission puis tous les ans (il est convoqué par le directeur de l’hôpital en application de l’article L 3211-9 CSP et du décret n° 2011-847 du 18.07.2011).

4. L'expertise psychiatrique d'irresponsabilité pénale

Le droit pénal général

Le troisième grand principe du droit pénal général en France, avec la légalité et la matérialité, est la culpabilité. Elle nécessite l'existence d'une faute, intentionnelle ou non, qui soit imputable à une personne, physique ou morale. Il existe néanmoins plusieurs obstacles à cette imputabilité :

- la minorité : absence de discernement
- l'erreur : absence d'information (de connaissance)
- la contrainte (au pénal) ou la force majeure (au civil) : absence de liberté
- le trouble mental : absence de raison

Dans le cas du trouble psychique en rapport avec l'abolition du discernement de l'article 122.1 alinéa 1, c'est l'absence de raison qui constitue un obstacle à l'imputabilité de la faute pénale, et qui est donc une cause d'irresponsabilité pénale.

Nous pouvons noter qu'il existe également des causes objectives d'irresponsabilité pénale : les faits justificatifs, qu'ils soient fondés sur une injonction (ordre donné par un texte, ordre provenant de l'autorité légitime) ou sur une permission (légitime défense, état de nécessité, lois et coutumes).

L'expertise du psychiatre

- Sur réquisition (expertise du Docteur E.) : pendant la phase d'enquête de la procédure pénale, selon les articles 60 et 77-1 du Code de Procédure Pénale. L'expert psychiatre doit le plus souvent répondre à 3 questions :

La personne présente-t-elle des troubles mentaux ? Dire lesquels

Ces troubles mentaux nécessitent-ils des soins ?

Selon quelles modalités ?

- L'expertise présentielle de responsabilité (expertise des Docteurs G. et H.) : pendant la phase d'instruction préparatoire. L'expert psychiatre doit déterminer si le sujet était atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal). Les questions suivantes lui sont généralement posées :

L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent

L'infraction 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 de nature soit à abolir son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal, soit à les altérer au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal ?

Le sujet doit-il faire l'objet d'un suivi spécialisé ou d'un traitement spécifique nécessité par son état ?

Une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire est-elle opportune ?

-L'évaluation du discernement : à la croisée des domaines philosophique, théologique, juridique et psychologique. Etymologiquement, discerner c'est séparer. Le discernement désigne la faculté de juger, apprécier sainement les choses. Malgré l'absence de cadre

nosographique spécifique, les schizophrénies et troubles bipolaires apparaissent rapidement comme des pathologies irresponsabilisantes.

-L'expert évalue la responsabilité du sujet sur 3 points essentiels : la clinique (l'existence d'un trouble « psychique ou neuropsychique»), la temporalité (trouble contemporain de l'acte, «au moment des faits »), la causalité (le trouble doit être en rapport avec l'infraction commise).

-L'expert psychiatre peut travailler sur 2 niveaux de lecture possibles : l'analyse psychiatrique clinique, et l'analyse psychopathologique du passage à l'acte.

LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE SOINS AMBULATOIRES

1. Aperçu historique des textes de loi

1.1. Loi du 30 juin 1838

Dans le texte de loi de 1838, les seules sorties prévues sont les sorties définitives. Des sorties provisoires se faisaient probablement mais en marge de la loi.

La loi du 30 juin 1838, ordonnée par Louis-Philippe, Roi des Français :

« SECTION IV — Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du Roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14. »

1.2. Circulaire du 4 juin 1957

Devant la disparité des pratiques, une circulaire est publiée le 4 juin 1957 par le secrétariat d'état à la santé publique et à la population en posant les objectifs des sorties d'essai : réinsertion sociale, réadaptation professionnelle, convalescence, guérison.

« OBJET : Organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques.

Mon attention a été appelée à diverses reprises, sur les difficultés que soulevait, dans certains départements, l'organisation des « sorties d'essai » des malades mentaux, en traitement dans les hôpitaux psychiatriques.

C'est ainsi que, dans certains départements, la décision d'octroyer une sortie d'essai n'intervient que si le malade a fait l'objet d'un placement d'office ; dans d'autres cas, au contraire, cette mesure n'est prise qu'en faveur des malades placés volontairement au regard des dispositions de l'article 333 du Code de la Santé Publique. La durée minimum de la période d'essai, quand elle est fixée, est variable d'un département à un autre. Enfin, dans certains

établissements, cette possibilité de sortie précoce n'est pas ou n'est que très insuffisamment utilisée.

Par ailleurs, l'expression « sortie d'essai » est employée dans certains cas pour désigner des formules diverses : sortie-promenade, sortie de courte durée (24 ou 48 heures), etc. Il ne saurait être question de réglementer ces dernières qui font essentiellement partie des méthodes thérapeutiques, que le médecin adapte à chaque cas particulier.

Le but poursuivi dans la présente circulaire est de donner un cadre général permettant l'organisation, dans tous les départements suivant un système semblable, de la « sortie d'essai » telle qu'elle est définie par les conditions précisées ci dessous.

J'insiste sur le fait que la « sortie d'essai » doit être utilisée de la manière la plus large dans tous les cas où une telle formule est possible.

En effet, en facilitant la réinsertion sociale du sujet, en favorisant sa réadaptation professionnelle, la « sortie d'essai » permet, dans bien des cas, de hâter la convalescence et la guérison. Cette mesure offre, d'autre part, la possibilité de contrôler l'amélioration apparente du sujet, amélioration dont il est parfois difficile de juger l'importance en milieu hospitalier. En permettant, en cas de rechute, une réintégration rapide et sans formalités, elle rend ainsi réalisable la sortie précoce des malades pour lesquels la sortie définitive, sans période de réadaptation préalable, peut paraître une décision hasardeuse et prématurée.

La « sortie d'essai » du malade dont le placement est régi par le titre IV du Code de la Santé Publique et dont l'état mental permet d'envisager une telle mesure, sous la responsabilité de la personne à laquelle il sera confié, doit répondre aux conditions suivantes :

A. MODALITÉS ADMINISTRATIVES

1° S'il s'agit d'un malade placé volontairement, la sortie est décidée par le médecin chef. Le bulletin de sortie, visé par le Directeur, doit être immédiatement transmis au Préfet. Si le

malade mineur ou interdit est confié à d'autres personnes que ses parents ou son tuteur, ces derniers doivent donner leur assentiment.

2° S'il s'agit d'un malade placé d'office, la sortie ne peut avoir lieu sans l'autorisation délivrée par le Préfet, sur proposition motivée du médecin chef de service.

B. DURÉE DE LA « SORTIE D'ESSAI »

La durée de la « sortie d'essai » est au moins d'un mois, sans pouvoir, en principe, excéder 3 mois. Toutefois, ce délai peut être prolongé ou renouvelé dans les mêmes conditions, sans que la réintégration préalable soit nécessaire si l'état du malade ne permet pas encore la sortie définitive.

C. SURVEILLANCE DU MALADE PENDANT LA PÉRIODE D'ESSAI

Pendant la « sortie d'essai », le malade reste placé sous la surveillance du médecin chef de service.

En effet, il est indispensable que le médecin chef puisse s'assurer que :

- Le retour du malade à la vie normale ne provoque pas la réapparition des troubles ayant nécessité son hospitalisation ;
- L'amélioration constatée en milieu hospitalier est suffisante pour permettre la réinsertion sociale.

La réadaptation du malade à la vie normale, en effet, ne va pas sans difficultés ; s'il n'est pas aidé et soutenu durant cette période d'essai, la rechute est à craindre. Le malade ne peut surmonter ces difficultés que si une action médico-sociale continue est exercée en sa faveur : c'est la tâche du médecin et du service social.

Sur le plan médical, la surveillance des malades en sortie d'essai doit être assurée, sauf impossibilité matérielle absolue, par le médecin chef du service dans lequel le malade a été hospitalisé ; elle peut être exercée, soit à l'hôpital psychiatrique, soit au dispensaire d'hygiène mentale, selon les facilités ou l'opportunité propres à chaque cas particulier.

Si, avant la sortie d'essai, c'est essentiellement le service social de l'hôpital psychiatrique qui doit entrer en jeu pour la préparation concrète de cette mesure, par contre, pendant la sortie d'essai, c'est le service social du service départemental d'hygiène mentale qui doit assumer la responsabilité de la surveillance du malade, et accomplir le principal de la tâche.

J'insiste sur la nécessité de mettre en œuvre tous les moyens possibles, dans le cadre des directives générales ainsi définies, pour organiser d'une manière satisfaisante la surveillance médico-sociale des malades en sortie d'essai.

D. RÉINTÉGRATION

À tout moment, au cours de la sortie d'essai, la réintégration du malade peut s'effectuer sans formalités. Il appartient à l'établissement d'effectuer, avec son ambulance et son personnel, le transport du malade de sa résidence à l'hôpital psychiatrique.

Bien entendu, le Préfet doit être immédiatement avisé de la mesure de réintégration.

E. SORTIE DÉFINITIVE

A l'expiration du congé d'essai, si l'état mental de l'intéressé le justifie, la sortie est rendue définitive suivant les formes prévues au titre IV du Code de la Santé Publique. »

1.3. Loi du 27 juin 1990

La [Loi n°90-527 du 27 juin 1990 - art. 3 JORF 30 juin 1990](#) relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation régit les sorties d'essai pour les patients en hospitalisation d'office.

L'article L350 de cette loi dit : « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions

de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés aux articles 4ter et 44 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés : [...] Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. »

2. Textes actuels

2.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE

L'article L3211-2-1 créé par la [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 1](#) décrit les soins ambulatoires pour tous les soins contraints, SDRE compris :

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de [l'article 706-135 du code de procédure pénale](#) est prise en charge :

1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à [l'article L. 3222-1 du présent code](#) ;

2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type.

Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé.

L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours duquel il reçoit l'information prévue à [l'article L. 3211-3](#) et est avisé des dispositions de l'article L. 3211-11.

Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Le texte de 2013 précise les droits des personnes en PSA en insistant sur le fait qu'aucune contrainte ne doit être exercée sur un patient en PSA de soin sous contrainte. Ainsi [l'article L3211-2-1](#) modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 1](#) :

« [...] La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) du présent code ;

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

II.-Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de

soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à [l'article L. 3211-3](#) et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

III.-Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. »

L'article L3213-1 Modifié par [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 3](#) :

« I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) qui assure la prise en charge de la personne malade.

Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître qu'il a fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou a fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à [l'article L. 3222-3](#) du présent code et qu'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1, une sortie de courte durée mentionnée à [l'article L. 3211-11-1](#) ou la levée de la mesure de soins est envisagée, le psychiatre qui participe à sa prise en charge en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'Etat dans

le département. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins susmentionnées ont pris fin depuis au moins dix ans.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Le représentant de l'Etat ne peut décider une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 :

1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ;

2° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 du présent code.

Le présent III n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° ont pris fin depuis au moins dix ans.

IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à [l'article L. 3212-11](#). »

L'article L3213-1 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 10](#) :

«I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à [l'article L. 3222-1](#) qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à [l'article L. 3222-5](#) :

1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à [l'article L. 3211-2-1](#), en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

IV.-Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à [l'article L. 3212-11](#).»

2.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire

Concernant l'article L3211-12, on note dans le texte de 2013 la suppression de la prise en compte des antécédents de décision d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Le JLD avant était obligé de recueillir l'avis du collège en cas d'antécédent d'irresponsabilité pénale. Aujourd'hui, le collège n'est obligatoire que si les faits sont d'une particulière gravité (au moins 5ans d'emprisonnement encourus en cas d'atteinte aux personnes ou au moins 10ans en cas d'atteinte aux biens). L'article L3211-12 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 4](#) :

« I.-Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme.

La saisine peut être formée par :

- 1° La personne faisant l'objet des soins ;
- 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- 3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- 5° La personne qui a formulé la demande de soins ;
- 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- 7° Le procureur de la République.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

II.-Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de [l'article 706-135](#) du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de [l'article 122-1](#) du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à [l'article L. 3213-5-1](#) du présent code.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

III.-Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de [l'article L. 3211-2-1](#). Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d'hospitalisation complète prend fin. »

L'article L3213-9 modifié par la [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 3](#) précise les personnes qui doivent être informées par le représentant de l'Etat à l'admission, maintien, passage en PSA, levée de la mesure :

« Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures de toute admission en soins psychiatriques prise en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou sur décision de justice, de toute décision de maintien et de toute levée de cette mesure :

1° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil de la personne malade et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel celle-ci a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

2° Le maire de la commune où est implanté l'établissement et le maire de la commune où la personne malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

3° La commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à [l'article L. 3222-5](#) ;

4° La famille de la personne qui fait l'objet de soins ;

5° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.

Le représentant de l'Etat dans le département informe sans délai les autorités et les personnes mentionnées aux 1° à 5° de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète. »

L'article L3213-9-1 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 10](#) :

« I.-Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée ou que le patient peut être pris en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de [l'article L. 3211-2-1](#), le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

II.-Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

III.-Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II du présent article confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical mentionné au I du présent article.

Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à [l'article L. 3211-12](#). Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. »

On note que la loi de 2013 a précisé les droits des personnes en PSA, notamment le droit à l'information : dans l'article L3222-2-1, on lit que le psychiatre doit informer le patient, avant l'établissement d'un PSA ou sa modification, qu'il peut demander une réintégration en hospitalisation complète quand il le souhaite.

La loi de 2013 a par ailleurs clarifié les dispositions en cas de désaccord entre préfet et psychiatre traitant, notamment pour les patients en SDRE judiciaire : dans l'article L3213-3, s'il y a un différend entre le préfet et le collège ou le psychiatre traitant pour la mise en place du PSA, il demande UNE expertise (si l'expert se prononce en faveur du PSA le préfet l'autorise, sinon le préfet maintient l'hospitalisation complète).

2.3. Et le CPP ?

On ne retrouve pas de texte dans le code de procédure pénale concernant les soins en SDRE judiciaires une fois qu'ils sont mis en place. A partir du moment où la personne ayant commis un acte médico-légal grave est irresponsabilisée pénalement, sa situation ne relève plus de la juridiction pénale mais du préfet et des médecins.

3. Protocole administratif actuel

Le protocole administratif actuel peut être décomposé en 5 étapes. Il débute par le psychiatre traitant et s'achève avec la décision du préfet.

-Étape 1 : signalement au directeur de l'établissement par le psychiatre traitant lorsque :

Le dossier médical du patient fait apparaître qu'il a été en soins psychiatriques à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale,

ET

Le psychiatre propose une prise en charge de ce patient autre qu'en hospitalisation complète, assortie d'un programme de soins

-Étape 2 : le directeur de l'établissement convoque un collège de soignants composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;

2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;

3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

-Étape 3 : signalement au préfet par le directeur de l'établissement qui lui transmet :

° l'information sur le séjour en UMD ou sur une hospitalisation suite à une décision d'irresponsabilité pénale,

° le certificat médical comportant la proposition de prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète et le programme de soins

° l'avis du collège de soignants

Ces éléments sont suffisants pour permettre au préfet de décider une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète (art. L. 3213-1 et L.3213-3) mais il peut vouloir éclairer sa position avant de prendre une décision.

-Étape 4 : le préfet peut alors solliciter l'avis d'un voire de deux experts.

-Étape 5 : la décision du préfet.

S'il a sollicité deux experts qui confirment la position du psychiatre traitant et du collège, le préfet est dans l'obligation de suivre la proposition du psychiatre traitant et de décider une prise en charge autre que l'hospitalisation complète (L.3213-9-1)

Le programme de soins est joint à sa décision.

Le collège, se réunit ensuite à chaque changement de PSA.

Le programme de soins ambulatoires n'est pas une obligation légale, c'est une forme de soin possible. En théorie le SDRE judiciaire pourrait être levé directement après l'hospitalisation complète, ce qui ne semble pas se faire en pratique.

Le PSA pourrait permettre de raccourcir la durée de l'hospitalisation complète. Mais un paradoxe apparaît : le PSA est une forme de soin sous contrainte utilisée pour recouvrer de la liberté (de circuler, ...) après une hospitalisation complète. Peut-être plus paradoxal pour le médecin que pour le patient. Quelle peut être la vision rétrospective du patient sur cette forme de soin ? Parfois certains patients peuvent dire, des années après, « vous avez bien fait de m'enfermer à l'époque ». On peut alors parler de consentement rétrospectif.

On note que sur le plan légal, aucune « mesure de contrainte » ne saurait être imposée au patient quand il est en PSA, que cela concerne l'administration des soins (dont le traitement neuroleptique injectable), la réalisation de séjours hospitaliers, le transport du patient vers l'hôpital. S'il y a nécessité de contrainte, la forme du soin doit être transformée en hospitalisation complète. Le Conseil Constitutionnel a rendu la décision n° 2012-235 suite à la Question Prioritaire de Constitutionnalité du 20 avril 2012 : « Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant

comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait ».

