

PSYCHIATRIE & JUSTICE

10 ANS

2008

2008 - PSYCHIATRIE ET JUSTICE : ÉTATS DES LIEUX

2009 - SURVEILLANCE ET SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE, SOINS SANS CONSENTEMENT : QUELLES LOGIQUES ? QUELS EFFETS ?

2010 - PRINCIPE DE PRÉCAUTION ET RÉFORMES

2011 - PSYCHIATRIE ET JUSTICE : QUEL TRAITEMENT MÉDIATIQUE ?

2012 - RÉCIDIVE, RÉITÉRATION : FACE AUX RISQUES, QUELLES PRISES EN CHARGE DES SORTANTS DE PRISON ?

2013 - PARCOURS D'ADOS DIFFICILES : SANS LA JUSTICE PAS DE SOINS, SANS SOINS PAS DE JUSTICE ?

2014 - VIOLENCES CONJUGALES : COMMENT SORTIR DE L'ENGRENAGE ?

2015 - RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET PRIVATION DE LIBERTÉ

2016 - TROUBLES PSYCHIQUES ET JUGEMENT PÉNAL : UNE DOUBLE PEINE ?

2017 - PLACEMENT D'UN ENFANT : QUI ? QUAND ? COMMENT ? POURQUOI ?

PSYCHIATRIE & JUSTICE

Mardi 9 décembre 2008
au Nouveau Siècle
Place Mendès France à Lille

FMC
Formation
Médicale
Continue

Entrée libre sur inscription préalable
sur www.epsm-agglomeration-lilloise.fr

PSYCHIATRIE & JUSTICE

Mardi 1^{er} décembre 2009 // Nouveau Siècle à Lille

FMC
Formation
Médicale
Continue

3^e journée d'étude

PSYCHIATRIE & JUSTICE

Mardi 14 décembre 2010
au Nouveau Siècle
Place Mendès France à Lille

Principe de précaution
et réformes

Entrée libre sur inscription préalable
sur www.epsm-agglomeration-lilloise.fr

PSYCHIATRIE & JUSTICE

Psychiatrie
et justice :
quel traitement
médicamenteux ?

le 22 novembre 2011
de 8h30 à 16h30

à la Maison de l'Éducation Permanente,
1 place Georges Lyon à Lille

4^e journée d'étude

epsm

PSYCHIATRIE & JUSTICE

Récidive, rechute,
réitération :
Face aux risques, quelles prises
en charge des sortants de prison ?

le 7 décembre 2012 de 8h30 à 16h30
à la Maison de l'Éducation Permanente
1 place Georges Lyon à Lille

Entrée libre, inscription gratuite sur le site :
www.epsm-al.fr / T : 03 28 38 51 17

5^e journée d'étude

epsm

PSYCHIATRIE & JUSTICE

PARCOURS
D'ADOS DIFFICILES
SANS LA JUSTICE PAS DE SOINS,
SANS SOINS, PAS DE JUSTICE ?

10 DÉC 2013

DE 09H00 À 18H00
À LA MAISON DE L'ÉDUCATION PERMANENTE
1 PLACE GEORGES LYON À LILLE

ENTRÉE LIBRE, INSCRIPTION GRATUITE SUR LE SITE :
www.epsm-al.fr / T : 03 28 38 51 17

6^e journée d'étude

epsm

PSYCHIATRIE & JUSTICE

VIOLENCES
CONJUGALES
COMMENT SORTIR
DE L'ENGRENAGE ?

MAR 02 DÉC 2014

DE 09H00 À 18H00
LE CHIMÈRE 7 PLACE SEBASTIEN À LILLE

METRO CAMESTRA

ENTRÉE LIBRE, INSCRIPTION GRATUITE SUR LE SITE
www.epsm-al.fr / T : 03 28 38 51 17

7^e journée d'étude

epsm

PSYCHIATRIE & JUSTICE

RESPECT
DES DROITS
FONDAMENTAUX
PRIVATION
DE LIBERTÉ

MAR 01 DÉC 2015

DE 09H00 À 18H00
GALLE ALAIN COLAS 83 RUE DE LA PAPERIE À LILLE

ENTRÉE LIBRE, INSCRIPTION GRATUITE SUR LE SITE
www.epsm-al.fr / T : 03 28 38 51 17

8^e journée d'étude

epsm

PSYCHIATRIE & JUSTICE

TROUBLES PSYCHIQUES
ET JUGEMENT PÉNAL :
UNE DOUBLE PEINE ?

MAR 06 DÉC 2016

DE 09H00 À 18H00
GALLE ALAIN COLAS - 83 rue de la Paperie à Lille - Entrée libre,
inscription gratuite sur le site : www.epsm-al.fr / T : 03 28 38 51 17

9^e journée d'étude

epsm

PSYCHIATRIE & JUSTICE

2008 - 2017 : 10 ANS

PSYCHIATRIE & JUSTICE

2008 - 2017 : 10 ANS

Nos institutions respectives¹ des secteurs de la justice et de la psychiatrie co-organisent depuis dix ans les Journées d'étude « Psychiatrie et justice ». En 2008, l'initiative de la première journée était venue de psychiatres et professionnels de la justice réunis, Loïc Binauld alors vice-président chargé de l'application des peines au TGI Lille, le Professeur Pierre Thomas, les Docteurs Christian Müller, Nicolas Laloux, Bertrand Lavoisy et Frédéric Wizla. Tous étaient attentifs à mieux faire connaître les cultures respectives de la justice et de la psychiatrie, dans une réciprocité à créer, et accompagnés par Nathalie Pauwels, alors chargée de communication de l'EPSM de l'agglomération lilloise et aujourd'hui de la F2RSM. Au travers d'un « état des lieux », il s'agissait à l'époque, comme souvent dans les « premières journées », de faire un « état des liens »... L'expérience s'est ensuite renouvelée, portée par un comité scientifique composé de « noyaux durs », mais également renouvelé en fonction des mouvements professionnels et des sujets. Cette durée dans le temps (10 ans !) témoigne de l'importance des thématiques « Psychiatrie et justice » au-delà de ceux qui les portent, sans doute parce qu'elles invitent également un troisième partenaire : la société.

Pourquoi était-ce si important de continuer à travailler ensemble après un « état des lieux » en 2008 ? Les thématiques successives nous l'enseignent :

- « **Surveillance et suivi socio-judiciaire, soins sans consentement : quelles logiques ? quels effets ?** »,

parce qu'en 2009 comme encore aujourd'hui, il était nécessaire de réfléchir à la manière de concilier soins psychiques et sécurité publique. Les professionnels ont su témoigner alors de la complexité de la prise en charge lorsque se conjuguent hospitalisations et incarcérations, injonctions de soins et suivis spécialisés ;

- « **Principe de précaution et réformes** », parce qu'il faut sans cesse rappeler ce que sont les notions de prudence, de prévention et de précaution, pour que les citoyens en restent les bénéficiaires et non les débiteurs ;

- « **Psychiatrie et justice : quel traitement médiatique ?** », pour rappeler l'influence des médias sur l'opinion publique et les institutions politiques, et s'engager à mieux communiquer sur les dispositifs et fonctionnements de la psychiatrie et de la justice, au lieu d'entretenir une méfiance réciproque qui conduit aux clichés et à l'intolérance ;

- « **Récidive, rechute, réitération : Face aux risques, quelles prises en charge des sortants de prison ?** », parce que la France en 2012 avait la

proportion la plus importante d'Europe de suicides en détention. Se pencher sur cette réalité du phénomène de répétition qui conduit beaucoup au désespoir, c'était tenter de le résorber ensemble, acteurs de la justice et de la psychiatrie ;

- « **Parcours d'ados difficiles : sans la justice pas de soins, sans soins pas de justice ?** », parce que la délinquance des adolescents, plus encore que celle des adultes, met en échec notre société dans sa capacité à prévenir, insérer et soigner ;

- « **Violences conjugales : comment sortir de l'engrenage ?** », parce qu'en France, une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint et un homme tous les quatorze jours. Force est de constater que les injonctions de soins sont difficiles à coordonner lorsqu'il s'agit de violences entre conjoints, les victimes ne parvenant pas à se défaire de leurs bourreaux ;

- « **Respect des droits fondamentaux et privation de liberté** », parce que si les textes législatifs et réglementaires donnent un cadre au respect des droits fondamentaux en temps d'hospitalisation, l'application de ce cadre dans le quotidien du soin doit faire l'objet d'attention de la part de l'ensemble des acteurs concernés, en 2015 comme aujourd'hui où les préoccupations d'éthique du soin sont plus que jamais présentes ;

• « **Troubles psychiques et jugement pénal : une double peine ?** » parce qu'il est encore trop vrai que la souffrance psychique devient un facteur de discrimination supplémentaire de la justice, et que l'altération de la responsabilité conduit plutôt à une aggravation de la peine qu'à une atténuation.

Nous voyons là que ce sont des sujets concrets, et que la justice et la psychiatrie ont ceci en commun d'être également soumis, en tant

qu'institutions, au risque de la perte de sens, à la tentation de l'uniformité et du systématisme. La stigmatisation avérée de la « folie », et par extension de toute la psychiatrie, n'a d'égale que la caricature d'une justice que certains voudraient mécanique, alors qu'elle se penche sur des sujets humains et, par essence, complexes.

Le 5 décembre 2017, la dixième journée lancera le débat sur le thème « **Le placement d'enfants : qui, quand, comment, pourquoi ?** ». Plus de

600 personnes seront réunies, et à l'issue de cette journée les questionnaires de satisfaction recueillis auprès des participants permettront au comité scientifique de relever des thèmes « Psychiatrie et justice » pour encore quelques années...

Pour toutes ces raisons, il a semblé important aux membres du comité d'acter cette durée dans le temps, et la richesse de ces débats, en publiant ici quelques contributions².

Maud Piontek (responsable communication EPSM al)

Pour les membres du comité de pilotage :

Nathalie Borgne (DRH EPSM al),

François Caplier (secrétaire général EPSM al),

David Cleuziou (magistrat au TGI de Lille),

Marie-Charlotte Dalle (directrice des affaires juridiques CHRU Lille),

Maître Carine Delaby-Faure (représentante du bâtonnier de Lille),

Docteur Patricia Do Dang (pédopsychiatre Pôle 59i04, EPSM al),

Docteur Edvick Elia (présidente CME EPSM L-M),

Hélène Judes (présidente du TGI de Reims),

Docteur Nicolas Lalaux (psychiatre Pôle 59g17, EPSM L-M),

Docteur Bertrand Lavoisy (psychiatre Pôle 59g19, EPSM L-M),

François Lequin (DAAF EPSM al),

Frédéric Macabiau (DAG EPSM L-M),

Docteur Christian Müller (président CME EPSM al),

Professeur Pierre Thomas (CHRU Lille),

Pierre Vandevoorde (chargé de communication EPSM des Flandres),

Dominique Verhoest (directrice de la communication et de la stratégie EPSM des Flandres),

Stéphanie Weill (responsable communication EPSM L-M),

Docteur Frédéric Wizla (psychiatre Pôle 59g24 – CPAA, EPSM al)

¹ L'EPSM de l'agglomération lilloise, les EPSM de Lille Métropole et des Flandres, le CHRU de Lille, le tribunal de grande instance de Lille, la cour d'appel de Douai, l'association Lill'art, l'Association Nationale des Présidents de CME

² Toutes les contributions ont été enregistrées depuis 2010 et sont en ligne sur www.epsm-al.fr

10 ANS DE JUSTICE ET DE PSYCHIATRIE

REMERCIEMENTS ET MOMENTS MARQUANTS PAR HÉLÈNE JUDES, PRÉSIDENTE DU TGI DE REIMS

Je suis très honorée d'apporter ma contribution pour les 10 ans d'une expérience qui avait débutée de façon artisanale en 2007 pour un premier colloque en 2008.

Je dois rendre justice à mon collègue Loïc Binauld, juge de l'application des peines à l'époque, qui lors d'échanges informels avec des psychiatres avait mesuré le fossé qui s'était creusé entre deux professions.

Nous avons besoin de dialoguer car nous sommes amenés croiser nos compétences et il apparaissait essentiel de se comprendre pour avancer.

C'est ainsi qu'est née cette idée d'une rencontre annuelle avec des professionnels, ouverte aux professionnels.

Au cours des années, nous avons progressé ensemble et nous avons réussi à mieux comprendre nos impératifs et nos contraintes.

Le premier colloque s'est tenu le 9 décembre 2008 avec comme thème « l'état des lieux », il fallait bien un début !

Au cours des années, dès 2008, j'ai pris la succession de M. Binauld muté, nous avons tenté au fur et à mesure de nous professionnaliser et trouver des thèmes communs attractifs.

Nos réunions de préparation au cours de ces années ont parfois été houleuses, vivantes, désespérantes, riches mais toujours au final sympathiques et des liens d'amitié se sont créés.

Le plus dur à supporter a été les critiques parfois virulentes alors que nous mettions de l'ardeur et de la ferveur, en plus de nos obligations professionnelles, à offrir un congrès gratuit avec des professionnels reconnus.

Les « anciens combattants » du début ont cédé leur place au fur et à mesure des aléas de la vie professionnelle et personnelle de chacun.

Je tiens à citer Nathalie Pauwels, chargée de communication de la F2RSM puis Maud Piontek, responsable de la communication et culture de l'EPSM de l'agglomération lilloise, Sophie Danel, chargée de communication de la F2RSM, Eugénie Roy pour l'administration pénitentiaire et tous ceux qui ont partagé des comités de pilotages au cours de toutes ces années.

Parmi tous les thèmes que nous avons abordés, je voudrais citer quelques moments marquants :

- le juge Gilbert Thiel au colloque « justice et médias » nous expliquant l'affaire Guy Georges des sanglots dans la voix en pensant aux victimes

de ce tueur en série,

- Yazid Kherfi exposant au colloque « récurrence, réitération » son parcours de la délinquance à la prévention,

- Carine Delaby Faure, avocate qui a rencontré Patrick Henry sur le même thème et se faisant l'écho de la lucidité de ce dernier sur sa récurrence,

- le Docteur Lachaux sur le traitement des délinquants atteints de troubles psychiatriques,

- Isabelle Souquet, journaliste animant de main de maître plusieurs éditions de nos colloques.

Il serait malheureusement trop long d'évoquer tant de moments passionnants.

Je pense aussi aux « Z'entonnoirs » qui nous ont suivis et nous ont interviewés de façon parfois déconcertante nous obligeant à réfléchir sur le sens de nos métiers.

Cette décennie a été riche, intense, je la regarde avec une certaine nostalgie !

À mon tour, j'ai quitté le nord en 2015 mais je reste attentive aux projets annuels et n'hésite pas à mettre mon grain de sel !

Longue vie au colloque justice et psychiatrie, il est toujours utile de s'enrichir des expériences des uns et des autres !

SOMMAIRE DES CONTRIBUTIONS

2011

- p. 10 *L'influence des représentations médiatiques de la dangerosité et de l'enfermement associées à la maladie mentale sur la pratique des psychiatres* – **Professeur Bruno Gravier**, Médecin-chef, Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires, Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)
-

2013

- p. 18 *« Parcours d'ados difficiles » Sans justice pas de soin, sans soin pas de justice ?*
Docteur Patricia Do Dang, Pédopsychiatre, Chef de pôle 59i04 de l'EPSM de l'agglomération lilloise
- p. 20 *Psychopathologie différentielle de la violence à l'adolescence* - **Professeur Michel Botbol**, Psychiatre des hôpitaux, Professeur de psychiatrie infanto juvénile, Université de Bretagne Occidentale, CHU de Brest
-

2014

- p. 28 *L'homicide conjugal : question de prévention ?* – **Professeur Jean-Louis Senon**, Professeur de psychiatrie à l'université de Poitiers, docteur en droit et enseignant en criminologie et **Docteur Alexia Delbreil**, Psychiatre et Médecin légiste, (CHU de Poitiers)
- p. 36 *Unité de psychiatrie légale et de victimologie Joseph Grasset : 20 ans d'articulation santé justice*
Docteur Marie-Noël Petit, psychiatre, unité de psychiatrie légale et victimologie Joseph Grasset, CH Montfavet, Avignon
- p. 38 *Violence conjugale : situations méconnues, chiffres alarmants* – **Sandrine Ballonet**, Référente conjugale départementale des violences conjugales, arrondissement de Lille, association Louise Michel
- p. 44 *Psychothérapie systémique et violence conjugale*
Eric Trappeniers, directeur des Instituts d'études de la famille de Toulouse et de Lille
-

2015

- p. 66 *Le non respect des droits fondamentaux pendant le séjour des patients et la question spécifique de l'isolement et de la contention* – **Adeline Hazan**, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
- p. 72 *Que dit la loi sur les droits des personnes dans les lieux de privation de liberté comme les unités psychiatriques ?*
Marie-Charlotte Dalle, Magistrat, directrice des affaires juridique au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille
-

2016

- p. 82 *Les magistrats et la déclaration d'irresponsabilité pénale*
Caroline Guibet Lafaye, **Camille Lancelevée**, **Caroline Protais**
- p. 96 *L'importance des liens entre psychiatrie et justice* – **Tristan Gervais de Lafond**, Président du TGI de Lille
Propos recueillis par Sabrina Schiavoni, secrétaire du service communication de l'EPSM de l'agglomération lilloise
-

L'INFLUENCE DES REPRÉSENTATIONS MÉDIATIQUES DE LA DANGÉROSITÉ ET DE L'ENFERMEMENT ASSOCIÉES À LA MALADIE MENTALE SUR LA PRATIQUE DES PSYCHIATRES

PR. BRUNO GRAVIER

Médecin-chef, Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires, Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)

Bruno Gravier est psychiatre, chef du Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires du Département de Psychiatrie du CHUV de Lausanne. Professeur associé à l'Université de Lausanne, il est aussi président de la Conférence des Médecins Pénitentiaires Suisses, Secrétaire du Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie et membre de la Commission Centrale d'Ethique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Son parcours professionnel l'a conduit à exercer dans des institutions psychiatriques de haute sécurité comme l'Institut Philippe Pinel de Montréal et dans les prisons de Grenoble et de Lyon. Il s'est particulièrement attaché à l'étude des mécanismes de la violence, qu'elle soit individuelle, physique, verbale ou psychologique ou institutionnelle. Il est aussi préoccupé par les aspects éthiques de la pratique médicale dans les lieux de privation de liberté et par la question de l'accès aux soins des populations vulnérables. Il s'intéresse particulièrement aux traitements des auteurs d'infractions à caractère sexuel et a développé au sein du CHUV une consultation spécifique pour ces patients particuliers. Il préside le comité d'organisation du prochain Congrès International francophone sur l'Aggression Sexuelle qui se tiendra à Montreux du 12 au 14 septembre 2011 (www.unil.ch/cifas2011).

Une série d'interrogations

Je vais essayer d'évoquer les représentations médiatiques de la dangerosité et de l'enfermement associés à la maladie mentale.

Pour commencer, revenons sur la dangerosité, notion complexe source de nombreux débats. Ce thème occupe les médias à chaque nouveau drame qui met en cause un patient souffrant de troubles psychiques. Quel rôle tiennent les médias ? Viennent-ils agir comme catalyseurs ? Sont-ils la caisse de résonance des peurs populaires ? Vont-ils contribuer à la stigmatisation de la maladie psychique ? Pourquoi soulignent-ils sans cesse un éventuel lien entre dangerosité et maladie psychique ?

Actuellement, cette question est aussi posée autrement : n'y aurait-il pas un trouble psychique derrière tous les comportements dangereux ? C'est ce qui semble véhiculé par l'écho médiatique. Finalement, qu'est-ce que les psychiatres sont-ils censés soigner : la maladie psychique ou autre chose ? Ces quelques remarques amènent la question de l'utilisation des savoirs de la psychiatrie. Nos savoirs nous aident à mieux comprendre certains ressorts de la délinquance et du crime, nous autorisent-ils pour autant à tenir une position de toute puissance, à pouvoir tout traiter ; certes non !

N'est-ce pas plutôt la fonction répressive du psychiatre qui est convoquée dans les représentations ainsi véhiculées ? Le psychiatre serait ainsi là, d'abord pour interner, pour évaluer, pour contrôler.



Pr. Bruno GRAVIER, Médecin-chef, Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires, Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)
Psychiatrie et justice : quel traitement médiatique ? - 2011

La multiplication des injonctions thérapeutiques auxquelles nous assistons est la marque de la diversification et de l'extension des moyens de contrôle par la société sur les comportements déviants. C'est, bien sûr, le symptôme d'une société qui tend au tout sécuritaire. C'est aussi le fruit d'une démarche moins émotionnelle qui se veut scientifique et qui viserait à une meilleure gestion du risque. Tout cela n'est pas sans conséquence pour les pratiques soignantes.

La dangerosité et sa complexité

La dangerosité est un phénomène complexe. Pour C. Debuyst, le développement du concept de dangerosité

avait pour objectif de maîtriser les activités criminelles et de gérer des populations susceptibles de poser problème à l'ordre social quelle que soit ce qui a conduit à commettre des actes de délinquance.

Pour Debuyst, c'est donc une préoccupation qui unifie artificiellement une pluralité de difficultés se situant dans des problématiques différentes, donnant lieu à une pluralité des démarches. L'appréciation de la dangerosité est selon l'analyse de et auteur un mode de gestion des populations sous main de justice, c'est donc au magistrat de s'en occuper. Pourtant, pour le public il serait évident que c'est le rôle du psychiatre.

Un phénomène imprévisible

Le moteur est d'abord émotionnel et participe d'un ressenti. La dangerosité, avant toute chose, c'est le fait de percevoir le risque d'une attaque, physique mais aussi psychique. Il s'agit d'un sentiment de menace, un sentiment d'être débordé, d'être dans l'insécurité.

Ce vécu est catalysé et amplifié par tous les drames qui ont scandé ces dernières années.

En 2000, notamment, le gouvernement du canton de Zoug, en Suisse a été abattu en pleine séance par un citoyen qui estimait avoir été lésé par l'État. Il s'en est suivi dans la presse un déchainement des propos de lecteurs

qui, non seulement ne condamneraient pas cet acte terrible, mais le justifiaient par l'arrogance de l'Etat à l'égard des citoyens. Depuis, chaque fois qu'un citoyen vient se plaindre avec une certaine virulence auprès d'une administration, quel qu'en soit le motif, ceux qui sont l'objet de la vindicte, parfois un service entier, revit par anticipation ce drame et demande aide et sécurité.

La dangerosité est un phénomène troublant empreint de subjectivité. C'est un fait psychique qui se joue entre l'auteur, l'agresseur réel, potentiel ou supposé et celui qui en est la victime.

La dangerosité devrait être prédictible, nous dit-on ! Les autorités ne cessent de réclamer une amélioration de la prévision de la dangerosité. Pourtant, tout le monde sait que la dangerosité est imprévisible. Chacun d'entre nous a, un jour ou l'autre, été confronté, à la faveur d'une altercation ou d'une violence, à quelque chose qui saisit brutalement, sidère, interpelle et nous confronte à un vécu de dangerosité sans que l'on puisse véritablement penser que ce qui s'est passé était du domaine du prédictible ou du pensable. Comment prédire quelque chose d'imprévisible ?

Les représentations sociales de la folie : la violence

De nombreuses études se sont penchées sur la figure de la victime et du traumatisme. Les travaux de Fassin et Rechtman nous montrent qu'il est désormais inconcevable qu'une

personne exposée à un traumatisme potentiel ne soit pas aidée, qu'elle le veuille ou non, qu'elle soit ou non envahie par un vécu traumatique.

Est-ce que le fou est criminel ? On pensait que cette question s'était éloignée après des décennies d'un patient travail de déstigmatisation. Elle fait pourtant retour avec force dans le politique et les médias.

Mais de quel fou s'agit-il ? Nous sommes face à une évolution des représentations car aujourd'hui le fou n'est plus celui dont l'altérité inquiète par son délire. Il est par définition le fou criminel et meurtrier, et principalement le délinquant sexuel.

Pourtant, évoquer la figure de la délinquance sexuelle, c'est s'éloigner du champ d'activité de la psychiatrie pour se retrouver du côté de la délinquance. Mais tout est amalgamé. À force de télescopes c'est à la psychiatrie que l'on demande la solution. Il semblerait ainsi que l'on attend beaucoup de la psychiatrie tout en stigmatisant son manque de moyens, l'incompétence ou l'insuffisance de formation des professionnels.

Cette figure de la folie est donc très différente de celle que nous côtoyons dans les hôpitaux et dispensaires. C'est pourtant bien cette figure de la folie qu'il faut maintenant gérer.

A. Lovell dans son rapport sur la violence (2005), relève que les représentations du grand public associent pratiquement toujours violence et folie. L'enquête « santé mentale en population générale » (Roelandt 2010) note que, pour 75% des personnes

interrogées, les termes « fous » et « malades mentaux » sont associés aux comportements dangereux. Pour le public, les comportements déviants et la violence sont associés à la folie et à la maladie mentale.

Les représentations sociales de la maladie psychique : un paradoxe

Nombre d'études ont été faites sur ce sujet. Je me référerai à celle de Markowitz (2011). La compréhension de la maladie mentale a évolué vers une meilleure connaissance de celle-ci grâce à nombre d'émissions et d'articles de vulgarisation. Malgré tout, depuis 1950 le nombre de personnes qui associent maladie mentale, dangerosité, violence et imprévisibilité a considérablement augmenté. Cette incompréhension est expliquée par cet auteur par le retentissement dans les médias de certains épisodes de violence pathologique.

Nous sommes donc face à un paradoxe. Il y aurait une meilleure compréhension de la maladie, pourtant cette meilleure compréhension augmente la stigmatisation et majore l'amalgame entre violence et maladie.

Ce qui est constitutif de la dangerosité

Si on considère ce phénomène d'un peu plus près, la dangerosité est d'abord un concept légal, un concept dichotomique. On répond à la question posée de la dangerosité d'un sujet par oui ou non. Selon, Steadman trois composantes vont constituer la dangerosité :

- qu'est ce qui rend la personne dangereuse ? Quels sont ses facteurs de risque ?

- qu'est-ce que cette dangerosité va avoir comme conséquence pour la victime ? quel sera le type de violence utilisée ? nous sommes dans le registre de l'infraction pénale et de sa qualification juridique.

- quel va être le niveau de risque, quelle est la probabilité que quelqu'un se rende coupable de violence ?

La gestion du risque

Depuis ces dernières années, un grand nombre de travaux sur la gestion du risque présenté par certaines personnes violentes ont été effectués.

Ces travaux partent du constat que l'on peut identifier les facteurs de risque d'une personne violence à l'aide d'outils que l'on appelle actuariels, en référence aux logiques assurancielles. Tout ou presque d'un point de vue assurantiel peut se transformer en l'objet d'un risque que l'on va quantifier en termes de coûts.

Le comportement dangereux peut ainsi se mettre en équation. La violence, le délit, le crime, peuvent être la conséquence d'un risque mal calculé. Le raisonnement sur lequel repose la quantification du risque de violence se fonde sur l'identification des taux de base, c'est à dire que dans une population donnée, il existe un certain pourcentage de sujets susceptibles de commettre un acte de violence.

Cette volonté de quantification des risques a donné lieu à une multiplica-

tion d'instruments dits actuariels dont le plus utilisé est la PCL « Psychopathy Check List ». Le principe, schématiquement, est toujours le même : additionner des facteurs de risques reconnus pour en déduire un score de risque.

La rationalité de précaution et le tout sécuritaire

Nous serions dans une culture de rationalité de précautions et pour reprendre une phrase de Jean Danet, les acteurs du champ pénal deviennent les gestionnaires d'un risque à assumer et à gérer.