La possibilité de soins ambulatoires et de temps hors les murs de la psychiatrie, alors que le patient présente un « trouble psychiatrique compromettant la sûreté des personnes » nous interroge. Comment soutenir cette position dans un certificat pour PSA ? La question ici se pose pour des patients ayant commis un acte grave, pénalement répréhensible.

Cette interrogation nous amène à évoquer le risque de récurrence et son évaluation.

LE RISQUE DE RECIDIVE

1. Lois et société

La notion complexe de dangerosité s'est développée depuis le XIXe siècle, notamment avec le travail sur la criminalité de Garofalo, membre de l'école positiviste italienne. Elle s'est renforcée dans les années 1980, en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par une partie des citoyens.

Le mot « dangerosité » renvoie au caractère dangereux, le terme « dangereux » étant défini comme ce qui constitue un danger. Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose. La dangerosité, elle, est une perception subjective, qui évolue en fonction des périodes et des sociétés, en lien avec des exigences variables du droit pénal positif et de la protection de la société.

La notion de dangerosité implique la violence, et donc l'acte violent, qu'il soit d'ordre physique ou moral. L'OMS retient comme définition de la violence « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ».

Face au sentiment d'insécurité la société a mobilisé l'opinion pour un contrôle accru des patients, associant la dangerosité à la maladie mentale, alors que les patients présentant une maladie psychiatrique sont plus souvent victimes d'actes de violence qu'auteurs.

On retrouve seulement 10 % de schizophrènes chez les auteurs d'homicide (Erb et al. (2001)).

Lovell et al, en 2008 rapporte la fréquence de victimation des personnes ayant des troubles psychiques est élevée et, quand les comparaisons sont possibles, nettement supérieure à celle qui se manifeste dans la population générale, malgré l'hétérogénéité des études en termes de pays, population, échantillonnage, mesures, méthodes et analyses.

Hiday, en 1999 retrouve que les personnes adultes présentant des troubles mentaux sont victimes de violence 2 à 3 fois plus souvent que la population générale.

Malgré ce constat, la peur du crime perpétré par le « fou dangereux », le « malade mental » s'ancre dans les esprits et la société ne tolère pas le risque ressenti comme imminent.

Sur le plan législatif, on rapporte plusieurs textes de loi dans ce mouvement.

On retrouve déjà des dispositions relatives à la récidive dans la loi Peyrefitte n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes, appelée « Loi sécurité et liberté ».

La loi Perben 2 du 9 mars 2004 portant sur l'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité précède de peu la loi n° 2005-1549 du 12/12/2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, qui semble opérer un véritable choix de politique criminelle et ce, afin de lutter contre la récidive pénale en favorisant le recours à l'emprisonnement et en généralisant la surveillance en amont et en aval de cet emprisonnement (Benillouche, 2006). S'agissant de la récidive, le principe de spécialité a été atténué. Par exemple, selon l'article 132-16-4 du CP, les délits de violences volontaires aux personnes ainsi que tout délit commis avec la circonstance aggravante de violences sont considérés, au regard de la récidive, comme une même infraction.

« Toutefois, il n’y a pas lieu à motivation spéciale lorsque la personne est en état de récidive légale. » De la sorte, aucune motivation spéciale n’étant alors exigée, le juge apparaît incité en cas de récidive à prononcer l’emprisonnement.

La loi de 2005 tend donc à faciliter le prononcé ainsi que le maintien en détention et ce, afin de prévenir la récidive pénale.

De plus, les condamnations prononcées par les juridictions pénales d’un Etat membre de l’Union européenne sont prises en compte au titre de la récidive (Article 132-16-6 du CP).

Par ailleurs, l’état de récidive légale peut être relevé d’office par la juridiction de jugement (Article 132-16-5 du CP).

Cette loi crée la notion de réitération d’infractions (l’article 132-16-7 du CP). Les peines peuvent se cumuler sans limitation, alors qu’autrefois, ces infractions étaient commises en concours réel, les sanctions ne pouvant alors se cumuler que dans la limite du maximum légal le plus élevé.

Concernant la surveillance, le suivi socio-judiciaire peut également comprendre, en vertu de l’article 131-36-9 du CP, à titre de mesure de sûreté, le placement sous surveillance électronique mobile.

Par ailleurs la loi du 12 décembre 2005 a prévu des dispositions nouvelles relatives à la surveillance judiciaire de personnes dangereuses condamnées pour crime ou délit (article 723-9 et suivants du CPP). Dans le cas d’une personne condamnée à une peine privative de liberté d’une durée égale ou supérieure à dix ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, le juge de l’application des peines peut, sur réquisitions du procureur de la République, ordonner à titre de mesure de sûreté et aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré, son placement sous surveillance judiciaire dès sa libération. Le risque de récidive doit être constaté par une expertise médicale dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné. En cas d’inobservation par le condamné des

obligations et interdictions qui lui ont été imposées, le juge de l'application des peines peut retirer tout ou partie de la durée des réductions de peine dont il a bénéficié et ordonner sa réincarcération.

Par ailleurs cette loi complète l'article L. 3711-3 du CSP par un alinéa permettant au médecin traitant, agréé à cette fin, de prescrire au condamné, « avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé et qui entraînent une diminution de la libido, même si l'autorisation de mise sur le marché les concernant n'a pas été délivrée pour cette indication. » Cet article sera modifié par loi du 25 février 2008 avec la suppression de la notion d'autorisation de mise sur le marché non délivrée, et encore simplifié par la loi du 10 mars 2010 (« Le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido. »).

La loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, dite loi Dati, instaure des peines minimales en cas de récidive : les « peines-planchers ».

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental crée l'article 706-135 du CPP qui modifie le parcours judiciaire des personnes reconnues irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux. En effet, on passe du non-lieu prononcé par le juge d'instruction à une comparution de la personne devant la chambre d'instruction, en présence de son avocat et des parties civiles. L'hospitalisation est alors prononcée par cette juridiction, alors qu'elle relevait auparavant des autorités administratives représentées par le Préfet.

Par ailleurs cette loi prévoit, sur le plan de la dangerosité, la rétention de sûreté pour les personnes qui « 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 selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans ». Il s'agit d'un placement de la personne dans un centre socio-médico-judiciaire, pour une durée d'un an renouvelable, pendant lequel elle bénéficie « de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure ».

Elle décrit également la surveillance de sûreté dans l'article 706-53-19 du CPP : « Si la rétention de sûreté n'est pas prolongée [...] et si la personne présente des risques de commettre les infractions mentionnées à l'article 706-53-13, la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut [...] placer celle-ci sous surveillance de sûreté pendant une durée d'un an. La surveillance de sûreté comprend des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire mentionnée à l'article 723-30, en particulier une injonction de soins prévue par les articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du code de la santé publique et le placement sous surveillance électronique mobile dans les conditions prévues par les articles 763-12 et 763-13 ».

Dans la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, la durée de la rétention de sûreté passe d'un an à deux ans.

Parmi les rapports parlementaires concernant la dangerosité on peut citer :

-le rapport de la commission santé justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin en juillet 2005 (*Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive*) dans lequel il propose le renforcement des formations initiales et continues en psychiatrie

médicolégale et le développement de la recherche sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et de ses facteurs

-le *rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses* des messieurs Philippe Goujon et Charles Gauthier, sénateurs, en juin 2006, qui se centre sur la dangerosité des malades mentaux en prenant en compte leur accumulation en détention et l'inadaptation de la prison à leur prise en charge. Il propose de mettre en place des centres d'expertises, sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire, où pourrait être placée pendant une durée de l'ordre de 25 jours la personne poursuivie pour des infractions particulièrement graves.

-le *rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux* est déposé par monsieur Jean-Paul Garraud en novembre 2006. Il préconise une extension des mesures de sûreté, mais aussi la création d'une « école de formation des experts » avec le développement d'une activité de recherche scientifique afin de définir les critères objectifs de dangerosité en distinguant la dangerosité criminologique de la dangerosité psychiatrique, et d'élaborer des outils actuariels d'évaluation de la dangerosité criminologique.

On peut noter parallèlement l'accélération de la création des UMD (Unités pour Malades Difficiles) : sur les dix existantes six ont été créées depuis 2008, alors que la première date de 1910.

En mars 2011 est publié le rapport d'orientation de la commission d'audition publique de la HAS sur la dangerosité psychiatrique (étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur).

2. Dangérosité et prédiction

On peut différencier dangérosité psychiatrique et dangérosité criminologique.

La dangérosité psychiatrique est une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale, en rapport avec son évolution et analysable à travers la clinique.

La dangérosité criminologique qui est la probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou les biens. C'est un phénomène psycho-social et paraît relever d'une dimension politique.

Sur le plan de la sémantique, il apparaît important de noter ici la différence entre agressivité et violence : la violence attaque le lien, atteint l'intégrité de l'autre, est « symbolicide et désobjectivante » (Benghozi, 2010), alors que l'agressivité vise à restaurer le lien, a pour objectif d'interpeler l'autre, tente de surmonter les impasses du contenu verbal de la communication « dire ce qui ne peut se dire autrement et espérer être entendu ».

2.1. Modèles ségrégatifs et intégratifs de la dangérosité

On peut décrire 5 générations de modèles d'évaluation du risque de récidence, de la surévaluation du risque à la désistance (Senon et al, 2013).

1^{ère} génération : Avant 1970, l'évaluation est faite par des psychiatres, mais aussi d'autres professionnels comme les psychologues et les officiers de probation. Monahan a critiqué cette évaluation « professionnelle » qui surévaluait le risque. Il a démontré que les évaluations des psychiatres et des psychologues experts n'étaient fiables que dans un cas sur trois pour ce qui concerne la prédiction de la dangérosité (Senon, 2009).

2^{ème} génération : Dans les années 1970-1980 se développe l'évaluation actuarielle, qui est un modèle mathématique de prédiction du risque. L'analyse statistique et non clinique des données a mis en évidence des facteurs corrélés fortement au risque de violence : des facteurs de risque statiques (initialement identifiés par Ernest Burgess dans une population de 3000 détenus en liberté conditionnelle) et des facteurs de risque dynamiques. Cette évaluation a pour objectif de prédire un comportement. Elle s'accompagne de la mise en place de tables de sentences utilisées aux Etats-Unis qui uniformisent les jugements des crimes et violences sexuelles, la peine étant fixée en fonction du niveau de risque. Cette construction, sur le modèle des assurances privées, apparaît comme un acte politique de prévision des risques. La place donnée aux facteurs de risque statiques, qui par définition sont immuables, ne prend pas en compte les progrès, par le travail thérapeutique et socio-éducatif permettant la diminution de ce risque.

3^{ème} génération : Avec le constat de l'allongement des peines, et de l'inefficacité des peines sévères en matière de dissuasion, les facteurs dynamiques sont intégrés aux évaluations actuarielles, pour pondérer les facteurs statiques. Ce mouvement prend en compte la possibilité de changement de la personne, ne la fige plus.

4^{ème} génération : le modèle RBR et le modèle des *good lives*.

Le modèle RBR (Risque, Besoins, Réceptivité) se base sur la théorie de l'apprentissage social du comportement criminel et des processus cognitifs à l'œuvre dans ce comportement. Il comporte des instruments d'évaluation des facteurs de risque et des facteurs de protection, et des programmes cognitivocomportementaux. Pour induire un changement, les facteurs criminogènes sont évalués, la prise en charge de la personne est adaptée au risque de récidive (la prise en charge est intensive quand le risque de récidive est élevé) ainsi qu'à sa capacité d'apprentissage, sa motivation, ses points forts.

Le modèle des *good lives* part de l'identification des besoins de la personne, pour évaluer l'aide qui peut lui être apportée dans l'objectif d'une vie constructive. Ce modèle renforce les facteurs protecteurs et les capacités positives de la personne.

5^{ème} modèle : le modèle de la désistance. Cet anglicisme nomme le moment où le délinquant cesse sa carrière de délinquant de lui-même. Il désigne un processus dynamique par lequel la personne abandonne un comportement pro-criminel. Ce modèle se centre sur des facteurs liés à l'environnement quotidien de la personne et non sur la prise en charge des professionnels. On parle de facteurs affectifs (couple, nouveau réseau amical), arrêt des toxiques, accès au travail et au logement. Les professionnels s'engagent dans ce modèle à soutenir ce processus de désistance notamment par l'entretien de relations positives et empathiques.

L'imagerie n'est actuellement pas intégrée dans un modèle d'évaluation du risque de récurrence violente. Elle peut néanmoins éclairer l'étude de la neuropsychologie des comportements agressifs et violents (HAS 2011).

En imagerie structurale il y aurait chez des sujets « impulsifs et agressifs » un plus faible volume de substance grise dans les régions frontales, ce qui concorde avec le modèle neuropsychologique du rôle de régulation de ces structures (Anderson et al., 1999).

Concernant l'abus ou dépendance à des substances psycho-actives (alcool, psychostimulants) on retrouve une atteinte diffuse de la substance grise sur le plan morphologique et une hypo-activation du réseau fronto-limbique sur le plan fonctionnel (Pr Thomas dans le texte des experts sur la dangerosité pour la HAS, 2010), ce qui appuie les observations cliniques et épidémiologiques des liens entre violence et consommation de substances psychoactives.

Concernant les psychoses, les études en imagerie structurale et fonctionnelle se limitent à des comparaisons entre des patients ayant commis des actes de violence et des patients sans histoire médico-légale (Joyal et al., 2007) (Hoptman et al., 2004) (Volkow et al, 1995) (Raine

et al., 1998), montrant une réduction du volume global et de l'activité des structures frontales et temporales chez les patients ayant commis des actes médico-légaux (notamment les plus impulsifs) par rapport aux sujets n'ayant pas commis d'actes violents. Sur le plan fonctionnel un circuit associant cortex frontal, hippocampe et amygdale serait impliqué dans ces comportements (Kumari et al., 2009) (Naudts et Hodgins, 2006).

Il apparaît important de souligner qu'aucune anomalie cérébrale, sur le plan morphologique ou fonctionnel, n'est corrélée à la commission d'un acte violent. Pour rappel, l'IRMf met en évidence des corrélations et non pas des liens de causalité entre une région cérébrale et des fonctions cognitives (Gkotsi et Gasser, 2016). Non seulement il est impossible de reconstituer l'état biologique du cerveau au moment de l'acte, mais surtout les comportements violents sont complexes et ne peuvent se résumer aux traits de comportements étudiés en neurosciences.

Les informations tirées de ces études ne peuvent être intégrées actuellement dans une démarche d'évaluation du risque de récurrence en France, même si certains esquissent les perspectives d'une *neurolaw* (P. Larrieu, maître de conférences en droit privé, écrit en 2012 : « Une irresponsabilité pénale pourra plus facilement être retenue si l'on peut mettre en évidence, clichés à l'appui, une « maladie du cerveau » et non pas seulement une « maladie mentale »)

En France comme en Europe, le modèle *welfare* de justice pénale, à vocation préventive et éducative, marquée par la solidarité, l'assistance et le contrôle, est abandonné pour évoluer vers un modèle néolibéral qui surinvestit la problématique sécuritaire, considère peu la prévention, cible les populations à risques telles que les mineurs ou les malades mentaux. Associé à une politique de réduction des risques et de tolérance zéro, ce modèle ne prend pas en compte la capacité de réhabilitation de la personne.

Par la suite la *new penology* lancée aux États-Unis par Malcolm Feeley et Jonathan Simon, ne se préoccupe plus du pourquoi (pourquoi les criminels commettent leurs actes illicites) mais du comment (comment gérer le plus efficacement possible leur niveau de risque de récidive).

2.2. Evaluation du risque

Le concept de dangerosité est abandonné dans les années 1990, après les travaux de Monahan, au profit du terme de risque de violence.

On passe d'un concept d'individu dangereux à celui d'individu à risque : si la dangerosité caractérise l'individu, le risque est entrevu de façon beaucoup plus large, comme résultant de la combinaison de facteurs multiples et de leur association circonstancielle.

L'évaluation de ce risque de violence peut se faire de façon clinique ou actuarielle, en recherchant des facteurs de risque ainsi que des facteurs protecteurs.

2.2.1. Evaluations cliniques

a) Entretiens non structurés

Le jugement clinique non structuré permet, au cours de l'examen psychiatrique, de recueillir des informations pertinentes auprès du sujet, de les sélectionner et de les interpréter, avec in objectif diagnostique et thérapeutique.