Il y a une volonté, par ce passage de la dangerosité à la gestion du risque, d'indiquer que l'on va passer de quelque chose d'irrationnel à quelque chose de gérable. Mais, cette démarche de gestion du risque qui pourrait viser à rendre les individus gestionnaires de leur potentialité de violence se téléscopent néanmoins avec la volonté d'isoler les individus dont on a identifié une dangerosité présumée.

Pour illustrer comment ces instruments d'évaluation du risque peuvent être utilisés dans une perspective de stigmatisation et d'exclusion sociale, je mentionnerai l'anecdote suivante : lors d'une audition parlementaire en Suisse, un collègue psychiatre, partisan de ces méthodes mentionnait que sur les 20 récidives survenues récemment dans sa région, 8 homicides auraient pu être évités si les sujets avaient été évalués par ce type d'approche. On peut facilement imaginer l'impact de

tels propos sur le législateur qui a, bien sûr légiféré en s'appuyant sur de telles considérations.

Nous sommes donc loin de l'optique de rendre les individus autonomes, gestionnaires de leur potentialité de récidive. L'identification des facteurs de risques démultiplie l'idée de dangerosité là où elle devrait la canaliser. Le fait d'identifier des gens à risque va renforcer le sentiment que chaque individu à risque potentiel de récidive est une bombe à retardement. Chaque fait divers vient renforcer ce sentiment.

L'impact des représentations médiatiques

Suivant Mannoni, le nombre des victimes directes touchées par les médias s'accroît considérablement par un mécanisme de diffusion que l'on peut nommer « l'onde de choc affectivo-émotionnelle ». Un fait divers est répercuté par les médias, et chaque lecteur ou auditeur va s'identifier à une victime pour devenir lui-même victime indirecte.

Autre élément lié aux représentations médiatiques : le rôle des fictions. Les fictions ont une forte influence sur les spectateurs. La plupart des productions de fiction, dès lors qu'elles s'emparent des faits divers et qu'en soient le support, associent maladie mentale et violence.

Les incidences sur la législation : l'internement à vie en Suisse

Les représentations médiatiques influencent la production législative. La Suisse illustre particulièrement cette influence directe. En 2004, le peuple suisse a voté une disposition constitutionnelle permettant l'internement à vie, sans aucune possibilité de sortie de certains criminels. Il ne s'agit pas d'internement en milieu psychiatrique mais d'une forme de réclusion dans des établissements en théorie spécifiques, mais le plus souvent pénitentiaires.

Ce sont bien des faits divers qui ont été à l'origine de cette votation qui visait à rendre compte directement de l'émotion populaire. Il est intéressant de noter que dans les périodes précédant le vote, loin d'être considéré comme une question de société, le débat a été posé comme une affaire de spécialistes : directeurs de prison, des magistrats, psychiatres, etc.

En Suisse, pour faire changer la loi, pour changer la constitution, il faut un référendum. Une telle initiative peut être lancée par tout citoyen qui enclenche le processus après avoir recueilli un nombre minimum de signatures. Cette initiative populaire a recueilli 194 300 signatures, bien au-delà du minimum requis. Donc, il y a eu une mobilisation très forte.

Une rumeur courrait que l'État, les psychiatres et les juges cachaient la mise en liberté de gens qui avaient récidivé. Le contexte dans lequel cette initiative a été déposée en illustre le

poids des médias et son rapport à la folie : en 1994, un adolescent est tué par un malade qui avait quitté l'établissement psychiatrique où il se trouvait. Puis en 1997, une jeune fille est jetée dans un canal et ne peut pas être sauvée. Enfin, une jeune scoute est assassinée après avoir été violée par un détenu en permission. Le public a ces faits dans la tête au moment de signer l'initiative puis de voter. Ces trois faits divers se télescopent pour associer maladie mentale et crime horrible.

Le texte de l'initiative était présenté de manière tellement irréaliste et démagogique que les autorités politiques de tous bords ont estimé qu'il était impensable qu'il soit voté et n'ont pas fait campagne pour en empêcher son adoption alors que leurs consignes de vote allaient dans ce sens.

Dans cette histoire les corps constituants étaient dans une surdité incompréhensible par rapport à ce qui était en jeu. D. Salas rappelle dans son livre sur le populisme pénal qu'à partir « du moment où le destinataire de la décision n'est plus individu mais le public, celui-ci en devient le critère et la justification ». La loi a donc inscrit l'inquiétude et la colère populaire en termes législatif.

Le texte constitutionnel

Voici le texte qui a été voté et qui est inscrit dans la constitution suisse: « si un délinquant sexuel ou violent est qualifié d'extrêmement dangereux ou non amendable dans les expertises

nécessaires au jugement, il est interné à vie en raison du risque élevé de récidive. Les nouvelles expertises ne sont effectuées que si de nouvelles connaissances scientifiques permettent d'établir que le délinquant peut être amendé et qu'il ne présente plus de danger pour la collectivité. L'autorité qui prononce la levée de l'enfermement au vu de ces expertises est responsable en cas de récidive. »

Ce texte a été voté en 2004, il a fait son entrée dans le code pénal en 2008, à ce jour trois décisions ont été prononcées dans ce sens. Bien au-delà du caractère stupéfiant de ce texte, il s'agit du bouleversement du rapport entre la société et la psychiatrie. Il s'agit d'une loi d'exception qui fonde la décision judiciaire non pas sur l'acte commis mais sur la base d'une expertise psychiatrique rendant compte de la structure psychique du sujet, indépendamment de toute pathologie.

La sanction la plus lourde du code pénal, (plus lourde que la réclusion à perpétuité qui existe aussi dans le code pénal suisse mais peut faire l'objet d'une éventuelle libération conditionnelle après 15 ans) ne sera pas déterminée par l'appréciation de l'acte mais par le lien entre le psychisme et l'acte. La boucle est bouclée. La dangerosité devient alors une pathologie majeure et l'acte du criminel devient symptôme visible d'un psychisme inquiétant.

Le droit des mesures

En Suisse, existe le droit des mesures qui constitue une différence

sensible avec le droit français. Ce droit des mesures, inscrit dans le code pénal a été sensiblement remanié en 2007.

Un auteur de crimes ou de délits peut être privé de liberté de manière indéterminée par un tribunal pénal.

Il peut être astreint par ce jugement à un traitement institutionnel s'il a commis un crime ou un délit en relation avec un fait psychique. Ce traitement institutionnel peut être effectué en prison, en établissement médical ou médico-social fermé, etc.

Si en raison de ses caractéristiques de personnalité, il présente un grave trouble mental, peut commettre une autre infraction et n'est pas accessible à un traitement, il peut être interné pour une durée indéterminée au sens où je le mentionnais plus haut, c'est-à-dire dans un établissement spécifique. Dans ce cas la sécurité prime sur le soin. La privation de liberté durera jusqu'à ce que la personne puisse être capable d'accéder à un soin.

Il s'agit d'une logique pénale très peu intelligible dans son application car sont concernés par ces jugements toutes sortes de délinquants : il peut s'agir de patients souffrant de lourdes pathologies psychiatriques comme de délinquants dont la pathologie se manifeste par un trouble de la personnalité.

Ces 5 dernières années il y a eu une augmentation exponentielle des mesures qui ont conduit le système pénitentiaire à gérer de plus en plus de personnes souffrant de troubles psychiques et de plus en plus de personnes redevables d'un traitement

psychiatriques aux yeux de la loi. Dans un établissement pénitentiaire dont je m'occupe, 40% de détenus sont sous de telles mesures pénales.

L'illisibilité du système

Il y a quelques mois, un jeune homme de près d'une trentaine d'années condamné initialement à une courte peine de prison, suspendue au profit d'une mesure d'internement telle que je la décris plus haut, décède après avoir mis le feu dans sa cellule dans des conditions particulièrement terribles qui ont mis en cause le fonctionnement pénitentiaire dans son ensemble. Cet événement a eu fonction d'électrochoc.

Le public a découvert ce qu'est une mesure, ce qu'est une privation de liberté à durée indéterminée... Les gens ignoraient ce qu'ils avaient voté, ils ignoraient que le code pénal avait changé.

Pourquoi cet homme était-il toujours en prison ? Qui est responsable ? Il n'était pas considéré comme souffrant d'une grave pathologie psychiatrique et pourtant il tombait sous le coup d'une mesure psychiatrique. Il était connu comme quelqu'un présentant une personnalité fortement antisociale mais n'avait jamais commis de délit grave alors qu'il était incarcéré depuis 12 ans. Il s'est instauré un sentiment d'arbitraire car la peine initiale était dérisoire en regard du temps passé derrière les barreaux. De sujet marqué par la violence et la dangerosité comme l'indiquaient les décisions de justice il est devenu victime d'un

système inique et producteur de sujets en révolte.

Sur les médias locaux

En une année, 262 articles dans la presse suisse ont évoqué cette affaire, devenue en quelques semaines une affaire d'État : quelqu'un était décédé suite à l'arbitraire de la justice et de la sanction dont personne, pourtant parmi ceux qui s'étaient penchés sur le dossier, ne contestait la légitimité.

Les médias ont titré sur « l'immense faillite du système », les journalistes ont écrit « que les psychiatres avaient oublié leurs états d'âme... » (Le Temps 24 04 2010)

Une autre affaire a fait couler beaucoup d'encre, qui nous éloigne de la psychiatrie, touche aussi aux rapports entre médias et santé en prison. Il s'agit d'un détenu qui a mené une grève de la faim très médiatisée pendant 120 jours. Tous les jours, un article de journal lui était consacré. Finalement les autorités ont donné l'ordre au médecin de le nourrir de force. Ce monsieur n'est pas malade mental, il a toute sa capacité de discernement, et malgré les injonctions judiciaires, les médecins ont respecté sa volonté. Il y a eu un grand débat.

Le rédacteur en chef du plus gros journal romand écrit à ce titre : « La position officielle du corps médical dérange car se prévaloir du serment d'Hippocrate, se soustraire à sa responsabilité face au bien commun, c'est faire passer sa lâcheté pour une vertu face au chantage. (..) Oui un prisonnier est à la charge de l'État qui

doit se porter garant des conditions dans lesquelles il purge sa peine » (24 heures, 13 11 2010). Le médecin doit obéir à l'État !

Quelles incidences sur les pratiques ?

Les thérapeutes deviennent gestionnaires obligés de la mesure. Plus que l'évolution même du patient, ce que le soignant propose peut être l'objet d'évaluations dans une forme de retournement de la perversion. Il y a confusion sur ce qui est à soigner, une incapacité à définir ce qu'est une thérapie.

Le soin est-il une peine, la peine est-elle un soin ? Ce qui est désigné comme soin par le législateur devient la principale méthode de contrôle. Est-ce qu'il s'agit d'un parcours moral ? Est-ce qu'il s'agit d'une introspection, d'une rééducation ?

Un instrument barbare est utilisé aux États-Unis pour contenir et immobiliser les détenus trop agités, il s'agit d'un fauteuil de contention. C'est la traduction du désarroi du personnel pénitentiaire face à la violence de certaines personnes.

Les sanctions augmentent, les dispositifs de contrôle sur les corps se généralisent. Ce n'est pas un hasard si certains politiques ont demandé l'introduction des bracelets électroniques pour des patients souffrant de pathologie psychiatrique en hospitalisation d'office mais qui n'avaient commis aucun délit.

Tous ces dispositifs qui semblaient invraisemblables et impensables il y a quelques années sont en voie d'intériorisation. Demandons-nous alors si les médias permettent les débats ou s'ils les écrasent par l'extrême en mettant en exergue à l'envi les représentations du fou et de sa violence présumée ?

BIBLIOGRAPHIE

Danet J.

Comment a évolué récemment le droit et quelles sont les préoccupations du législateur quand il évoque la « dangerosité des malades mentaux » ?

HAS, Audition publique, Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. Textes des experts, déc. 2010, 27-38.

Debuyst C.

La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie, Criminologie, 1984; 17(2) : 7-24.

Fassin D., Rechtmann R,

L'empire du traumatisme, Enquête sur la condition de la victime Flam-marion, 2007

Lovell A.

Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé, Rapport de la commission

« violence et santé mentale, Mars 2005, 79 pp.

Mannoni P.

Le terrorisme, un spectacle sanglant, Sciences Humaines, Violences, 12/2004 et 1&2/2005, hors série n°47, http://www.scienceshumaines.com/le-terrorisme-un-spectacle-sanglant_fr_13770.html

Markowitz F. E.

Mental Illness, crime and violence : Risk, context, and social control, Aggression and Violent Behavior, 2011, 16, 36-44

Roelandt J-L., Caria A, Defromont L-, Vandeborre A. , Daumerie N.

Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France, L'Encéphale 2010, supplément 1 au N°3, 7-13

Salas D.

La volonté de punir.

Essai sur le populisme pénal, Paris, Hachette, 2005

« PARCOURS D'ADOS DIFFICILES »

SANS JUSTICE PAS DE SOINS, SANS SOINS PAS DE JUSTICE ?

PROPOS INTRODUCTIF

DR. PATRICIA DO DANG

*Pédopsychiatre
Chef de pôle 59i04
EPSM de l'agglomération lilloise*

Bonjour à tous. Je remercie Madame Judes d'avoir introduit brillamment le débat. C'est à mon tour, au nom du comité de pilotage, de remercier l'ensemble des intervenants qui ont accepté de venir nous transmettre la qualité de leur expérience et de vous remercier également, vous tous ici présents, d'être rassemblés aussi nombreux aujourd'hui autour de ce sujet complexe, qui manifestement vous préoccupe et vous mobilise autant que nous.

L'adolescence est en soi une période difficile. Confronté à la métamorphose et au bouleversement pubertaire, l'adolescent doit à la fois abandonner l'enfance et trouver d'autres repères pour accéder à la vie adulte. Ce temps de construction identitaire s'accompagne d'une réactivation intense des problématiques de l'enfance. Si les fondements affectifs, sur lesquels cette enfance s'est construite, sont solides, l'adolescent peut espérer vivre sans encombre cette transformation physique, psychique et sociale.

Mais qu'en est-il pour ces adolescents, ceux que nous nommons « difficiles », dont le parcours de vie a été précocement chaotique et déstructurant ?

Ils apparaissent comme des jeunes en profonde souffrance, perturbés tant sur le plan de l'intégration sociale et scolaire que de la relation à l'autre. Agressivité contre eux-mêmes et autrui, omnipotence et passages à l'acte sont autant de troubles qui mobilisent rudement l'énergie des personnes

et institutions qui tour à tour les prennent en charge. Ces conduites répétées finissent par devenir intolérables et aboutissent à la rupture avec leur famille et avec les différentes institutions qui s'avouent épuisées et impuissantes.

Déseparées, confrontées constamment à leurs limites, ces institutions sont en effet attaquées. Elles sont attaquées au niveau de leur cadre mais aussi de leur identité même, car sans cesse poussées par ces adolescents aux marges de leurs missions.

Ainsi, l'adolescent difficile relève de différents champs, principalement du judiciaire, du psychiatrique et du social, et chacun de ces champs arrive à penser qu'il relève des autres champs que le sien. L'adolescent devient « incasable ». Ce rejet vers les autres champs est souvent organisé par la perception et la crainte d'une violence, violence pour laquelle personne ne se sent spécialisé. En effet, aucun professionnel n'est spécialiste de la violence, en tout cas, pas seul.

La circulaire santé justice de 2002 a fixé le principe de la nécessaire « prise en charge concertée » pour les adolescents en grande difficulté. Mais il persiste sur le terrain de nombreux écueils dans la mise en place de ces articulations. Les difficultés du partenariat contaminé par la psychopathologie de ces jeunes ne sont pas seules en cause.

Dans son plaidoyer de 2007 en faveur d'une véritable prise en charge de la souffrance des adolescents, Dominique Versini¹, la Défenseure des



Dr. Patricia Do Dang, Pédopsychiatre, Chef de pôle S9104, EPSM de l'agglomération lilloise
Parcours d'ados difficiles : sans la justice pas de soins, sans soins pas de justice ? - 2013

enfants, dresse un constat alarmant sur l'ensemble de notre territoire national : un dispositif psychiatrique et médico-social saturé, avec notamment une augmentation de 70% sur quinze ans des demandes de soins dans les CMP de pédopsychiatrie, pas de moyens dédiés en conséquences, une diminution drastique des capacités d'hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie, une répartition inégale des hommes et des équipements et enfin une baisse importante de la démographie médicale. Le Plan de santé mentale relevait en 2005 que 800 postes de psychiatres et 15 000 postes d'infirmiers psychiatriques étaient vacants dans les hôpitaux publics. Rappelons que le Pas-de-Calais avec la Mayenne et la Guadeloupe sont les départements les moins bien lotis. Pour autant, le dernier budget alloué à la psychiatrie de notre région a été diminué, ce qui ne sera pas sans conséquences dommageables sur nos pratiques.

Parallèlement à ce manque de moyens, la tâche des professionnels est complexifiée par une dure réalité

sociale. Ainsi, la délinquance juvénile s'enracine au sein d'une société chamboulée par la crise économique et de profondes mutations. Précarité et de grandes mutations. Précarité grandissante, chômage et exclusion, métamorphose de la famille marquée par l'instabilité des liens affectifs et l'augmentation des familles monoparentales, sont autant de facteurs importants de vulnérabilité.

Alors malgré tous ces obstacles, comment les professionnels peuvent-ils mettre en œuvre des réponses concertées, élaborées en partenariat, où chacun peut trouver sa juste place pour aider ces jeunes à sortir de leurs difficultés ? Comment ne pas nous attaquer entre professionnels, ne pas céder aux passages à l'acte violents, ne pas répéter en miroir les ruptures et les abandons successifs ? Comment continuer à penser et à créer ? Comment ne pas se décourager et continuer d'espérer des processus de changement ?

À la question posée par le philosophe Éric Fiât² « quelle place pour celui qui n'a nulle place ? », il répond ceci, je le cite :

« Si l'homme est en position prévisible, il est encore libre parce que jamais aussi déterminé par ses habitudes que la bête par son instinct. Même quand les déterminismes deviennent si prégnants qu'ils entraînent une perte de fluidité, de plasticité, il faut alors parier qu'il aurait pu faire autre chose que ce qu'il a fait. La supposition « tu vaudrais mieux que ce que tu as fait » est le meilleur moyen qui puisse lui permettre de faire autrement un jour. Ceci n'implique pas une trop grande tolérance quant aux actes, mais une exigence de responsabilité. C'est le plus beau cadeau qu'on puisse faire à un ado. La mauvaise action s'explique mais n'est pas légitime. « À l'origine de ta méchanceté il y a une secrète malchance ». Malchance et méchanceté ont la même origine étymologique ».

Ainsi, comme il nous y invite, gardons en tête que pour Hugo, le misérable c'est à la fois le malchanceux et le méchant, mais rien n'est fixé, Jean Valjean a la capacité d'évoluer.

Comme diraient Éric Fiât et Rabelais : les dés ont « meschus » ! Place au colloque que nous vous souhaitons intéressant et agréable!

1 Dominique Versini, la Défenseuse des enfants : Souffrances des adolescents, plaidoyer pour une véritable prise en charge, thématique 2007.

2 Éric Fiât, philosophe, responsable du master et du doctorat de Philosophie Pratique Éthique Médicale et Hospitalière, Université de Marne-La-Vallée : Conférence du Vendredi 19 octobre 2012 de l'association rénovation : « Incasable, inclassable, incassable ? » ; Accompagner les enfants et les adolescents en difficultés multiples et en souffrance psychique.

PSYCHOPATHOLOGIE DIFFÉRENTIELLE DE LA VIOLENCE À L'ADOLESCENCE

PR. MICHEL BOTBOL

*Professeur de Psychiatrie
Infanto Juvénile,
Université de Bretagne Occidentale,
CHU de Brest*

Dans les états de droit, les rapports entre pédopsychiatrie et justice des mineurs est très fortement influencé par une double contrainte, à l'interface de deux principes hétérogènes : le souci d'éduquer et socialiser les mineurs délinquants en les protégeant de l'immaturation psychologique et des défaillances sociales auxquelles on attribue leur violence, et celui de les surveiller et de les punir pour défendre la collectivité contre les effets destructeurs de leurs actes. Opposés et contradictoires dans la justice des majeurs, où c'est la folie qui est la principale limite à la judiciarisation pénale des actes transgressifs, ces principes sont étroitement intriqués dans la justice des mineurs où il ne peut, par hypothèse, exister d'acte transgressif qui ne soient en même temps la manifestation d'un défaut du contexte ou d'un inachèvement des processus de maturation. Si bien que l'on doit considérer que cette intrication, évoquée déjà par la loi de 1912 et très fortement soulignée par l'exposé des motifs de l'ordonnance du 2 février 1945, est consubstantielle de l'excuse de minorité qui est au centre du droit pénal des mineurs dans les états de droit. C'est ce qui fait de la justice pénale des mineurs en France l'une des deux composantes de leur protection judiciaire dans une conception qui la tresse avec la protection des mineurs en danger.

Dans cette perspective légale complétée par l'ordonnance de 1970 et la loi de 2007 sur la protection des mineurs en danger, cette intrication

justice/pédopsychiatrie apparaît comme la principale caractéristique de la justice des mineurs (Botbol et al 2010). Dans cette justice c'est, en effet la même immaturité psychologique du mineur et la même dépendance à son contexte affectif et éducatif qui fondent la nécessité de le protéger des dangers auquel il peut être exposé et l'excuse de minorité qu'il faut appliquer à l'abord judiciaire de leurs actes délinquants. Il en découle, dans l'évaluation de ces actes, la place toute particulière que la justice des mineurs donne à la prise en compte de la personnalité du mineur et du contexte éducatif et affectif dans lequel il vit¹ ; le choix de la réponse qui sera donnée à son acte sera ainsi très largement déterminée par cette évaluation, relativisant la place que doit occuper sa qualification légale. Dans cette perspective, la justice des mineurs donne, par contre, une place centrale à la prise en compte de la personnalité du mineur et donc à son fonctionnement psychique. On passe ainsi d'une logique nosographique (qui oppose normal à pathologique dans la justice des majeurs) à une logique psychopathologique, où ce qui importe ce n'est pas tant l'étiquetage du trouble que le mode de fonctionnement psychique du délinquant (Botbol et al 2010). C'est au croisement de ces tensions conceptuelles (protection vs sanction d'une part et psychologie ou psychiatrie vs justice de l'autre) qu'a émergé la qualification « adolescents difficiles » (Botbol 2008) qui tente de désigner les adolescents violents les



Pr. Michel Botbol, Professeur de Psychiatrie, Infanto Juvénile, Université de Bretagne Occidentale, CHU de Brest
Parcours d'ados difficiles : sans la justice pas de soins, sans soins pas de justice ? - 2013

plus problématiques sans « prendre parti » dans les multiples tensions qui traversent leur définition.

Bien qu'elle ne relève donc pas d'une grille nosographique psychiatrique, la catégorie « adolescents difficiles » correspond cependant à une réalité clinique tout à fait définie : une clinique individuelle à expression environnementale dans laquelle ce qui fait signe, ce qui ne trompe pas pourrait-on dire, ce n'est pas tant la souffrance individuelle ressentie par l'adolescent que celle que ses agir font éprouver à son entourage ; ici, c'est la répétition de ses troubles du comportement et ses réactions aux réponses qui lui sont données par ceux qui l'entourent qui mettent en échec les professionnels qui en ont la charge (Saint André et al 2013). En pratique, cela conduit les services éducatifs à se sentir dépassés par la répétition d'agir violents de l'adolescent, et le refus des aides qu'on lui propose ; si bien que les

travailleurs sociaux qui interviennent dans ces services, en arrivent à considérer que c'est la psychiatrie qui est seule compétente et formée pour prendre en charge ces adolescents incompréhensibles. C'est précisément le discours inverse que tiennent les services psychiatriques, lorsqu'ils sont confrontés à ces mêmes jeunes. Les cas difficiles sont donc ceux que l'on considère comme incasables, car ils se situent toujours aux marges de la mission des services dans lesquels ils se trouvent ; ils mettent en cause par leurs comportements les limites et la résistance du cadre de ces institutions et leur identité même.

Si bien que ces adolescents se caractérisent par la rencontre des caractéristiques qui fondent la difficulté, souvent insupportable, qu'ils font ressentir à ceux qui les entourent :

- 1) La répétition de leurs agir violents et transgressifs
- 2) Leur refus des relations théra-

peutiques ou éducatives suffisamment investies pour permettre leur prise en charge

3) Le sentiment d'urgence qu'ils donnent à ce même entourage devant la conjonction des deux caractéristiques précédentes.

Face à ces constats, la psychiatrie est généralement sommée de répondre de façon indifférenciée par l'hospitalisation à temps plein de l'adolescent difficile, dans l'urgence, surtout pour soulager la souffrance des équipes sociales ou médicosociale ; la définition psychiatrique du trouble vient alors opportunément appuyer ce projet en masquant le rejet qui l'accompagne derrière des considérations nosographiques qui viennent paradoxalement annuler toute compréhension psychopathologique. En effaçant toute autre considération, l'identité psychiatrique affectée à l'adolescent difficile devient une identité exclusive et abusive, y compris pour ceux des professionnels qui, avec des adolescents plus ordinaires, moins exceptionnellement difficiles, sont les défenseurs les plus résolus

1 « Le juge des enfants devra obligatoirement – sauf circonstances exceptionnelles justifiées par une ordonnance motivée – procéder à une enquête approfondie sur le compte du mineur, notamment sur la situation matérielle et morale de la famille, sur le caractère et les antécédents de l'enfant, car ce qu'il importe de connaître c'est bien plus que le fait matériel reproché au mineur, sa véritable personnalité, qui conditionnera les mesures à prendre dans son intérêt. L'enquête sociale sera complétée par un examen médical et médicopsychologique sur l'importance duquel il n'est point nécessaire d'insister » cf. Exposé des motifs, ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante.

du travail partenarial en réseau. Si bien que c'est finalement, ce repli sur cette logique de filière qui est l'un des signes les plus constants, les moins équivoques, de ce qui, du dehors, définit un adolescent difficile et fabrique son incasabilité, comme l'a montré la mission d'appui que j'ai réalisée à la demande de la Direction de la PJJ (Botbol 2011) pour mieux connaître les rapports entre psychiatrie et justice dans les cas difficiles cinq ans après la publication de la circulaire Santé Justice du 2 Mai 2002 qui avait recommandé une prise en charge concertée pour les cas les plus difficiles .

Le rapport de cette mission d'appui souligne en effet une corrélation entre cas difficile et logique de filière dans tous les territoires étudiés, y compris ceux où les logiques de réseaux sont tout à fait effectives dans les cas ordinaires. Tout se passe donc comme si l'installation de cette logique de filière était tout particulièrement liée à la difficulté des cas, y compris dans les territoires où sont généralement éprouvés les avantages d'une logique de réseau et d'une prise en charge concertée. C'est donc dans les cas où la logique de réseau apparaît la plus nécessaire qu'elle est le plus susceptible d'être abandonnée par ceux-là mêmes qui en ont éprouvé l'utilité dans des cas moins difficiles.

Plutôt que de considérer comme un dysfonctionnement de l'articulation PJJ/ Psychiatrie cet écart entre principes et pratiques dans les cas difficiles, il nous a paru plus fruc-

tueux de le considérer comme une des caractéristiques de la difficulté de ces cas. Ce qu'il convient alors de comprendre sont les mécanismes qui distinguent les cas habituels, des cas qui suscitent et provoquent cet écart chez les professionnels.

À partir de l'expérience acquise dans les institutions pour adolescents, nous proposons de le faire ici en adoptant une méthode qui a fait ses preuves dans ce contexte : la méthode psychopathologique, ainsi dénommée parce qu'elle a été élaborée, d'abord, pour étudier les mécanismes à l'œuvre dans les maladies mentales ; cette méthode serait ici appliquée dans un domaine (la délinquance, la violence ou l'incasabilité) dont le statut nosographique est plus qu'incertain ; on se trouve alors dans une démarche qui est plus proche d'une « psychopathologie de la vie quotidienne » (Freud 1901) que d'une psychopathologie psychiatrique.