Cette méthode souple concerne tout psychiatre dans sa pratique quotidienne. Il permet d'établir ou d'éliminer un diagnostic psychiatrique en référence à la nosologie psychiatrique,

de se prononcer sur l'altération ou l'abolition du discernement, sur l'indication de soins et sur la dangerosité psychiatrique. Sa fiabilité en matière de diagnostic n'est pas discutée, ce qui n'est pas le cas de l'évaluation de la dangerosité. En effet, après Monahan qui a démontré l'absence de reproductibilité ou de fiabilité inter-juge (dans deux cas sur trois psychiatres et psychologues surévaluent la dangerosité en « ouvrant le parapluie »), d'autres études ont montré que l'évaluation de la dangerosité reposant sur le jugement clinique seul serait équivalente au hasard. (Abondo, 2014)

L'évaluation du risque de violence par cette technique seule, relevant d'une appréciation subjective, variable en fonction de l'expérience professionnelle du psychiatre, peut apparaître insuffisante malgré sa rigueur sémiologique.

b) Entretiens structurés

L'entretien structuré permet de laisser de la place à la subjectivité du clinicien dans son appréciation tout en enrichissant l'évaluation du risque par l'étude systématisée des facteurs de risque et des facteurs protecteurs reconnus dans la littérature psychiatrique et criminologique internationale. Par ailleurs cette démarche rigoureuse apparaît plus opposable sur un plan médico-légal que l'évaluation clinique non structurée.

L'échelle HCR 20 (Historical Clinical Risk Management 20 item Scale) est un guide d'entretien clinique structuré, développé par Webster en 1995. La deuxième version a été publiée en 1997 et la troisième en 2014 (Douglas et al., 2014). Elle permet d'étudier 20 facteurs, avec un score total sur 40 points, sans cut-off dangereux/pas dangereux. Elle peut être utilisée chez des patients suivis en ambulatoire, pour évaluer un risque de violence à court terme et moyen terme. Son analyse est réalisée en équipe pluridisciplinaire. L'utilisation de cette échelle

nécessite un examen clinique minutieux, elle identifie des facteurs statiques pondérés par des facteurs dynamiques.

Tableau I. HCR-20

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Gestion du risque
H1 Violence antérieure H2 Premier acte de violence commis durant la jeunesse H3 Instabilité des relations intimes H4 Problèmes d'emploi H5 Problèmes de toxicomanie H6 Maladie mentale grave H7 Psychopathie H8 Inadaptation durant la jeunesse H9 Trouble de la personnalité H10 Echechs antérieurs de surveillance	C1 Introspection difficile C2 Attitudes négatives C3 Symptômes actifs de la maladie C4 Impulsivité C5 Résistance au traitement	R1 Projet manquant de faisabilité R2 Exposition à des facteurs déstabilisants R3 Manque de soutien personnel R4 Inobservation des mesures curatives R5 Stress

L'IMPC (Millaud 2007) est un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents hospitalisés. Développé à l'Institut Pinel à Montréal, il étudie 11 variables : la manifestation de symptômes psychotiques, la gestion et le contrôle de la colère et de l'impulsivité, la considération de l'autre (empathie), la reconnaissance de la violence, la reconnaissance de la maladie mentale, la connaissance des symptômes de la maladie, l'observance pharmacologique, l'alliance thérapeutique et la capacité de demander de l'aide, l'adhésion au code de vie de l'unité de traitement, l'hygiène, et la capacité de socialisation. Il permet de suivre les progrès du patient, fixer des objectifs en déterminant les moyens pour y parvenir.

En 2010, Richard-Devantoy et al. proposent une évaluation du potentiel homicide chez le schizophrène sur le modèle RUD de l'évaluation du risque suicidaire, vus les liens étroits entre ces deux comportements sur les plans clinique, psychopathologique, biologique et

neuropsychologique. Cette évaluation permet d'aborder le thème de la violence dans l'entretien du psychiatre, donnant la possibilité au patient de reconnaître son risque de violence.

Tableau II. Evaluation du potentiel suicidaire et homicidaire

Evaluation du potentiel suicidaire	Evaluation du potentiel homicidaire
Facteurs de risque	
Age, sexe masculin (3/1), isolement socio-affectif Antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide ou de suicide Antécédent de pathologie psychiatrique (EDM, Trouble de la personnalité, alcool, schizophrénie)	Age jeune, sexe masculin (9/1), isolement socio-affectif Antécédents personnels ou familiaux de violence ou judiciaires Antécédent de schizophrénie
Urgence	
Scénario suicidaire : où ? quand ? comment ? Idées suicidaires Clinique psychiatrique	Scénario homicidaire : où ? quand ? comment ? Idées/fantasmes de violence Clinique schizophrénique
Danger	
Létalité et accessibilité du moyen	Létalité et accessibilité du moyen

2.2.2. Evaluations actuarielles

Les instruments actuariels attribuent une pondération statistique spécifique aux différentes variables de risque. L'individu est situé par l'évaluation par rapport à un groupe comparable dont on connaît l'évolution au cours du temps. On notera la nuance suivante : la personne présente les même caractéristiques qu'un groupe qui a récidivé à X% à Xans, mais on ne peut pas dire que cette personne va récidiver à Xans. Le groupe donne une tendance, qui est informative, mais rappelons que l'individu n'est pas le groupe.

Ces échelles définissent des facteurs de risque statiques et dynamiques, ainsi que des facteurs de protection. Elles ne permettent pas de pondération des facteurs en fonction de l'évaluation du psychiatre. Elles ne sont pas non plus sensibles à l'évolution de la personne. Elles ne suscitent d'ailleurs pas de questionnement autour des mesures préventives à mettre en place.

Les échelles actuarielles apparaissent néanmoins utiles pour suivre l'évolution au cours du temps de la personne, employées en complément de l'évaluation clinique.

Les premières échelles actuarielles de risque de violence ne considéraient que des facteurs de risque statiques : SFS, OGRS, Static-99-R, RRASOR, VRAG, SORAG. Le risque estimé est catégoriel, et ne prend pas en compte les possibilités de changement du sujet.

On peut citer la VRAG (Violent Risk Appraisal Guide), qui a été élaborée à partir d'une population de patients d'un hôpital de haute sécurité. 12 items sont renseignés pour aboutir à un score entre 0% et 100% de probabilité de récurrence à 7 ans et 10 ans : psychopathie, inadaptation scolaire à l'élémentaire, troubles de la personnalité, âge au moment du délit, séparation de l'un ou l'autre de ses parents avant 16 ans, manquement antérieur à une libération sur parole, histoire de délits non violents, n'a jamais été marié, schizophrénie, blessure la plus sérieuse infligée à une victime, histoire d'abus d'alcool, victime du délit actuel est une femme.

D'autres échelles, comme la static-99-R, s'appliquent à des populations judiciaires et non spécifiquement psychiatriques.

Les échelles suivantes ont intégré des facteurs de risque dynamiques (stables et dynamique aigus) : Wisconsin Risk and Needs Assessment Instrument, LSI-R, Stable-2007, Acute-2007, SOVAR.

L'évaluation de la psychopathie par la PCL-R (Liste de Contrôle de la Psychopathie Révisée) de Hare a une place importante dans toutes les échelles mais n'est pas validée en France (PCL-RYV chez les enfants).

L'échelle SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk) permet de repérer les facteurs protecteurs chez les auteurs d'infractions. Elle comporte 17 items (2 facteurs statiques et 15 facteurs dynamiques) répartis en 3 catégories : les facteurs internes, les facteurs liés à la motivation et les facteurs externes. (Article Guay et de Vries Robbé, 2017).

La notion de facteur de risque implique une corrélation avec la violence et non une relation causale à celle-ci. L'identification des facteurs de risque relève donc de l'information sur un risque de comportement violent et non de la prédiction d'un passage à l'acte.

Les facteurs de risque de violence ici décrits plus particulièrement concernent les patients schizophrènes spécifiquement, à propos du cas clinique exposé plus loin, et non pas toutes les pathologies psychiatriques.

a) Facteurs de risque statiques

Les facteurs de risque de violence statiques se déclinent en éléments communs à la population générale et en éléments de l'histoire du sujet schizophrène.

Parmi les éléments communs à la population générale on retrouve :

- un âge inférieur à 30-40ans,
- un bas niveau socio-économique avec isolement social, (Swanson 1990)
- un bas niveau scolaire (avec échec dès l'école primaire), (Stueve 1997)
- le célibat.

Il est à noter que même si le risque de violence est augmenté chez les femmes schizophrènes par rapport aux hommes schizophrènes, il n'est pas retrouvé de différence significative en termes de violence après la sortie de l'hôpital. Le sexe n'est donc pas à considérer comme un facteur de risque de violence chez la personne schizophrène.

Dans l'histoire du sujet on recherche un antécédent de violence agie (et notamment agie tôt dans la vie) (Bonta 1998, Hodgins 2005 ; Walsh 2004) ou de violence subie (Swanson 2002). La séparation du couple parental avant l'âge de 16 ans est un facteur de risque relevé dans l'échelle VRAG.

b) Facteurs de risque dynamiques

Les facteurs de risque de violence dynamiques relèvent de la clinique et du contexte de vie.

Parmi les éléments cliniques on recherche :

- La présence d'une symptomatologie positive (forme paranoïde, idées délirantes, hallucinations auditives, idées de persécution, syndrome d'influence avec ordres de violence, avec des scores élevés à la BPRS et à la PANSS) (Nolan 2003 ; Stompe 2004 ; Swanson 2006), la symptomatologie négative étant plutôt associée à des formes mineures de violence.
- Une faible capacité d'insight (Alia-Klein 2007, Buckley 2004)
- Des troubles neurologiques associés (dont l'atteinte frontale) (Hoptman 2002)
- Une impulsivité associée
- Un trouble de la personnalité psychopathique associé (Tardiff 1997, Hodgins 1999, Joyal 2004)
- Des abus ou dépendance à un ou plusieurs toxiques (Steadman 1998, Swartz 1998)
- L'adhésion aux soins et l'observance du traitement (Elbogen 2006)

Dans le contexte de vie du sujet on recherche des éléments de vie stressants, notamment dans la sphère affective (séparations, etc) et dans la sphère professionnelle (licenciement,

etc). On peut noter que dans l'année précédant un passage à l'acte criminel le nombre d'évènements de vie stressants est 3 fois plus important chez les personnes schizophrènes (Senninger et Fonta, 1996).

Ces éléments de contexte ne sont pas des facteurs de risque figés dans le temps. Leur évaluation, qui doit être répétée au cours du temps, n'enferme pas l'individu dans un déterminisme.

Tiihonen et Hakola, 1994 rapportent que parmi les patients suivis, tous ceux qui récidivent présentaient associé à un alcoolisme grave soit un trouble de la personnalité (N = 11, 85%), soit une schizophrénie (N = 2, 15%).

Sturup et Lindqvist, 2014 : 10% récidivent (cohorte de 153 patients suivis pendant une trentaine d'années). Les facteurs de risque de récurrence violente rapportés sont : jeune âge, trouble psychotique, victime masculine, victime connue et victime intoxiquée. La prévalence des homicides répétés est plus élevée que ce qui a été signalé dans les études précédentes. Ils rapportent les variables relatives aux victimes et les troubles mentaux associés à la toxicomanie comme significatifs en ce qui concerne la récurrence.

c) Facteurs protecteurs

LA SAPROF repère 17 facteurs protecteurs classés dans 3 catégories : les facteurs internes, liés à la motivation, et externes.

Les facteurs de protection internes sont des caractéristiques personnelles du sujet qui ont un effet protecteur vis-à-vis de comportements violents futurs éventuels.

Les facteurs de protection liés à la motivation concernent la participation à la vie en société. Ils concernent le fait d'être un membre actif de la vie en communauté.

Les facteurs de protection externes concernent les facteurs environnementaux positifs qui offrent une protection extérieure à la personne. Ils comprennent le soutien volontaire, mais aussi le soutien imposé et la protection extérieure non désirée.

Ces facteurs de protection peuvent avoir un effet direct, mais aussi modérateurs et médiateurs sur la probabilité de récidive.

Tableau III. Facteurs protecteurs vis-à-vis de la violence (SAPROF)

	Facteurs internes	Facteurs liés à la motivation	Facteurs externes
Facteurs statiques	Niveau intellectuel Attachement sécurisant pendant l'enfance		
Facteurs dynamiques	Capacité d'empathie Capacité d'adaptation (ou de coping) Capacité de contrôle de soi	Travail Loisirs Saine gestion des finances Motivation au changement Attitude envers l'autorité Objectifs de vie Médication	Réseau social Partenaire de vie Disponibilité des services et des soins professionnels Conditions de vie Contrôle externe

La HAS relève les facteurs de protection suivants : inscription dans un suivi rapproché, bonne coordination avec le médecin généraliste, soutien familial et social, rôle de protection à la personne pleinement assumé par le tuteur ou le curateur, participation aux soins, alliance thérapeutique.

Le tableau IV issu du rapport d'orientation de la commission d'audition de la HAS en 2011 récapitule les facteurs de risque associés à la violence chez les patients présentant un trouble schizophrénique.

Tableau IVV. Facteurs de risque de violence chez les patients schizophrènes (HAS 2011)

Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients souffrant de troubles schizophréniques	
Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> - Age jeune < 40ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénies de forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide (héboïdophrénie)
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence - Antécédents de victimisation - Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées, fantasmes et propos de violence - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Dénier des troubles et faiblesse de l'insight - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

Il nous paraît important de rappeler que l'évaluation de la dangerosité psychiatrique reste compliquée, qu'elle nécessite une évaluation multifactorielle prudente, reposant sur une approche pluridisciplinaire, et à laquelle les professionnels sont formés. Elle permet d'évaluer un risque de comportement violent mais pas de prédire la survenue de ce comportement.

3. *Iter Criminis*

Le terme d'*Iter Criminis* vient du domaine du droit. Il renvoie à la notion de cheminement criminel, processus par lequel une personne passe d'une idée criminelle à la commission d'un acte criminel.

Typiquement, on retrouve dans ce processus les étapes suivantes :

Idée criminelle → résolution criminelle (=décision) → acte préparatoire → commencement d'exécution → consommation de l'infraction ou manquement.

La matérialité est un des trois grands principes du droit pénal général, avec la légalité et la culpabilité. On ne punit pas l'idée, on punit le geste matériel, extériorisé, et ce, que l'infraction soit réussie, tentée (dès lors qu'il y a un commencement d'exécution ou s'il y a un désistement involontaire), ou même manquée (du fait d'une circonstance indépendante de l'auteur).

Ce qui apparaît délicat dans l'interprétation de ce principe, c'est la nuance qui peut être faite entre acte préparatoire et commencement d'exécution.

Il est délicat de déterminer à quel moment la dynamique intrapsychique bascule du fantasme à l'idée vague de crime, puis à l'idée précise de préparation de l'acte, et finalement sa réalisation.

Prenons l'exemple de la verbalisation d'une idée de violence : en soi est-ce un symptôme inquiétant ? Parfois mettre une idée en mots peut permettre de s'en défaire, dans d'autres cas cela aide à construire un peu plus cette idée.

Le processus d'*Iter Criminis* intéresse le raisonnement psychopathologique et se rapproche dans ce domaine de la notion de passage à l'acte.

Au carrefour de l'organisation sociale et familiale, du déterminisme individuel et de la représentation de la loi, le passage à l'acte présente deux éléments constitutifs : la primauté de l'action motrice qui « court-circuite » la pensée, et le défaut structurel de la capacité de mentalisation (Millaud, 2009). Deux étapes sont repérées dans les défauts de l'acquisition de « l'appareil à penser » : les carences affective et éducative précoces dans l'enfance, traumatismes, pathologies, puis les effets environnementaux négatifs (addictions, traumatismes, pathologies psychiatriques).

La lecture psychopathologique du passage à l'acte reste une lecture dynamique et pluridimensionnelle, à travers l'histoire du sujet, son aménagement défensif, la singularité de sa relation aux autres, avec l'appréciation des différents temps du passage à l'acte.

Richard-Devantoy et al. en 2009 postulent que l'homicidaire a la sensation d'être dans une impasse et d'avoir épuisé toutes ses stratégies défensives et tous les moyens à sa disposition pour résoudre les difficultés auxquelles il tente de faire face. Ils appréhendent la dynamique de l'homicide du schizophrène en 4 étapes successives :

1^{ère} étape : la situation dangereuse, par accumulation de frustrations et d'échecs, altération des rapports interpersonnels, menace de l'intégrité physique et psychique, sentiment d'impasse, angoisses.

2^{ème} étape : la recherche de causes, notamment dans le monde extérieur, source de danger

3^{ème} étape : la recherche de solutions, par l'éloignement de la situation de danger (fugues, voyage, tentative de suicide), l'affrontement à la situation de danger par des demandes d'aide d'autrui (hôpital psychiatrique, police, justice), ou par l'annulation de la situation de danger par une modalité idéative psychotique (délire d'invulnérabilité ou d'omnipotence)

4^{ème} étape : l'homicide, tentative inadéquate de résolution de la situation dangereuse

La crise homicide serait la cristallisation progressive d'idéations homicides en un point de résolution d'une impasse cognitive, l'idée d'homicide apparaissant comme la dernière solution à une souffrance dont l'inventaire des échappatoires se serait avéré infructueux.

Le processus d'*Iter Criminis* est apprécié par le psychiatre, traitant et expert, à plusieurs moments, plus précisément dans la situation qui nous intéresse au moment d'ouvrir le soin vers l'extérieur (passage de l'hospitalisation complète au programme de soins ambulatoires), mais également au moment d'envisager la levée du SDRE judiciaire.

LEVER LE SDRE JUDICIAIRE

1. Textes actuels

1.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE

L'article L3213-4 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 10](#) précise la levée du soin contraint sur avis du psychiatre ou sur proposition de la CDSP, hors cas du SDRE judiciaire :

« Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée au I de [l'article L. 3213-1](#) ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à [l'article L. 3213-2](#), le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné à [l'article L. 3213-3](#), le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues au même article L. 3213-3. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée de la mesure de soins est acquise.

En outre, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article L. 3213-1 ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à [l'article L. 3222-5](#).

Le présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées II de [l'article L. 3211-12](#). »

1.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire

L'article L3213-8 modifié par la [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 3](#) :

« Le représentant de l'Etat dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à [l'article L. 3213-5-1](#) :

1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des [articles L. 3213-7](#) du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ;

2° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à [l'article L. 3222-3](#) du présent code.

Le présent article n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° ont pris fin depuis au moins dix ans.

Le représentant de l'Etat dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collège et des deux psychiatres mentionnés au premier alinéa doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, le représentant de l'Etat prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collège et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'Etat. »

Nous rappelons que le conseil constitutionnel a déclaré cet article contraire à la constitution (décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012), en considérant notamment qu'en « imposant des conditions plus restrictives pour la mainlevée des mesures de soins psychiatriques

applicables aux personnes qui ont été déclarées pénalement irresponsables ou qui ont séjourné en unité pour malades difficiles, ces dispositions institueraient une différence de traitement qui ne serait pas fondée sur des critères objectifs et rationnels et, par suite, porteraient atteinte au principe d'égalité devant la loi ; que l'encadrement des conditions dans lesquelles le juge peut ordonner la mainlevée de la mesure porterait également atteinte à l'indépendance de l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle. »

La loi de 2013 a clarifié les dispositions en cas de désaccord entre préfet et psychiatre traitant, notamment en ce qui concerne les patients en SDRE judiciaire : dans l'article L3213-8, s'il y a un différend entre le préfet et le collège pour la levée du SDRE judiciaire, il demande DEUX expertises (Le préfet lève le SDRE judiciaire si les 2 experts y sont favorables, si au moins 1 des 2 experts est contre le préfet maintient le soin contraint).

L'article L3213-8 modifié par la [LOI n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 10](#) ne mentionne plus spécifiquement la situation des personnes ayant été hospitalisées en UMD ou ayant déjà été en SDRE judiciaire :

« I.-Si le collège mentionné à l'article L. 3211-9 émet un avis selon lequel la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dont fait l'objet une personne mentionnée au II de [l'article L. 3211-12](#) n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le représentant de l'Etat dans le département ordonne une expertise de l'état mental de la personne par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à [l'article L. 3213-5-1](#). Ces derniers se prononcent, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de leur désignation, sur la nécessité du maintien de la mesure de soins psychiatriques.

II.-Lorsque les deux avis des psychiatres prévus au I confirment l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques.

Lorsque ces avis divergent ou préconisent le maintien de la mesure de soins psychiatriques et que le représentant de l'Etat la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de [l'article L. 3211-12-1.](#) »

La levée du SDRE judiciaire est également concernée par les articles L3213-9, L3211-12, L3211-12-1, et L3213-9-1 (PSA ou levée) cités plus hauts.

2. Protocole administratif actuel

La levée du SDRE judiciaire peut se faire sur plusieurs demandes distinctes.

Levée sur avis médical :

La décision du préfet intervient sur proposition d'un psychiatre de l'établissement prenant en charge le patient et après avis conforme d'un collège de soignants et après **deux expertises concordantes**. On peut distinguer ici un partage de responsabilité entre le psychiatre traitant et les experts.

Il existe une procédure en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre proposant la levée des soins (art. L.3213-9-1): si le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement et du collège, il informe le directeur de l'établissement qui saisit le JLD.

Levée sur décision du juge des libertés et de la détention (JLD):

La décision du juge des libertés et de la détention (JLD) intervient après recueil de l'avis du collège et deux expertises psychiatriques de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète, le juge ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète sans différer la mainlevée :

- Soit en application de l'article L. 3211-12, III, à l'occasion d'un recours contre une décision du préfet ou de sa propre initiative,
- Soit en application de l'article L. 3211-12-1, à l'occasion du contrôle systématique par le JLD des hospitalisations complètes avant l'échéance d'un délai de 15 jours à compter de l'admission, puis avant celle des six mois faisant suite au premier contrôle ou à toute décision du JLD intervenue entre temps.

Levée pour défaut de décision du JLD, ou par suite d'un constat judiciaire de mainlevée en cas de saisine tardive rendant impossible la tenue d'un débat contradictoire:

La mesure de soins sur décision du préfet sous la forme d'une hospitalisation complète est réputée levée :

- 1°) En l'absence de décision du JLD : si le JLD n'a pas statué dans les 15 jours de l'admission, ou dans les six mois suivant son premier contrôle, en cas de maintien des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète
- 2°) En cas de constat judiciaire de mainlevée de la mesure si le juge estime que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive

Néanmoins une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise sur la base de l'article L. 3211-12-5 pour assurer la continuité des soins (pas de période de soins et d'observation) si les critères d'entrée dans le

dispositif sont remplis et selon les modalités normales afférentes à la procédure mise en œuvre (certificat et programme de soins).

Levée sur demande de la commission départementale :

La CDSP peut proposer au JLD d'ordonner, dans les conditions relative à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soin psychiatrique contraint.

3. Réflexions

Critères objectifs

La recherche de critères objectifs en faveur de la levée du SDRE judiciaire relève du travail des experts psychiatres. Néanmoins la procédure de levée peut débuter sur l'impulsion du psychiatre traitant, qui a repéré au cours du soin suffisamment d'éléments qui lui paraissent en faveur de la mise en place de soins libres.

Ces éléments concernent la personne, son entourage, l'équipe de soins, et la société.

-Concernant la maladie : la stabilisation symptomatique (symptômes positifs et négatifs dans le cas de la schizophrénie), la critique du délire passé, l'absence de cauchemars et rêveries diurnes à contenu agressif, absence de trouble thymique et d'idéation suicidaire, absence d'abus de substance associé

-Concernant la personne : son niveau intellectuel, sa capacité à demander de l'aide aux soignants et aux autorités judiciaires, capacité à se contrôler, capacité à s'adapter aux changements, autonomie progressive dans la gestion des finances, l'organisation des loisirs, la connaissance de la maladie et du traitement, (l'insight reste une notion difficile à évaluer et donc à retenir comme un argument absolument objectif)

- Concernant les soins : l'efficacité, la tolérance, et l'observance du traitement médicamenteux, soins de rétablissement suivis, ateliers thérapeutiques, éducation thérapeutique, habiletés sociales, remédiation cognitive
- Concernant l'entourage : présent, avec une fonction de veilleurs en étant informé sur la maladie, ses symptômes, et les signes d'alerte (groupes d'éducation thérapeutique des familles)
- Concernant l'environnement : circonstances différentes de celles ayant entouré le passage à l'acte. On identifie également pression externe (sécuritaire) et pression interne (angoisse//responsabilité morale responsabilité pénale) chez le psychiatre.

Le passage à l'acte dans le soin-Penser l'impensable ?

Le déni de l'acte fait partie du processus initialement. Mais à quel moment reparle-t-on du passage à l'acte avec le patient ? Et à quel moment le patient en reparle-t-il ?

Au moment de la mise en place du PSA ? Au moment de la levée du SDRE ?

Pendant la poursuite du traitement médicamenteux ? Fait-il le lien entre la pathologie et le passage à l'acte ? Le patient prend le traitement pour traiter la maladie qu'il pense avoir, ou (indépendamment) pour s'empêcher de « refaire une bêtise ». Ce questionnement implique que le psychiatre lui laisse cette place dans les entretiens qu'il mène. L'éventuelle réticence du médecin sur ce point mérite qu'il identifie les craintes qui la sous-tendent.

La relecture (éventuelle) du patient de son passage à l'acte : comment il la met en récit, comment il l'intègre dans sa biographie interne (Binswanger), nous paraît être un élément important à repérer au moment de proposer la levée du SDRE judiciaire.

Le consentement

Dans le certificat du 8^{ème} jour, il est indiqué que monsieur X. est calme, discordant, délirant, il accepte les soins sans difficulté. Et pourtant « les soins psychiatriques sans consentement restent justifiés ». A ce moment-là se pose la question de la recevabilité du consentement du patient au moment où son discernement est altéré. Le consentement peut être aléatoire dans le temps. Ce n'est pas le fait que le patient consente ou pas aux soins qui fait l'indication des soins sous contrainte, c'est l'évaluation de sa capacité à consentir vu son état psychiatrique.

Une fois que la symptomatologie altérant le discernement a régressé au cours du soin, il nous reste à évaluer des éléments qui se chevauchent : la participation aux différents temps de soin, la compliance au traitement, l'assentiment du patient, son accord, son adhésion, voire son consentement. Le consentement est une notion dynamique, non statique. Il existe une habitude, une ritualisation des soins même chez les patients qui n'ont pas conscience de leur trouble...

On peut envisager la demande de soin comme critère « ultime », plus que le consentement aux soins, le patient perçoit là la nécessité des soins.

Risque de paternalisme quand on maintient une personne (longtemps) en soins contraints : parfois par crainte de perdre de vue la personne, on la maintient en objet de soins, avec assez peu de place pour elle de se prendre en charge elle-même, être actrice de son propre soin. Exemple de monsieur X qui investit la vie associative, et qui pendant un temps ne pense même pas à demander à ne pas avoir de soins le jour de réunion de l'association.

La personne est objet de l'autre (médecin, soignant), objet du soin sous contrainte, objet de sa réputation. Le soin a pour mission de reconsidérer la personne comme un sujet.

Temporalité

-de l'évaluation du risque de récurrence : cette question se pose dès la sortie de l'hôpital (en PSA), et pas uniquement au moment de la levée du soin sous contrainte. Doit elle être réitérée régulièrement une fois le soin sous contrainte terminé ? Selon quelles modalités ?

-du déni : regard du patient sur sa maladie, sur son acte, sur le lien qu'il fait entre les 2, la façon dont il l'intègre à sa biographie interne. Ce regard n'est pas figé dans le temps, il renvoie à la dimension intemporelle du soin et à la nécessité de le questionner à plusieurs moments du soin, au long cours.

-des représentations : celles du patient, celles des soignants.

Importance du temps, d'un temps soignant, qui permette d'échanger en équipe sur la prise en charge de patients difficiles, de proposer ces thérapies variées, de discuter avec le patient de sa prise en charge et des objectifs thérapeutiques.

Les représentations des soignants, sans lesquelles on ne peut pas lever le SDRE judiciaire. Si elles ne changent pas et que le patient est toujours vu comme un patient dangereux, le soin libre risque d'être difficile à articuler avec une équipe sur-vigilante. D'où l'importance d'abandonner le fantasme « il est dangereux, il va nous tuer » et décider de voir la personne malade derrière la personne qui a tué.

Les représentations du patient. Comment se perçoit-il ? Dans le cas de monsieur X, on perçoit un changement progressif de posture, notamment avec son projet de pair-aidance. Il passe du malade qui a tué au malade qui aide d'autres patients dans leur maladie.

Les représentations du médecin. Voir l'homme derrière le criminel, et pas uniquement le criminel derrière le malade (ce qui est le cas au temps de l'évaluation actuarielle). Ne pas fermer notre regard pour ne pas l'enfermer lui dans une vision de lui réductrice et déshumanisante ? Respect de l'autre en lui témoignant de la confiance ? Cette posture ne

s'oppose pas à l'évaluation du risque. Une fois faite, elle est transmise aux autorités judiciaires. Mais la relation thérapeutique ne s'arrête pas à cette évaluation et ne s'y résume pas. L'objectivité n'existe pas.

La dimension éthique de la prise en charge suppose un questionnement serein et une distanciation indispensable compte tenu de l'importance des émotions et des contre-attitudes désorganisantes pour les équipes.

Ces critères, objectifs pour certains, plus délicats d'appréciation pour d'autres, se doivent d'être justes cliniquement et entendables administrativement. Une des craintes sous-tendant la recherche de critères objectifs pour demander la levée du SDRE judiciaire est l'engagement de la responsabilité du psychiatre.

La notion de responsabilité du médecin

Etymologiquement la responsabilité vient du latin *respondere*, répondre de soi, en tant que personne en lien avec d'autres. En d'autres termes, la responsabilité n'existe pas en soi, on n'existe que dans son rapport à l'autre.

Du point de vue juridique, la responsabilité médicale est séparée entre la responsabilité source de sanction (la responsabilité pénale et la responsabilité disciplinaire) et la responsabilité source d'indemnisation (la responsabilité civile et la responsabilité administrative).

Les situations qui engagent la responsabilité du psychiatre du fait des actes du patient relèvent de la protection du malade contre lui-même et de la surveillance du patient dans son rapport avec les tiers. Le devoir de surveillance incombe au médecin mais aussi à l'établissement de soin.

Dans les situations d'agression d'un tiers par le patient, l'appréciation du légiste porte sur la prévisibilité du comportement du patient, la qualité des consignes de surveillance, la qualité de la surveillance, et l'aménagement des locaux.

En ce qui concerne la responsabilité pénale des psychiatres dans la situation qui nous intéresse, on peut citer l'article 121-3 (du 10 juillet 2000) du Code Pénal : « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre.

Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.

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.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

On trouve dans la presse plusieurs condamnations au pénal de médecins du fait de leurs patients.

Un article du journal Le Monde du 14 décembre 2016 relate la condamnation d'un psychiatre à dix-huit mois de prison avec sursis pour homicide involontaire par le tribunal correctionnel de Grenoble. Un de ses patients, schizophrène, avait quitté l'hôpital puis tué un homme par arme blanche en 2008. La cour d'appel a confirmé cette condamnation en 2018, et la cour de cassation a rejeté le pourvoi en 2019.

Nous évoquons plus particulièrement la condamnation en juridiction pénale d'une psychiatre le 18 décembre 2012 par le tribunal correctionnel de Marseille à un an de prison avec sursis, poursuivie pour homicide involontaire après l'homicide commis par un de ses patients schizophrène à l'occasion d'une fugue à l'issue d'une sortie d'essai d'hospitalisation d'office judiciaire. La faute caractérisée de la psychiatre résidait pour le tribunal dans le cumul d'erreurs de diagnostic et de prise en charge. Les poursuites reposaient sur la défaillance du médecin dans l'ensemble des moyens mis en œuvre. Par la suite la cour d'appel d'Aix-en-Provence prononce en 2014 la relaxe (sur prescription de la plainte, sans réexamen du fond), décision confirmée par la cour de cassation.

Du côté de la responsabilité indemnitaire, l'hôpital a été condamné par la cour administrative d'appel à indemniser les ayants droit du patient, décision confirmée par le Conseil d'Etat.

Dans cette affaire la responsabilité sans faute de l'État pour risque exceptionnel avait été reconnue par le tribunal administratif en juin 2007. Cette décision reposait sur la jurisprudence du Conseil d'État de 1919 instaurant la responsabilité sans faute de l'État sur le fondement du risque. Cette jurisprudence s'est développée par la suite dans des situations de rééducation ou de réinsertion qui laissaient une plus grande liberté à leurs bénéficiaires, mais qui faisait courir un risque aux administrés. Le Conseil d'Etat l'a appliqué en 1967 aux malades mentaux bénéficiant de sorties d'essai (disposition de la loi de 1990). Cette théorie dite du « risque spécial » a été employée pour des cas où une activité du service public est à l'origine d'un risque particulier, cas pour lesquels le juge estime équitable que le dommage résultant de

l'activité ouvre droit à réparation au profit de la victime. La sortie d'essai de la loi de 1990 comporte une surveillance médicale, et le suivi du patient est assuré par le secteur psychiatrique compétent. Pendant cette période le patient conserve juridiquement la qualité de malade interné dans l'établissement de santé et les sorties d'essai font partie des traitements propres à assurer sa réadaptation progressive à des conditions normales de vie. L'acceptation de ce risque spécial par le juge engage la responsabilité sans faute de l'État pour les dommages créés à l'occasion des sorties d'essai.