Cette application méthodologique, je vous propose de la réaliser en partant de l'idée que, du point de vue de la psychopathologie, ce sont les mêmes mécanismes qui sous-tendent la tendance à l'agir et l'impossibilité de supporter une demande d'aide. Ce mécanisme est ce qu'il est convenu d'appeler une psychopathologie des liens que l'on retrouve fréquemment chez les adolescents en souffrance.

L'adolescence est en effet un puissant révélateur des problèmes de liens car, aux origines de l'adolescence, il y a une rupture irréversible : la puberté

ou pour mieux dire le pubertaire dont Gutton (1991) s'est fait le théoricien reconnu dans une lignée ouverte par Pierre Male : avec l'activation pulsionnelle et l'éprouvé de la complémentarité des sexes qui en résulte, se réactive la problématique œdipienne qui sexualise les liens imposant une nouvelle distance avec les objets de l'enfance ; autrement dit, la séparation avec les personnes significatives de l'entourage familial s'impose avec d'autant plus de force que ces motifs sont fréquemment inconscients.

Cette séparation qui s'impose à l'adolescent constitue, en elle-même, un défi pour son narcissisme car elle le met seul face à ses doutes concernant ses capacités à faire seul avec le monde ou à contenir une destructivité ou une demande d'amour dont il se sent d'autant plus envahi qu'il doute de sa capacité de les contrôler.

C'est ce qu'exprime très bien le paradoxe que Jeammet (1980, 1990) met au centre de l'adolescente : « ce dont l'adolescent a le plus besoin (pour se rassurer) est ce qui le menace le plus » (d'une dépendance ou d'une séduction qu'il redoute et qui le persécute).

Ce paradoxe est donc d'autant plus noué que sont grands les doutes auxquels l'adolescent est confronté, c'est-à-dire l'insécurité identitaire dans laquelle il se trouve du fait des difficultés qu'il a pu rencontrer dans les périodes antérieures de son développement.

Le problème est que le dépassement de ce paradoxe est lui aussi dépendant de la solidité des assises du sujet. Pour faire face au paradoxe adolescent, l'adolescent va en effet devoir mobiliser toutes ses ressources psychiques pour pouvoir le traiter sans le réduire en opposition entre investissement de soi et investissement de l'autre. Il va être ainsi amené à réinvestir les traces mnésiques (les souvenirs) des expériences transitionnelles satisfaisantes qui lui ont permis de dépasser ces conflits narcissico-objectaux

rencontrés antérieurement dans le cours de son développement. Dans le plaisir partagé, il peut ainsi plus ou moins réduire l'intensité de ce conflit entre l'investissement de soi et l'investissement de l'autre, en recouvrant la séparation d'une illusion de continuité (c'est une des fonctions de l'autoérotisme au sens psychodynamique du terme). Or, cette capacité d'illusion n'est préservée que dans la mesure où les expériences antérieures avec l'autre n'ont pas débouché sur une déception traumatique qui aurait durablement réduit la capacité de l'adolescent à croire en l'autre et à ce qui peut venir de lui.

Dans les cas où la désillusion est trop intense ou trop radicale il ne reste plus à l'adolescent qu'une solution : désinvestir le monde interne pour faire face à la limitation de ses

capacités autoérotiques à réinvestir les traces mnésiques de satisfaction.

Moins ces ressources psychiques sont disponibles ou mobilisables plus le paradoxe est noué et le lien menaçant. Plus donc le désinvestissement du monde interne s'impose à l'adolescent comme une solution « antalgique » ;

L'adolescence est en effet un puissant révélateur des problèmes de liens car, aux origines de l'adolescence, il y a une rupture irréversible

cela le conduit à un surinvestissement du monde externe par l'acte, et une difficulté à s'exposer aux risques d'un lien intime et ambigu comme celui impliqué par une relation d'aide.

En tant qu'agir, la violence s'inscrit dans ce même processus défensif antalgique.

Dans ce contexte la forme que va prendre la violence va dépendre de la façon dont se résout cette problématique du lien.

1) Il y a d'une part ceux qui disposent de moyens psychiques suffisants pour utiliser l'autre à condition de pouvoir masquer à eux-mêmes et aux autres le besoin qu'ils ressentent à son égard. Dans ces cas, l'agir violent s'inscrit dans une dynamique visant à provoquer la réponse de l'autre afin que l'adolescent puisse éprouver sa relation avec lui. Ici, le lien mobilisé par la violence provocation s'établit grâce au fait qu'il est masqué par un conflit d'autorité : Comme le bébé qui pleure pour appeler sa mère afin de dépasser l'angoisse de séparation,

ces adolescents appuient sur le conflit qu'il établit dans la réalité externe pour supporter une séparation qu'ils ne pourraient élaborer avec leurs seules ressources psychiques.

2) Il y a d'autre part, ceux dont la défaillance narcissique est telle, qu'ils éprouvent tout investissement de l'autre comme un désinvestissement de soi (dans une opposition narcissico objectale radicale) ; dans ces cas, la mise en cause du lien aboutit à nier l'autre, à le faire disparaître ou à le détruire. Chez eux, toute manifestation de l'autre est insupportable si elle est perçue comme telle. Derrière l'expression commune qu'est la violence on observe une situation inverse de la précédente concernant le mouvement qui sous tend la mise en cause du lien : il ne s'agit plus ici de faire exister l'autre derrière le masque d'un conflit d'autorité ; il s'agit de le faire disparaître pour ne pas avoir à faire face à un insupportable conflit narcissique entre soi et l'autre perçu comme une menace vitale pour l'existence du sujet.

Notre hypothèse est que toutes les violences se situent entre ces deux types de modèle en proportion de la part qu'y occupe la place qu'elles font à l'autre. Aux violences narcissiques s'opposent les violences objectales dans un dipôle Soi/Autre. Tout ce qui va favoriser la violence narcissique (violence destruction) va le faire aux dépens de la violence objectale (violence provocation) et inversement. En pratique cela veut dire notamment

que si le conflit d'autorité est mal géré, c'est-à-dire s'il est trop systématiquement évité (le laxisme ou l'indifférence) ou au contraire s'exerce de façon abusive en attaquant le narcissisme de l'adolescent (en l'humiliant ou le maltraitant), il se transforme en conflit narcissique ce qui favorise le passage d'une violence provocation à une violence destruction. C'est d'autant plus le cas avec les adolescents difficiles du fait de la faiblesse des ressources narcissiques qu'ils tirent des satisfactions du passé, c'est-à-dire de leur fragilité dans ce domaine. Plus que les autres ils seront susceptibles de se sentir humiliés et blessés par une gestion inadéquate des conflits d'autorité. Plus que les autres, ils courent donc le risque de recourir à la violence destruction. Si bien que, du point de vue de ces adolescents, l'excès d'autorité a les mêmes conséquences que son insuffisance : il favorise la violence destruction en annulant l'effet régulateur du conflit d'autorité.

Cet apport de la psychopathologie nous permet de reconsidérer un peu autrement les questions que posent les adolescents difficiles dans leur rapport avec les institutions et services qui les prennent en charge. Il montre en effet que, s'il n'est pas douteux que c'est parmi eux que se recrutent les incasables qui nous occupent et nous usent cette « incasabilité » ne résulte pas seulement du fonctionnement psychologique individuel de ces adolescents mais également de

l'interaction entre le fonctionnement psychologique qui sous tend leur violence et les réponses que leur donne les institutions et services qui les prennent en charge. En gros et de façon plus triviale cela signifie que la réponse que l'environnement apporte à leur violence participe à la définition du fonctionnement psychologique qui sous tend cette violence et finalement aux caractéristiques de cette violence dans le dipôle soi/autre que nous avons évoqué plus haut. Ce que révèlent ces caractéristiques est donc beaucoup plus que le fonctionnement personnel de l'adolescent concerné mais la résultante des interactions complexes entre les trois déterminants que constituent la dépendance de ces adolescents (leur besoin de l'autre), la qualité de leurs assises narcissiques (l'importance de la sécurité qu'ils tirent du réinvestissement mnésique des expériences antérieures de satisfaction) et la qualité des réponses de l'environnement. Ainsi, les propriétés d'une institution donnée, c'est-à-dire son projet, son histoire et les valeurs auxquelles elle croit, vont-elles, tout autant que la discipline à laquelle elle se réfère, influencer sur la façon dont elle va définir ses incasables. Sur cette base, les institutions vont non seulement déterminer les limites qu'elles se donnent et la place dans laquelle elles mettent les institutions partenaires, mais également plus ou moins infléchir le fonctionnement de ces jeunes et les caractéristiques de leur violence.

Or, nul ne peut contester que les discours institutionnels du moment aient, comme les discours politiques, tendance à considérer que le rappel de la loi est la clé de voûte des réponses qu'il convient d'apporter aux passages à l'acte des adolescents difficiles et notamment à ceux qui sont les plus violents. On attend de la loi qu'elle participe à la fonction contenante de l'institution en venant fixer des limites qui s'imposent à tous, avec au fond cette idée, que cette limitation va conduire le sujet à la reconnaissance interne de la tiercéité (de l'altérité) qui est l'un des principaux objectifs de nos soins.

Dans ce courant, on attend donc de la loi qu'elle limite cette tendance à l'omnipotence que l'on retrouve si souvent chez nos patients, mais aussi dans les équipes de soins soumises à l'induction contagieuse de mécanismes d'identification projective, eux aussi particulièrement fréquents chez les patients que nous traitons en institution.

Autrement dit, on attend de la loi qu'elle participe aux soins en protégeant les uns et les autres d'une tendance à l'autoréférence, grâce à l'inscription de tous dans un ordre commun qui fait tiers pour chacun, lie le désir à la loi et institue un équilibre entre individuel et collectif.

Généralement peu contestée sur le fond, cette valeur de la loi fait l'objet de débats passionnés lorsqu'il s'agit d'en discuter les modalités d'application. Deux tendances s'opposent ici, au moins dans les discours :

- Une pédagogie du respect qui s'attache à réintroduire la loi par le petit bout de son utilisation quotidienne pour gérer les relations entre soi et l'autre et satisfaire aux besoins narcissiques légitimes de chacun.

- Une éducation par la sanction qui vise à opposer aux exactions une sanction aussi systématique que possible en réduisant au maximum les zones de tolérance qui sont vécues comme de dangereuses sources d'incitation

La récente réactivation de ce débat par les confrontations politiques actuelles fait oublier à quel point il traverse depuis longtemps la moindre de nos institutions, même les plus ouvertes ou soignantes. Il est d'ailleurs patent que dans nombre de cas, l'une ou l'autre de ces deux approches montrent leur efficacité. On peut donc dire que l'une et l'autre marchent avec les adolescents difficiles.... Le problème est que ces approches ne marchent que quand elles marchent et qu'elles semblent aggraver les choses quand elles ne marchent pas.

Le point de vue psychopathologique que je viens d'évoquer permet d'expliquer ce constat contrintuitif puisqu'il nous montre que le point commun entre ces deux tendances, douce ou dure, est de faire l'une et l'autre preuve d'angélisme quand elles prétendent répondre par la loi à la violence destructrice, celle qui est le propre de ceux qui ne peuvent investir l'autre sans se désinvestir eux-même. L'une et l'autre de ces approches s'inscrivent dans une logique qui, en référence à la communauté tierce

de la loi, met en exergue la différence entre soi et l'autre en insistant sur les droits des uns et des autres, c'est-à-dire leur discontinuité, leur séparation. Elles insistent donc précisément sur ce qui est le plus insupportable pour des sujets dont les assises narcissiques sont trop défaillantes pour leur permettre de partager quoi que ce soit avec l'autre. Dans ces conditions, la loi n'est plus pour eux qu'un attribut de l'autre ; c'est l'arme dont l'autre se saisit pour atteindre l'objectif d'asservissement que le sujet leur prête. Instrument d'un duel privatisé la loi ne trouve pas d'espace tiers ou s'inscrire. En effet, contrairement à la loi, un tel espace ne se décrète pas ; il se crée et c'est sans doute une des tâches essentielles de nos institutions que de le faire en s'appuyant sur la multiplicité des échanges permis par les médiations quotidiennes ou formalisées qu'elles mettent en place. En focalisant l'attention du sujet sur ces médiations multiples l'institution permet donc d'éviter de la focaliser sur le rapport à l'objet et sur les différences avec lui. Elles s'inscrivent donc dans une logique opposée à la précédente une logique de la transitionnalité ou, contrairement à ce qui se passe dans celle de la loi, il ne s'agit pas de clarifier les droits et les devoirs de chacun en exaltant leur différence mais au contraire de recouvrir ces questions d'un halo d'illusion qui tend à recouvrir la discontinuité entre le sujet et l'objet, ce qui s'oppose à la focalisation sur ce qui revient à l'un et à l'autre.

Dans ces cas, l'objectif n'est donc plus de faire passer la loi dans toute la rigueur de sa tiercéité mais de tout faire pour que les médiations et le quotidien partagés permettent d'instituer une transitionnalité suffisamment ambiguë pour que la créativité imaginaire du sujet soit relancée sans que cela ne vienne réactiver sa résistance contre le lien. C'est évidemment très différent de la logique de la loi. Ce qui est ici premier, c'est l'action, le faire avec et ce n'est que secondairement, une fois réactivé le plaisir de faire seul avec la médiation qu'il est possible que soit perçu le fait que c'est en présence de l'autre. C'est, donc, le plaisir éprouvé dans les médiations qui va permettre de s'exposer au lien, secondairement, en permettant au sujet de renouer avec son autoérotisme (c'est-à-dire le réinvestissement psychique d'expérience d'échange satisfaisant avec l'objet) avant de pouvoir à nouveau s'exposer à l'autre. Cette approche exige que les professionnels et les équipes aient la capacité de s'effacer derrière les médiations qu'ils proposent d'abord pour elle-même. Il faut donc que ces professionnels puissent être présents sans imposer au sujet le poids de leur importance. C'est évidemment une difficulté majeure pour eux.

Il me semble qu'avec des patients difficiles cela n'est possible que dans la mesure où ces soignants peuvent appuyer sur le plaisir d'un autoérotisme d'équipe ce qu'ils ne peuvent jouer dans la relation au patient. C'est

en somme le plaisir qu'ils vont pouvoir tirer de l'analyse en commun de leur pratique qui leur permet de supporter d'être là avec ceux qui ne sont capables de jouer seuls en leur présence que dans la mesure où leur investissement de la concrétude externe leur permet, dans un premier temps, de méconnaître l'investissement de la relation et du lien.

Dans ce contexte, le surinvestissement de la réalité externe a néanmoins un intérêt : celui d'agir sur la psyché des personnes qui entourent l'adolescent difficiles, c'est-à-dire ceux qui ont toutes les chances d'être influencés par ses actes et par ses projections externalisées et ceci à la mesure même de son désinvestissement interne. L'acte rencontre donc l'autre qu'il influence plus ou moins consciemment ce qui constitue sans doute l'un des mécanismes impliqués dans la construction de ce que Jeammet (1980) désigne sous le terme « d'espace psychique élargi ».

Tout va alors dépendre de la façon dont il va pouvoir effectuer ce traitement. Il peut le contre agir pour expulser cet affect aussi vite que possible en utilisant tous les moyens dont il peut disposer pour cela (comme le « diagnostic » du sujet et de son agir, les théories désubjectivantes concernant ses motifs ou plus directement pratiquement, les décisions d'exclure de reléguer ou de réorienter celui qui est à l'origine de l'affect pénible).

Si l'objet trouve un moyen de résister à la tentation de contre agir ses affects (du fait de ses capacités propres et de l'aide que lui apporte le groupe des soignants et l'organisation de l'institution thérapeutique), il est amené à les élaborer en faisant appel à ses capacités de métaphorisation dans une démarche qui rejoint celle que Lebovici dénomme l'empathie métaphorisante (1998) à partir de son expérience de la consultation thérapeutique parents bébés. Sa démonstration se fonde sur une hypothèse au moins implicite : la métaphore à laquelle aboutit le processus est en rapport étroit avec la problématique que l'acte vise à désinvestir. Tout se passe en somme comme si l'acte gardait la trace du conflit auquel il se substitue ; cette trace ne trouvera sa figuration que dans la psyché des personnes qui environnent le sujet et sont affectées par son acte. Ils sont ainsi amenés à redonner sens à ces manifestations agies qui visent précisément à réduire le sens en bruit et l'autoérotisme en agir ; ils prêtent donc leur préconscient pour redonner une valeur psychique figurable à des mouvements de décharge dépsychisants... les mouvements mêmes qui rendent difficile le recours aux psychothérapies classiques.

Encore faut-il que les conditions soient réunies pour que :

- le patient exerce une influence suffisante sur les soignants (ce qui suppose une exposition suffisante à des échanges et actes concrets dans le partage du quotidien)

- les soignants aient un accès suffisamment libre à leurs affects et aux métaphores qu'ils suscitent en eux (ce qui suppose un respect suffisant de leur individualité en même temps qu'une identification suffisante au groupe).

On pourrait même dire qu'une institution est thérapeutique ou éducative dans la mesure où elle s'attache à avoir la capacité d'apporter aux professionnels l'appui nécessaire pour que ces conditions soient réunies. Ceci suppose qu'elle puisse offrir un espace assez consistant pour autoriser suffisamment de moments de partage concrets entre les différents protagonistes du jeu institutionnel et assez contenant pour permettre aux membres de l'équipe de pouvoir se confronter suffisamment aux conflits qu'induisent en eux les agir du patient : c'est le passage obligé que constitue le travail d'équipe.

Il est probable que ce modèle paraîtra bien complexe pour une pratique qui implique des institutions et des disciplines bien différentes. Il nous semble pourtant que le plus dur est encore ailleurs : dans la coexistence chez les mêmes professionnels de pratiques basées sur des logiques très contradictoires : celle de la loi dont l'objectif est finalement de nouer des conflits structurants avec des adolescents en souffrance et celle de la transitionnalité dont l'objectif est avant tout de faire oublier ces conflits pour permettre une lente reconstruction de la capacité narcissique de ces jeunes à

supporter la coexistence avec l'autre. C'est pourtant la condition pour qu'au delà des pétitions de principe, soient pris en compte les multiples visages de la violence chez les adolescents difficiles et tout particulièrement chez ceux que révèlent la méthode clinique et la perspective ouverte par la psychopathologie des liens.

BIBLIOGRAPHIE

Botbol M.

Rapport de la mission d'appui PJJ Psychiatrie.

Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Juin 2011

Botbol M., Choquet L.H., Grousset J.

Éduquer et soigner les adolescents difficiles

Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol 58, n°4, Juin 2010

Botbol M.

Les adolescents difficiles : un paradigme pour de nouvelles pratiques en psychiatrie de l'adolescent

La Lettre du Psychiatre, 2008

Freud S.

(1901) Psychopathologie de la vie quotidienne

Payot (2001)

Gutton P.

Le pubertaire

Paris : Puf, 1991

Jeammet P.

Réalité externe et réalité interne, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence.

Revue française de psychanalyse 1980 ; (3-4) ; 481-521.

Jeammet P.

Les destins de la dépendance à l'adolescence

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 1990. 38 (4-5) : 190-9

Lebovici S.

Éléments de la psychopathologie du bébé

Paris : Collection Multimédia "À l'Aube de la Vie", 1998.

Saint André S., Botbol M.

Le partenariat autour des adolescents difficiles à Brest

Soins Psychiatriques. 2013 (289) : 21-5.

L'HOMICIDE CONJUGAL : QUESTION DE PRÉVENTION ?

PR. JEAN-LOUIS SENON

*Professeur de psychiatrie
à l'université de Poitiers,
docteur en droit et enseignant
en criminologie*

DR. ALEXIA DELBREIL

*Psychiatre et Médecin légiste,
CHU de Poitiers*

Psychiatre, professeur des universités, faculté de médecine et collègue de recherche et d'information multidisciplinaire en criminologie, université de Poitiers, Jean-Louis Senon a présidé les auditions à la base du travail de la HAS sur la question de la « dangerosité chez les malades mentaux ». Il a présidé l'audition publique sur l'Expertise Psychiatrique pénale et celle sur la Psychopathie. Il est directeur du DIU de psychiatrie légale et criminelle des universités de Poitiers, Angers et Tours et Co Directeur du Master 2 Pro de criminologie de l'Université de Poitiers.

Alexia Delbreil est psychiatre au CHU de Poitiers, médecin légiste, diplômée d'un master 2 recherche en droit pénal et sciences criminelles.

L'homicide conjugal est un homicide intrafamilial commis sur un partenaire ou ex-partenaire de vie intime (mariage, concubinage, PACS ou simple relation amoureuse). L'expression de « crime passionnel » est fréquemment utilisée en France de manière un peu réductrice pour désigner l'homicide conjugal. Il existe également dans la littérature des termes plus spécifiques tels que « l'uxoricide » qui désigne l'homicide de la conjointe et « le maricide » qui désigne l'homicide du conjoint (Millaud, Marleau, Proulx, & Brault, 2008).

Ce type de passage à l'acte est peu à peu pris en compte par les programmes de prévention en France, mais reste considéré comme exceptionnel en regard de la violence conjugale. Il s'agit d'un geste criminel dont les femmes sont les principales victimes et qui ne peut être entièrement dissocié de la violence conjugale, car le geste fatal est souvent l'apogée d'une violence régulière (Cusson & Marleau, 2006).

Des femmes sont également retrouvées parmi les auteurs d'homicide conjugal. Leur profil, difficile à mettre en évidence en raison de leur nombre restreint, a fait l'objet de récentes études.

Les données présentées ici sont issues de la littérature internationale criminologique et de nos propres travaux de recherche menés sur la Cour d'Appel de Poitiers, étudiant les dossiers jugés en Cour d'Assises pour homicide ou tentative d'homicide sur une période de 12 ans.



Dr. Alexia Delbreil, Psychiatre et Médecin légiste, CHU de Poitiers
Violences conjugales : comment sortir de l'engrenage ? - 2014



Pr. Jean-Louis Senon, Professeur de psychiatrie à l'université de Poitiers,
docteur en droit et enseignant en criminologie
Violences conjugales : comment sortir de l'engrenage ? - 2014

1. Épidémiologie

Les données statistiques concernant les homicides de manière générale sont similaires dans la plupart des pays industrialisés, avec un taux faible variant de 1 à 5 cas pour 100 000 habitants par an (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005).

En France, en 2013, l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, recense 146 personnes victimes d'homicide conjugal, ce qui représente 19,36% des homicides commis sur le territoire national. Il ressort de cette étude qu'un homicide est commis tous les deux jours et demi au sein des couples, avec une majorité de victimes féminines (82,8%). Les couples concernés étaient quasi exclusivement hétérosexuels. Ces chiffres sont probablement sous-estimés car cette étude ne comptabilise que les couples officiels (mariés, concubins ou PACSés) (Délégation, 2013).

Les données sont comparables au Canada, avec en 2009, un taux d'homicide conjugal représentant 16% des homicides élucidés et près de la moitié des homicides intrafamiliaux (Statistique, 2011).

2. Qualification pénale

L'homicide conjugal est un crime que l'on retrouve sous plusieurs qualifications pénales :

- Le meurtre : le fait de donner volontairement la mort à autrui est puni de quinze ans de réclusion criminelle (art. 221-1 du code pénal). Cette qualification est la plus fréquente, elle est retrouvée dans 71,2% des cas en 2013 (Délégation, 2013).
- L'assassinat : le meurtre avec préméditation est puni de la réclusion criminelle à perpétuité (art. 221-3 du code pénal). Cette qualification n'est pas rare et concerne 26% des cas en 2013 (Délégation, 2013).
- Les violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la

donner : ce crime est puni de quinze ans de réclusion criminelle (art. 222-7 du code pénal). Seuls 2,7% des cas ont été jugés sous cette qualification en 2013 (Délégation, 2013).

- L'empoisonnement (art. 221-5 du code pénal). Aucun cas d'empoisonnement n'est recensé en 2013 (Délégation, 2013).

L'absence de préméditation est une caractéristique importante de l'homicide conjugal.

Pour rappel, toute tentative de crime est jugée comme le crime lui-même et puni des mêmes peines.

Depuis 1994, année de mise en place du nouveau code pénal, le fait d'être le conjoint ou concubin de la victime est une circonstance aggravante qui s'applique à toutes les infractions citées ci-dessus. La loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple y ajoute les partenaires unis

par un pacte civil de solidarité. Cette loi a également modifié l'article 132-80 du code pénal, en ajoutant l'alinéa 2 qui étend les circonstances aggravantes aux « ex » conjoints, concubins ou pacés, si l'infraction est commise « en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime ». Aucune notion de durée n'est précisée dans la définition d'« ex ». Ainsi, l'existence de cette circonstance aggravante alourdit automatiquement la peine encourue par l'auteur.

3. Profil du passage à l'acte homicide au sein du couple

3.1 Profil sociodémographique

L'homicide conjugal est un acte avant tout masculin. Au Canada, le taux d'homicide est plus élevé chez les personnes entre 15 et 24 ans, avec une décroissance à mesure que l'âge augmente (Statistique, 2011). En France, les statistiques de 2013 montrent, comme les années précédentes, qu'auteurs comme victimes sont d'âge moyen, entre 30 et 60 ans et qu'il existe dans 15,7% des cas un écart d'âge important (plus de dix ans) entre auteur et victime. Ils sont en majorité en couple au moment des faits, avec une proportion plus élevée de couples mariés. Seuls 13% des couples étaient officiellement séparés au moment des faits (Délégation, 2013). Lorsqu'ils travaillent, auteurs et victimes appartiennent fréquemment aux mêmes catégories socioprofessionnelles, souvent les moins favorisées (employés, ouvriers). Cependant,

plus de la moitié d'entre eux sont en inactivité (chômeurs, retraités, en invalidité). L'isolement, la précarité sociale et l'addiction à l'alcool sont par ailleurs des caractéristiques prépondérantes (Délégation, 2013; Delbreil, 2011).

3.2 Antécédents criminologiques et psychopathologiques

Plus de la moitié des auteurs présentent un passé criminel, des condamnations judiciaires antérieures. Celles-ci concernent en général des atteintes aux biens, aux personnes, des trafics de drogue et des conduites en état d'ivresse. Les antécédents de violence physique sur conjoint concernent 45 à 70% des hommes auteurs selon les études. Contrairement aux autres types d'infractions, la littérature internationale fait état d'un risque de récidive rare dans l'homicide conjugal, voire exceptionnel (Belfrage & Rying, 2004 ; Delbreil, 2011).

La maladie mentale est peu représentée parmi les auteurs et les victimes d'homicide conjugal, même si spontanément cet acte est souvent mis en relation avec la « folie ». Il touche la sphère familiale, milieu habituellement perçu comme rassurant, étayant. Le geste criminel fait effraction dans la vie intime et anéantit la famille, ce qui le rend d'autant plus inexplicable aux yeux d'autrui. Toutefois, en 2008 au Québec, seulement 2,2% des hommes et 11,8% des femmes auteurs d'homicide conjugal ont été reconnus non criminellement responsables en raison d'un trouble

mental (Léveillé & Lefebvre, 2008). En France, ils étaient 1% en 2010 et il n'y en avait aucun en 2013 (Délégation, 2013). Lorsque la maladie mentale est présente, la dimension dépressive est majoritaire avec parfois des idéations suicidaires. La psychose est exceptionnelle dans ce type d'homicide intrafamilial, contrairement aux parricides par exemple (Farooque, Stout, & Ernst, 2005). Il est par contre beaucoup plus courant de rencontrer des troubles de la personnalité ou des traits de celle-ci, notamment narcissique, paranoïaque et borderline. De plus, quasiment tous les auteurs partagent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : immaturité affective, impulsivité, défaillances narcissiques, dépendance et carences affectives et/ou éducatives (Delbreil, 2011).