Dans cette affaire, la cour d'appel a contredit le jugement de première instance en 2009. Elle a retenu que le patient en sortie d'essai reste sous la surveillance et la responsabilité du centre hospitalier. Pour la cour, le fait que le patient ait pu s'enfuir précipitamment de l'enceinte d'un établissement psychiatrique spécialisé révélait un fonctionnement défectueux du service de nature à engager la responsabilité fautive de l'hôpital. Pour le juge administratif, même en sortie d'essai, le patient demeurait sous la surveillance et sous la responsabilité du centre hospitalier. À ce titre, compte tenu des lourds antécédents psychiatriques du patient, il appartenait à l'hôpital de prendre les mesures de surveillance renforcées qu'exigeait son état. La cour a par ailleurs précisé que le fait d'avoir procédé à une visite au domicile du patient et prévenu les services de police ne l'exonérait pas de sa responsabilité. Alors que l'État avait été reconnu par le tribunal administratif responsable sans faute, la cour administrative d'appel a retenu la faute de l'établissement, le meurtre étant pour la juridiction imputable aux seules défaillances du centre hospitalier dans la surveillance du patient. Le Conseil d'État a confirmé à son tour la décision de la cour administrative d'appel de Marseille en rejetant le pourvoi. Le rapporteur public a estimé que la faute de l'hôpital était suffisamment caractérisée car l'équipe médicale n'avait pas retenu le patient lors de la consultation, et que le défaut de surveillance était la cause originelle et essentielle de l'acte commis.

Depuis la loi du 5 juillet 2011, les sorties d'essai n'existent plus mais la logique de cette jurisprudence devrait trouver à s'appliquer aux PSA. On constate à travers cette affaire une évolution notable de la jurisprudence pour la responsabilité des hôpitaux. En effet, les exigences formulées en matière de surveillance par la cour administrative d'appel et confirmées le Conseil d'État apparaissent difficiles à concilier avec la définition non coercitive donnée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012 (décrite plus loin).

Ces affaires judiciaires placent le psychiatre traitant en porte à faux entre le principe de précaution (maintenir la contrainte par crainte du risque) et la prise de risque (lever la contrainte et respecter la liberté du patient). A ce propos nous citons Jean-Charles Pascal : « comment ne pas être en désaccord avec la volonté exprimée à plusieurs reprises du risque zéro qui non seulement est un leurre, mais qui conduirait inexorablement à une société orwelienne où l'objectif de maîtrise se substituerait à celui d'équité et qui pour contrôler une fraction de la société serait liberticide pour le plus grand nombre ? ».

UNE FOIS LE SDRE LEVE

Une fois le SDRE judiciaire levé, le patient a accès à des soins psychiatriques librement consentis.

Nous rappelons que les soins libres sont la règle, les soins sous contrainte l'exception (en cas de nécessité absolue) : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. [...] Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. » (Article L3211-2 du CSP)

Classiquement ces soins sont réalisés sur le secteur par une équipe pluriprofessionnelle, mais pourraient se déplacer partiellement ou entièrement sur le libéral, selon le choix du patient.

Après des années d'hospitalisation, le soin ambulatoire non contraint doit permettre la réinsertion dans la vie sociale, l'accompagnement du patient vers la formation et l'emploi, un logement stable.

Les différents professionnels (psychiatre, psychologue, infirmier référent, ergothérapeute, médecin généraliste,...) s'organisent pour permettre au patient de stabiliser sa maladie chronique, prendre soin des pathologies associées (addictions, pathologies somatiques) avec la gestion du traitement médicamenteux, mais aussi des soins tels que la remédiation cognitive (neurocognition, métacognition, cognition sociale), l'éducation thérapeutique et la psychoéducation, le travail de l'insight. Le patient reçoit tout au long des soins des informations sur le diagnostic, les traitements médicamenteux et non médicamenteux (déroulés, objectifs, effets secondaires,...).

Que ces soins se réalisent individuellement ou en groupe avec d'autres patients, la rencontre de la personne et de son entourage doit permettre d'éviter la rupture de soins.

Les soignants gardent le respect de la personne et de son projet dans leur accompagnement dans la citoyenneté.

Libérer la liberté

Être libre c'est quoi ? C'est avoir la possibilité de faire ce que les lois permettent, de faire des choix. Or pour l'aliéné, tous les choix ne sont pas possibles. Parfois même il n'y a plus de choix possible, dans le recours à l'acte par exemple. Pour reprendre un terme d'Henri Ey, la maladie psychiatrique est une pathologie de la liberté et de la réalité, elle enferme le sujet. Même si la liberté reste une notion subjective, un de nos rôles en psychiatrie se situe là : libérer la liberté, libérer la personne de l'enfermement de la maladie pour qu'elle puisse faire ses choix, en d'autres termes, l'aider à élargir son champ des possibles. Ce rétablissement du choix possible rejoint la notion d'empowerment.

Guibert Lafaye (2014) rapporte des propos de psychiatre concernant les soins sous contrainte et la notion de consentement : « mettre un fou souffrant 1000 morts dans un monde d'horreur, le laissant se démerder avec ça sans le soigner, au nom des droits de l'homme [...]. Le droit de l'homme, c'est d'être soigné et quand tu souffres, de pouvoir trouver un soulagement et non pas le droit d'aller souffrir tout seul dans son coin, au nom de la liberté ». La question du soin est claire dans ces situations-là. Celles qui nous mettent en porte-à-faux, ce sont les situations où le sujet va plutôt bien, mais où il risque d'arrêter son suivi, de décompenser, et potentiellement commettre un acte violent.

Réévaluer le risque

Le psychiatre reste vigilant quand aux facteurs de risque de violence qui peuvent émerger au cours du soin.

L'évaluation du risque est faite par le patient également. Le risque devient partagé, on peut alors cheminer avec lui, dans un rapport moins asymétrique que le classique médecin/malade, sachant/objet de soin. On garde la possibilité de s'en reparler si on perçoit à un moment quelque chose qui alerte, médecin ou patient. La rencontre permet au patient, en tant que personne, à accompagner son thérapeute.

De la contrainte à la contenance ?

Un des défis des soins psychiatriques est la contenance psychique qu'on doit pouvoir exercer, notamment auprès de patients psychotiques.

La contrainte réelle : relève du SDRE judiciaire qui impose un cadre au sein duquel le soin et la relation thérapeutique s'organisent, le patient est contraint, mais également le psychiatre.

La contrainte symbolique : n'est opérante que si un grand autre existe pour le sujet, ce qui n'est pas toujours le cas.

Il y a un risque de confusion entre contenance psychique, contention physique, faire autorité, marquer sa puissance de soignant dans une relation asymétrique soignant/soigné. Ce dernier élément nous expose à la violence quand on cherche à opposer la puissance médicale à la toute puissance psychotique.

La construction d'un cadre contenant par l'institution peut permettre au patient de construire sa propre contenance, jusqu'à qu'il n'ait plus besoin de nous.

Autonomie-Indépendance

L'accompagnement du patient dans une recherche d'autonomie tout en le contraignant peut paraître paradoxal.

L'idéal d'autonomie, dans les liens sociaux et affectifs, permet de mener à bien ses propres projets en s'appuyant sur les autres. Elle passe entre autres par la réduction de l'asymétrie dans la relation malade-médecin.

La notion d'indépendance est sous-tendue par à un appel à la performance, recherche un état d'autarcie qui est impossible à atteindre. C'est un leurre, nous sommes tous interdépendants. Nous appartenons tous à plusieurs systèmes (soignés, famille, association, société française, etc...). Dans la théorie des systèmes, chaque élément agit sur l'autre et réciproquement, chaque élément agit sur le tout et le tout a une influence sur les éléments. Le tout n'est pas la somme des parties. Il y a plus que ça. Il y a certes les parties, les relations entre elles, mais peut être aussi quelque chose d'insaisissable.

Finalement, le psychiatre reste dans l'incertitude, et surtout dans la réflexion et la rencontre avec un autre sujet, lui qui est un sujet lui-même, avec ses connaissances, appartenance à un corps, représentations, et croyances.

Les enjeux mis en perspective lors de la mise en place du programme de soin ambulatoire et au moment de la levée du SDRE judiciaire dépassent la psychiatrie. Ils font appel à la philosophie politique, questionnent la manière de penser la personne dans son rapport aux autres, aux institutions, à l'environnement. Surtout, ils mettent en tension les limites du pouvoir de la psychiatrie et du psychiatre dans la société d'aujourd'hui.

CAS CLINIQUE

Nous avons rencontré monsieur X lors de sa prise en charge hospitalière en 2015, puis croisé à plusieurs reprises sur le secteur, notamment en tant que représentant des usagers dans des réunions d'encadrement et de projets de soin, et membre d'une association de patients.

1. Biographie

Monsieur X est né en 1980. Il est le seul enfant vivant du couple parental mais une fille est morte in utero avant sa naissance à lui.

Il a passé son enfance à la campagne. On note un déménagement à l'âge de 2 ans, puis à 8 ans.

Son père, dessinateur industriel, est décédé en 2001 d'un cancer fulminant à 52 ans.

Sa mère aurait cessé de travailler pour lui, on ne connaît pas ses emplois.

Monsieur X aurait découvert son homosexualité à l'âge de 8ans, et l'aurait révélée à ses parents à 20ans.

Dans la sphère affective on relève 8ans en couple de 2001 à 2009 (dont 4 ans de vie commune), puis un autre ami à partir de 2011.

Sur le plan scolaire, monsieur X était premier de sa classe en première bac professionnel. Malgré des études envisagées, monsieur X ne passe pas son baccalauréat « que j'ai pas eu, à cause de ce mal, vers juillet » (il l'a tenté 3 fois). Il obtient finalement un BEP en dessin et architecture, lui qui souhaitait aller aux Beaux-Arts. Il détient également le BAFA. Il travaille par la suite en tant qu'animateur en centre de loisirs, et dans un internat.

Parmi ces loisirs il joue à des jeux vidéo en ligne.

2. Antécédents

-Antécédents psychiatriques personnels : 4 épisodes délirants aigus. Antécédent d'agression sexuelle par sa mère (état d'alcoolisation) dans l'enfance. Tentative de suicide en 2001 rapportée par un oncle. Pas d'épisode maniaque retrouvé.

-Antécédents psychiatriques familiaux : schizophrénie chez un oncle paternel et chez un grand oncle paternel, suicide d'un oncle maternel à 28ans, notion de dépression chez un autre oncle

-Antécédents addictologiques personnels : cannabis à partir de 18ans, repris à 22ans. Essai ecstasy en 2002 (22ans).

-Antécédents addictologique familiaux : héroïne chez un oncle paternel, alcool chez la mère, alcool chez un oncle maternel

-Antécédents médico-chirurgicaux personnels : appendicectomie.

-Antécédents médico-chirurgicaux familiaux : cancer chez le père, VIH chez un oncle maternel

-Antécédents judiciaires personnels : casier vierge

3. Les hospitalisations

En soins sous contrainte :

-1999 : 1ère BDA, sous toxiques. Hospitalisation et traitement neuroleptique.

-2000 : 2ème BDA. **Geste auto-agressif par arme blanche (dague/sabre) dans le cœur**

« pour connaître les sentiments » dans un contexte d'injonctions hallucinatoires « t'es pas capable de faire ça pour moi » (dit en 2008), dans ses pensées délirantes il a dit à sa mère

« *mais c'est pour toi que j'ai fait ça* » « *mais maman c'est pour toi que j'ai percé ce cœur* »

(dit en 2008). Après être resté 2-3 heures sous la douche, « je purifiais mon cœur avec l'eau »

(dit en 2008), il est pris en charge à l'hôpital dont le bilan retrouve un pneumothorax. « J'étais avec mon père et ma mère, heureusement que je ne les ai pas tués eux. »

-2003 : 3ème BDA. Hospitalisation et traitement neuroleptique.

En soins libres :

-2008 : violence à l'égard de son petit-ami. Dans un contexte d'idées délirantes avec automatisme mental, barrages dans le discours, (et des hallucinations ?), suite à un arrêt du traitement (amisulpride) depuis 3 mois, qu'il arrêta souvent à cause d'effets indésirables sexuels (baisse de libido, impuissance). Hospitalisation en SL, reprise du traitement neuroleptique. Proposition de mise à distance de la mère qui apparaît intrusive. Sortie après 1 mois et demi d'hospitalisation, sa mère refusant de se porter tiers (validant donc la sortie de son fils). Le **geste hétéro-agressif** fait suite à une bagarre avec son ami. A fait un trou dans le mur avec un parapluie, qui « aurait dû atterrir dans son cœur à lui », « heureusement c'est le mur qui a pris ». Idée délirante autour d'un homme qui aurait engagé un autre homme « pour pénétrer et vider mon esprit », qui aurait « embauché un gourou pour que je tombe amoureux de lui ». Fait le lien entre ce que les médecins appellent la schizophrénie (pensées délirantes) et la consommation de cannabis « c'est à cause de la drogue que je suis rentré par là ».

Reprise du suivi après cette hospitalisation avec sa psychiatre libérale, et poursuite du traitement neuroleptique.

4. Auto-agressivité et hétéro-agressivité

Le docteur E. rapporte dans son expertise du 11.01.2013 : « Nous retrouvons dans les épisodes délirants de monsieur [X.] ce défaut de tiers qu'il vient mettre en corps dans le fait de pointer, transpercer lui ou l'autre jusque dans son choix d'homosexualité régulière. Aussi

peut-on dire que le choix de l'arme (couteau) répète comme en 2000 les idées délirantes avec une recherche et une interrogation de la nature des sentiments de sa mère ».

Monsieur X. a confié plusieurs années avant le PAA à son ami ainsi qu'à une voyante entendre des voix lui demandant de tuer sa mère.

On repère de l'auto-agressivité (sabre dans sa poitrine), ainsi que de l'hétéro-agressivité : le parapluie dans la bagarre avec le petit-ami, ainsi que le jour où il a repoussé violemment sa mère ivre quand elle avait fait intrusion dans la pièce où il se trouvait avec son petit-ami (salle de bain) estimant qu'elle ne respectait pas son intimité.

Les travaux d'Anis et al. en 1997, repris par Bourgeois et Bénézech en 2001 repèrent un taux de tentative de suicide supérieur chez les patients ayant fait une tentative d'homicide par rapport à ceux n'en ayant pas fait (91% vs 22%) parmi 517 patients de psychiatrie suivis en ambulatoire. Ce rapport concerne aussi les idées homicidaires et suicidaires (86% des patients présentant des idées homicidaires ont eu des idées suicidaires). Les auteurs évoquent un délai d'une semaine entre ces phénomènes.

5. Comportement maternel intrusif

Dans l'anamnèse est repérée un comportement relevant d'une agression sexuelle sur son fils dans l'enfance.

Dans les observations cliniques on peut lire qu'une fois monsieur X. adulte elle a pu diriger le choix et la prise de traitement. Des propos adressés aux soignants sont rapportés tels que : « la sexualité de mon fils me concerne », avec une perception de jalousie vis à vis du couple de son fils.

Au sein des propos délirants la mère tient une place puissante : « Ma mère est la terre », et comme il l'a tuée, il a pensé que la terre allait mourir....

Monsieur X. a tenté de la « dégag[er] de la maison » un soir où elle est rentrée alcoolisée (monsieur X vivait alors chez son ami, que madame « considère comme son fils »), « je supporte pas quand elle boit », « tu as ta maison ».

6. Le passage à l'acte

En 2013, monsieur X a 32 ans.

Il habite avec sa mère depuis 8ans.

Il bénéficie d'un suivi psychiatrique libéral avec un changement de traitement neuroleptique en cours.

Quelques temps avant le geste, monsieur X. s'isole, communique peu, avec des ruminations solitaires, dont s'est plaint son entourage.

Quelques jours avant le geste, la conscience de monsieur X. de lui-même, des autres, et du monde, s'est progressivement modifiée, dans le changement des visages ou des intentions des personnes qu'il croisait.

On note que la veille du PAA, monsieur X a avancé son rdv avec son psychiatre au lendemain.

On note également une absence de prise de toxiques depuis 3-4 mois.

Au moment où il accepte que sa mère l'accompagne à son rendez-vous avec la psychiatre, monsieur X. donne 22 coups de couteau de cuisine à sa mère dont une plaie létale transfixiante du myocarde. Ce matricide est assez peu décrit dans les écrits du dossier médical.

Puis monsieur X. est allé consulter sa psychiatre traitante qui l'a adressé aux urgences du centre hospitalier.

Une information judiciaire est ouverte pour « Homicide volontaire sur ascendant ».

Cliniquement il présente un automatisme mental, des hallucinations intrapsychiques et acoustico-verbales depuis 3 semaines, des injonctions hallucinatoires ayant débuté 2 jours avant l'acte avec la voix de son père (Z. aurait pris sa mère, aurait planté un sabre dans son cœur, aurait planté une seringue d'héroïne dedans, allait éjaculer dedans « sinon Z. allait faire du mal » à sa mère, « sinon ç'aurait été l'enfer sur terre si ... », laver le cœur de sa mère, ...), idées délirantes mégalomaniaques (il voulait « sauver le monde »), il se considérait immortel, avec des troubles du sommeil concomitants (insomnie).

Les injonctions hallucinatoires concernaient également un étudiant qui vivait avec eux (éliminer les témoins).

7. Le parcours dans les soins sous contrainte

Monsieur X est **hospitalisé en secteur** de psychiatrie adulte le 10.01.2013 en chambre d'isolement thérapeutique (article D-398 CPP, transféré de la maison d'arrêt au secteur).

Le 11.01.2013 il rencontre le Docteur E dans le cadre d'une **expertise psychiatrique sur réquisition** :

- comportement : adapté en surface, pas agité, ne déambule pas, pas de trouble du comportement repérable de prime abord
- contact : anormal d'emblée, inaffectivité patente. N'est pas préoccupé par son acte, ni son devenir propre, ni le ressenti des proches de sa mère. S'enquiert spontanément du devenir des chats de sa mère.
- discours : pas spontanément délirant, puis évoque un « monde merveilleux » dont il ne peut rien dire, évoque les injonctions des voix « soulager sa mère en la tuant ».

- aucune distanciation avec son acte, aucune perception de la gravité, aucune douleur perceptible
- doute sur des éléments de la sphère traumatique en plus de la symptomatologie délirante

Le 15.01.2013 le certificat du 6/8ème jour indique que le patient est calme, discordant, délirant, il accepte les soins sans difficulté.

Le 29.01.2013 le placement en **détention provisoire** est ordonné par le JLD (article 137-1 CPP), monsieur X est alors mis en examen pour meurtre d'un ascendant, placé sous mandat de dépôt, incarcéré à la maison d'arrêt.

Monsieur X bénéficie d'un temps d'hospitalisation de 2 mois en juin-juillet 2013 dans un **service médico-psychologique régional**.

Monsieur X rencontre **2 experts psychiatres** : le docteur G, qui l'examine en novembre 2013 et rend son rapport en février 2014, et le docteur H qui l'examine en mai 2013, et rend son rapport en juillet 2013.

Le docteur G décrit des éléments définissant un processus psychotique chronique d'appartenance à la **schizophrénie** dont la stabilisation depuis plus de 10 ans était relative, en tout cas très précaire, d'autant que son adhésion à une médication psychotrope n'est apparue véritablement assurée. Il rapporte la **dynamique délirante de l'acte** au regard de menaces terrifiantes, hallucinatoires et interprétatives.

Le docteur H décrit un trouble schizophrénique paranoïde avec un émoussement de la pensée.

En juillet 2014 la chambre d'instruction de la cour d'appel déclare monsieur X **irresponsable pénalement** en application du 1^{er} alinéa de l'article 122-1 du CP et ordonne son **admission**

en soins psychiatriques sous la forme d'hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L3222-1 du CSP. Elle prononce à son encontre une mesure d'interdiction de détenir ou de porter une arme pendant une durée de 20ans.

Monsieur X est admis en juillet 2014 en unité d'admission du secteur de psychiatrie adulte. On ne repère pas de modification substantielle dans les certificats entre juillet 2014 et décembre 2014.

Le collège en décembre 2014 maintient l'hospitalisation complète. Il note que l'état psychique de monsieur X évolue progressivement avec des émergences délirantes occasionnelles et l'absence de critiques pour ses épisodes délirants antérieurs, ses anciens persécuteurs étant présents dans sa tête. Son état psychique reste fragile avec un risque d'effondrement délirant et de passage à l'acte (auto et hétéro agressif).

Une **mesure de protection** (curatelle renforcée) est mise en place en décembre 2014.

Dans les certificats mensuels début 2015 sont rapportés : **alcoolisation**, mise en danger par la difficulté à se positionner face aux autres, **tristesse de l'humeur** dans un contexte de perte d'une tante.

En mars 2015 **le collège demande une expertise psychiatrique pour la mise en place d'un programme de soins ambulatoires** : monsieur X arrive à repérer ses productions délirantes et les identifier en tant que telles, il les critique rapidement avec une mise à distance, ses productions délirantes n'ont pas entraîné de répercussion sur sa vie psychique (ni angoisse, ni changement d'humeur, ni trouble du comportement). Les hallucinations auditives et l'automatisme mental ont disparu. Il ne consomme plus de toxiques malgré le fait qu'il pourrait s'en procurer aisément. Les temps de sortie où il est accompagné par des soignants se déroulent sans difficulté.

Monsieur X rencontre l'**expert psychiatre** le Dr F en avril 2015 qui note les éléments suivants en faveur de la **transformation de l'hospitalisation complète en PSA** :

- connaissance du diagnostic, ne le critique pas
- bilan positif du lien thérapeutique
- repère la modification du traitement neuroleptique comme participant à la rechute délirante qui l'a bousculé dans le PAA
- suit un traitement neuroleptique à action prolongée dont la tolérance est parfaite et qu'il ne critique pas
- absence d'élément psychotique aigu
- compliant aux soins
- bonne introspection
- participation aux activités thérapeutiques

Le Dr F n'est pas en faveur d'une levée du SDRE qui aurait comme effets l'arrêt du suivi et la rupture du traitement par NAP, faisant à nouveau émerger chez lui un potentiel de dangerosité psychiatrique.

Le 1^{er} PSA est établi en mai 2015.

En juin 2015, le soin est revenu en **hospitalisation complète**, probablement pour une question de délai administratif. Entre juillet 2015 et novembre 2015, monsieur X, en hospitalisation complète, bénéficie de sorties accompagné de soignants, d'ateliers d'éducation thérapeutique.

En octobre 2015, monsieur X **rencontre le Dr I, expert psychiatre**, à la demande du JLD, pour une éventuelle mise en place d'un PSA.

Le Dr I se prononce en faveur de la mise en place d'un PSA sur les éléments suivants :

- adhésion parfaite au PSA discuté avec son psychiatre traitant, souhait d'élargissement progressif du soin
- absence de critique institutionnelle, judiciaire, ni de la société
- traitement par injection de NAP contrôlé par les soignants, n'ayant pas d'effet indésirable, parfaitement accepté par le patient
- connaissance de sa maladie
- perçoit qu'il peut être dangereux quand il délire
- absence de trouble du discours ni de la pensée, absence d'hallucination des organes des sens, absence d'automatisme mental, absence d'interprétation délirante persécutives, absence d'agressivité
- absence de trouble de l'humeur
- capacité à s'adresser à son psychiatre traitant et aux soignants quand il va moins bien
- a intégré qu'il devra maintenir des soins à vie
- souhaite un logement
- niveau intellectuel correct
- critique du délire passé
- adhésion aux soins excellente, confiance aux soignants

Le Dr I. évoque l'allègement du PSA à moyen terme puis la levée complète du SDRE judiciaire sans préciser d'éléments particuliers nécessaires à ces procédures.

Courant 2015, les scellés de la maison sont levés, monsieur X souhaite y récupérer un objet (par lequel il « pouvai[t] lui faire du mal »).

En juin 2016, monsieur X est transféré dans une **unité de réhabilitation psychosociale**.

A l'hôpital de jour il participe aux réunions soignants-soignés, comité hospitalier, repas thérapeutique, atelier peinture, atelier randonnée, atelier découverte de la ville.

En juillet 2016 monsieur X commence à bénéficier de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) pour le diagnostic de schizophrénie paranoïde.

En septembre 2016, le collège maintient le soin sous forme de PSA avec les arguments suivants :

- état psychique stable
- idées délirantes enkystées
- disparition des hallucinations
- adhésion aux soins satisfaisante
- respect du PSA
- participation dans les sorties thérapeutiques adaptée et satisfaisante
- le PSA reste nécessaire pour la continuité et la compliance aux soins
- besoin de réajuster le PSA afin de continuer à l'accompagner dans son projet de soins et de vie.

En septembre 2016 toujours, monsieur X retourne dans la maison où il a tué sa mère, sans que cela entraîne des troubles du comportement majeur. Il débute également les consultations médicales et psychologiques au CMP.

En octobre 2016, dans un contexte de décès d'un ami, monsieur X présente une idée interprétative avec participation affective (souffrance psychique), qu'il critique, sans

hallucination, sans délire franc. Par ailleurs il débute le tri des meubles de la maison en vue de sa mise en vente.

En novembre 2016 le collège rapporte une **prise de conscience adaptée de la nature de son trouble et de la nécessité de soins**.

En décembre 2016, le collège note que monsieur X reste fragile psychiquement à l'occasion du décès d'un grand-parent, il avait entendu il y a 3 mois une voix péjorative à l'égard de son ami décédé.

En avril 2017 le PSA s'ouvre avec **1 journée de sortie seul par semaine**. Un projet de résidence accueil est en cours.

En septembre 2017 monsieur X commence à intégrer la **résidence accueil**.

En novembre 2017, le PSA s'ouvre avec **1 demi-journée supplémentaire de sortie seul** ainsi qu'**1 nuit chez lui**. Le collège note que monsieur X ne rencontre pas de difficulté majeure dans son intégration à la résidence accueil, soutenu par une rencontre productive entre le personnel de la résidence accueil, le responsable de la résidence accueil, et ses référents de l'équipe soignante du secteur de psychiatrie.

En mars 2018, le certificat mensuel rapporte que monsieur X investit la création d'une association de patients atteints de maladie psychiatrique. Il bénéficie d'**1 nuit supplémentaire** chez lui.

En mai 2018, le temps d'intégration à la résidence accueil augmente avec **1 nuit supplémentaire**.

En juin 2018 : les **soins à domicile** débutent, le temps en **hôpital de jour** commence à **diminuer**.

En septembre 2018, monsieur X bénéficie d'**1 nuit supplémentaire** chez lui.

En décembre 2018, avec 1 nuit supplémentaire chez lui monsieur X n'est plus **qu'à 2 hospitalisations de nuit par semaine**. Les temps de sortie seul ne sont plus précisées sur les PSA.

En mars 2019, le temps en CATTP se transforme en **1 semainier** par semaine à faire au CATTP.

En juillet 2019 on note que son autonomie s'élargit à l'occasion d'**une semaine de vacances** hors département.

En octobre 2019, **le soin est maintenu** sous la forme d'un PSA dans un contexte de nouveau projet de lieu de vie, avec un **changement potentiel de repères** pendant la période de transition.

En janvier 2020, le psychiatre traitant de monsieur X **demande la levée du soin** sans consentement à la demande d'un représentant de l'Etat, qu'il estime ne plus être justifiés selon

les arguments suivants : idées délirante enkystées, absence d'hallucinations, angoisse apaisée, adhésion aux soins suffisante pour poursuivre ses soins sans contrainte.

Le collège confirme cette position : évolution clinique positive se confirmant dans le temps, idées délirantes enkystées, pas d'hallucination, pas de trouble du comportement majeur, pas de trouble de l'humeur majeurs (pas d'éléments dépressifs, ni maniaques, ni hypomaniaques), pas d'idées suicidaires exprimées, pas d'éléments confusionnels, pas de trouble anxieux majeur, adhésion aux soins suffisante pour des soins non contraints, respect correct du PSA, participation régulière aux sorties thérapeutiques, investissement correct dans les démarches de réhabilitation psychosociale, bonne prise de conscience de la nature de son trouble et de la nécessité des soins, intégration correcte au sein de la résidence accueil.

2 expertises psychiatriques seront réalisées en février 2020 en vue d'une éventuelle levée du SDRE judiciaire.

Au même moment, la mesure de protection, qui avait été prononcée en décembre 2014, prend fin (n'a pas été renouvelée par le juge des tutelles sur non présentation de monsieur X.).

8. Le traitement médicamenteux

Tableau V. Traitement médicamenteux de monsieur X. entre 2007 et 2020

Date	Neuroleptiques	Anxiolytiques	Antidépresseur	Autres
2007-2008	Amisulpride			
2008-2010	Olanzapine 20mg/j puis reprise de l'amisulpride à 400mg/j Loxapine SB	Prazepam si insomnie		Tropatépine si rigidité
2010	Aripiprazole			
2012	Aripiprazole 20mg/j			
2013	Loxapine 200mg/j Haloperidol 11mg/j	Alprazolam 0,50mg/j SB		Tropatépine 10mg/j SB Patch nicotinique 1/j
2015	Haloperidol en IMR 5 ampoules/4semaines	Alprazolam 0,50mg 2,5cp/j + 1/j SB. Echec de sevrage.	Début de l'escitalopram 10mg/j en juillet	Zinc 30mg/j
2016	Haloperidol en IMR 5 ampoules/4semaines	Alprazolam 0,50mg : 2,5cp/j diminué dans l'année à 1,5cp/j + 1/j SB	Escitalopram 10mg/j	Trihexyphénidyle LP 5mg/j
2017	Haloperidol en IMR 5 ampoules/4semaines	Alprazolam 0,50mg 1,5cp/j +1/j SB	Escitalopram 10mg/j	Trihexyphénidyle LP 5mg/j
2018	Haloperidol en IMR 5 ampoules/4semaines	Alprazolam 0,50mg 1,5cp/j +1/j SB	Escitalopram 10mg/j	Trihexyphénidyle LP 5mg/j
2020	Haloperidol en IMR 5 ampoules/4semaines	Alprazolam 0,50mg 0,5cp/j SB	Escitalopram 10mg/j	Trihexyphénidyle LP 2mg/j

9. Commentaire du cas

Le principal élément qui a changé entre les expertises d'irresponsabilité pénale et l'expertise pour la mise en place du PSA est la clinique de monsieur X : en 2013 monsieur X. présentait un fond délirant actif (thématiques délirantes ésotériques et mégalomaniaques et persécutives, à connotation mystique et sexuelle, de mécanisme hallucinatoire et interprétatif et intuitif), un discours diffluent avec néologismes, troubles de la concentration, émoussement cognitif,

humeur indifférenciée, critique partielle des éléments délirants, troubles du sommeil variables. En 2015 il ne présente plus de symptomatologie schizophrénique productive, et ce de façon persistante dans le temps, l'humeur est stable, il critique le délire passé. De plus, l'adhésion aux soins qui était fluctuante s'est affermie. Les arrêts du traitement antipsychotique suite à des effets indésirables ainsi que son efficacité partielle (pendant la prise en charge au SMPR) ne sont plus de mise, le traitement antipsychotique instauré est efficace et bien toléré.

Au moment où monsieur X. rencontre les 2 experts en vue d'une levée du SDRE judiciaire, on peut repérer un certain nombre d'éléments favorables et défavorables à cette levée de la contrainte.

En faveur de la levée du SDRE judiciaire :

- âge (40 ans)
- absence de précarité financière
- absence de faible niveau d'éducation
- absence de retard mental
- absence de trouble des conduites à l'adolescence
- absence de personnalité antisociale associée
- absence de comorbidité addictologique
- symptomatologie schizophrénique stabilisée (absence de construction délirante, absence d'hallucinations, absence d'automatisme mental, absence d'idée d'agression scénarisée, absence de menace, absence de réticence, absence de retrait social, d'émoussement affectif, de désorganisation, absence de trouble thymique associé, absence d'idée suicidaire)
- absence de dysfonctionnement frontal
- capacité à demander de l'aide quand il va moins bien sur le plan psychiatrique

- absence de déni des troubles
- a été suivi dans les 20 semaines après la sortie d'hospitalisation complète
- attitude correcte envers les autorités
- disponibilité des services de soin
- changement des représentations des soignants : on repère un moment charnière en décembre 2018 où il est considéré comme vivant à l'extérieur, avec encore des temps de soin en intra-hospitalier. Jusque là il était en intra, avec des autorisations d'aller à l'extérieur
- l'intégration du passage à l'acte dans sa biographie interne : on note que Monsieur X a intégré la contrainte, a pu se dire « J'ai tué », « c'était moi », « J'étais malade », puis « Je n'étais (suis) pas responsable », « Ça peut recommencer », « Je ne peux pas faire sans soin » (suivi psychiatrique, psychothérapique, et traitement médicamenteux).