L'addiction à l'alcool touche près de la moitié des hommes auteurs et est une variable significativement liée à la violence conjugale physique. Son action désinhibitrice favorise les conflits, la violence et accroît la susceptibilité des individus, pouvant précipiter un passage à l'acte criminel. L'alcool est par contre peu utilisé en aigu dans un objectif de facilitation du crime lorsque celui-ci est prémédité. Les substances stupéfiantes sont quant à elles davantage impliquées dans d'autres formes de délinquance comme le vol par exemple (Delbreil, 2011; Cusson & Boisvert, 1994).

3.3 Le crime, ses motivations et ses conséquences

À l'heure du passage à l'acte, le meurtrier est mobilisé par des sentiments puissants, obnubilé par le moment présent et animé d'une motivation liée aux différents facteurs déclencheurs. Il est alors incapable de prévoir les conséquences à long terme du crime qu'il est sur le point de commettre (Cusson, Beaulieu, & Cusson, 2003).

La principale motivation à l'origine de la majorité des homicides conjugaux est la possession de la compagne associée à la jalousie, bien souvent excessive, dans un contexte de séparation ou de désir d'indépendance de la victime. L'acte meurtrier est commis lorsque l'homme se rend à l'évidence que la séparation est irrémédiable, pour se venger de l'abandon ressenti, pour empêcher la femme d'être avec une autre personne. L'homicide est alors une réaction à la « dépossession », où l'amour laisse place à la haine. La compagne est assimilée à un objet qu'il désire être tout à lui (Délégation, 2013 ; Statistique, 2011 ; Delbreil, 2011).

La vengeance et la querelle sont les motivations suivantes, le plus souvent dans un contexte où la violence et la consommation d'alcool sont courantes (Cusson & Boisvert, 1994 ; Delbreil, 2011).

La légitime défense est peu fréquente, retrouvée dans seulement 3% des cas au Canada (Cusson & Boisvert, 1994). D'autres raisons sont plus rares et constituent des cas particuliers,

tels que l'accident, la suppression du conjoint gênant et l'euthanasie.

La séparation du couple (établie ou simplement suggérée) est donc l'élément déclencheur d'un passage à l'acte homicide le plus fréquemment rencontré. Elle concerne plus de la moitié des auteurs masculins (Delbreil, 2011). Les études montrent que la période qui précède ou suit une séparation est à haut risque de létalité, particulièrement les deux à trois premiers mois (Wilson & Daly, 1993 ; Delbreil, 2011). Pendant ces périodes critiques, une attention spécifique doit être portée aux menaces verbales de mort ou de suicide (Belfrage & Rying, 2004).

L'homicide conjugal se déroule surtout la nuit, au domicile conjugal ou de celui de la victime (Belfrage & Rying, 2004), la plupart du temps de manière impulsive. La complicité est rare et la préméditation peu fréquente. En ce qui concerne l'acte meurtrier, nous remarquons l'utilisation d'une violence excessive dans un grand nombre de cas, c'est-à-dire que l'auteur a donné plus de deux coups par arme blanche ou arme à feu, ou a porté de multiples coups à mains nues sur la victime (Dutton & Kerry, 1999). Les armes blanches ou les violences à mains nues sont les plus employées, viennent ensuite les armes à feu, les objets contondants et autres modes opératoires. Parmi les armes blanches, quasiment les trois quart sont des couteaux de cuisine.

De même, parmi les armes à feu, les fusils de chasse représentent 71% des cas. Il s'agit d'armes d'opportunités, que l'on retrouve fréquemment dans les foyers. La violence est majoritairement portée sur la partie supérieure du corps (Delbreil, 2011).

Dans la phase post-criminelle, 36,99% des auteurs se sont suicidés en France en 2013 et 4,11% ont tenté de le faire. Dans ce cas, les auteurs sont essentiellement masculins (Délégation, 2013). Les tentatives de suicide sont généralement mineures, sans réelle mise en danger de la personne. Après le crime, plus de la moitié des auteurs restent sur les lieux, cependant un nombre plus faible se dénonce spontanément. Le corps de la victime est d'ordinaire retrouvé en moins de 24h, les cas de disparition étant rares. Les auteurs sont en moyenne condamnés à des peines de 15 ans de réclusion criminelle. Ils posent peu de difficulté en détention (Delbreil, 2011).

4. Caractéristiques propres aux femmes victimes

Comme nous avons pu le voir précédemment, les femmes sont majoritairement victimes des homicides au sein du couple. Pour une femme, il existe un risque neuf fois plus élevé de mourir à son domicile, des mains de son conjoint que d'être tuée par un étranger (Wilson & Daly, 1993).

En général, les informations concernant les victimes sont peu nombreuses dans les dossiers judiciaires.

L'enquête et le procès judiciaire sont essentiellement centrés sur l'auteur des faits et le geste criminel. La victime est bien sûr considérée, car elle est la raison même de l'accusation, mais on relate peu son histoire et sa place au sein du couple. Or, comme le faisait remarquer E. De Greeff, la femme victime « n'est pas une femme quelconque, mais un être en rapport avec la personnalité de l'homme [...], la nature des liens qui les attachent l'un à l'autre sera elle-même une expression de cette personnalité » (De Greeff, 1942).

Les femmes victimes d'homicide conjugal sont en général plus jeunes que les auteurs. Comme eux, plus de la moitié d'entre elles n'ont pas d'activité professionnelle au moment des faits (sans emploi, retraitées ou mère au foyer), malgré un niveau scolaire légèrement supérieur. Cette situation semble être à l'origine d'un repli sur soi, d'un isolement avec des relations sociales pauvres (Délégation, 2013 ; Delbreil, 2011).

Campbell, aux États-Unis, montre que 64% des femmes victimes avaient été physiquement violentées avant leur meurtre (Campbell, 2005). En revanche, R. Boisvert indique qu'à Montréal, 30% des femmes tuées par leur conjoint avaient été victimes de violences antérieures (Boisvert & Cusson, 1999). L'étude nationale des morts violentes au sein des couples en France, montre en 2013, des statistiques similaires à celles de Montréal (Délégation, 2013). Une

certaine prudence s'impose devant ces chiffres, car ils ne tiennent compte que des cas de violence antérieure ayant fait l'objet d'un signalement aux forces de l'ordre. Or, beaucoup de cas de violence domestique ne sont pas dénoncés par les victimes pour de multiples raisons (protection du conjoint, peur de représailles, dépendance financière, dépendance affective...). L'étude menée sur la Cour d'Appel de Poitiers en 2010 retrouve mention dans les dossiers judiciaires de violences conjugales antérieures pour 67,6% des victimes, les violences physiques et psychologiques étant les plus représentées. Or, seules 16% d'entre elles avaient auparavant déposé une plainte auprès des services de police ou de gendarmerie (Delbreil, 2011).

Cependant, les femmes ne sont pas toujours les victimes de la violence conjugale, elles en sont parfois les instigatrices, les auteurs. Dix pour cent des femmes victimes en France, en 2013, étaient auteurs de faits de violence conjugale antérieurs. Le motif spécifique de passage à l'acte, dans ce cas, n'est pas mentionné (Délégation, 2013).

La remise en cause du lien conjugal par les femmes est le motif principal de passage à l'acte des hommes (Cusson & Boisvert, 1994). Que la séparation soit envisagée ou non par la compagne, le simple fait qu'elle s'éloigne de son conjoint est une situation intolérable pour lui, pour qui le maintien de ce lien est un enjeu

vital. De manière générale, toute tentative d'indépendance de la part de la compagne ou de résistance à la domination, peut engendrer une réaction violente de l'homme, qui vit cette situation comme une « dépossession », une perte de maîtrise, une humiliation ou une perte d'estime de soi. La jalousie se majore envers la compagne, avec une interprétation morbide des gestes et des propos. Au cours d'une querelle, la moindre contrariété ou frustration entre les deux partenaires, un détail ressenti comme une provocation, peuvent être l'amorce de la montée de la colère ou de la violence jusqu'au meurtre (Coutanceau, 2006). Lorsque la femme réaffirme, devant l'insistance de son compagnon, son désir de séparation, le risque de passage à l'acte meurtrier augmente. Son but est d'éviter le départ de la victime, l'auteur étant poussé par un mélange de sentiments de colère, de vengeance, d'abandon, d'humiliation ou de solitude (Delbreil, 2011).

5. Caractéristiques propres aux femmes auteurs

M. Cusson met en évidence en 2003 au Québec que 15,5% des homicides entre partenaires sont commis par des femmes. Ce pourcentage est supérieur à celui que l'on retrouve dans les autres types d'homicide, qui est de 10,6% (Cusson, Beaulieu, & Cusson, 2003). Le résultat est similaire en France en 2013, avec 16,4% de femmes auteurs d'homicide conjugal. Leur nombre reste cependant faible, rendant difficile l'établissement d'un

profil fiable. Parmi ces femmes, 37,5% avaient été victimes de violences de la part de leur partenaire (Délégation, 2013). Aux États-Unis, des épisodes antérieurs de violence conjugale sont notés dans trois quart des homicides conjugaux commis par des femmes. Pourtant, Campbell estime que moins de 1% des femmes battues tuent leur partenaire (Campbell, Sharps, & Glass, 2000 ; Frigon & Viau, 2000).

Les femmes auteurs sont plus souvent mariées au moment du passage à l'acte. En ce qui concerne leur mode opératoire, elles utilisent plus volontiers des armes blanches, souvent synonymes d'arme d'opportunité, alors que les hommes utilisent tout autant les armes à feu. La séparation est une variable qui est peu retrouvée pour expliquer les passages à l'acte des femmes. La dispute est le motif le plus fréquent, viennent ensuite les violences subies (Délégation, 2013). Selon R. Boisvert, « les hommes tuent parce qu'ils refusent que leur femme leur échappe, alors que les femmes tuent pour échapper à leur conjoint » (Boisvert, 1996). De nombreux gestes criminels seraient donc motivés par la légitime défense au terme d'un ultime conflit, ou par la vengeance chez une femme victime de coups répétés et craignant pour sa vie (Williams, 1995). La peur d'être tuée est l'un des symptômes du syndrome de la femme battue (SFB), état pathologique de dépendance et d'impuissance qui traduit un état de stress post-traumatique dû à la violence conjugale subie sur une

longue période (Frigon & Viau, 2000). La dernière étude canadienne publiée sur le profil des femmes qui tuent leur conjoint va à l'encontre de cette théorie. Seule 28% de leur population était auparavant victime de violences de la part de leur partenaire. Ces résultats remettent en cause l'idée que la femme tue par légitime défense. Dans la plupart des cas, aucun signe avant-coureur du crime n'a pu être démontré (Bourget D., 2012).

À l'inverse, 30% des hommes tués par leur femme en France en 2011 étaient victimes de violences conjugales, surtout physiques (Délégation, 2011). Cette situation est moins connue, la violence subie par les hommes étant plus rarement recherchée et évoquée publiquement. La honte explique probablement le peu de plainte de la part des hommes.

6. Situations à risque d'homicide conjugal et prévention

Il serait illusoire de penser pouvoir éviter tous les homicides conjugaux. Néanmoins, la connaissance des facteurs prédictifs de passage à l'acte et des circonstances les plus fréquemment rencontrées dans les études permet de cibler de façon plus juste les mesures de prévention. Il apparaît ainsi que les actions préventives doivent s'attacher en priorité aux situations de violence conjugale, quelle que soit leur forme, et aux situations de séparation conjugale.

Il ressort de la littérature internationale et des statistiques territoriales qu'il est indispensable d'être particulièrement attentif aux situations suivantes :

- La séparation du couple, d'autant plus si celle-ci est conflictuelle et non acceptée par le partenaire, notamment la période précédant la séparation puis au cours des trois premiers mois.
- Un mouvement d'indépendance de la compagne qui manifeste brutalement le besoin d'avoir une vie sociale ou professionnelle en dehors du foyer.
- L'accroissement des conflits et de la violence au sein du couple (en fréquence et en gravité).
- La recherche de contrôle et de domination du partenaire, plus ou moins associée à une jalousie excessive.
- La consommation chronique d'alcool, rendant la personne plus irritable et susceptible.
- La présence de difficultés financières.
- La présence d'une arme à feu au domicile.
- L'expression de menaces de mort ou d'idées d'homicide-suicide.
- L'expression de menaces suicidaires ou la présence d'idéations suicidaires latentes.
- Les antécédents de tentative d'homicide.

Tous les professionnels amenés à rencontrer des victimes, des membres d'un couple en difficulté doivent pouvoir être formés au repérage de ces situations à risque léthal. La pré-

vention de l'homicide conjugal est pluridisciplinaire, les intervenants appartiennent à divers milieux professionnels :

- La santé : médecins, infirmiers, psychologues et toute autre profession paramédicale.
- La justice : forces de l'ordre, magistrats...
- Le milieu social et éducatif : assistantes sociales, éducateurs, associations d'aide aux victimes, centres d'hébergement d'urgence...

Comme pour la violence conjugale, une campagne d'information destinée au grand public pourrait également s'avérer bénéfique. Les passages à l'acte homicide sont parfois précédés de menaces verbales ou physiques. En étant informées des situations à risque exposées précédemment, les victimes potentielles pourraient alors adopter un comportement visant à se protéger d'un passage à l'acte, notamment dans un contexte de séparation. Ces mesures peuvent par exemple consister à :

- Informer leur entourage proche d'un sentiment de peur, d'une situation préoccupante.
- Signaler aux autorités une situation de danger ou d'insécurité.
- Ne pas rester au domicile conjugal seule avec le conjoint ou quitter le domicile si le danger semble important.
- Retirer les armes à feu du domicile conjugal : les confier à des proches ou les faire saisir par les autorités.
- Lors de conflits, ne pas chercher

à s'affirmer, à prendre le dessus ; ce type de comportement peut être interprété comme une injure, une humiliation.

- S'abstenir de propos blessants, dévalorisants ou humiliants.
- Prévoir des rencontres avec l'ex-conjoint sur des temps brefs et dans des lieux publics.
- Éluder toute question concernant un nouveau mode de vie.

7. Conclusion

L'homicide conjugal est un crime qui est régulièrement mis en lumière par les médias, un geste qui choque, car il est difficilement compréhensible de porter atteinte à l'intégrité d'un proche. Il est principalement commis par des hommes dans un désir de possession et de contrôle de la partenaire. La violence conjugale et la séparation du couple sont les deux circonstances majeures expliquant le passage à l'acte criminel sur les femmes, associées à une consommation excessive d'alcool et la présence de conflits. En ce qui concerne les femmes auteurs, dont la moitié environ auraient été victimes de violences antérieures, il est plus difficile de connaître les raisons de leur geste, qui semble toutefois avoir souvent lieu au cours d'un conflit ou être expliqué par les violences subies. Le processus criminel est cependant d'origine multifactorielle, influencé par la personnalité des partenaires, les facteurs environnementaux et une relation de couple particulière à un moment donné de la vie de chacun. Ceci rend le risque de récurrence faible,

il est rare pour l'auteur de se retrouver à nouveau confronté aux circonstances qui l'avaient amené au crime.

La prévention passe bien sûr en partie par la prévention de la violence conjugale, mais pas seulement. Il est essentiel de tenir compte des facteurs de risque spécifiques de l'homicide conjugal et pour cela d'être sensibilisé au repérage des situations à risque létales. L'information du public et des différents professionnels est donc fondamentale dans ce domaine, tout comme la poursuite de recherches approfondies.

BIBLIOGRAPHIE

- Belfrage, H., & Rying, M. *Characteristics of spousal homicide perpetrators : a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999*. Criminal behaviour and mental health., 14(2), pp. 121-133. (2004).
- Boisvert, R. *Éléments d'explication sociale de l'uxoricide*. Criminologie, 29(2), pp. 73-87. (1996).
- Boisvert, R., & Cusson, M. *Homicides et autres violences conjugales*. Dans J. Proulx, M. Cusson, & M. Ouimet, Les violences criminelles (pp. 77-90). Les presses de l'université de Laval. (1999).
- Bourget D., G. P. *Women who kill their mates*. Behav Sci Law, 30(5), pp. 598-614. (2012).
- Campbell, J. *Assessing dangerousness in domestic violence cases : history, challenges and opportunities*. Criminologie Public Policy, 4(4), pp. 653-673. (2005).
- Campbell, J., Sharps, P., & Glass, N. *Risk assessment for intimate partner homicide*. Dans G. Pinard, & L. Pagani, Clinical assessment of dangerousness. (pp. 136-157). Cambridge University Press. (2000).
- Coutanceau, R. *Amour et violence : le défi de l'intimité*. Odile Jacob. (2006).
- Cusson, M., & Boisvert, R. *L'homicide conjugal à Montréal, ses raisons, ses conditions et son déroulement*. Criminologie, 27(2), pp. 165-183. (1994).
- Cusson, M., & Marleau, J. *Les homicides familiaux: approche comparative et prévention*. Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique., 14, pp. 265-276. (2006).
- Cusson, M., Beaulieu, N., & Cusson, F. *Les homicides*. Dans M. L. Blanc, M. Ouimet, & D. Szabo, Traité de criminologie empirique. Les presses de l'université de Montréal. (2003).
- De Greeff, E. *Amour et crimes d'amour*. Bruxelles: Dessart. (1942)
- Delbreil, A. *Homicide conjugal : Profil de l'auteur et facteurs prédictifs de passage à l'acte*. Thèse. (2011).
- Délégation, a. v. *Étude nationale sur les morts au sein du couple*. Ministère de l'intérieur. (2011).
- Dubreucq, J., Joyal, C., & Millaud, F. *Risque de violence et troubles mentaux graves*. Annales médico-psychologiques, 163, pp. 852-865. (2005).
- Dutton, D., & Kerry, G. *Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers*. International Journal of Law and Psychiatry, 22(3-4), pp. 287-299. (1999).
- Farooque, R., Stout, R., & Ernst, F. *Heterosexual intimate partner homicide : review of ten years of clinical experience*. J Forensic Sci, 50(3), pp. 648-641. (2005).
- Frigon, S., & Viau, L. *Les femmes condamnées pour homicide et l'examen de la légitime défense (Rapport Ratushny) : portée juridique et sociale*. Criminologie, 33(1), pp. 97-119. (2000).
- Léveillé, S., & Lefebvre, J. *Étude des homicides intra-familiaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental*. Québec. (2008).
- Martins Borges, L., & Léveillé, S. *L'homicide conjugal commis au Québec : observations préliminaires des différences selon le sexe des agresseurs*. Pratiques Psychologiques, 11, pp. 47-54. (2005).
- Millaud, F., Marleau, J., Proulx, F., & Brault, J. *Violence homicide intra-familiale*. Psychiatrie et violence., 8(1). (2008).
- Statistique, C. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. (2011).
- Williams, L. *Failure to pursue indications of spousal abuse could lead to tragedy, physicians warned*. Can Med Assoc J, 152(9), pp. 1488-1491. (1995).
- Wilson, M., & Daly, M. *Spousal homicide Risk and Estrangement*. Violence and victims., 8(1), pp. 3-16. (1993).
- Wilson, M., & Daly, M. *Spousal homicide Risk ans Estrangement*. Violence and victims, 8(1), pp. 3-16. (1993).

UNITÉ DE PSYCHIATRIE LÉGALE ET DE VICTIMOLOGIE JOSEPH GRASSET : 20 ANS D'ARTICULATION SANTÉ JUSTICE

DR. MARIE-NOËL PETIT

*Psychiatre,
unité de psychiatrie légale
et victimologie
Joseph Grasset,
CH Montfavet, Avignon*

L'unité Joseph Grasset est une unité de psychiatrie légale et de victimologie du Centre Hospitalier de Montfavet, située à Avignon et créée en 1987.

Sa vocation est d'accueillir et de prendre en charge les auteurs et victimes de passages à l'acte délinquants à partir de l'âge de 14 ans.

Ne se substituant pas aux CMP et aux psychiatres et psychologues libéraux, c'est un lieu ressource où les patients sont adressés si besoin, pour une prise en charge complète ou en complémentaire.

Cette unité est ouverte aux personnes concernées par des soins en lien avec le pénal ou le péri-pénal ; directement ou indirectement (patient ou famille) ; que les individus soient auteurs ou victimes.

La zone géographique s'étend au Vaucluse et aux départements limitrophes.

Cette unité, au fonctionnement de CMP classique, proposant des thérapies individuelles et de groupe, présente une particularité, celle d'avoir un juriste dans son équipe.

Outre le rôle de formation continue de l'équipe, d'aide à la compréhension de deux langages différents, celui du soin et celui du juridique, il permet cette interface indispensable avec la justice, de maintenir un lien tout en garantissant au patient la confidentialité indispensable au soin.

Associée à l'équipe de soin, l'intervention du juriste permet, par son indépendance à l'égard du cadre judiciaire, de garder une certaine neutralité des informations nécessaire à la préservation de l'espace soignant et facilite l'adaptation à un langage pénal indispensable pour une meilleure collaboration avec les professionnels judiciaires.

Il s'agit, dans un premier temps de recueillir les renseignements judiciaires du patient souvent avec l'aide du SPIP avec l'accord du patient puis de les transmettre à l'équipe avec un éclairage technique, pour étayer la construction du projet de soin individualisé et le contexte dans lequel il va se situer.

Le juriste intervient également pour répondre aux professionnels confrontés à une logique différente, à des objectifs difficilement conciliables et à une terminologie autre. C'est une place particulière, singulière car parallèle à la thérapie, en lien avec celle-ci, mais indépendante.

Ce rôle est précisément déterminé au sein de l'équipe, ce qui est indispensable pour permettre une meilleure complémentarité des compétences et le respect indispensable des places de chacun.

Le juriste a permis de tisser progressivement le lien avec les partenaires de la justice, chacun ayant pu appréhender les limites de l'autre dans le respect du secret professionnel dû au patient et des missions de chacun.



Dr. Marie-Noël Petit, Psychiatre, unité de psychiatrie légale et victimologie Joseph Grasset, CH Montfavet, Avignon.
Violences conjugales : comment sortir de l'engrenage ? - 2014

Le juriste de l'équipe de soin, véritable courroie de transmission entre le monde de la santé et celui de la justice, a favorisé la mise en place de tables rondes santé-justice réunissant régulièrement les différents acteurs (JAP, Parquet, experts, praticiens hospitaliers, psychologues, direction hospitalières, gendarmerie, association de médiation et d'aide aux victimes, planning familial, PJJ, SPIP, ...) autour de thèmes choisis en commun, ce qui a permis de faciliter le travail en réseau.

Ces échanges sur la pratique de chacun, associés à des débats théoriques évoquant l'actualité législative, ont mis en exergue les nombreuses difficultés rencontrées par les différents intervenants dans leur activité quotidienne et favorisé une meilleure connaissance du cadre de compétence de chaque acteur dans le respect des places de chacun.

À première vue sujet hybride, le juriste au sein d'une unité de soin, fruit d'une expérience novatrice il y a 20 ans, a su créer toute sa place et se rendre indispensable au sein de l'unité de psychiatrie légale et de victimologie Joseph Grasset, une unité particulière pour une pratique particulière.

Membre à part entière de l'équipe pluridisciplinaire, il nous apporte un éclairage indispensable et nous permet de faire le lien avec les services de justice tout en garantissant notre cadre soignant, dans l'intérêt des patients.

VIOLENCE CONJUGALE : SITUATIONS MECONNUES, CHIFFRES ALARMANTS

SANDRINE BALLONET

*Référente conjugale départementale
des violences conjugales,
Association Louise Michel*

L'association Louise Michel a été créée en 1984 pour venir en aide aux femmes en difficulté et plus particulièrement aux « femmes battues », terme employé à l'époque. Aujourd'hui, l'association est référente départementale violences conjugales pour la métropole lilloise. C'est une équipe pluridisciplinaire composée d'une juriste, d'une conseillère en économie sociale et familiale et d'une référente RSA qui accueille les personnes du lundi au samedi matin. Quels que soient les problèmes rencontrés : juridiques, violences conjugales, logement, hébergement d'urgence, surendettement, demandes de RSA et suivi des bénéficiaires, les permanences sont là pour répondre.

L'association est membre de la « Fédération nationale solidarité femmes »
www.solidaritefemmes.asso.fr

ASSOCIATION LOUISE MICHEL
ESPACE 75, 75 Chaussée Hôtel
de Ville, 59650 Villeneuve d'Ascq
T : 03 20 47 45 15 - F : 03 20 47 50 50
M : asslouisemichel@free.fr
www.associationlouisemichel.com

Non, la violence conjugale n'est pas une dispute qui tourne mal !

Elle revêt bien plus de complexité qu'il n'y paraît, parce qu'elle se déroule dans le huis-clos familial et parce qu'elle se répète de façon cyclique.

Elle n'est pas l'apanage d'une catégorie sociale mais est présente dans tous les strates de la société, indifféremment de l'âge ou de la culture.

L'enjeu de la violence conjugale est la domination d'un partenaire sur l'autre (souvent d'un homme sur une femme) et la mise sous emprise de l'autre (le conditionnement).

Il faut priver la victime de toute autonomie et la convaincre de ses incapacités et de son infériorité.

La violence conjugale « piège » sa victime.

En France, 1 femme meurt tous les 3 jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint et 1 homme tous les 14 jours en moyenne.

Il est inconcevable que le foyer puisse devenir pour ces victimes le lieu de tous les dangers.

En 2016, 252 décès sont liés directement à la violence au sein du couple :

- 123 femmes tuées : 109 au sein d'un couple officiel et 14 au sein d'un couple non officiel (petit ami, amant, relation épisodique, ...)
- 34 hommes tués (dont 17 étaient auteurs de violences) : 29 au sein d'un couple officiel et 5 au sein d'un couple non officiel (petit ami, amant, relation épisodique,...)
- 25 enfants tués dans le cadre des violences au sein du couple parental : 9 en même temps que l'autre parent et 16 sans que l'autre parent ne soit tué.
- 11 victimes collatérales et rivaux.

Pour l'ensemble de ces affaires, 59 auteur-e-s se sont suicidé-e-s.

La violence conjugale est une atteinte volontaire à l'intégrité physique ou psychique de la personne et constitue un délit puni par loi, quelque soit l'incapacité totale de travail.

Elle est passible de 3 à 5 ans d'emprisonnement et de 45 000 à 75 000€ d'amende.

Méconnaître ses mécanismes, c'est assurément ne pas apporter la réponse adaptée.

Conflit et violence conjugale :

La distinction est essentielle et déterminante pour la posture à adopter face aux victimes.

La prise en charge sera complètement différente selon que l'on se trouve en présence d'un conflit ou en présence d'une situation de violence conjugale.

Dans le cadre du conflit, les partenaires peuvent s'exprimer librement,

chacun argumente : c'est une relation égalitaire dans le couple.

La résolution du conflit peut éventuellement passer par le recours à une médiation.

Dans le cadre de la violence conjugale, il n'existe pas de symétrie dans les relations de couple.

L'un des partenaires exerce sa domination, son emprise sur l'autre.

C'est une relation inégalitaire où la victime est niée dans son intégrité : il n'y a pas d'altérité.

Le partenaire victime est toujours le même et tenter de résoudre la violence par la médiation reviendrait à mettre en danger la victime et à renforcer le pouvoir de l'agresseur.

Types de violences conjugales :

- **Violences verbales** : insultes, menaces, chantages...
- **Violences psychologiques** : dénigrement, contrôle, humiliations, mépris...
- **Violences physiques** : coups, brutalités, gifles, strangulation, séquestration, ...
- **Violences sexuelles** : relations sexuelles imposées par menaces ou contraintes, viols, prostitution forcée...
- **Violences économiques** : privation des moyens de paiement, confiscation des documents administratifs nécessaires à la vie courante, contrôle des dépenses, interdiction de travailler...

Cycle de la violence conjugale :

La violence conjugale se développe à travers des cycles qui varient en fréquence et en intensité. Ce processus permet à l'auteur de renforcer son emprise et sa domination.

Dans la phase de tension : l'agresseur installe par son comportement un climat de tension dans couple. Tout prétexte devient source de tension.

La victime tente désespérément de contrôler la situation en essayant de satisfaire les exigences de son agresseur.

La victime est stressée, anxieuse.

Dans la phase d'agression : l'agresseur va passer à l'acte : violences psychologiques, verbales et/ou physiques : la violence éclate et l'auteur semble « perdre le contrôle ».

La victime est anéantie.

Dans la phase de transfert de responsabilité / inversion de culpabilité : l'auteur des violences utilise l'élément déclencheur pour valider sa violence et minimiser sa propre responsabilité.

Il justifie son agression en impliquant la « faute » supposée de la victime.

Elle devient ainsi responsable des violences subies et se sent coupable des gestes posés à son endroit.

Elle est persuadée que si elle change, les violences cesseront.

Elle minimise les faits parfois jusqu'à nier sa souffrance.

Dans la phase de lune de miel / rémission : après la crise, l'agresseur peut s'excuser et redevenir « comme avant » par crainte de perdre sa compagne. Il promet de ne plus recommencer, de se soigner, etc...

La victime se remet à espérer, elle pardonne et croit qu'il peut changer.

Elle refusera toute démarche qui pourrait faire évoluer la situation.

La compréhension du cycle des violences permet au professionnel d'adapter son intervention en fonction de la phase dans laquelle se situe la victime.

De même, il est important de respecter les choix et le rythme de la victime de violences conjugales.

Conséquences sur la santé :

La violence conjugale a des conséquences non négligeables sur la santé des femmes.

- On constate une augmentation :
- du nombre d'hospitalisations,
- des états dépressifs, d'anxiété,
- des troubles de l'alimentation et du sommeil,
- des dépendances à l'alcool, au tabac et aux drogues,
- des états de stress post traumatiques,
- des tentatives de suicide,
- des troubles douloureux divers et inexpliqués,
- des troubles psychosomatiques,
- une aggravation des pathologies chroniques,
- ...

La grossesse ou l'annonce de celle-ci sont souvent un facteur déclenchant des violences conjugales.

On constate souvent une aggravation de ces dernières pendant la grossesse.

La vigilance du professionnel de santé est donc essentielle pour repérer les signes d'alerte.

Elle est fondée sur la relation de confiance entre le praticien et sa patiente.

Conséquences sur les enfants :

L'enfant exposé aux violences conjugales est une victime à part entière.

La violence dont l'enfant est témoin a les mêmes répercussions que s'il en était la victime directe.

En 2016, 25 enfants ont été tués dans le cadre des violences au sein d'un couple parental.

46 étaient présents au moment de l'homicide de l'un de leur parent et **88** enfants sont devenus orphelins.

Pourquoi restent-elles ?

Par peur ou terreur, par espoir que les choses changent, par perte de l'estime de soi, par gêne, par honte ou pression de l'entourage, par peur des conséquences du départ, par amour ou loyauté, parce que la violence fait partie de leur vie...

Famille, amis... compréhensifs et présents au début, peuvent se détourner de la victime au fur et à mesure des crises par incompréhension et méconnaissance des mécanismes des violences conjugales.

Manque de soutien, de compréhension et d'écoute... y compris de la part des professionnels !

Rappelons enfin que les violences conjugales sont souvent exacerbées au moment de la séparation et ce, parfois jusqu'au passage à l'acte légal.

Tableau de M. Sudermann et P. G. Jaffe

L'enfant exposé à la violence conjugale et familiale : guide à l'attention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada, 1999

Effets sur le développement de l'exposition à la violence conjugale par tranche d'âge			
Âge	Santé physique et mentale	Développement global : physique, cognitif, identité	Fonctionnement et habiletés sociales
Avant la naissance	Risque de décès néo-natal Accouchement prématuré		
0 - 2 ans	Perturbation alimentation et sommeil Crises, pleurs excessifs	Retard staturo-pondéral Inattention	
2 - 4 ans	Plaintes somatiques Enurésie/encoprésie Cauchemars Anxiété Syndrome de Stress Post-traumatique	Déficiences des habiletés verbales et intellectuelles	Dépendance exagérée à la mère Agressivité Cruauté envers les animaux Destruction de biens
5 - 12 ans	Plaintes somatiques Anxiété Dépression Syndrome de Stress	Faible estime de soi Confusion et ambivalence Crainte d'être victime de violence ou abandonné Sentiment d'être responsable de la violence et de devoir intervenir Mauvais résultats scolaires Difficultés de concentration Convictions stéréotypées sur les sexes	Crainte d'amener des amis à la maison Agressivité Repli sur soi Destruction de biens Comportement de séduction, manipulation ou d'opposition Manque de respect à l'égard des femmes
12 - 18 ans	Plaintes so-matiques Dépression Suicide Syndrome de Stress Post-traumatique	Faible estime de soi Baisse des résultats scolaires École buissonnière Décrochage scolaire Sentiment d'être responsable de la violence Convictions stéréotypées sur les sexes	Brutalité Violences à l'égard des personnes fréquentées Abus drogues, alcool Fugues Prostitution Grossesses précoces Délinquance Manque de respect à l'égard des femmes

Le cadre législatif :

La violence conjugale est un délit relevant du tribunal correctionnel quelle que soit l'I.T.T.

- Circonstance aggravante depuis 1994
- Loi du 26 mai 2004 sur le divorce (référé violences, abrogé en 2010)
- Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales (éviction pénale des auteurs)
- Loi du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs (élargissement des cat. d'auteurs : PACS, concubin et qualité d'ex.)
- Loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants : instaure notamment l'ordonnance de protection des victimes.
- Loi du 4 août 2014 relative à l'égalité réelle entre les femmes et les hommes
- Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

Secret médical et signalement :

Le secret professionnel s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi Art. 4127-4 du CSP
Il existe de dérogations légales au secret médical : art.226-14 du code pénal.

Dans le cas de violences exercées sur un mineur ou une personne vulnérable ou de violences conjugales avec un péril imminent, la loi autorise le médecin à dénoncer ces violences sans l'accord de la victime.

Le signalement concerne les situations graves nécessitant une protection judiciaire sans délai.

Le médecin bénéficie d'une protection disciplinaire, civile et pénale, s'il signale ou informe uniquement les faits et ce qu'il a constaté « en toute bonne foi ».

Toute décision doit être prise dans l'intérêt du patient.

Concernant les majeurs, la décision doit se prendre après évaluation de la situation, du « péril imminent », et de la vulnérabilité.

Art. 222-8 du code pénal : « ... sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur... »

L'information préoccupante concerne les mineurs en danger ou en risque de l'être.

Elle est transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil départemental sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur.

Art. R. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles,

Art 43 du code de déontologie médicale,

Art R. 4127-43 du code de la santé publique.

Le rôle des professionnels de santé :

Le repérage précoce et l'anticipation permettent de prévenir la dégradation de la santé de la femme.

La violence conjugale laisse toujours des traces physiques et/ou symptomatiques : coups, blessures, fractures états dépressifs, douleurs chroniques parfois inexpliquées, etc.

Quel que soit le motif de consultation, le professionnel de santé peut intervenir au stade du repérage et/ou de la prise en charge de la victime.

- Repérer la violence, c'est poser des questions
- Nommer la violence, c'est rappeler l'interdit
- Déculpabiliser la personne, elle n'est pas responsable
- Ne pas juger

Il faut poser la question de la violence, au même titre que celle sur les usages en matière de tabac ou d'alcool. L'essentiel est d'être à l'aise avec la question et de connaître ses limites.

Le professionnel de santé doit se constituer un réseau lui permettant de ne pas « s'épuiser » face à des situations complexes.

Il peut orienter vers :

- les structures et associations spécialisées,
- les référents départementaux violences conjugales,
- le 3919,
- les services du département,
- les référents nommés au sein des professions de santé,
- .../...

La référente départementale violences conjugales : arrondissement de Lille

La nomination des référentes départementales violences conjugales par la préfecture de Lille s'est inscrite dans le cadre de la mise en place du 2^{ème} plan global et interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes (2008-2010), reconduite depuis par les plans successifs.

La référente départementale violences conjugales - arrondissement de Lille - assure depuis 2009, une mission de coordination de proximité pour permettre une prise en charge globale et dans la durée des femmes victimes de violences conjugales. Le but est de favoriser le retour à l'autonomie de ces dernières.

C'est une intervention à 2 niveaux :

Autour de la victime en évaluant la situation de chaque femme, ses besoins, tout en respectant ses choix et son rythme, et en favorisant son autonomie.

Et dans un réseau d'acteurs locaux :

- Par une connaissance des professionnels existants sur son territoire, afin de les mobiliser chaque fois que nécessaire ;
- Par des actions de sensibilisation et/ou formation du grand public et des professionnels à la problématique des violences conjugales.

La référente départementale violences conjugales - arrondissement de Lille - est souvent sollicitée par des partenaires ou professionnels pour un avis sur situation et/ou un accompagnement. Mais elle est également repérée et sollicitée pour des actions de sensibilisations et/ou formations des professionnels.

C'est aussi une implication dans les différents réseaux institutionnels ou non de lutte contre les violences conjugales de la métropole lilloise dont Armentières, Hem, Lille, Roubaix, Seclin, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq, ... ainsi qu'une participation à la Commission Départementale de Prévention et de Lutte contre les Violences faites aux Femmes et aux différents travaux y afférents.

PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE ET VIOLENCE CONJUGALE

ÉRIC TRAPPENIERS

*Psychologue spécialiste
en thérapie familiale
Instituts d'études de la famille
de Toulouse et de Lille*

Éric Trappeniers est fondateur et directeur des Instituts d'études de la famille de Toulouse et de Lille depuis 1985. Il est psychothérapeute du couple et de la famille. Il forme à l'approche systémique et à la thérapie familiale en Europe, en France d'outre-mer et en Amérique du Nord. Il intervient auprès d'institutions et d'organisations complexes pour dénouer des situations de crise. Il est membre fondateur de l'EFTA (Association Européenne de thérapie familiale) et coordinateur de la revue internationale des Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux (éditions De Boeck).

Il est auteur de plusieurs ouvrages dont :

C'est ma place ! : apprendre à être soi sans renoncer aux autres. Paris : Éditions Inter éditions, mai 2012. (Livre accompagné de DVD).

Se libérer des souffrances familiales. Paris : Éditions Inter-éditions, 2014.

La violence conjugale est un véritable fléau. Tout en reconnaissant qu'au niveau juridique et pénal il est crucial que la victime soit distinguée de l'auteur, il faut souligner que dans 89% des situations, il y a une antériorité des faits de violences « *Compte rendu du groupe de travail victimes de violences au sein du couple, états des lieux des connaissances et épidémiologie, 19 octobre 2007* » .

C'est la raison pour laquelle plutôt que de me centrer sur l'émergence de la violence je vous propose de réfléchir sur l'organisation et les règles qui à mon sens président la construction d'une relation. Le psychothérapeute systémique va, quand cela lui semble possible, aider les membres du couple à aller au-delà des répétitions.

Règles de construction d'une relation

Quelle que soit sa nature, une relation commence toujours au moment où deux personnes entrent en interaction. Rencontre voulue ou croisement de hasard dans un magasin, rendez-vous professionnel ou galant, présentation par un tiers ou nécessité d'un échange commercial tout bête comme acheter le pain chez le boulanger, peu importe : par définition, il existe toujours entre deux personnes un premier moment. Un instant où chacun ne sait encore rien de l'autre, hormis ce que nous en disent nos sens et les conclusions que l'on peut tirer du contexte de la rencontre.



Éric Trappeniers, Psychologue spécialiste en thérapie familiale, Instituts d'études de la famille de Toulouse et de Lille
Violences conjugales : comment sortir de l'engrenage ? - 2014

Objectivité, subjectivité et intersubjectivité

Lors d'une première rencontre, les premières informations perçues - forme du visage, grain de la voix, façon de se tenir, de se vêtir, rayonnement - viennent se lier à notre vécu, à nos souvenirs, pour faire naître un ressenti, une émotion : « *Tiens c'est bizarre, elle ressemble à ma tante Jeanne que je ne supporte pas.* » « *Il me fait penser à cet acteur de cinéma* », « *Hum, il sent bon* »... Il est intéressant de s'interroger alors sur ce regard que l'on porte d'emblée sur l'autre : « *Que suis-je en train de ressentir ?* », « *Qu'est-ce qu'il me fait ?* ». Avenant, de bonne humeur, sympathique, doux, serein, ou au contraire nul, stupide, malsain, désagréable, fébrile, nerveux... Le premier qualificatif qui nous vient à l'esprit à propos de cette personne-là nous donne une indication non pas sur qui elle est, mais sur qui nous sommes

nous-mêmes. En effet, si d'emblée je trouve telle personne nulle, cela ne signifie pas qu'elle est nulle - je ne dispose d'aucun élément de jugement objectif puisque je ne la connais pas -, mais cela révèle plutôt à quel point mon ressenti est une construction élaborée en fonction de ma propre histoire.

Trop souvent, on balaye ces impressions d'un revers de main, on ne se fait pas suffisamment confiance pour s'autoriser à les ressentir. Tant que l'on n'a rien à faire avec la personne, ce n'est pas grave, mais si la rencontre se transforme en une relation quotidienne, amoureuse, familiale, amicale, professionnelle, alors on s'ampute d'une partie de notre capacité à en appréhender le fonctionnement. En effet, au-delà des discours rationnels, ces phénomènes de perception colorent le lien, la façon dont deux personnes interagissent

l'une par rapport à l'autre. Il est donc important d'écouter sa petite voix intérieure, comme il est important aussi de s'en méfier, car ce que nous ressentons, souvent, a surtout à voir avec nous-mêmes. Ce ressenti ne nous dit pas qui est l'autre mais comment on le reçoit et on l'accueille.

Simultanément aux impressions ressenties, un questionnement vient souvent induire la façon dont nous nous présentons à l'autre : « *Que pense-t-il, que va-t-il penser de moi ?* ». L'écoute de nos propres émotions, lors d'une rencontre avec une autre personne, permet de comprendre comment nous construisons, en permanence, notre propre réalité, et quelle part nous prenons dans la création d'une réalité avec autrui. Cela demande une attitude d'ouverture et de confiance en soi, mais on peut ainsi prendre conscience que notre vision d'une relation n'est pas la « vérité vraie », mais une création. Et, puisque l'autre est également un être humain doté d'intuitions, d'émotions, et amenant avec lui son histoire, lui aussi construit avec nous une vérité. De sorte qu'une relation, quelle qu'elle soit, est une co-création, une sculpture commune que chacun modèle en fonction de ce qu'il est, de ce qu'il perçoit de l'autre, et de ce qu'il suppose être ses attentes.

La constitution des règles

À partir du moment où deux personnes ou plus font davantage que se croiser - « *Je deviens votre collaborateur* », « *Soyons amis* », « *Je souhaite*

rejoindre votre association », « *Je suis amoureux* » -, très vite la question des règles s'instaure. En effet, comme tout système humain, le couple, la famille, les groupes sociaux, sont des ensembles d'éléments qui s'agencent et interagissent de façon non aléatoire, c'est-à-dire qu'ils sont régis par des règles, par une dynamique qui induit un mode de rapport déterminé entre les membres du groupe, et avec l'extérieur.

Le plus souvent, les règles ne sont pas dites ou rappelées. On comprend qu'elles existent à partir de la répétition : quand un événement se produit une fois, c'est un hasard, deux fois, c'est une coïncidence, mais au bout de la troisième fois, une théorie se construit. Prenons le cas d'une personne en retard à un rendez-vous. Si c'est la première fois, c'est peut-être un contretemps, mais si le retard se répète, il prend sens : elle ne veut pas venir, elle n'a pas envie de me voir, elle est fainéante, elle ne sait pas s'organiser...

Toutefois toutes les règles ne se ressemblent pas, ni ne se situent toutes au même niveau.

Les « métrarègles »

Les métrarègles régissent les circonstances dans lesquelles nous évoluons. Contre celles-ci, nous ne pouvons rien la plupart du temps. Imaginons que je doive prendre l'avion. J'arrive à l'aéroport : il y a une grève des aiguilleurs du ciel. La règle en vigueur devient alors : « *Un avion sur deux seulement décolle ; il faut*

attendre pour savoir l'heure du prochain vol pour ma destination ». Si je n'accepte pas de prendre en compte ces circonstances, je vais, selon mon caractère, stresser et me désespérer de ne pouvoir partir dans les temps, ou encore insulter le personnel au sol qui n'y peut strictement rien. Dans les deux cas, désespoir ou agitation, mon attitude est stérile. En revanche, si je prends conscience de cet état de fait et que j'accepte la nouvelle métrarègle, je peux mettre en place des stratégies pour m'y adapter : reporter mon voyage, aller chercher une pile de journaux ou le dernier best seller à la librairie de l'aéroport, brancher mon ordinateur et profiter de ce temps pour avancer sur mes dossiers.

Autre exemple : Une équipe de soignants d'un hôpital décide d'organiser un méchoui avec les patients, qui se réjouissent de l'événement. Mais pas les pompiers. Le jour « J », le méchoui doit être annulé alors que tout est prêt car les règles de sécurité ne sont pas respectées. Les patients sont déçus, les soignants en colère.

Le premier exemple montre comment il est des choses que nous pouvons décider dans la vie et d'autres dont nous ne décidons pas : une grève, la météo, les impondérables, les lois. Le deuxième exemple montre qu'à sous-estimer le contexte dans lequel on se trouve, on risque de se découvrir impuissant alors qu'il y aurait eu sûrement quelque chose à y faire, en l'occurrence penser à prévenir préalablement les pompiers.

Communiquer n'est pas convaincre

Les règles régissent les interactions entre les personnes engagées dans une relation. Très vite instaurées, ces règles peuvent être explicites, c'est-à-dire clairement exprimées (« *Dans le couple c'est moi qui tient les comptes* »), ou bien implicites, non-dites : elles se mettent alors en place « *à l'insu de notre plein gré* ». Si elles permettent de se positionner efficacement l'un par rapport à l'autre tout va bien. En revanche, lorsque cela ne fonctionne pas, les règles implicites induisent des rapports dissymétriques. L'un va essayer de faire adopter sa façon de voir les choses à l'autre. Il va communiquer, dire : « *Je pense que cela serait mieux si l'on faisait comme ça* ». Si l'autre n'obtempère pas, il reformulera sa proposition une fois, deux fois, trois fois... Il essaiera de convaincre, il argumentera afin de lui démontrer qu'il a raison, alors qu'il s'agit en réalité d'imposer à l'autre une règle tout en faisant comme si il ne lui imposait pas : il. Le but est de faire en sorte que l'autre finisse par se ranger à son avis de « *son plein gré* ».

Prenons l'exemple d'une vendeuse qui veut absolument vous vendre un pantalon vert. Vous détestez le vert. Plutôt que d'accepter que vous ayez un avis différent du sien, elle insiste : « *Mais si, c'est la mode, et cette couleur va très bien avec vos yeux* », arguments qui ont juste pour but de lui donner raison à elle. Ce mode de fonctionnement est très commun, c'est pourquoi il est important de

pouvoir le repérer pour y répondre sans se fâcher ni se soumettre : il conviendra d'entrer en conversation, c'est-à-dire de pratiquer la métacommunication, qui est la communication sur la communication.

La constitution des règles dans une relation conjugale

Dès le premier échange, des règles s'instaurent dans le couple donnant à chacun une place et un rôle. Et là aussi les métarègles existent. Ainsi dans un couple illégitime, l'amant ou la maîtresse pourra être amené(e) plus ou moins rapidement à revendiquer une place : « *Je ne veux pas partir en vacances seul(e). Pars avec moi* », ou « *Passons le réveillon ensemble* ». Pourtant le statut même d'amant ou de maîtresse interdit ou rend difficile la réalisation de tels souhaits.

Dans les couples légitimes, bien sûr, la question de la place s'organise aussi autour de règles. Mais celles-ci ne sont pas posées comme préalables à la formation du couple. Il s'agit plutôt d'une sorte de danse complexe entre deux personnes, chacun positionnant son pas en fonction de celui de l'autre, induisant une nouvelle figure chez son partenaire. Au fur et à mesure que s'élabore cette chorégraphie, chacun prend sa place, ses repères, et devient prévisible pour l'autre. Toutefois chaque individu, en fonction de ce qu'il est, de son histoire, des modèles qui lui ont été transmis par sa propre famille, de ses propres représentations, aura une façon particulière de réagir à l'attitude son partenaire. Dans

ce ballet les règles ne sont pas dites : implicites, elles ne sont parfois pas en accord avec celles qui sont exprimées, c'est-à-dire les règles explicites. Cette divergence, ou « non-congruence », entraîne inévitablement incompréhension, rancœurs, conflits.

Adeline et Thomas

Adeline et Thomas sont au tout début de leur relation. Ils ont rendez-vous à 12 h devant la poste. Thomas arrive avec trois quart d'heure de retard et lance à Adeline, la bouche en cœur : « *Que je suis content de te voir !* ». Adeline, qui a eu peur qu'il ne vienne pas du tout, se dit : « *Le principal c'est qu'il soit là !* ». Elle ne lui fait donc aucune remarque. Dix ans passent, le quart d'heure est devenu une demi-journée et Adeline craque.

Que s'est-il passé ? Adeline n'a pas relevé la non-congruence entre l'explicite et l'implicite, considérant que cela n'était pas grave, et le retard s'est transformé en une règle sur laquelle il est devenu, au fil des années, de plus en plus difficile de revenir. Dans sa construction du monde, Adeline a une attitude protectrice : elle a protégé Thomas de sa propre colère, peut-être même en s'empêchant de la ressentir. Dans sa construction du monde, Thomas doit garder le contrôle de la situation : c'est lui qui décide à quelle heure il doit venir, d'autant plus qu'elle ne lui fait aucun commentaire. Ces deux attitudes en se répétant ont pris valeur de règle : quand Thomas est en retard, Adeline attend, et puisque

Adeline attend, Thomas n'a pas de raison de ne pas être en retard...

Le fait qu'elle attende montre que son estime de soi est basse. En revanche, cela rehausse celle de Thomas qui, lui, est attendu. Sans forcément s'en rendre compte, Adeline renforce ainsi la situation tout en s'en plaignant. Elle devrait arriver à penser qu'elle rejoue là sa peur de l'abandon : elle ne fait pas de reproches à Thomas car elle craint qu'il la quitte si elle agissait autrement,

Madame et Monsieur

Un couple est en thérapie. L'anniversaire de Madame tombe vendredi. Son mari lui dit : « *Il faut que je pense à ton anniversaire. Je vais t'emmener au restaurant à 19h30, mais je serai à la maison au plus tard à 19h, afin de prendre l'apéritif et de t'offrir ton cadeau avec les enfants.* » Il s'agit là d'une règle explicite. À 20h, Monsieur n'est pas là. À 20h30, toujours personne. Il arrive enfin à 21h. Et offre à sa femme un parfum « *Chanel n°5* » alors que sa mère le porte... Madame n'avait aucune envie de porter le parfum de sa belle-mère. Elle se met en colère : « *Tu sais que je déteste le parfum de ta mère !* ». Lui : « *Tu refuses mon cadeau !* »

Intellectuellement la patiente comprend parfaitement ce qui se joue là : il ne s'est pas excusé de son retard, s'est montré d'un égocentrisme forcené et d'une mauvaise foi incroyable. Tout doit tourner autour de lui et sa place à elle est niée. Pourtant, émotionnellement, elle n'est pas

capable de lui dire « *Tu te fiches de moi* ». Elle est dans une telle dépendance affective qu'elle ne peut lui signifier sa goujaterie de peur de perdre son « amour », qu'elle a d'ailleurs probablement déjà perdu.

Lui n'a pas respecté la règle explicite qu'il avait pourtant fixée, choisissant d'appliquer plutôt une règle implicite, renforcée par l'attitude de sa compagne, « *Je fais ce que je veux, et le reste de la maison doit s'adapter.* »

La constitution des règles dans une relation familiale

Dès que les enfants viennent au monde, le couple doit instaurer d'autres règles afin d'assumer son rôle parental. Ces règles familiales, et la façon dont elles seront édictées et appliquées ou pas, dépendront de plusieurs facteurs : les valeurs que chacun des deux parents a reçus de sa famille d'origine, sa propre représentation de ce qu'est être parent et sa capacité à occuper sa place de parent.

Transmettre les valeurs qui nous ont été transmises

Lorsque nos enfants font de nous des parents, qu'on le veuille ou non, se pose la question de ce que nous voulons leur transmettre.

D'un côté nous souhaitons explicitement que notre enfant soit épanoui, heureux, libre et qu'il ne porte pas le fardeau de ce que nous avons vécu. Dans le même temps, nous avons une histoire, des parents, des mythes familiaux, des secrets révélés ou cachés, et nous avons été agis par des règles

de fonctionnement. Ainsi, nous avons grandi avec un modèle que souvent nous ignorons. C'est d'ailleurs au moment de devenir nous-même parent que beaucoup de nos certitudes sont mises à l'épreuve à notre insu.

Par exemple, je peux avoir critiqué un de mes parents et me retrouver dans la même situation que ce dernier. Je peux avoir tenté de construire un contre-modèle, avoir dit ne pas vouloir éduquer mon enfant de telle ou telle façon, et me retrouver dans une position paradoxale sans savoir que faire. C'est un moment à la fois difficile et passionnant. Je peux, sans m'en rendre compte, avoir choisi un(e) conjoint(e) qui représentait des valeurs antagonistes à celles de ma famille d'origine, et me retrouver en opposition avec sa façon de procéder, car ce qui m'a plu au départ chez lui ou chez elle est précisément ce qui m'irrite aujourd'hui.

Heureusement, dans beaucoup de situations, la loyauté à la famille d'origine n'est qu'un élément parmi d'autres. La flexibilité, l'ouverture, la réflexion, l'apprentissage mutuel de la relation permettent d'offrir à nos enfants la possibilité d'une ouverture et d'une créativité qui leur permettra à leur tour d'inventer et de trouver une place acceptable dans leur existence. Dans certaines situations où l'enfant est pris à parti de façon unilatérale, comme le fait d'avoir à choisir entre son père et sa mère, les choses peuvent être beaucoup plus complexes. Lorsque les parents n'offrent pas à l'enfant la possibilité de se dif-

férencier, cela peut être un exercice extrêmement difficile d'être à la fois loyal à son père et à sa mère, surtout si on veut essayer de faire plaisir aux deux en même temps.

Congruence entre l'implicite et l'explicite

Prenons par exemple la situation très banale des mamans dont l'enfant est en âge d'explorer le monde à quatre pattes. Certaines vont être obligées de répéter 20 fois, 50 fois, à leur bout de chou de ne pas toucher la prise électrique. D'autres vont poser la règle une fois pour toutes. Quel est l'élément décisif ? Le ton qu'elle y met. L'enfant est très sensible à la musique des mots. Si la maman est convaincue de l'importance du message qu'elle veut faire passer, s'il y a congruence, c'est-à-dire cohérence entre le sens et la musique des mots, alors il recevra ce message 5 sur 5. En revanche, si la maman prononce la phrase « *Ne touche pas, c'est dangereux* » sur le même ton que celui qu'elle emploie pour dire « *Viens prendre ton* », alors il entendra qu'il existe bel et bien deux niveaux de compréhension : au premier on l'empêche de faire quelque chose, et à l'autre, on l'y autorise. Le message tombe donc à plat.