En défaveur de la levée du SDRE judiciaire :

- des facteurs de risque statiques, non susceptibles d'être modifiés par la prise en charge : sexe masculin, célibat (seul facteur susceptible de se modifier), diagnostic de schizophrénie paranoïde, antécédents personnels de violence et d'incarcération, antécédents d'abus d'alcool et d'autres toxiques, antécédent de victimation.
- des éléments qui ne sont pas négatifs dans l'absolu mais dans leur concomitance : l'arrêt de la curatelle et le début du logement autonome. Outre le fait qu'ils font appel à la capacité de monsieur X. à s'adapter au changement, c'est du côté de la perte qu'on peut s'interroger. En effet, à deux reprises pendant le soin sous contrainte on a pu constater qu'un vécu de perte a amené l'apparition de voix (décès d'un ami en octobre 2016, décès d'un grand-parent en décembre 2016).

-le contexte social et politique actuel n'est pas un argument pour le psychiatre traitant ni pour l'expert, cependant il peut influencer la décision finale du représentant de l'état et pourrait être pris en compte au moment où la levée du SDRE judiciaire est demandée.

Chez monsieur X., une certaine vigilance quant à certains éléments nous paraît importante : les périodes de modification de traitement neuroleptique, la consommation de toxiques, les pertes futures, ainsi que les relations fortement investies mais non clarifiées.

A propos de la récurrence dans l'homicide pathologique, Le Bihan et Bénézech en 2005 analysent les cas de 12 patients de sexe masculin hospitalisés en UMD entre 1990 et 2005. 6 sont schizophrènes, 2 présentent un trouble délirant persistant ou un délire paranoïaque, 2 un retard mental moyen, 1 un trouble schizo-affectif et 1 un trouble envahissant du développement. Le premier crime survient en moyenne à 28,2 ans (SD 9,8 ; étendue 14 à 42 ans). Le deuxième est réalisé en moyenne à 37,8 ans (SD 12 ; étendue 23 à 64 ans). L'écart entre les événements criminels (de deux à cinq homicides par patient) est en moyenne de 8,9 ans (SD 8,6 ; étendue 0-28 ans). Les victimes n'appartiennent pas pour la plupart à leur entourage familial (83 %) mais sont souvent connues du meurtrier (74 %). Un tiers des récurrences sont perpétrées envers un autre patient au cours d'une hospitalisation (4 cas) ou envers un autre détenu pendant une incarcération (2 cas). L'homicide apparaît communément réalisé de façon impulsive et violente. L'arme utilisée est souvent une arme d'opportunité (51 %). Les antécédents criminels et les actes de violence associés aux meurtres, notamment les coups et blessures volontaires (75 %) ainsi que les tentatives d'homicide (50 %), sont particulièrement fréquents sur la vie entière. Trois patients ont perpétré au moins une tentative d'homicide avant le premier meurtre.

Chercher à répondre à la question pourquoi ce patient a fait cet acte ? On peut préciser le cheminement de l'idée de crime, analyser la situation de crime dans laquelle il a été, le processus psycho-pathologique à l'œuvre chez lui, identifier chez lui les facteurs de risque connus de violence, mais il n'y a pas de causalité simple et directe.

On repère à travers le cas de monsieur X. une injonction à être le patient parfait. Pas de déni de l'acte, le patient accepte et participe aux soins, est toujours d'accord, son comportement est en accord avec ce qu'on attend de lui, il ne critique pas les autorités, la maladie est parfaitement stabilisée.... Si on ne regarde que les facteurs de risque statiques (non susceptibles de changement), ce patient est à risque de récurrence violente. Alors en deçà de quel niveau de risque accepte-t-on d'ôter la contrainte ? Le cut-off semble difficile à établir, en tout cas non établi clairement actuellement. Ce flou profite-t-il à ces patients ? ou les dessert-il ? Il leur permet d'avoir des soins qui persistent dans le temps, mais au détriment d'une part de liberté. On peut souligner ici l'intérêt des évaluations structurées ou semi-structurées qui peuvent représenter un garde-fou face à la peur du risque et la recherche du psychiatre de la situation parfaite pour s'autoriser à lever le soin contraint.

CONCLUSION

La stigmatisation des malades mentaux est associée à un climat de peur, alimenté par les médias qui entretiennent l'amalgame entre maladie psychiatrique et dangerosité et dépersonnalisent ces sujets en ne les désignant que par leur maladie. Ces médias eux-mêmes fonctionnent en miroir avec une politique sécuritaire qui recherche un risque zéro en matière de récidive (Thèse de Laure Wagner, 2016).

Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » restent marquées par l'étrangeté, l'imprévisibilité, le danger et la criminalité. (Tassone-Monchicourt et al., 2010)

Certes, les personnes présentant un trouble mental ont 3 à 4 fois plus de risque de commettre un acte violent (Swanson, et al., 1990). Elbogen et al. en 2009 repère que les facteurs prédictifs de comportements violents relèvent des antécédents de violence, des abus de substance, du contexte de vie, et non de l'existence seule de trouble mental sévère ; et l'incidence de comportements violents augmente significativement quand le trouble mental sévère est associé à un abus de substance.

Mais en absence d'abus d'alcool et de substance, les individus atteints de troubles mentaux ont une probabilité de commettre un acte de violence identique à celle de la population générale (Elbogen et al., 2009 ; Swanson et al., 1990).

Les études internationales ne retrouvent que 5 à 10 % d'individus atteints de troubles mentaux chez les auteurs d'homicides. Les individus présentant un trouble mental sévère seraient les auteurs de 5 % des infractions criminelles avec violence (Fazel et Grann, 2006).

Les facteurs de risque statiques et dynamiques identifiés dans la littérature apparaissent pertinents dans l'évaluation d'un risque de récurrence violente, mais ne sont pas prédictifs d'un passage à l'acte.

On évalue un risque, chez un patient, à un moment donné, dans un contexte donné, avec la part de subjectivité et d'intuition desquelles on ne peut faire fi.

On travaille avec le patient : sur sa maladie, l'insight, les comorbidités addictives, adhésion au soin, mais aussi son lieu de vie, sa sphère affective, sa vie professionnelle (facteurs de risque de violence dynamiques), au sein de processus de réhabilitation.

On travaille avec les équipes de soin et leurs temporalités.

On travaille avec les familles et les relations entre leurs membres.

Le psychiatre de secteur qui prend en charge le suivi d'un patient en SDRE judiciaire au titre de l'article L3213-7 du CSP, va, au cours de l'évolution clinique du patient dans le soin, être amené à se poser la question de la sortie de l'hôpital de ce patient, de sa réinsertion sociale, par la mise en place de soins ambulatoires, puis par la mise en place de soins libres.

Il nous apparaît intéressant que le psychiatre puisse appuyer sa réflexion clinique sur des facteurs de risque de violence identifiés dans la littérature.

Cependant la décision d'arrêt de l'hospitalisation complète pour des soins ambulatoires progressifs, puis l'arrêt des soins sous contrainte pour des soins librement consentis ne lui appartient pas. Elle revient au préfet, dans un contexte politique singulier, après avoir consulté l'avis de deux experts psychiatres à qui incombent la charge d'évaluer au plus près le risque de récurrence violente.

Il ne peut néanmoins faire économie de se poser la question de ce qui est le plus opérant pour ce patient, pour qu'il ait des soins aussi longtemps que nécessaire, quelle qu'en soit la forme,

afin de lui permettre de ne pas rester enfermer psychiquement dans la maladie, qui par le passé a participé à une situation de crime.

Le psychiatre n'est ni voyant (il ne peut prédire un passage à l'acte), ni force de l'ordre (il n'a pas à assurer la sûreté des personnes). C'est un médecin qui rencontre une personne malade qui a tué en étant malade. Par le respect de l'autre dans son humanité il lui donne existence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abondo M, Bouvet R, Palaric R, Spriet H, Le Gueut M. Évaluation du risque de récidive : de la nécessité d'une evidence-based expertise. *Médecine & Droit*. 1 juill 2014;2014(127):96-104.
2. Airagnes G, Rouge-Maillart C, Garre J-B, Gohier B. Homicide et épisode psychotique aigu cortico-induit : à propos d'un cas. *L'Encéphale*. 1 oct 2012;38(5):440-4.
3. Alamowitch N. Les programmes de soins ambulatoires contraints dans le cadre de la loi de 2011, modifiée. Point de vue de la direction. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2018;176(4):416-7.
4. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggressive Behavior*. 2007;33(1):86-96.
5. Anderson SW, Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nat Neurosci*. nov 1999;2(11):1032-7.
6. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. VIOLENCE AND HOMICIDAL BEHAVIORS IN PSYCHIATRIC DISORDERS. *Psychiatric Clinics of North America*. juin 1997;20(2):405-25.
7. Bénézech M, Le Bihan P, Chapenoire S, Bourgeois M-L. Réflexions sur la fréquence, l'organisation et les facteurs prédictifs des homicides psychotiques : à propos de trois observations avec mutilation corporelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 août 2008;166(7):558-68.
8. 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. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 févr 2009;167(1):39-50.

9. Bénézech M. Évaluation, jugement, vérité et intime conviction. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mars 2012;170(2):139-40.

10. Bénézech M. Intime conviction : conclusions. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 sept 2015;173(7):634-6.

11. Bénézech M. L'intime conviction dans le procès pénal : approche médico-psychologique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 sept 2015;173(7):587-90.

12. Bénézech M. La législation actuelle face à l'évaluation des comportements criminels violents : l'urgence d'une réforme. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2018;176(4):404-9.

13. Bénézech M, Pham T, Van Herk J. Projet d'évaluation approfondie, diagnostique et pronostique, de la dangerosité physique : le 12-p. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mars 2012;170(2):136-8.

14. Bénézech M, Sage S, Degeilh B, Le Bihan P, Ferré M. À propos de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : réflexions psychologiques et médicolégales critiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2012;170(3):216-9.

15. Benghozi P. La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2010;55(2):41.

16. Benillouche M. A propos des lois du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme. Archives de politique criminelle. 2006;n° 28(1):167-86.

17. Bérard K. Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain [Internet] [thesis]. Lyon; 2017 [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2017LYSE3043>

18. Bernard J, Le Gal D, Brugallé J, Gohier B, Orsat M. Évaluation des pratiques de l'injonction de soins : étude sur 119 sujets. L'Encéphale [Internet]. 5 avr 2019 [cité 2 juill 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700619300363>
19. Bernheim E. Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué. 8 mars 2011 [cité 31 mai 2019]; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00798611>
20. Bernheim E. Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué. 2013.
21. Bertsch I, Pham T, Réveillère C, Courtois R. Évaluation du risque de récurrence des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mars 2017;175(3):294-6.
22. Bessoles P. Criminalité et récurrence [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:wBxcfurtzlcJ:scholar.google.com/+philippe+bessoles+criminalit%C3%A9+et+r%C3%A9currence&hl=fr&as_sdt=0,5
23. Bonnet S, Lacambre M, Schandrin A, Capdevielle D, Courtet P. Insight et dangerosité psychiatrique : revue de la littérature. L'Encéphale. 1 avr 2017;43(2):146-53.
24. Bonta J, Law M, Hanson RK. The Prediction of Criminal and Violent Recidivism among Mentally Disordered Offenders: A Meta-Analysis. Psychological bulletin. 1 mars 1998;123:123-42.
25. Bouchard J-P. Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2018;176(4):421-4.

26. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. sept 2001;159(7):475-86.
27. Bourgeois ML, Bénézech M, Le Bihan P. La haine psychotique et le passage à l'acte destructeur. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. oct 2005;163(8):656-61.
28. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? L'Encéphale. 1 juin 2014;40(3):247-54.
29. Braitman A, Guedj M-J, Masson VD-L, de Carvalho J, Gallois E, Lana P. Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 déc 2011;169(10):664-7.
30. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. Arch Gen Psychiatry. 1 mai 2000;57(5):494-500.
31. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and Its Relationship to Violent Behavior in Patients With Schizophrenia. AJP. 1 sept 2004;161(9):1712-4.
32. Callu M-F. Le juge des libertés et de la détention : un garant juridique et éthique en psychiatrie. Éthique & Santé. 1 déc 2016;13(4):215-8.
33. Canetti C. Loi et santé mentale : évolutions récentes, entre contrainte et consentement. Un cas particulier : quel choix en milieu pénitentiaire ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2018;176(4):391-4.
34. Charfi N, Omri S, Zouari L, Maâlej Bouali M, Zouari N, Ben Thabet J, et al. Expertise psychiatrique pénale des malades atteints de troubles de l'humeur : à propos d'une expérience tunisienne. La Revue de Médecine Légale. 1 sept 2016;7(3):97-104.

35. Civil M-F. Analyse existentielle et éthique du consentement aux soins en psychiatrie. 28 sept 2016 [cité 31 mai 2019]; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01553429>
36. Compain A. La place des Agences régionales de santé (ARS) dans l'application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2012;170(10):711-3.
37. Danet J. La loi du 5 juillet 2011. Place et questionnement de l'avocat dans l'application de la loi. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2012;170(10):720-4.
38. Darves-Bornoz JM, Lempérière T, Degiovanni A, Gaillard P. Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 mars 1995;30(2):78-84.
39. de Guerry M, Viateau J. Soins ambulatoires sans consentement, paroles de familles de l'Unafam. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2018;176(4):418-20.
40. Delteil P. L'expertise et les relations entre magistrats et psychiatres. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2012;170(2):143-4.
41. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*. 3 avr 2014;13(2):93-108.
42. Ducro C, Pham TH, Saloppé X, Chudzick L, Réveillère C. Évaluation du risque de récurrence d'agresseurs sexuels français : Statique-99 et Sorag. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2012;170(2):106-8.
43. Durand D. La systémique [Internet]. 2017 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-systemique--9782130798415.htm>

44. Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 1 févr 2009;66(2):152-61.
45. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*. oct 2006;189:354-60.
46. Erb M, Hodgins S, Freese R, Müller-Isberner R, Jöckel D. Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2001;11(1):6-26.
47. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and Homicidal Behavior. *Schizophr Bull*. 1 janv 1996;22(1):83-9.
48. Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 juill 2016;174(6):415-25.
49. Fauconnier J, Bénézech M, Hitier F, Le Bihan P. L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):627-8.
50. Fazel S, Grann M. The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime. *AJP*. 1 août 2006;163(8):1397-403.
51. Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. *J Clin Psychiatry*. mars 2009;70(3):362-9.
52. Fernández IV, De Battista J, Bauer L, Dagfal A. Re-institutionnalisation ou désinstitutionnalisation ? Regards croisés entre la France et l'Argentine : à propos des réglementations en santé mentale. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2017;82(1):228-39.

53. Finkelstein C. Loi du 5 juillet 2011 sur les soins sous contrainte : premières décisions de cours d'appel. *Droit, Déontologie & Soin*. 1 déc 2012;12(4):426-30.
54. Galland D, Jonas C, Jardri R, Wilquin M, Cottencin O, Thomas P, et al. Comparaison du concept de « responsabilité » en neurosciences et en droit pénal : une revue croisée de littérature pour l'expertise psychiatrique. *La Presse Médicale*. 1 juin 2016;45(6, Part 1):559-66.
55. Gkotsi G-M, Moulin V, Gasser J. Les neurosciences au Tribunal : de la responsabilité à la dangerosité, enjeux éthiques soulevés par la nouvelle loi française. *L'Encéphale*. 1 oct 2015;41(5):385-93.
56. Gkotsi GM, Gasser J. Critique de l'utilisation des neurosciences dans les expertises psychiatriques : le cas de la responsabilité pénale. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 avr 2016;81(2):434-45.
57. Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 oct 2017;175(8):679-84.
58. Guay J-P, de Vries Robbé M. L'évaluation des facteurs de protection à l'aide de la SAPROF. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2017;175(10):894-900.
59. Guérin M-C. Intime conviction et doute. Au-delà d'une antinomie apparente... Ce que révèle leur étude comparée. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):610-4.
60. Guibet Lafaye C. Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves). *Éthique & Santé*. 1 mars 2015;12(1):46-55.
61. Guibet-Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *L'information psychiatrique*. 2 oct 2014;Volume 90(7):575-82.

62. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 juin 2015;41(3):244-50.
63. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence. *L'Encéphale*. 1 août 2016;42(4):296-303.
64. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal Victimization of Persons With Severe Mental Illness. *PS*. 1 janv 1999;50(1):62-8.
65. Hoang Pham T, Ducro C, Marghem B, Reveillère C, Bénézech M. Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2012;170(2):103-5.
66. Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*. 1 oct 1999;55(2):187-202.
67. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research*. 15 oct 2005;78(2):323-35.
68. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biological Psychiatry*. 1 juill 2002;52(1):9-14.
69. Hoptman MJ, Ardekani BA, Butler PD, Nierenberg J, Javitt DC, Lim KO. DTI and impulsivity in schizophrenia: a first voxelwise correlational analysis. *Neuroreport*. 15 nov 2004;15(16):2467-70.