Cette observation demeure valable à tous les âges de la vie : le fait que l'on retienne ou non ce qui nous est dit dépend de la façon dont le message est envoyé. Ici le contexte n'est pas en cause, tout se joue au niveau de la voix. Il faut que « *ça sonne juste* ».

Cohérence et cohésion

La cohérence associée à l'authenticité constitue l'un des piliers de l'éducation. C'est un fait qu'il faut garder en mémoire, notamment lors des tensions éducatives au sein du couple parental. On pense souvent que les parents doivent être d'accord sur tout. Mû par l'attachement au mythe de l'unité familiale, on ne veut pas discréditer l'autre aux yeux de l'enfant. On s'abstient alors d'exprimer son désaccord sur sa façon de gérer un conflit, de poser une règle en interdisant ou autorisant telle ou telle chose. Or l'enfant va sentir le décalage entre l'entente de façade et le vrai désir de l'un ou de l'autre, et se trouver pris dans un conflit de loyautés. On peut aussi se disputer devant l'enfant, qui saisira l'occasion pour agir à sa guise en jouant sur les contradictions entre son père et sa mère. Il est possible également de jouer cartes sur table, en disant clairement : « *Nous ne sommes pas d'accord, nous allons donc décider avec toi : qu'en penses-tu, qu'est-ce que tu choisis ?* » On rend alors l'enfant créatif et surtout on lui donne l'exemple d'adultes capables d'affronter la réalité d'un conflit.

Une fois la décision prise, on doit en revanche s'y tenir : une règle est faite pour être respectée. Ce message-là, l'enfant doit l'entendre. Ce qui n'est pas forcément évident dans un monde où, dans la sphère familiale, la question de l'amour prime, et c'est heureux, sur la question du dressage. Les parents d'aujourd'hui, plus que les générations qui les ont précédées,

craignent de « faire mal ». Peut-être à cause d'une « psychologisation » généralisée, via des médias véhiculant des concepts mal compris ou simplifiés à outrance. On entend souvent des pères et des mères redoutant de traumatiser leurs enfants en les confrontant à la frustration, ou tellement anxieux de ne pas être aimés de leur progéniture qu'ils cèdent sur tout afin d'éviter tout conflit. Or, aimer son enfant c'est aussi oser le confronter aux limites. Elles sont pour lui contenantes, sécurisantes. Tant qu'il ne les trouve pas, clairement posées par des adultes à leur juste place, c'est-à-dire à l'aise avec leur rôle éducatif, il les cherchera, de plus en plus loin.

Obéissance et conformité

Cela étant, l'apprentissage du petit Homme passe également par l'éducation à la conscience, au choix, à la liberté. C'est pourquoi il ne faut pas confondre dressage et éducation, rigidité et rigueur.

Dans le premier cas, l'objectif est la soumission, l'obéissance aveugle. On ne cherche ni ne donne de sens aux règles imposées ; « *Tais-toi, tu es petit, je suis grand, c'est donc moi qui commande, c'est comme ça, et tu n'as rien à dire.* » Dans un tel contexte, et si, en plus, la violence physique ou verbale est employée comme moyen « éducatif », l'enfant n'a d'autre choix que de se conformer aux attentes ou de faire semblant. Ce type d'éducation, en effet, apprend vite le mensonge. Puisqu'on exige de lui qu'il plie, l'enfant, pour « sauver sa peau »,

apprendra l'acceptation de façade qui permet de mieux détourner des règles qu'il juge absurdes ou scélérates, il apprendra la dissimulation qui évite les esclandres ou permet de s'aménager des espaces de liberté.

Fondées, argumentées, les règles sont plus facilement acceptées lorsque l'enfant apprend qu'elles ont un sens qu'il peut interroger. En outre, dans l'échange serein avec ses parents, le petit expérimente que sa pensée et son avis valent quelque chose, que les mots humanisent et que l'écoute est une manière de respecter l'autre.

L'exemplarité

L'éducation, cependant, ne se déroule pas uniquement dans l'échange. Trop souvent les parents oublient qu'une part considérable des règles n'est pas exprimée mais passe par l'exemplarité. Les parents sont en effet des modèles, des supports d'identification pour leurs enfants. Le message se doit donc d'être cohérent, entre ce qui est dit et ce qui est montré.

Prenons l'exemple d'un papa « urbain chic à la campagne », un jour de vacances scolaires, qui fait la queue dans un cinéma de province pour aller voir le dernier *Harry Potter* avec ses deux garçonnettes. Au moment où la personne devant lui paye sa place, il sort son téléphone portable, compose un numéro et entame une conversation. Lorsque son tour arrive, il ne peut ni saluer d'un « bonjour » le caissier stupéfait ni exprimer sa demande par un « s'il vous plaît », et lui indique seulement par signe, en le regardant

à peine, tout absorbé qu'il est par son échange téléphonique, qu'il veut trois places pour la séance. Il paie, mais bien sûr ne remercie pas. Forcément : il n'a pas encore raccroché!

Peut-être ce père de famille bon genre exige-t-il de ses enfants qu'ils soient polis à table, ou s'indigne-t-il s'ils reviennent avec de mauvaises notes de comportement de l'école. Mais quel exemple leur montre-t-il? Peut-on demander à quelqu'un de faire quelque chose que l'on n'est pas capable de mettre en pratique soi-même?

On peut penser que cet homme est mal élevé. Cela n'empêche pas qu'il applique, consciemment ou pas, des règles qui lui ont été transmises. Car dans chaque parent sommeille un enfant à qui ses propres parents ont voulu transmettre des valeurs. Et il peut vouloir à son tour transmettre à ses enfants soit ce qu'il a reçu, soit tout le contraire s'il s'est construit en réaction à son éducation. Dans les deux cas, il choisira comme partenaire un homme ou une femme qui lui permettra d'aller dans un sens ou un autre, au risque, parfois, de se faire rattraper par son histoire.

Chaque cellule familiale doit tricoter, jour après jour, son propre fonctionnement à partir des histoires des chacun. Cela demande d'aller puiser dans ses ressources créatives et inventives. Et là aussi, la question de l'implicite se pose, ô combien!

La constitution des règles dans une relation professionnelle

Au travail, il existe des métarègles à partir desquelles s'organisent les relations entre les personnes : code du travail, règlement intérieur de l'entreprise, convention collective... Elles constituent le contexte dans lequel on exerce sa profession. Or, il est important de connaître ce contexte pour pouvoir se repérer et savoir au sein de quelles limites on évolue. Prenons l'exemple de cette animatrice, dans une maison de retraite, qui a décidé un jour d'organiser un atelier « émaux ». Elle a recruté quelques résidents très enthousiastes, déterminé le jour, apporté le matériel... Sauf que, faute d'en avoir préalablement informé la direction, elle n'a pu savoir qu'il était impossible de disposer d'un four pour cuire les émaux.

Comme dans le couple ou la famille, ces métarègles forment une sorte de contenant au sein duquel des liens se forment selon les lois où les attentes des uns et des autres, sachant que l'estime de soi joue un rôle important en la matière. Dans la vie professionnelle comme ailleurs, non congruence et double message contradictoire peuvent être de mise, et plonger les individus dans la confusion et le doute. Ainsi, dans les réunions, on entend régulièrement des injonctions comme : « Soyez créatifs », « Soyez autonomes », « Soyez imaginatifs »... Or, la création, l'autonomie, l'imagination, par définition ne se commandent pas par décret ! Elles

impliquent un acte de liberté, pas forcément bien vu dans un contexte professionnel. De plus, le fait même qu'il s'agisse d'un ordre hiérarchique sous-entend une menace non formulée : « Si vous ne vous montrez pas créatif, vous n'êtes peut-être pas à votre place dans ce service. ». Dans ces conditions, impossible d'ouvrir un espace intérieur suffisant pour laisser son imagination s'épanouir. La façon même de formuler la demande organise donc les conditions pour que le salarié ne puisse y répondre. On ferme ce que l'on laisse soi-disant ouvert. Ce double langage est l'une des sources principales de malaise au travail.

Comment je réagis par rapport à ces règles ?

Une fois les règles identifiées, quelque soit le contexte, il faut savoir comment nous allons les considérer. Si elles sont claires et jugées acceptables, aucun problème ne se pose ; nous nous y conformons de bonne grâce. Il en va autrement si nous sentons que l'on cherche à nous les imposer contre notre volonté, de façon plus ou moins masquée. Lorsque la personne va essayer de nous convaincre du bien-fondé des règles auxquelles elle veut nous soumettre contre notre gré, notre réaction en dira beaucoup sur ce que nous sommes et notre façon d'interagir avec l'extérieur.

Nous pouvons nous soumettre et ne rien contester : « *Qui ne dit mot consent* ». Cette façon d'éviter le conflit est aussi une façon d'éviter de prendre une place en formulant une

opinion, probablement par manque de confiance en soi. Mais elle peut dénoter aussi un manque de confiance en l'autre, jugé incapable d'écouter d'autres arguments que les siens.

Nous pouvons aussi nous fâcher, créant alors une frontière claire entre nous et l'autre. Je campe sur mes positions, et signifie à l'autre personne qu'étant donné son mode de relation, je ne souhaite pas entrer en relation avec elle. C'est une autre forme d'évitement.

Nous pouvons encore nier l'autre dans son existence. C'est la pire des positions.

Nous pouvons enfin choisir d'entrer en conversation. Cette attitude signifie : « *Je ne comprends pas ce que tu veux vraiment. Je voudrais comprendre* ». Mais pour parvenir à ce niveau de relation, il faut avoir envie de créer, de maintenir le lien avec l'autre. Il faut essayer d'aller au-devant de lui, accepter de se dévoiler en lui livrant notre propre vision des règles à instaurer dans la relation, et surtout être prêt à lui laisser une place dans la relation.

La place, la loi, les échanges

Les échanges entre les personnes, que l'on se situe dans la société, dans la famille, entre amis ou dans l'entreprise, s'articulent certes en fonction des histoires de chacun, des attentes, des désirs, des places occupées par les uns et les autres, mais ces échanges ne sauraient se dérouler hors de la Loi. La Loi représente à la fois la toile

de fond et le cadre où s'inscrivent les interactions et interrelations entre les hommes.

Les lois écrites

Ce sont les lois les plus faciles à étudier. Elles sont, dit le Littré, « *des prescriptions émanant de l'autorité souveraine*. » Il s'agit donc des règles de vie en communauté, établies pour que perdure justement la communauté telle qu'elle se représente elle-même, et dont le garant sinon l'instigateur est le souverain, le chef, le président, l'empereur, le duc, le führer, le roi. Le nom donné varie en fonction du système politique, c'est-à-dire de l'organisation de la cité. Mais, dans tous les cas, celui qui incarne l'autorité souveraine est censé parler pour les autres, en leur nom, et encadrer leur vie en faisant respecter les règles qui préexistaient à son arrivée ou en faisant respecter celles qu'il décide d'instaurer. Car les lois écrites ont de particulier d'être modifiables : elles varient d'un Etat à l'autre, d'un système à l'autre, d'une époque à l'autre. Elles se modifient en fonction des évolutions de la société, qu'elles suivent en général plutôt qu'elles ne les précèdent.

La loi constitue un cadre de référence dans lequel l'individu renonce à son désir ou à ses pulsions (voler, violer, saccager, par exemple) au profit du bien commun. Les lois écrites disent ce qui lui en coûtera de passer outre pour chaque manquement elles définissent une sanction, c'est-à-dire une dette pour partie symbolique dont

il faut s'acquitter. Pour autant, cette loi découle elle-même d'une autre loi, qu'elle tente d'ailleurs de mettre en forme mais qu'elle réduit en ce faisant : la Loi non écrite.

La Loi non écrite

Les Anciens la nommaient « *Loi de la Nature* ». Ensuite, puisque la Raison était la nature de l'Homme, ce qui le différenciait de l'animal, on l'a nommée « *Loi de la Raison* ». Puis, le temps des monothéismes venu, elle est devenue « *Loi de Dieu* » : si l'Homme était doté de raison, c'est parce que Dieu lui en avait attribué une. Toujours est-il que cette loi est préexistante à toute loi écrite, et toute loi écrite ne peut que découler d'elle dans la mesure où elle ne fait qu'adapter au quotidien des individus les principes fondamentaux qu'elle édicte. Or, ces principes fondamentaux régissent tous les échanges entre les êtres. Prenons-en deux exemples : l'échange sexuel et l'échange langagier.

La loi de l'échange sexuel

Cette loi qui régit les échanges sexuels est basée sur un interdit : la prohibition de l'inceste. Pour l'ethnologue Claude Lévi-Strauss, elle « *constitue la démarche fondamentale grâce à laquelle, par laquelle, mais surtout en laquelle, s'accomplit le passage de la Nature à la Culture*. » En effet, la loi de l'inceste s'ancre dans la nature mais elle doit parcourir un chemin pour devenir Loi. La loi de la Nature impose à l'espèce humaine comme à toute autre espèce de se reproduire pour

se perpétuer. Cette loi se retrouve inscrite dans la Bible : « Croissez et multipliez ». Mais, par nature, l'homme est aussi un être social. Comme le souligne Thomas d'Aquin au XIII^{ème} siècle, si l'inceste est mauvais c'est qu'il « *fait obstacle à la multiplication des amis* ». De fait, si l'on prend femme dans la famille, on n'a plus besoin d'échanger avec l'extérieur, plus besoin de sortir du cercle, plus besoin non plus de fixer les conditions dans lesquelles la femme du clan d'à côté va pouvoir venir rejoindre le nôtre, plus besoin de parole. Or, ce sont tous ces éléments qui caractérisent l'Humanité et sa culture.

Relevons deux faits majeurs à propos de l'inceste : d'abord, les lois écrites qui découlent de l'interdit de l'inceste concernent l'échange de femmes et non d'hommes. Ensuite, le tabou de l'inceste tel qu'il est travaillé par la psychanalyse à travers le complexe d'Œdipe concerne avant tout les relations mère-fils, et non les relations frères-sœurs, comme si le principal danger était que les femmes-mères refusent de rendre leur fils à la communauté des hommes, c'est-à-dire les empêchent de prendre leur place de sujet. Un thème qui revient fréquemment dans les thérapies.

L'échange langagier

Le langage véhicule l'échange entre les hommes. Il convient de distinguer deux éléments dans le langage : d'une part le signifiant, c'est-à-dire le mot, et d'autre part le signifié, c'est-à-dire ce qui est représenté par le mot. Si je dis « Table », vous pouvez penser « *table*

de multiplication », « table à langer », « table de travail », « table pour manger »... Qu'est-ce que la table, fût-elle à manger ou de multiplication, vient faire dans notre échange ? C'est l'ensemble de la phrase que je prononce, dans un contexte bien particulier, en association avec des signifiants non verbaux - mimiques, intonation, etc. - qui va signifier quelque chose. C'est pourquoi un signifiant seul n'a de sens que pris dans une chaîne d'autres signifiants. Un mot ne prend sens que dans une phrase, qui ne prend sens que dans un contexte. Le langage, vu sous cet angle, n'est autre que la pensée en mouvement. Il peut malheureusement être perverti en bavardage : il suffit pour cela de ne pas laisser la pensée aller dans sa vérité, mais d'utiliser la langue d'une façon stratégique, en pensant avant tout à la façon dont ce que nous disons va être perçu, reçu, compris par l'autre. Car prendre la parole est un acte qui nous en engage. La personne « de parole » est celle qui dit qui elle est, et donc sur laquelle l'on peut compter.

En parlant, je me révèle. En disant « Je », je prends ma place et je la prends devant autrui, par rapport à lui. En quelque sorte, je le définis comme il se définit lui-même et définit sa place et la mienne en parlant à son tour. À travers cet échange est posée la loi non écrite : la relation est une co-sculpture à laquelle chacun participe en fonction de la façon dont il a intégré la loi, et donc en fonction de la façon dont la loi lui a été transmise... par le langage.

Une illustration

L'appel téléphonique et le contexte de la demande

MICHEL – Monsieur Trappeniers ?

THÉRAPEUTE – Oui, bonjour.

MICHEL – Michel Martin au téléphone. Je vous appelle sur les conseils de mon médecin généraliste et je voudrais prendre rendez-vous.

THÉRAPEUTE – Oui, qu'est-ce qu'il vous arrive, dites-moi ?

MICHEL – Et bien, écoutez, mon médecin généraliste m'a conseillé cette consultation chez vous, me disant que vous étiez thérapeute spécialisé, thérapeute de couple...

THÉRAPEUTE – Oui...

MICHEL – Et il m'a fait comprendre que ça pouvait m'aider.

THÉRAPEUTE – Oui... Et vous voudriez me rencontrer en couple ?

MICHEL – Oui, bien sûr.

THÉRAPEUTE – Et bien prenons rendez-vous.

MICHEL – Et bien, je suis disponible tous les jours de la semaine à partir de 17h15 et le week-end. Le plus tôt sera le mieux.

THÉRAPEUTE – Le plus tôt sera le mieux. Je vous propose mercredi prochain à 17h30 ?

MICHEL – 17h30 précises, d'accord.

THÉRAPEUTE – Vous n'avez pas besoin de consulter votre compagne d'abord ?

MICHEL – Non, non je lui expliquerai le pourquoi de la consultation et elle sera présente.

THÉRAPEUTE – Et bien à bientôt Monsieur, au revoir.

MICHEL – Au revoir.

Le contexte de la demande

Monsieur a une voix plutôt transparente et assez fatiguée. Il relève « 17h30 précises », ce qui fait apparaître au thérapeute le fait que Monsieur n'aime pas les professionnels en retard. Le futur patient dit qu'il n'a pas besoin de consulter sa femme : il lui expliquera et elle sera présente. Cela donne déjà une certaine connotation à la situation.

Première séance

THÉRAPEUTE – Je vous en prie, entrez. Bonjour Madame, bonjour Monsieur. Je vous en prie prenez place. Qui d'entre vous veut commencer ?

MICHEL – Je vais commencer.

THÉRAPEUTE – Simplement, avant de commencer, votre prénom c'est comment, Monsieur ?

MICHEL – Michel.

THÉRAPEUTE – Michel. Et vous avez quel âge Michel ?

MICHEL – J'ai quarante ans.

THÉRAPEUTE – Et qu'est-ce que vous faites de votre vie ?

MICHEL – Je suis informaticien.

THÉRAPEUTE – Informaticien. Et vous Madame ?

ELODIE – Je m'appelle Elodie, je suis comptable et j'ai trente ans.

THÉRAPEUTE – Et vous êtes ensemble depuis combien de temps ?

ELODIE – Sept ans.

MICHEL – Oui, ça doit faire sept ans. Mariés depuis six ans.

THÉRAPEUTE – Mariés depuis six ans.

ELODIE – Et nous avons deux petites filles.

THÉRAPEUTE – Deux petites filles. Qui ont quel âge ?

ELODIE – Elles ont six et quatre ans.

THÉRAPEUTE – Celle qui a six ans s'appelle comment ?

ELODIE – Nadine.

THÉRAPEUTE – Et celle qui a quatre ans ?

ELODIE – Martine.

THÉRAPEUTE – Et donc qu'est-ce qui vous amène, dites-moi.

MICHEL – Et bien comme je vous l'expliquais au téléphone, mon médecin généraliste m'a conseillé cette consultation. C'est très difficile à dire, mais je vais vous le dire : il me soigne pour une dépression. Enfin, il dit que je suis déprimé, ce que j'ai du mal à accepter. Il me prescrit un traitement et il m'a encouragé à vous parler un peu de la famille de mon épouse. Il connaît bien notre famille, c'est notre médecin de famille.

THÉRAPEUTE – Oui, je comprends.

MICHEL – Je lui ai exposé la situation et il m'a conseillé cette consultation, en disant que vous étiez vraiment un grand spécialiste de la thérapie de couple.

THÉRAPEUTE – Ah bon ?

MICHEL – C'est vrai. C'est la réputation que vous avez.

THÉRAPEUTE – Tout flatteur vit aux dépens de celui qui l'écoute, Monsieur. Donc, là-dessus, je resterais assez modéré. Je veux d'abord réfléchir sur comment est-ce que vous voyez les problèmes qui se posent à vous et comment vous pensez que je vais vous aider. Donc, votre médecin généraliste vous envoie. Vous êtes dépressif d'après ce qu'il dit.

La définition du problème

Ce qu'il y a de remarquable dans cette présentation est que Monsieur vient avec son épouse et se présente comme étant le problème en disant : « Mon médecin m'a encouragé à vous parler un peu de la famille de mon épouse ». D'un côté, il dit que c'est lui le problème, et d'un autre côté, on pourrait faire l'hypothèse que, s'il est comme il est, c'est la faute à son épouse, qui le doit elle-même à sa famille d'origine. De plus, il connote le thérapeute d'une façon extrêmement positive, en disant que j'ai « une réputation qui me précède », et qu'il pense être venu voir quelqu'un de très compétent. Cela signifie, implicitement, qu'il compte que ce soit moi qui fasse le travail qu'il y a à faire, puisque je suis compétent. Il met le thérapeute en position d'expert. C'est une personne qui se décrit dans une situation de mal-être important, mais qui commence à dire qu'il est victime de la famille d'origine de Madame, et que le thérapeute qu'il vient voir, est un thérapeute hors pair.

MICHEL – C'est ce qu'il dit, oui.

THÉRAPEUTE – Vous avez du mal à accepter cette dépression.

MICHEL – Oui.

THÉRAPEUTE – Et il vous conseille de venir en couple pourquoi, que se passe-t-il ?

MICHEL – Je... Je pense qu'il a compris, nous connaissant bien depuis longtemps, que ça ne fonctionnait plus comme

avant au niveau familial. Entrons dans le vif du sujet. Il faut que je vous dise qu'on est un couple très uni, ou en tout cas on l'était, jusqu'à il y a un an ou deux, où les choses ont commencé à se dégrader, sans que je comprenne vraiment pourquoi. Mais aujourd'hui j'en souffre beaucoup. Et je crois comprendre que mon médecin généraliste a lui-même compris que peut-être ma dépression était en lien avec ça.

THÉRAPEUTE – C'est ça...

MICHEL – Et Elodie est une femme extraordinaire... Je crois qu'elle l'est encore mais je le reconnais plus difficilement aujourd'hui quand même. Voilà... Elle a toujours été très attentionnée pour la famille, les enfants, pour moi-même, et ce n'est plus le cas.

THÉRAPEUTE – Oui...

MICHEL – Je ressens de l'indifférence, parfois aussi de l'irritabilité, de l'énervement... J'ose à peine dire ce mot : de la rébellion. Je ne comprends pas, on n'a jamais fonctionné comme ça. Et donc pour moi c'est toute une histoire, une vie qui est en train de s'effondrer, de très mal tourner. Je ne comprends pas.

THÉRAPEUTE – Bon. Qu'est-ce que je dois faire, Monsieur ? Qu'est-ce que vous pensez ? Est-ce que je peux vous parler comme je le ressens ou vous pensez que je dois y mettre les formes ?

MICHEL – Je... Je ne sais pas comment vous travaillez. J'espère que vous nous aiderez à trouver des solutions. Je dois vous dire je viens avec quelques réticences.

THÉRAPEUTE – Je comprends.

MICHEL – J'ai entendu parler des thérapies de couple...

THÉRAPEUTE – Je comprends.

MICHEL – J'ai cru comprendre que dans bon nombre de cas, ça conduisait au divorce. Et donc, si au moins vous pouviez nous aider à ne pas en arriver là.

THÉRAPEUTE – Ah bon ?

MICHEL – Et oui. Ce n'est pas ce que je souhaite.

THÉRAPEUTE – Je comprends... Je ne comprends pas ce que vous me demandez... Madame, vous pouvez me traduire ce que me demande votre mari ?

MICHEL – Je peux vous expliquer ce que j'ai à dire, si ce n'est pas suffisamment clair...

THÉRAPEUTE – C'est-à-dire que vous vous parlez à vous-même devant moi, pensant que moi-même je pourrais connaître les faits. Je suppose que vous reprochez des choses à Elodie, c'est ce que je comprends.

Mais je ne sais pas ce que vous lui reprochez concrètement. Vous comprenez ?

MICHEL – Je lui reproche de ne plus être ce qu'elle était, ce qui a nous permis de construire, de nous marier, de projeter beaucoup de choses qui se sont bien passées, jusqu'à ce que ça...

THÉRAPEUTE – C'est ça.

Le contrôle de la relation

Dans cette première partie d'échanges, il est important de noter comment cet homme qui, a priori, est dans une position de faiblesse importante, tente de contrôler le cadre de l'intervenant en lui disant : « Je sais que souvent les thérapies de couple mènent au divorce, et ce que je souhaite c'est ne pas divorcer ». On voit comment, d'une certaine manière, le thérapeute doit tenir compte de ces éléments pour la suite de la conversation. On comprend également qu'une grande partie de leur vie maritale s'est passée dans une logique fusionnelle totale. A priori, Monsieur pensait connaître son épouse parfaitement, mais des événements annoncent que ce n'est plus ce que c'était.

ELODIE – Il me reproche de l’avoir trompé.

THÉRAPEUTE – Ah, c’est ça !

ELODIE – D’avoir commencé à travailler aussi.

THÉRAPEUTE – Alors attendez. Vous êtes informaticien, vous avez quarante ans, vous vous appelez Michel.

Vous vivez avec Elodie, qui a trente ans, comptable. Vous êtes mariés depuis six ans et donc...

ELODIE – Et donc, on a commencé une vie où je me suis occupée des enfants, on va dire, puisque Nadine est née très peu de temps après qu’on se soit rencontrés... J’ai fini mes études, mais je n’ai pas démarré de travail... J’ai élevé mes filles et puis il y a un an, après que Martine soit rentrée à la maternelle j’avais plus de temps et j’ai décidé de retravailler.

THÉRAPEUTE – Je comprends.

ELODIE – Du coup j’ai été moins présente à la maison...

MICHEL – Est-ce que je peux éclairer...

THÉRAPEUTE – Excusez-moi Monsieur, vous voulez m’aider ? Vous voulez que je vous aide ?

MICHEL – Oui.

La bataille pour le cadre

Là, de nouveau, de façon extrêmement habile et je suppose sans s’en rendre compte, Monsieur fait une tentative de contrôler le cadre en interrompant sa femme en disant : « Est-ce que je peux éclairer ? »

THÉRAPEUTE – Vous avez eu un temps de parole, est-ce que c’est possible que je puisse entendre votre dame, et vous réagissez une fois qu’elle a terminé ? Parce que sinon, je ne vais pas m’en sortir. Vous pensez que c’est possible ou pas ?

MICHEL – Je vais essayer.

Le thérapeute tente de reprendre le cadre en main

THÉRAPEUTE – Allez-y. Et vous allez m’éclairer après, il n’y a aucun problème.

ELODIE – Donc, au travail, j’ai rencontré un homme, un collègue... Voilà, j’ai dérapé, ce n’est arrivé qu’une fois...

ça fait six mois. Et depuis, il me le reproche, il n’arrive pas à le digérer, et voilà... Il me reproche tous les maux du monde.

THÉRAPEUTE – Donc, jusqu’à il y a six mois, tout allait bien, c’est ce que je comprends. Il y a six mois vous avez glissé...

C’est ça ? Et comment il a su qu’il y a eu cette glissade, ce dérapage ?

ELODIE – Il a fouillé dans mon sac.

THÉRAPEUTE – Il a fouillé dans votre sac, et qu’est-ce qu’il a trouvé dans votre sac ?

ELODIE – Il a trouvé un message de mon collègue.

THÉRAPEUTE – Et qui disait quoi ce message ?

ELODIE – Qu’il m’attendait à l’hôtel, à telle heure...

THÉRAPEUTE – D’accord. Donc, vous n’avez pas pris de précaution non plus, enfin...

ELODIE – Non, c’est vrai, parce que je suis habituée à ce qu’il fouille mon sac, donc j’aurais dû faire attention.

THÉRAPEUTE – Je comprends. Il fouille votre sac habituellement... Donc, il est assez jaloux ? Vigilant ?

Comment on peut dire ? Ça s’appelle comment, ça ?

MICHEL – Fidèle et vigilant.

THÉRAPEUTE – Monsieur, vous m’aviez promis que je pouvais parler avec elle. C’est-à-dire que si vous soufflez les réponses, je ne saurai pas ce qu’elle veut vraiment me dire.

ELODIE – Vigilant.

THÉRAPEUTE – Donc il est vigilant, c'est ce que je comprends, et ce jour-là, il a trouvé en quelque sorte ce qu'il redoutait ?

ELODIE – Oui.

MICHEL – Je ne comprends pas... Qu'est-ce que vous voulez dire ? Ce que je redoutais ?

THÉRAPEUTE – Ce que vous redoutiez ? Et bien, imaginons, j'essaie de voir avec vos yeux, imaginons que j'ai une compagne et que je fouille tous les soirs son sac... Pourquoi est-ce que je fouille tous les soirs son sac, d'après vous ?

MICHEL – Ecoutez, « fouiller » c'est un grand mot...

THÉRAPEUTE – « Regarder », alors, je ne sais pas comment il faut dire...

MICHEL – Il faut faire attention aux termes qu'on utilise... On parle de « glissade », j'ai entendu « glissade »...

Ça m'est absolument insupportable d'entendre ça... Les choses se bousculent dans ma tête. Ça m'est très difficile d'entendre ce que vous dites, là... Fouiller, non, nous avons...

THÉRAPEUTE – Attendez, excusez-moi Monsieur, ce que vous relevez justement, c'est très important, parce que votre épouse a employé le mot « dérapage », et j'ai changé le mot « dérapage » pour le mot « glisser », pensant que je pouvais adoucir les choses... Et vous...

MICHEL – Et bien merci...

THÉRAPEUTE – Et donc il faut l'appeler comment ?

MICHEL – C'est une trahison, une tromperie, une... Et voilà, je n'irai pas plus loin dans les termes...

Les croyances profondes

Il y a donc un homme qui dit être dans une grande faiblesse, et qui dans le même temps veut absolument contrôler la situation vis-à-vis du thérapeute. Chaque fois que le thérapeute emploie le mot qui n'est pas le mot que Michel a employé, il le remet en question. Michel veut donc contrôler la relation avec le thérapeute. Dans le même temps, ce qui est fascinant, c'est que son épouse sait que son mari fouille son sac, qu'il est vigilant, qu'il a une croyance sur le fait qu'il faut qu'il se méfie. Madame renforce la croyance de Monsieur en laissant traîner un message explicite d'un amant. Dans quelle mesure, sans qu'elle s'en rende compte, elle n'est pas en train de créer une situation pour se différencier de cet homme ?

THÉRAPEUTE – Votre femme vous a trahi, mais, euh, excusez-moi encore, faisons très attention aux mots, elle me dit que le soir quand elle rentre vous explorez son sac, comment on dit ?

Tentative de clarification

Effectivement, je n'ai toujours pas élucidé la façon dont je devais considérer la situation de Monsieur. Ce sont des détails très importants. J'ai voulu définir clairement quelle est son attitude envers Madame et il tente de me ramener au fait qu'il a été trahi, en voulant faire l'impasse sur comment il a découvert la trahison.

MICHEL – Oui, c'est-à-dire que notre vie de couple ne date pas de six mois, on a toujours fonctionné comme ça...

Certes je vérifie... Notamment les comptes...

ELODIE – Pas au début...

MICHEL – Ça a toujours été comme ça, on a toujours fonctionné comme ça...

THÉRAPEUTE – Oui, je vous écoute.

MICHEL – Oui, merci. Voilà, je perds un peu le fil de mes idées, mais on a toujours fonctionné comme ça, et...

THÉRAPEUTE – Excusez-moi Monsieur, je vais vous paraître stupide, est-ce que vous explorez le sac

de votre femme tous les soirs ?

MICHEL – Oh, peut-être pas tous les soirs, mais je vérifie beaucoup de choses très régulièrement et depuis le début de notre histoire.

THÉRAPEUTE – Ce qui signifie que vous ne lui faites pas confiance ? Ou que vous lui faites une confiance modérée ?

MICHEL – Ce qui signifie que nous partageons beaucoup de choses et que ça fait partie de notre intimité, et que jamais, jamais elle n'a émis de plainte quant au fait que je... Enfin, le terme « fouiller », c'est la première fois qu'elle l'utilise.

THÉRAPEUTE – Bon, donc de votre point de vue, vous m'expliquez que ça vous semble naturel de pouvoir accéder à son sac ?

MICHEL – Vous me comprenez, là, oui.

Amplification de la logique de contrôle

Il devient de plus en plus clair que, dans le déroulement du début de cet entretien, Michel est plutôt dans une logique de possession que dans une logique de relation. Il se sent trahi, disant qu'il ne comprend pas ce qu'il lui arrive.

Par ailleurs, il envoie des messages très clairs au thérapeute qu'il pourra fonctionner avec lui dans la mesure où c'est lui qui contrôle la relation avec ce dernier. Voilà le thérapeute pris dans une situation extrêmement complexe.

THÉRAPEUTE – J'essaie... Donc, il est convenu entre vous qu'implicitement vous pouvez aller dans son sac, et qu'après tout, une femme qui n'a rien à cacher, je ne vois pas pourquoi elle vous empêcherait de regarder son sac.

MICHEL – Voilà.

THÉRAPEUTE – C'est ça ?

MICHEL – Oui.

THÉRAPEUTE – Et ce jour-là, j'en reviens à cette idée que vous m'exposiez tout à l'heure, en disant « il a trouvé ce qu'il cherchait ». En fouillant le sac, vous avez vérifié... Je ne sais pas si c'est ce que vous cherchiez... Mais en fait vous avez été surpris ce jour-là ?

MICHEL – Oui, véritablement surpris. Alors, il faut être un peu précis, on ne peut pas dire que tout allait bien avant ces six mois. Moi je pense que les choses ont commencé à se dégrader depuis que tu as commencé à travailler. Et je reviens sur ce que tu as dit tout à l'heure, tu dis « je suis comptable, j'ai commencé à travailler depuis un an », c'est faux, tu étais femme au foyer, pour moi c'était un travail...

Une construction du monde qui s'effondre

Dans l'esprit de Michel, il n'y a aucun doute : la vie est un chemin de fer : on prend un train pour aller d'un endroit à un autre. Il se trouve que, dans ce qui lui arrive, il y a eu un accident. Monsieur est perdu, il est fou de rage parce que son épouse a brisé son rêve. Pour lui, une femme doit se laisser contrôler par son mari. Pour lui, une femme au foyer est une femme qui travaille. Il pensait qu'il était dans un monde où la réalité était partagée. La chute est d'autant plus haute que, ce qu'il découvre, c'est que ce n'est pas le cas.

THÉRAPEUTE – Oui, je le pense aussi.

MICHEL – Je n'aime pas cette idée qu'on puisse imaginer qu'une femme qui est à la maison est une femme qui ne travaille pas. Je veux dire que c'était un travail que tu faisais très bien, admirablement bien... Que tu fais beaucoup moins bien aujourd'hui, donc arrêtons de dire que tu as commencé à travailler il y a un an ! Enfin, bon...

THÉRAPEUTE – Je partage totalement votre idée. À une nuance près, c'est qu'une femme qui travaille uniquement à la maison, est salariée de son mari, alors que si elle travaille à l'extérieur, elle est plutôt salariée d'une institution.

Disons que le patron n'est pas le même si je puis me permettre...

ELODIE – Salariée, c'est un bien grand mot !

THÉRAPEUTE – Ou dédommagée ? Je ne sais pas comment on peut appeler ça ? Remerciée ? Stagiaire ?

ELODIE – Euh... Euh... On peut dire que je n'ai de carte bleue que depuis un an. Donc, on ne peut pas vraiment dire que j'étais salariée de mon mari.

THÉRAPEUTE – Je comprends. Et donc, vous lui avez laissé un portable ?

MICHEL – Non. Elle s'est achetée un portable.

THÉRAPEUTE – Oui, je comprends très bien.

ELODIE – Moi, le travail ça m'a beaucoup apporté, parce qu'on a déménagé de ma région, j'ai...

THÉRAPEUTE – Vous venez de quelle région ?

ELODIE – Du Languedoc-Roussillon. Donc, ce n'est pas très loin, mais... J'ai perdu plus ou moins les contacts avec mes amis, avec une partie de ma famille... Donc, le travail m'a permis de rencontrer de nouveau des relations avec des gens et... C'est vrai que ça a été compliqué pour Michel de l'accepter.

THÉRAPEUTE – Oui, qu'est-ce que vous voulez dire Monsieur ?

MICHEL – Que je ne comprends pas. Que je ne comprends pas.

THÉRAPEUTE – Et bien c'est simple. Ce que je suis en train de comprendre, c'est que vous vivez ensemble depuis sept ans. Pour vous, il était clair que la définition du rôle de votre dame était quasiment sur un rail, d'une certaine façon.

MICHEL – Notre définition.

THÉRAPEUTE – Votre définition, excusez-moi, votre définition à tous les deux de la situation était qu'elle était implicitement et explicitement d'accord avec ce que vous lui proposiez, et vous découvrez que brutalement, elle vous trompe, elle vous trahi, et rien ne va plus. C'est ça ?

MICHEL – Oui, c'est ça, mais pourquoi tout doit basculer un jour alors que les choses fonctionnaient bien ?

C'est ça que j'ai du mal à comprendre. On construit quelque chose, on a des idéaux, on a un projet, on a des enfants, on a une famille et tout s'effondre Monsieur Trappeniers, c'est extrêmement difficile à vivre.

ELODIE – Elle fonctionnait bien pour toi, Michel...

MICHEL – Tu dis ça maintenant, influencée par tes collègues, amant, euh... Je ne comprends pas.

ELODIE – Je ne suis pas stupide, contrairement à ce que tu me dis régulièrement.

THÉRAPEUTE – Comment ?

ELODIE – Je ne suis pas stupide.

THÉRAPEUTE – Je ne sais pas. Elle est stupide ou elle n'est pas stupide, Monsieur ?

MICHEL – J'ai pu le dire, dans le cadre d'une dispute. Je ne te considère pas comme stupide, mais, euh, si stupidité il y a, maintenant oui tu es stupide, parce que tu fous tout en l'air, la stupidité elle est là peut-être. Mais après, tu es une femme... Je l'ai dit, je l'ai pensé, j'essaie de le penser encore... Tu es extraordinaire.

THÉRAPEUTE – Je vous suis. Et donc, vous venez me rencontrer, et comment vous voyez mon travail ?

Qu'est-ce que vous pensez que je vais faire avec vous ? Comment je dois m'orienter ?

MICHEL – Monsieur Trappeniers, donnez-nous des clés pour reconstruire notre couple, notre famille.

Voilà ce que je vous demande.

THÉRAPEUTE – Donc, vous... Je deviens serrurier, c'est un peu ça. Et je dois vous donner des clés pour reconstruire votre situation, c'est ça ?

Un système en déséquilibre

Un premier élément est à noter. Il y a quelques temps, le couple était installé en Languedoc-Roussillon, qui est la région d'origine de Madame. Elle y avait son mari, ses parents, et toutes les relations dont elle avait besoin autour d'elle. Pour des raisons de mutation, le mari est amené à s'expatrier du Languedoc-Roussillon pour venir vivre dans une métropole beaucoup plus urbaine, Toulouse. Madame se retrouve seule, et déjà, là, de mon point de vue un déséquilibre commence à surgir. L'équilibre dans lequel était Madame n'existe plus. Elle commence doucement, comme un plongeur de fond, à vouloir remonter à la surface pour survivre à la relation avec son conjoint dans un nouveau contexte. Par ailleurs, le thérapeute est en train de tester les capacités et les ressources du système thérapeutique. Monsieur n'a aucune intention, pour l'instant, de se remettre en question dans la situation qu'il vit avec son épouse. Il se présente comme une victime, sans imaginer que si sa compagne a agi de cette façon, c'est peut-être qu'elle voulait relever un problème. C'est par elle qu'apparaît le problème, mais ce n'est pas forcément elle, le problème. De surcroît, Michel se propose simplement de venir aux séances comme si c'était au thérapeute de travailler, mais travailler dans le sens de ramener sa femme au bercail.

MICHEL – Oui.

THÉRAPEUTE – Et vous Madame, vous venez me voir, et qu'est-ce que vous attendez de moi ?

ELODIE – Donnez-moi une clé... pour ma cage... pour ouvrir ma cage...

THÉRAPEUTE – Alors, donc, vous voulez des clés...

Des demandes opposées

De nouveau, un problème se pose : les deux membres du couple sont d'accord et attendent du thérapeute qu'il donne des clés. Mais le mari voudrait une clé pour mettre sa femme en cage, et sa femme voudrait une clé pour ouvrir sa cage... Mais comment le thérapeute va-t-il faire ?

ELODIE – Mais en restant avec lui. J'aimerais bien qu'il ouvre la cage dans laquelle il m'a enfermée.

MICHEL – Quelle cage ?

THÉRAPEUTE – Quelle cage ?

ELODIE – La maison, dans laquelle je suis toujours obligée de rendre des comptes... La vie n'est pas toujours rose, des fois il se passe des choses extraordinaires, il me couvre de cadeaux, il peut dire des choses merveilleuses à mon propos. Mais quand il est en colère, quand il est tendu, quand les choses ne roulent pas comme il l'a décidé, quand je décide de prendre des initiatives, c'est beaucoup plus compliqué. Je n'ai pas de réelle liberté. Je ne peux pas prendre d'initiatives.

THÉRAPEUTE – Quoi, comme initiatives ?

ELODIE – Je ne sais pas, le loisir des enfants...

MICHEL – À quoi te sert-il de prendre des initiatives alors que je m'occupe de tout ?

(Le thérapeute tousse).

MICHEL – Je vois que Monsieur Trappeniers acquiesce...

THÉRAPEUTE – J'acquiesce, euh, disons que... En même temps que je vous écoute, je rêve, je me dis : « C'est pas faux, à quoi ça lui sert de prendre des initiatives puisque vous êtes là » ? À quoi ça vous sert de prendre des initiatives, puisqu'il s'occupe de tout ?

ELODIE – J'ai l'impression que je ne suis plus utile à rien, j'ai l'impression de ne plus exister... D'être une petite bonne femme, là, euh... C'est comme les danseuses dans les boîtes à musique, elle se met à tourner quand on le lui dit

et quand on ferme le clapet, c'est fini. J'ai l'impression de ne pas exister, de ne pas avoir d'utilité.

THÉRAPEUTE – Et en plus vous voudriez exister, vous revendiquez d'exister ?

(Elodie sourit).

ELODIE – Oui, un minimum.

THÉRAPEUTE – Comment ?

ELODIE – Un peu.

THÉRAPEUTE – Et il y a une question qui est très importante pour moi, que vous avez relevée tout à l'heure.

Vous venez me rencontrer, et vous me dites que vous souhaiteriez que je fasse en sorte que vous restiez ensemble.

Ça, je ne le fais pas. Enfin, vous avez commis une erreur tout à l'heure quand vous me dites : voilà, j'ai rencontré beaucoup de gens pour qui la thérapie de couple ça aide à se séparer. Ce que je voudrais que vous sachiez, c'est que mon travail n'est pas de vous aider à vous séparer, mais mon travail n'est pas non plus de vous aider à rester ensemble. Mon travail consiste à vous aider à analyser ce qui était un lien agréable et qui s'est brutalement transformé en chaîne. Vous comprenez ce que je veux dire ? Il y avait un lien, ce lien est devenu une chaîne difficile à supporter pour vous, et pour elle, et mon travail consiste uniquement à vous aider à réfléchir sur ce point particulier. Si vous pouvez accepter cette idée, disons, je pourrais accepter l'idée d'imaginer travailler avec vous. Maintenant, si vous venez me voir en pensant que mon travail c'est de vous aider à rester ensemble, ça je ne peux pas m'engager à ça. Je ne suis pas capable. Ça ne fait pas partie de mes attributions, on va dire.

MICHEL – Bon, et bien analysons et réfléchissons

THÉRAPEUTE – Qu'est-ce que vous pensez de ce que je vous dis ? Parce que quand vous dites : « analysons »... euh, c'est comme si ça me coupait la chique, Monsieur, je vous le dis franchement. C'est-à-dire, c'est comme si vous preniez le contrôle de la situation, et que moi là-dedans, je me vivais comme complètement instrumentalisé.

MICHEL – Et bien, essayons de comprendre ce qui se passe. Je suis quelqu'un de bonne volonté, je viens ici avec réticence mais aussi avec espoir...

THÉRAPEUTE – Je comprends.

MICHEL – Je peux peut-être avoir une présentation un peu désespérée, voire un peu cynique, mais fondamentalement, les choses sont graves, je trouve. Je... Je ne me sens plus bien du tout dans ma vie, parce que les choses s'effondrent et j'avoue que... J'ai l'impression de découvrir finalement, une facette de mon épouse que je ne connaissais pas. J'ai l'impression qu'elle est manipulée, influencée : sa famille, ses sœurs, ses collègues, ce travail, cet amant n'en parlons pas, ça c'est terrible d'imaginer...

THÉRAPEUTE – Mais il est toujours en piste ?

MICHEL – Il faudrait lui poser la question...

ELODIE – Non.

MICHEL – Comment voulez-vous que je croie à ce « non » aujourd'hui ?

THÉRAPEUTE – Je comprends très bien. Donc, il est toujours en piste.

MICHEL – Probablement. Y a plus de petit mot doux dans le sac, mais... Je suppose qu'il est toujours là.

THÉRAPEUTE – Je comprends. Et, euh... Vous n'envisagez pas du tout la possibilité de vous séparer ?

MICHEL – Non.

ELODIE – Non.

THÉRAPEUTE – Et bien c'est plutôt une bonne nouvelle, pour moi.

ELODIE – Moi, j'aimerais juste qu'il soit plus gentil, et qu'il me fasse confiance.

THÉRAPEUTE – Il vous a fait confiance, pendant sept ans, et vous l'avez roulé dans la farine !

ELODIE – Vous vous moquez de moi ?

THÉRAPEUTE – Pourquoi ?

ELODIE – Il ne m’a pas fait confiance, pendant sept ans !

THÉRAPEUTE – Et bien si.

ELODIE – Il a plus ou moins coupé toute possibilité de contact avec l’extérieur, je n’ai jamais pu avoir de boîte mail personnelle, il a fouillé dans mon sac !

THÉRAPEUTE – De boîte ?

ELODIE – De boîte mail.

THÉRAPEUTE – À quoi ça sert une boîte mail personnelle ? Pour quoi faire ? Vous avez la sienne, ce n’est pas suffisant ?

ELODIE – Et bien, non.

THÉRAPEUTE – Pourquoi en avoir une personnelle, à quoi ça vous servirait ?

ELODIE – ...

THÉRAPEUTE – À quoi ça lui servirait, Monsieur, d’avoir une boîte mail personnelle ?

MICHEL – Absolument à rien.

THÉRAPEUTE – Exactement.

MICHEL – Et puis, tu dis que je t’ai coupé certaines choses... Je ne t’ai rien coupé du tout. On a toujours fonctionné comme ça, et puis tu t’es arrogé cette... Tout d’un coup, il devenait nécessaire d’avoir un téléphone portable, une carte bleue... D’avoir une messagerie personnelle, enfin, vous vous rendez compte, Monsieur Trappeniers ?

THÉRAPEUTE – Je vois, oui, je vois le topo...

MICHEL – Je conçois que certaines femmes vivent comme ça, mais ce n’est pas comme ça qu’on a construit ce qu’on a construit.

THÉRAPEUTE – Je le comprends très bien.

ELODIE – Mais vous n’avez qu’à vous marier avec lui !

THÉRAPEUTE – D’une part ce n’est pas mon genre, je ne suis pas homosexuel et ce n’est pas l’objet de notre rencontre. Qu’est-ce qui vous embête ?

Rester allié aux deux conjoints

Au fur et à mesure que le scénario se déroule, je fais un constat qui me semble de plus en plus affligeant. C’est comme si ces deux personnes avaient vécu côte à côte, ou comme si deux solitudes avaient été hébergées sous le même toit.

Et brusquement, patatras, Monsieur découvre que son rêve est brisé, et souhaiterait revenir à l’étape antérieure.

Je suppose que celui de Madame se brise aussi. Madame s’est petit à petit développée et commence à s’émanciper : elle ne voit pas la possibilité de revenir en arrière.

Là, le thérapeute est face à un problème : quand le système est rigide comme il l’est ici, que va-t-il devenir ? Par ailleurs, je comprends tout à fait les commentaires de Madame à mon égard. Le problème, c’est que si je défends Madame aux yeux de Monsieur, Madame n’a plus besoin de se défendre elle-même de son conjoint puisque je fais le travail à sa place. C’est une des raisons pour lesquelles j’amplifie les éléments dysfonctionnels liés au comportement de Monsieur. En fin de compte, la situation me semble assez dramatique. Il paraît important de révéler ce type d’entretien dans cet ouvrage : c’est une façon de montrer que la première séance peut aussi signer le fait qu’il n’y aura pas de thérapie. Les gens vont s’orienter vers une séparation plutôt que vers le dépassement d’une crise pour augmenter la qualité de leur lien.

ELODIE – Mais, maintenant, ça fait quelques temps que j’ai ouvert les yeux, que j’ai commencé à parler avec des gens, enfin, ça ne se passe pas comme ça partout ! Moi, je pensais que c’était normal ce que je vivais.

THÉRAPEUTE – Quoi, normal ?

ELODIE – Et bien, le fait qu'on regarde dans mon sac, qu'on m'empêche de téléphoner, qu'on me donne juste l'argent pour faire les courses et qu'on me compte la monnaie, que dès qu'il y a un truc qui ne va pas, on casse des assiettes ou autre... Je croyais que c'était normal.

THÉRAPEUTE – Il casse des assiettes ?

ELODIE – Oui, ça arrive.

MICHEL – Ce n'est pas arrivé souvent, mais bon.

ELODIE – Ecoute... Deux fois par an... En sept ans, ça fait quatorze fois, c'est quand même pas mal, hein.

THÉRAPEUTE – Et il peut vous brutaliser, parfois, ou... ?

MICHEL – Non.

ELODIE – Non, non, il m'a déjà secouée, bousculée, mais...

MICHEL – Secouée ? Secouée un peu, dans une étreinte, mais jamais...

(Rires de Elodie et du thérapeute).

MICHEL – Vous rigolez ? Mais c'est un sujet très sérieux...

THÉRAPEUTE – Non, je ne ris pas Monsieur, excusez-moi, c'est nerveux...

Le mythe fondateur du couple

Là, de nouveau, le thérapeute est sidéré. C'est vrai que le comportement de Monsieur lui semble excessif. En même temps, Madame s'est toujours sculptée sur le modèle de son mari. Donc en définitive, le thérapeute comprend bien comment cela fonctionne. Monsieur s'est comporté d'une certaine manière, Madame s'est sculptée sur le comportement de Monsieur, et jusqu'ici, tout allait apparemment bien. Aujourd'hui, le message que Monsieur a trouvé sur le téléphone portable casse complètement le pacte conjugal et détruit le mythe fondateur de leur relation.

MICHEL – Je n'ai jamais levé la main sur mon épouse.

THÉRAPEUTE – Je vous suis très bien... Mais quand vous me dites : « je l'ai secouée dans une étreinte »... Je suis moi-même surpris de la réponse que je trouve très intéressante, mais comme je ne me représente pas ce que c'est...

C'est quoi « la secouer dans une étreinte », excusez-moi de vous parler concrètement... Ne me dites que ce que je dois savoir, le reste... Ça veut dire quoi Madame, « secouer dans une étreinte » ?

ELODIE – Euh, bien... C'est quand il vous prend comme ça, et qu'il vous secoue... Vous voyez ? Vous voyez,

par les épaules, c'est une étreinte, sauf qu'on vous secoue en même temps... Je pense que tu voulais dire ça ?

MICHEL – Je voulais dire que je t'aimais... C'est vrai que c'est arrivé, j'avais peur que tu t'en ailles, et donc je t'ai serrée très fort dans mes bras, oui. Voilà, c'est ça.

THÉRAPEUTE – Disons que nous faisons une conférence à trois. J'ai besoin de comprendre un certain nombre d'éléments. Donc, vous la serrez très fort, et vous, ce que je comprends sans que vous me le disiez, vous vivez ça comme une forme de violence ?

ELODIE – Le mot est un peu fort.

Mettre des mots sur la relation

Elodie se retrouve pour la première fois dans une situation où le thérapeute lui demande de s'exprimer sur ce qu'elle ressent et ce qu'elle vit. Chose qu'elle n'a jamais éprouvé. Ce qui est important, là, c'est que d'une part le thérapeute ne fasse pas l'avocat de Madame aux yeux de son mari. Ce qui est une façon d'avoir de la considération pour elle,

et ce qui est une façon pour le thérapeute de la soutenir implicitement de parler devant son mari. Et ce qui est également très important, c'est que le thérapeute demande à Madame d'exprimer avec des mots ce qu'elle vit confusément dans sa tête. C'est une distanciation très importante, parce qu'elle est en train d'éprouver la possibilité de pouvoir penser sur ce qu'elle vit dans la relation avec son mari. Au fond, elle sort d'une anesthésie générale, ou d'une hypnose.

THÉRAPEUTE – Il veut matérialiser qu'il vous aime, alors il vous serre... Je comprends ce qu'il dit. Mais vous, vous vivez ça comme une forme de violence, ou quoi ?

ELODIE – Je ne suis pas une femme battue, mais bon, je ne suis pas la plus libre des femmes non plus, quoi !

Disons que des fois il me fait peur, même très peur.

THÉRAPEUTE – Ceci dit, entre nous soit dit, je me permets de faire comme si vous n'étiez pas là Monsieur... Heureusement que vous n'êtes pas une femme libérée, parce que qu'est-ce que ça serait ? Heureusement qu'il est là pour vous... Non ?

ELODIE – Qu'est-ce que vous voulez dire, je ne comprends pas ?

THÉRAPEUTE – Ce que je veux dire ? Ce que je comprends, c'est que pendant des années, d'une certaine façon, il vous a tenue...

ELODIE – Oui...

THÉRAPEUTE – Et vous vous êtes laissée tenir.

ELODIE – Oui... Il m'a toujours expliqué que je n'étais pas à la hauteur.

THÉRAPEUTE – Et bien, il a peut-être raison. À la hauteur de quoi, d'ailleurs ?

ELODIE – À la hauteur pour organiser des choses, pour prendre des décisions, pour...

THÉRAPEUTE – Prendre quoi, comme décisions ?

ELODIE – Gérer le budget, la maison dans laquelle on habite, le prénom des enfants... Nadine et Martine... Avouez que c'est un peu bizarre !

MICHEL – Bon.

THÉRAPEUTE – Comme vous dites Monsieur : « bon ». Je propose la chose suivante. En ce qui me concerne, si vous souhaitez que je fasse un travail avec vous, je suis tout à fait prêt à le faire. Simplement, je vais vous donner quelques idées sur la façon dont je fonctionne. Le travail que je peux faire avec vous, c'est vous aider à mieux comprendre ce qui se passe pour l'un et pour l'autre dans votre relation. C'est vous aider, en définitive, non pas à dénouer mais à vivre ce que vous vivez l'un par rapport à l'autre. Ça, c'est ma première idée. La deuxième chose, c'est que si je fais un travail en couple, je vous vois constamment tous les deux. Je ne garde aucun secret pour moi. Ça veut dire, Monsieur, que si vous souhaitez me dire des choses que vous n'arrivez pas à dire directement à votre femme, vous pouvez m'appeler, vous pouvez même me rencontrer pour m'en parler, de façon à ce que je les recycle dans votre relation. Et vous, c'est la même chose, Madame. Donc moi, je ne me vois pas aller beaucoup plus loin pour aujourd'hui. Je vais vous laisser discuter ensemble, et vous allez voir si vous souhaitez venir me rencontrer ou pas.