70. Inchauspé D. L'intime conviction en droit français et dans la tradition juridique anglo-saxonne. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):603-5.
71. Jacob Alby V. Qu'y a-t-il d'intime dans l'intime conviction ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):591-3.
72. Jamet L, Neveux P, Senon J-L, Nabhan-Abou N. Abolition du discernement : état des lieux des pratiques des experts psychiatres dans l'ouest de la France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. 12 oct 2018 [cité 19 juill 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718302749>
73. Jonas C. Le psychiatre face aux juges [Internet]. 1997 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://data.bnf.fr/fr/temp-work/30f6157483e5ca854d6621ea6f0ece21/>
74. Jonas C. Responsabilité du psychiatre et des établissements d'accueil du fait des actes des malades mentaux. *Médecine & Droit*. 1 mars 1997;1997(23):12-6.
75. Jonas C. L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil constitutionnel (Commentaire de la décision no 2012-235 QPC du 20 avril 2012). *Médecine & Droit*. 1 nov 2012;2012(117):179-81.
76. Joyal CC, Putkonen A, Mancini-Marie A, Hodgins S, Kononen M, Boulay L, et al. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: A functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research*. mars 2007;91(1-3):97-102.
77. Joyal C, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological medicine*. 1 mai 2004;34:433-42.
78. K'ourio H, Gourevitch R, Noel-Lamotte V, Launay C. Rédaction d'un guide pratique d'évaluation des risques de violence et des conduites à adopter destiné aux professionnels de santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2016;174(7):608-14.

79. K'ourio H, Trebalag A-K, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2018;176(4):410-5.
80. Karas S. La notion d'intime conviction et le procès criminel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):615-7.
81. Kumari V, Das M, Taylor PJ, Barkataki I, Andrew C, Sumich A, et al. Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophrenia Research*. 1 mai 2009;110(1):47-58.
82. Larrieu P. Le droit à l'ère des neurosciences. *Médecine & Droit*. juill 2012;2012(115):106-10.
83. Laurent-Neyrat B. La responsabilité de l'expert judiciaire. *Droit, Déontologie & Soin*. 1 mars 2011;11(1):46-51.
84. Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2005;163(8):642-55.
85. Le Bihan P, Ureten S, Lavolé Y. Autour de la reconnaissance du crime en psychiatrie médico-légale : une étude sur le parricide. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2012;170(2):145-6.
86. Lemasson AC, Pham TH. L'évaluation psychologique structurée pour contribuer à forger une intime conviction : vers une validation convergente entre les outils diagnostiques MACI et PCL-YV au sein d'un échantillon de délinquants sexuels juvéniles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):631-3.
87. Litinetskaia M. Dangereusité, délinquance et passage à l'acte : psychopathologie et prédictivité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2012;170(2):99-102.

88. Loiseau J, Lacoste P, Bénézech M. L'intime et la conviction ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mars 2012;170(2):132-3.
89. Lopez G, Moquin F. Approche éthique du débat français concernant l'évaluation de la dangerosité criminologique. Ethics, Medicine and Public Health. 1 janv 2016;2(1):112-8.
90. Lovell AM, Cook J, Velpy L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 juin 2008;56(3):197-207.
91. Luong C, Humphreys D. Soigner la psychose. Le cadre de soin extrahospitalier : un objet à utiliser. L'Évolution Psychiatrique. 1 juill 2010;75(3):485-97.
92. Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. La Revue de Médecine Légale. 1 juin 2015;6(2):70-7.
93. Massé G, Zwingenberger M. Les sorties d'essai : évolution et perspectives. L'information psychiatrique. 2006;Volume 82(6):481-93.
94. Masson E. De l'impasse à l'alliance, une rencontre singulière [Internet]. EM-Consulte. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1225656/alertePM>
95. Mesu R-C, Orsat M, Barré C, Brière M, Denes D, Garré J-B, et al. Étude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011. //www.em-premium.com/data/revues/00034487/v173i2/S0003448713003806/ [Internet]. 5 mars 2015 [cité 31 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/959645>
96. Millaud F. Le passage à l'acte [Internet]. Paris: Harmattan; 2011 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294703577>
97. Millaud F, Auclair N, Guay J-P, McKibben A. Un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents. Can J Psychiatry. 1 nov 2007;52(11):735-43.

98. Monahan J. Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques. Sage Publications; 1981. 194 p.
99. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford University Press; 2001. 208 p.
100. Moulin V, Gasser J, Testé B. La perception par des magistrats français de l'introduction de données neuroscientifiques dans les expertises psychiatriques pénales : effets sur l'évaluation de l'expertise et la situation pénale de la personne expertisée. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. 22 nov 2018 [cité 19 juill 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718303007>
101. Najman T, Devers G. Quand l'hospitalisation en psychiatrie devient-elle une privation de liberté ? Droit, Déontologie & Soin. 1 juin 2015;15(2):161-7.
102. Naudts K, Hodgins S. Schizophrenia and violence: a search for neurobiological correlates. Curr Opin Psychiatry. sept 2006;19(5):533-8.
103. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of Assaultive Behavior Among Psychiatric Inpatients. PS. 1 juill 2003;54(7):1012-6.
104. Ott C. Hospitalisation sous contrainte, un difficile équilibre entre sécurité et libertés. Droit, Déontologie & Soin. 1 juill 2007;7(2):209-37.
105. Panfili J-M. Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique. VST - Vie sociale et traitements. 21 juin 2013;n° 118(2):104-9.
106. Panfili J-M. Une psychiatre condamnée en correctionnelle. Quelles conséquences envisageables ? VST - Vie sociale et traitements. 18 sept 2013;N° 119(3):112-8.

107. Panfili J-M. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : état des lieux après la loi du 5 juillet 2011. *Droit, Déontologie & Soin*. 1 sept 2014;14(3):370-83.
108. Péchillon É. Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2012;170(10):706-10.
109. Pham T-H, Ducro C. Évaluation du risque de récurrence en Belgique francophone : données préliminaires d'analyse factorielle de la « Sex Offender Recidivism Appraisal Guide » (SORAG) et de la Statique-99. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. août 2008;166(7):575-9.
110. Pham T, Ducro C, Desmarais SL, Hurducas C, Arbach-Lucioni K, Condemarin C, et al. Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence : présentation des données belges. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2016;174(7):539-43.
111. Pham TH, Reveillère C. Les intimes convictions du clinicien. Apports de la recherche en psychologie légale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 sept 2015;173(7):597-600.
112. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. *La Presse Médicale*. 1 nov 2014;43(11):1195-205.
113. Raine A, Meloy JR, Bihle S, Stoddard J, Lacasse L, Buchsbaum MS. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behavioral Sciences & the Law*. 1998;16(3):319-32.

114. Richard-Devantoy S, Voyer M, Gohier B, Garré J-B, Senon J-L. La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2010;168(1):62-8.
115. Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2011;169(10):648-51.
116. Rio M, Letto N, Butucea C. Usage exploratoire d'outils d'évaluation structurée du risque de récurrence en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2017;175(3):287-9.
117. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 nov 2014;172(9):766-71.
118. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2015;80(1):209-20.
119. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2016;174(10):832-8.
120. Sautereau M, Leca H, Vittoz A, Meunier F, Lamothe P. Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie : à propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. *pv [Internet]*. 2009 [cité 25 févr 2020];9(1). Disponible sur: <https://www.erudit.org/en/journals/pv/1900-v1-n1-pv3569/038871ar/>
121. Sauzeau D, Mesu RC, Mugnier G, Fournis G, Garré JB, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. 2016 [cité 31 mai 2019]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/display/79425065>

122. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(2):98-107.
123. Senninger JL, Fontaa V. Stressful life change events and criminal behavior in schizophrenia. *L'Encephale*. 1996;22 Spec No 3:49-52.
124. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2012;170(3):211-5.
125. Senon J-L, Jonas DC, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 504 p.
126. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2012;170(10):693-8.
127. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique*. 2009;85(8):719.
128. Sigaud T, Gay A, Granet C, Massoubre C. Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. *Revue de 266 dossiers. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2015;173(2):143-7.
129. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mai 1998;55(5):393-401.

130. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, Delusional Symptoms, and Violence: The Threat/Control-Override Concept Reexamined. *Schizophr Bull.* 1 janv 2004;30(1):31-44.
131. Stueve A, Link BG. Violence and Psychiatric Disorders: Results from an Epidemiological Study of Young Adults in Israel. *Psychiatr Q.* 1 déc 1997;68(4):327-42.
132. Sturup J, Lindqvist P. Homicide offenders 32 years later – A Swedish population-based study on recidivism. *Criminal Behaviour and Mental Health.* 2014;24(1):5-17.
133. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence From the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *PS.* 1 juill 1990;41(7):761-70.
134. Swanson JW, Swartz MS, Dorn RAV, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mai 2006;63(5):490-9.
135. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. The Social–Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness. *Am J Public Health.* sept 2002;92(9):1523-31.
136. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and Severe Mental Illness: The Effects of Substance Abuse and Nonadherence to Medication. *AJP.* 1 févr 1998;155(2):226-31.
137. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv.* mai 1997;48(5):678-81.
138. Tassone-Monchicourt C, Daumerie N, Caria A, Benradia I, Roelandt J-L. Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités. *L'Encéphale.* 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):21-5.

139. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with Schizophrenia Who Behave Violently: The Usefulness of an Early- Versus Late-Start Offender Typology. *Schizophr Bull.* 1 janv 2001;27(2):205-18.
140. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry.* août 2005;62(8):911-21.
141. texte FC de cassation A du. Bulletin des arrêts de la Cour de cassation rendus en matière criminelle [Internet]. Gallica. 1885 [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5850300b>
142. Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry.* mars 1994;151(3):436-8.
143. Volkow ND, Tancredib LR, Grant C, Gillespie H, Valentine A, Mullani N, et al. Brain glucose metabolism in violent psychiatric patients: a preliminary study. *Psychiatry Research: Neuroimaging.* 10 nov 1995;61(4):243-53.
144. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangersité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique.* 2009;85(8):745.
145. Wallace C, Mullen PE, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *The British Journal of Psychiatry.* juin 1998;172(6):477-84.
146. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research.* 1 avr 2004;67(2):247-52.
147. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *PS.* 1 mai 1997;48(5):678-81.
148. Responsabilité médicale et pratiques défensives en psychiatrie, O. Henri, LEH (2016), 328 pp. *Médecine & Droit.* 1 juill 2017;2017(145):113.

149. 1838-06-30 (lég) Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 - Recueil Duvergier page 490 • Loi Esquirol - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Recueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquirol>
150. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia | Psychiatry | JAMA Psychiatry | JAMA Network [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/209569>
151. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 [Internet]. Conseil constitutionnel. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2012/2012235QPC.htm>
152. Élise Watrin - De la contrainte à l'adhésion aux soins : étude prospective de 122 patients hospitalisés sans consentement - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/58628>
153. Évaluation du risque de récurrence en Belgique francophone : données préliminaires d'analyse factorielle de la « Sex Offender Recidivism Appraisal Guide » (SORAG) et de la Statique-99 - ScienceDirect [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.buadistant.univ-angers.fr/science/article/pii/S0003448708001613>
154. 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 : état des lieux et réflexion sur l'influence d'un climat sécuritaire sur les soins proposés à cette population - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56586>
155. Le passage à l'acte | Elsevier Masson [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/le-passage-a-lacte-9782294703577.html>

156. NCJRS Abstract - National Criminal Justice Reference Service [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=76981>
157. Textes officiels historiques [Internet]. Ascodocpsy. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouver-de-linformation/textes-officiels-historiques/>
158. Un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents - Frédéric Millaud, Nathalie Auclair, Jean-Pierre Guay, André McKibben, 2007 [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.buadistant.univ-angers.fr/doi/abs/10.1177/070674370705201108>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. HCR-20	46
Tableau II. Evaluation du potentiel suicidaire et homicidaire	47
Tableau III. Facteurs protecteurs vis-à-vis de la violence (SAPROF)	52
Tableau IV. Facteurs de risque de violence chez les patients schizophrènes (HAS 2011).....	53
Tableau V. Traitement médicamenteux de monsieur X. entre 2007 et 2020	89

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
LA MISE EN PLACE DU SDRE JUDICIAIRE	2
1. Aperçu historique des textes de loi concernant la responsabilité pénale	2
2. Textes actuels	6
2.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE.....	6
2.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire	9
2.3. Texte du CPP concernant le SDRE judiciaire	11
3. Protocole administratif actuel	12
4. L'expertise psychiatrique d'irresponsabilité pénale	13
LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE SOINS AMBULATOIRES	16
1. Aperçu historique des textes de loi.....	16
1.1. Loi du 30 juin 1838	16
1.2. Circulaire du 4 juin 1957.....	17
1.3. Loi du 27 juin 1990	20
2. Textes actuels	21
2.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE.....	21
2.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire	26
2.3. Et le CPP ?.....	30
3. Protocole administratif actuel.....	31
LE RISQUE DE RECIDIVE.....	34
1. Lois et société	34
2. Dangereusité et prédiction	40
2.1. Modèles ségrégatifs et intégratifs de la dangereusité	40
2.2. Evaluation du risque	44
3. <i>Iter Criminis</i>.....	54
LEVER LE SDRE JUDICIAIRE	57
1. Textes actuels	57
1.1. Texte général du CSP concernant tous les SDRE.....	57
1.2. Texte du CSP spécifique au SDRE judiciaire	58
2. Protocole administratif actuel.....	60
3. Réflexions	62
UNE FOIS LE SDRE LEVE	71
CAS CLINIQUE.....	75
1. Biographie.....	75
2. Antécédents	76
3. Les hospitalisations	76
4. Auto-agressivité et hétéro-agressivité	77
5. Comportement maternel intrusif	78
6. Le passage à l'acte.....	79

7.	Le parcours dans les soins sous contrainte	80
8.	Le traitement médicamenteux	89
9.	Commentaire du cas	89
CONCLUSION		94
BIBLIOGRAPHIE.....		97
LISTE DES TABLEAUX.....		116
TABLE DES MATIERES		117
ANNEXES.....		119

ANNEXES

Expertise docteur E

Expertise docteur F

Expertise docteur G

Expertise docteur H

Expertise docteur I

Comment le psychiatre est-il amené à demander la levée d'un SDRE judiciaire ?

RÉSUMÉ

En France, on ne punit pas les fous. Les personnes ayant commis un acte grave et dont des experts psychiatres ont attesté qu'au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes peuvent être déclarées pénalement irresponsables (article 122-1 du code pénal). Ces personnes sont admises en soin sous contrainte, dit judiciaire, à la demande du représentant de l'état dans le département (SDRE).

Ces soins, qui relèvent de la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 27 septembre 2013 du code de santé publique et de l'article 706-135 du code de procédure pénale, peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète puis de soins ambulatoires.

La sortie de l'hôpital, qu'elle soit temporaire pendant le programme de soins ambulatoires ou définitive lorsque le SDRE est levé, amène le psychiatre à se poser la question de la dangerosité psychiatrique du patient, et donc à évaluer son risque de récidive violente.

A la lumière de ces éléments nous étudions le parcours de soin d'un patient présentant une schizophrénie qui a commis un homicide intrafamilial.

Mots-clés : irresponsabilité pénale, SDRE judiciaire, hospitalisation, programme de soins ambulatoires, évaluation, risque, récidive, schizophrénie, homicide

Titre en anglais

ABSTRACT

In France, we don't punish madmen. Persons who have committed a serious act and whose psychiatric experts have attested that at the time of the act they had a mental or neuropsychic disorder that abolished their discernment or control of their acts, may be declared criminally irresponsible (Article 122-1 of the Penal Code). These persons are admitted to coercive, so-called judicial, health care at the request of the State representative in the Département (SDRE).

This healthcare, which falls under the law of 5 July 2011 amended on 27 September 2013 of the Public Health Code and the article 706-135 of the Code of Criminal Procedure, may take the form of full hospitalisation followed by outpatient care.

Discharge from hospital, whether temporary during the outpatient care programme or definitive when the SDRE is lifted, leads the psychiatrist to question the patient's psychiatric dangerousness, and therefore to assess his risk of violent reoffending.

Through these elements, we study the care pathway of a patient with schizophrenia who has committed an intrafamilial homicide.

Keywords : penal irresponsibility, hospitalization, ambulatory care program, evaluation, risk, reoffending, schizophrenia, homicide