MICHEL – Bon, très bien. On y réfléchit de notre côté et on vous recontacte ?

THÉRAPEUTE – Vous y réfléchissez et vous me contactez, oui. Vous voulez ajouter quelque chose, Madame ?

ELODIE – J'aimerais bien vous revoir, moi.

MICHEL – On va y réfléchir.

Et ensuite ?

Le couple n'a jamais repris contact avec moi. Le fait même que Madame dise « j'aimerais bien vous revoir », a créé une situation telle, qu'après ce commentaire il semblait bien difficile que je puisse être vu comme un allié du mari.

Je devenais un danger qui aurait aidé Madame à grandir pour se séparer de lui.

Que faire ? J'ai laissé la porte ouverte. Je ne peux qu'espérer que cette séance a été un moment privilégié qui leur aura permis de réfléchir autrement à leur relation. Peut-être cette séance a été un moment où chacun a vérifié ce qui lui semblait important, à savoir : est-ce que leur relation a encore du sens ? Est-ce qu'ils voient ou imaginent de nouveaux possibles ? Ou à l'inverse, cette séance ne n'aura permis aucun changement et renforcera le couple dans son fonctionnement antérieur. Ou qui sait, peut-être qu'une situation de crise est en train de surgir et que le problème se règlera autrement qu'à travers un contexte psychothérapeutique.

Il est important de noter que tous les couples ou toutes les familles ne sont pas toujours sensibilisés pour la psychothérapie ou pour un travail de réflexion de ce qui se vit dans leur relation. Dans ce cas, je ne considère pas mon travail comme un échec, j'ai simplement essayé de faire « agent de la circulation » : j'ai essayé de faire circuler les informations, j'ai testé les ressources de chacun, j'ai testé les capacités à réfléchir sur ce qui se passait. J'ai testé leurs capacités d'individuation, de l'un par rapport à l'autre. Je leur laisse la possibilité de revenir ou pas, pour faire un travail avec moi. Je pars du principe que leur offrir une lecture différente de ce qu'ils vivent de leur relation peut leur donner le goût de réfléchir et de repenser différemment leur relation.

Ce que je crois, c'est cette chose qu'on doit appeler l'amour, que je ne m'explique pas, car à mon sens tout ne s'explique pas. Il y a une part de mystère dans une relation, et c'est bien comme ça. Ce qui fait qu'à un moment donné, bien qu'il y ait eu des épreuves et des situations difficiles, il y a cette petite flamme. Cette flamme qui fait que les gens ont envie de refaire une tentative pour pouvoir se remettre ensemble autrement, avec tous les risques que cela comporte dans l'idée d'aller au-delà des répétitions. Ou bien cette flamme n'y est pas, ou je ne la vois pas. Dans le cas présent, je ne l'ai pas ressentie. Il y a les reproches mutuels que peut se faire le couple, mais il y a aussi cette part inexplicable. Vous pouvez être le meilleur thérapeute du monde, notre métier, c'est aussi accepter nos limites et parfois accepter de ne pas pouvoir aider.

LE NON RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX PENDANT LE SÉJOUR DES PATIENTS ET LA QUESTION SPÉCIFIQUE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

ADELINE HAZAN

*Contrôleure générale
des lieux de privation
de liberté*

Adeline Hazan a été nommée le 17 juillet 2014 au poste de Contrôleure générale des lieux de privation de liberté. Née le 21 janvier 1956 à Paris, Adeline Hazan est diplômée de l'École nationale de la magistrature (1979). Magistrat, elle a été juge d'application des peines au tribunal de grande instance (TGI) de Châlons-sur-Marne de 1980 à 1983, puis juge des enfants en région parisienne jusqu'en 1990. Elle a été présidente du syndicat de la magistrature de 1986 à 1989.

Après avoir été chargée de mission au secrétariat général à l'intégration en 1990 et 1991, puis responsable du secteur de la prévention de la délinquance à la délégation interministérielle à la ville de 1991 à 1995, elle redevient juge des enfants au TGI de Paris.

En juin 1997, elle est nommée conseillère auprès de la ministre de l'emploi et de la solidarité, Martine Aubry, chargée de la politique de la ville et de l'intégration jusqu'en 1999.

Députée européenne de 1999 à 2008, Adeline Hazan a siégé à la commission des affaires constitutionnelles puis à la commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures. Elle met fin à son mandat de parlementaire européenne suite à son élection à la mairie de Reims le 21 mars 2008. Maire de Reims jusqu'au 4 avril 2014, puis conseillère municipale et conseillère de l'agglomération rémoise, elle a démissionné de ces deux derniers mandats suite à sa nomination au poste de Contrô-

leure générale des lieux de privation de liberté.

Adeline Hazan a été secrétaire nationale du parti socialiste, chargée des questions de société de 1995 à 2003, puis secrétaire nationale chargée des droits de femmes jusqu'en 2014. Elle a quitté la direction du parti socialiste en juillet 2014 pour se consacrer à sa mission de Contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

Je suis heureuse d'intervenir après Denys Robillard lors de cette journée d'étude consacrée à la santé mentale et au respect des droits fondamentaux et vous remercie d'avoir choisi ce thème.

Contrôleure générale des lieux de privation de liberté depuis plus d'un an, l'institution que je dirige a pour mission de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux, et dans le respect du droit interne et des engagements internationaux.

Les personnes hospitalisées sous contrainte relèvent bien entendu de notre compétence, comme toutes les personnes privées de liberté. Mais pour ces personnes en particulier, l'articulation de la prise en charge avec le respect des droits fondamentaux est cruciale.

Depuis sa création en 2008, le CGLPL a visité 173 établissements de santé mentale (CH, CHS, UMD, UHSA, UHSI).

Vous m'avez demandé d'intervenir sur les remèdes à apporter au manque



Adeline HAZAN, Contrôleur générale des lieux de privation de liberté
Respect des droits fondamentaux et privation de liberté - 2015

de respect des exigences minimales de dignité et d'intimité dans les lieux de privation de liberté.

Je vous parlerai donc des principaux constats que nous faisons lors de nos visites quant aux atteintes aux droits fondamentaux lors de la prise en charge des patients ; puis je m'attarderai évidemment sur la question de la contention et de l'isolement comme situations particulièrement contraignantes et entraînant de nombreuses dérives quant aux droits fondamentaux.

Mais auparavant je voudrais faire un constat global sur qui résulte des visites effectuées par le CGLPL depuis sa création en 2008 : c'est celui de la très grande diversité des pratiques relevées concernant la prise en charge des patients, et de son incidence sur leurs droits fondamentaux, j'y

reviendrai dans un instant. Cette différence de pratiques, nous l'observons évidemment d'un établissement à l'autre, mais aussi d'un service à l'autre, voire parfois d'un étage à l'autre. Il ne s'agit évidemment pas ici de prôner la création d'un « établissement type », mais d'affirmer que ces différences dans l'exercice des libertés individuelles (maintien des liens familiaux, accès au téléphone, port du pyjama obligatoire, pratiques de contention et d'isolement...) posent une véritable question d'égalité de traitement. Une réflexion sur cette question me semble être le préalable à poser si l'on veut progresser sur le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté dans les établissements psychiatriques.

1/ Le non respect des droits fondamentaux pendant le séjour des patients

La question de l'autonomie des patients

Les établissements psychiatriques doivent être par essence des lieux de resocialisation. Cet objectif suppose de préserver l'autonomie des patients, ou d'aider à son apprentissage. Et pourtant, nous constatons que, trop souvent, l'enfermement entraîne une **infantilisation** et une **déresponsabilisation** des personnes. Il est bien évidemment nécessaire d'établir des règles de vie mais ces dernières ne doivent pas entraîner des restrictions telles que les patients en perdraient toute capacité d'initiative. Le CGLPL a pu constater que dans certains établissements visités, l'impératif de sécurité, par suite de la crainte de fugues, prenait trop d'importance par rapport à celui du soin.

L'emplacement géographique des établissements est important car il conditionne les possibilités de lien avec la collectivité. Un hôpital proche de la cité facilite la venue des proches, l'organisation d'activités extérieures. De même, la présence de commerces à proximité permet aux patients les plus autonomes de sortir pour faire des achats ou simplement pour prendre un café. Or les établissements de santé mentale les plus anciens ont été volontairement implantés bien loin des centres des villes pour ne pas être sous le regard des gens.

La question de la liberté d'aller et venir au sein de la structure hospitalière est essentielle

Le CGLPL a souvent constaté que des unités visitées ont les portes **fermées**, pour des motifs assez flous, alors que ces unités hébergent également des patients admis en soins libres, ce qui pose question au regard de la liberté d'aller et venir. Lors de nos visites, nous contrôlons toujours si les personnes ont accès à un parc ou à une zone extérieure suffisamment grande et aménagée ainsi que les conditions de cet accès. Il en va de même pour la cafétéria qui est un lieu propice à la sociabilisation.

Le CGLPL a constaté des **restrictions anormales de la liberté d'aller et venir** dans deux séries de cas :

- concernant les sorties des patients en SDT dans l'enceinte des établissements, parcs notamment, il arrive fréquemment que la direction des établissements conditionne ces sorties à un accompagnement par des soignants, même si les psychiatres estiment que l'état du malade ne le justifie pas ; cette pratique est contraire aux dispositions du code de la santé publique.
- concernant les sorties de patients en SDRE en dehors de l'établissement, les préfets imposent parfois aux établissements des conditions supplémentaires ne correspondant pas aux prescriptions médicales (conditions de progressivité : d'abord accompagnement par deux soignants, puis un soignant avant d'autoriser

l'accompagnement par un membre de la famille).

Par ailleurs, il est nécessaire de laisser aux personnes la possibilité de se retrouver par moment seules si elles le souhaitent. À cet égard l'accès aux chambres est souvent problématique ; souvent nous avons constaté que les patients n'ont pas le droit de séjourner dans leurs chambres durant plusieurs heures « pour se rendre aux activités », alors même qu'il n'y a pas d'activités ou très peu. De ce fait, ils se retrouvent tous regroupés dans la salle de vie, somnolant ou endormis dans les fauteuils relax, ce qui est indigne.

En ce qui concerne le **fonctionnement des établissements**, nous constatons une très grande **disparité des pratiques** entre les hôpitaux, voire entre différents services au sein d'un même hôpital, sans que cela ne soit vraiment justifié autrement que par des considérations de sécurité ou de gestion. Il en est ainsi par exemple du **port obligatoire du pyjama** ou de l'interdiction totale du téléphone, de la suppression de visites pendant une période donnée, pour tous sans distinction, qui constituent des atteintes aux droits fondamentaux. De telles restrictions devraient toujours être proportionnées, individualisées et justifiées par des nécessités de soin, d'autant qu'il n'existe **aucun recours** contre ces décisions. Il est évident que dans certains cas, la limitation de contacts avec l'extérieur peut être souhaitable, mais le caractère systé-

matique, sans individualisation, est contraire aux droits fondamentaux (cf. rapport annuel 2014 du cglpl).

Enfin une autre question est très préoccupante : on constate souvent **des séjours très longs** en établissements psychiatriques (parfois plus d'une dizaine d'années) ne se justifiant pas par l'état clinique du patient mais par l'absence de places dans des structures spécialisées ; il est urgent que les pouvoirs publics mènent une réflexion de fond sur cette question.

La question des **modalités d'information** du patient est elle aussi essentielle et la **notification** des mesures de soins sans consentement reste un sujet préoccupant : parfois elle est effectuée par le psychiatre, parfois par le cadre de santé, parfois par l'agent des admissions ; il est absolument nécessaire de prévoir une **protocolisation de cette procédure**. Toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement doit pouvoir être informée de manière claire et précise sur les motifs de son hospitalisation, sur ses droits et sur les voies de recours qui s'ouvrent à elle. La délivrance de ces informations nécessite du temps, de la prévenance et des précautions. Dans les établissements visités, les procédures de notification obéissent à des pratiques diverses. Afin d'y remédier, le CGLPL recommande que le ministère de la santé établisse un **document type** expliquant en termes simples les différents types d'hospitalisation sous contrainte et les voies

de recours. Il reviendrait ensuite aux établissements de le compléter pour l'adapter aux spécificités locales (en indiquant par exemple les adresses des autorités compétentes).

Tout patient doit également être informé sur les règles de vie de l'hôpital et les éléments utiles à son séjour. En principe ces dernières sont expliquées au patient à l'arrivée dans l'unité de soins et un livret d'accueil lui est remis. Certains établissements prennent l'initiative d'afficher les règles de vie dans chaque chambre, cela mériterait d'être généralisé.

Enfin, des permanences d'accès au droit sont organisées dans quelques établissements, permettant aux patients d'obtenir des renseignements sur leurs droits en tant que personnes malades, mais également sur d'autres questions juridiques. Le contrôle général soutient la mise en œuvre de ces dispositifs.

La question de l'accès à l'informatique et à internet est une question qui nous inquiète également. En effet l'accès à l'informatique est particulièrement pauvre dans les établissements psychiatriques. Au mieux les patients ont le droit de conserver leur ordinateur avec une décharge de responsabilité contre le vol - rappelons que très peu de chambres sont équipées de placards dont le patient a la clé. Au pire, les ordinateurs sont interdits pour tous, sans réelle justification liée à une nécessité de soins.

Les contrôleurs n'ont pas constaté la présence d'activité thérapeutique organisée autour de l'informatique. De même les établissements ne disposent généralement pas d'un réseau internet wifi qui serait accessible aux patients. Parfois, les patients peuvent aller dans le bureau de l'assistante sociale effectuer des démarches pour préparer leur sortie avec cette professionnelle.

Globalement **la question du manque d'activités** dans ces établissements est un problème récurrent que nous dénonçons depuis de nombreuses années ; ce qui aboutit à des situations totalement paradoxales : les personnes hospitalisées en UMD, qui bénéficient d'un encadrement particulier et surtout de nombreuses activités (sport, art thérapie...) redoutent souvent de retourner dans leur établissement d'origine dans lequel ils vont retrouver inactivité et isolement...

Enfin, concernant la question fondamentale de l'opportunité du placement sous contrainte, le CGLPL a parfois constaté un recours trop important aux SDT « péril imminent » pour éviter la recherche d'un tiers ou encore par suite du refus du tiers de s'impliquer.

2/La question spécifique de l'isolement et de la contention

Le placement en chambre d'isolement et/ou la contention physique sont évidemment les mesures les plus attentatoires aux libertés. La décision d'y recourir doit dès lors répondre à des critères précis et être strictement encadrée, ce qui n'est pas le cas.

Bien sûr, l'encadrement législatif par la loi du 5 juillet 2011 et le recours au JLD ont constitué des avancées dans un domaine très peu encadré par la loi (loi de 1838, puis loi de 1981, puis loi de 1990).

Mais jusqu'alors aucune suite n'avait été donnée aux nombreuses recommandations, tant nationales qu'internationales :

- le CPT rappelle depuis très longtemps que la mise en chambre d'isolement et la contention sont « des mesures extrêmes qui peuvent être prises « qu'afin de faire face à un risque imminent de blessures ou à un état de violence aiguë » ; il rappelle également que le recours à la contention doit être prescrit par un médecin et il demande d'éviter « que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité » ; en bref il interdit la pratique, habituelle en France, de la « prescription si besoin »... Enfin, il indique que tous les moyens alternatifs doivent être utilisés, et que la contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours et jamais à titre de sanction ; il recommande également la tenue d'un registre indiquant le nom du médecin

prescripteur, l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances et les motifs.

- le Conseil de l'Europe relève en 2004 que « les personnes atteintes de troubles mentaux doivent avoir le droit d'être soignées dans un environnement le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement le moins restrictif possible et impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences dues à leur santé et à la sécurité d'autrui ».

- L'Organisation Mondiale de la Santé, quant à elle, considère que l'isolement et la contention ne peuvent en aucun cas être considérés comme des mesures thérapeutiques.

La France est à l'évidence un des pays où les pratiques de l'isolement et de contention sont les moins encadrées¹.

Pourtant la Conférence de consensus organisée en 2004 sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux évoquait déjà cette question et préconisait que ces mesures soient réduites aux situations d'urgence médicale, après avoir exploré toutes les solutions alternatives, et qu'elles correspondent à un protocole précis : prescription médicale obligatoire en temps réel et motivation écrite dans le dossier médical, tenue d'un registre spécifique, information de la personne et de ses proches, vérification de la préservation de la dignité de la personne, réévaluation au bout de 3 heures.

Dans son rapport sur la santé mentale remis en décembre 2013 à l'Assemblée nationale, le député Denys Robillard faisait siennes ces recommandations.

Lors de nos visites nous constatons également que trop souvent les conditions de prise en charge des patients dans les chambres d'isolement sont totalement insatisfaisantes au regard de la dignité des patients : il en va ainsi des salles anxigènes car trop petites, de l'absence d'horloge entraînant une perte des repères temporels, de l'absence de bouton d'appel obligeant le patient à frapper à la porte ou à hurler pour appeler si le poste infirmier est éloigné. Nous visitons encore des chambres d'isolement sans sanitaire dans lesquelles les patients n'ont d'autre choix que d'utiliser un seau hygiénique.

En outre, malgré la certitude que ces pratiques sont en augmentation depuis des années (sans que personne ne puisse expliquer les raisons de cette augmentation), il n'existe actuellement aucun lieu, aucun outil permettant d'évaluer, qualitativement et quantitativement, ces pratiques au niveau national ; plus grave encore nous constatons lors de nos visites que c'est souvent également le cas à l'échelle de l'établissement.

Il est urgent que les pouvoirs publics se dotent d'un outil d'observation et d'évaluation de ces pratiques.

Sur l'affirmation dans la loi (pour la première fois) du caractère de dernier recours de ces mesures d'isolement et

de contention : ces mesures devront constituer « une pratique de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui » ; jusqu'à présent le seul encadrement était prévu par une circulaire qui englobait ces pratiques dans l'ensemble des restrictions de liberté devant être « adaptées, nécessaires et proportionnées ».

Mais je regrette pour ma part que le législateur n'ait pas décrit plus précisément les circonstances qui pourront autoriser ces pratiques, et qu'il n'ait pas expressément indiqué qu'en aucun cas elles ne pouvaient être envisagées de manière punitive.

Et surtout je regrette que la loi n'ait pas prévu de dispositif national d'observation et d'évaluation des pratiques d'isolement et de contention.

Enfin je regrette que ces dispositions aient été votées dans le cadre de la loi sur la modernisation du système de santé et qu'il soit fait l'économie d'une loi plus globale sur la santé mentale.

Je vous remercie.

1 Cf. Allemagne loi du 20 mars 1985 plus restrictive
Cf. Islande où les mesures de contention n'existent plus,
grâce à l'augmentation sensible du nombre de soignants
(taux de soignants par patients est le plus importants
d'Europe)



QUE DIT LA LOI SUR LES DROITS DES PERSONNES DANS LES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ COMME LES UNITÉS PSYCHIATRIQUES ?

MARIE-CHARLOTTE DALLE

*Magistrat, directrice des affaires
juridique au Centre Hospitalier
Régional et Universitaire de Lille*

Marie-Charlotte Dalle est magistrate depuis 1994, actuellement en détachement comme directrice des affaires juridiques au CHRU de Lille depuis 2013. Elle était auparavant conseiller à la Cour d'appel de Douai, après avoir exercé des fonctions de juge dans les tribunaux de grande instance de Reims, Montargis, Paris, et au Tribunal d'instance Gien. Elle a en outre été responsable de la réforme des tutelles au ministère de la justice de 2006 à 2009.

Monsieur le docteur,

Il y a longtemps que je vous ai demandé de faire venir une personne de ma famille. Il y a plus de 9 mois que je suis ensevelie dans le plus affreux désespoir. Pendant ce temps on m'a pris mon atelier et toutes mes affaires.

J'ai absolument besoin de voir une personne amie. J'espère que vous ne me refuserez pas.

Agréez mes civilités.

Camille Claudel

Ville-Evrard 14 octobre 1913

Lorsque Camille écrit ses mots, c'est la loi de 1838 qui régit le sort de ce que l'on nomme alors non plus les « insensés » mais « les aliénés ». Inspirée par Jean-Etienne Esquirol, cette loi constitue un progrès en faisant de la psychiatrie une discipline médicale à part entière, permettant à l'aliéné d'être considéré comme un malade qu'il est nécessaire de soigner et non plus comme un déviant social qu'il convient d'enfermer. Ce que certains ont appelé « la médicalisation de la folie » (rapport IGAS-IGSJ 2005), représente ainsi, sur le plan législatif, l'acte de naissance de la psychiatrie. Cette loi du 30 juin 1838 pose aussi les bases d'une politique de santé : elle oblige chaque département à faire construire son asile et définit les modalités d'internement. Les établissements ne peuvent recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale que s'il leur est remis une demande d'admission par la famille ou l'entourage, ou par l'autorité



Marie-Charlotte Dalle, Magistrat, directrice des affaires juridique au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille
Respect des droits fondamentaux et privation de liberté - 2015

administrative, ainsi qu'un certificat médical constatant l'état mental de la personne à placer, précisant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée. Des éléments de préoccupation et de protection des libertés individuelles font ainsi irruption dans l'arsenal juridique de l'internement.

Il est en outre envisagé le « rétablissement » du malade, soit sa sortie de l'asile puisque que « toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue ». Mais la décision est entre les mains des seuls médecins qui peuvent dès lors priver

les aliénés de liberté ou leur rendre cette liberté ; ce qui fait dire aux auteurs de l'histoire de la psychologie en France (2006), « L'aliéniste dans son asile apparaît donc comme un personnage qui cumule des fonctions d'administrateur, de juge, d'expert, de thérapeute et de savant »

En effet, face à ce pouvoir du médecin et de la famille, il n'y a point de véritable contre-pouvoir, les procédures de recours devant le juge administratif et le juge judiciaire étant trop lourdes et complexes pour être mises en œuvre par des personnes dont la fragilité et l'isolement hypothèquent toute velléité de contestation.

Point de juge pour entendre toutes les Camille enfermées.

L'isolement du malade (son hospitalisation dirait-on aujourd'hui) ne peut être effectué sans l'intervention

d'une autorité publique, que ce soit dans le cas d'une intervention demandée par la famille ou dans le cas d'un internement d'office si l'aliéné devient dangereux pour lui-même ou pour autrui. C'est l'autorité administrative, et non l'autorité judiciaire, qui doit assumer cette responsabilité. À l'appui de cette thèse, le législateur de la Monarchie de Juillet invoque plusieurs arguments : les mesures de sûreté publique relèvent des attributions de l'autorité administrative. Ces mesures d'isolement exigent célérité, prudence et discrétion; et ces qualités se concilient difficilement avec la lenteur et la solennité des formes judiciaires alors qu'elles sont plus faciles aux opérations administratives. Le seul motif en faveur de l'autorité judiciaire serait ses garanties et les formes dont elle s'entoure, mais dans le cas où l'observation de ces formes est impossible, l'exercice de son pouvoir n'apporterait aucun avantage qui ne se retrouve pas dans l'action administrative, et serait privé de ceux que l'action administrative possède en propre. De plus, et la justification fait sourire de nos jours, il est relevé que l'autorité administrative n'est plus suspecte d'arbitraire et on la reconnaît responsable et protectrice, elle est elle-même une garantie. Enfin, alors que l'action administrative subira un contrôle de la part de l'autorité judiciaire, le contraire n'est pas possible. Ce qui fait deux garanties au lieu d'une...

L'histoire des lois renvoie à celle de nos représentations du malade mental, du regard porté par la société sur des êtres souffrants mais perçus souvent comme hostiles, inquiétants, voire dangereux.

Pour cerner la place effective que la législation moderne accorde aujourd'hui aux droits et libertés des patients des unités psychiatriques, il convient d'évoquer d'une part le contenu de la loi et l'immixtion du juge (partie 1), d'autre part, la connaissance par le juge de la réalité vécue par le patient (partie 2).

Partie 1 : la loi et le juge

Il faut attendre 150 ans pour que le législateur français s'empare à nouveau du sort de ceux désormais appelés malades mentaux, et, se penchant sur leurs droits, pour qu'il convoque, timide-ment, le juge dans la procédure contraignante aboutissant à hospitaliser ces malades.

Ainsi, la loi du 27 juin 1990 vient réformer celle de 1838 ; par son intitulé même, elle rend visible les changements voulus par le législateur, lequel se fait l'écho de l'évolution majeure du regard de la société sur la maladie mentale, puisque cette loi est « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation »

Est ainsi affichée la volonté d'une loi qui accorde des droits au malade mental, le protège lorsqu'il est hospi-

talisé et encadre les conditions de son hospitalisation.

Cette loi tient compte de l'évolution des pratiques médicales mais elle répond aussi aux exigences posées par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme signée en 1950 par les États et ratifiée par la France en 1974 ; son article 5-1 prévoit que : « *Toute personne a le droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales, ... s'il s'agit de la détention régulière d'un aliéné.* » L'article 5 consacre également le droit *pour toute personne arrêtée (y compris un aliéné) d'être informée, dans le plus court délai, des raisons de son arrestation, le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale ou encore le droit pour toute personne victime d'une arrestation ou d'une détention intervenue dans des conditions contraires à l'article 5 à obtenir réparation de son préjudice.*

La loi de 1990 est aussi une réponse à la recommandation 83-2 du Conseil de l'Europe (22 février 1983), « *sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires* », véritable feuille de route des États pour faire entrer les soins contraints dans la modernité.

Elle instaure le contrôle du juge judiciaire, a posteriori de l'admission,

sur demande du patient ou de ces proches. Et, ce alors qu'en Belgique, si près, si proche, une loi de la veille, du 26 juin 1990, réforme le droit de l'hospitalisation sous contrainte et consacre la judiciarisation des procédures contraignantes.

L'exercice d'un recours est cependant assimilé par les avocats spécialisés à une course d'obstacles (accès à l'information, accès aux pièces, accès à l'avocat, accès au juge compétent) que l'on doit faire en étant privé de tout contact avec l'extérieur et sous traitement. Le contentieux reste donc rare. Sous l'empire de la loi de 1990, moins de 1% des hospitalisations sous contrainte font l'objet d'une saisine du juge des libertés et de la détention.

Vingt ans après, dans un contexte où le politique présente l'urgence d'une réforme dans un contexte et pour des motifs sécuritaires (discours de Nicolas Sarkozy à Antony en décembre 2008, après le meurtre d'un étudiant pas un patient en fugue d'un hôpital psychiatrique), la loi du 5 juillet 2011, sensiblement modifiée par celle du 27 septembre 2013, apporte des changements importants. Même si elle considérée comme n'étant pas à la hauteur des attentes des soignants et des patients ni à la mesure des enjeux d'une société qui porte encore un regard inquiet et méfiant sur la maladie mentale. Une partie du monde judiciaire dont de nombreux avocats, sont également critiques sur les failles et carences de la réforme.

La réforme contient néanmoins des avancées réelles en termes de droits des patients et de contrôle de ces droits.

A - Affirmation des droits des patients

1 - Consécration de l'hospitalisation libre comme le régime habituel d'hospitalisation :

Ainsi le malade consentant, signe sa demande d'admission, le séjour a lieu et se prolonge avec son consentement, il est libre d'y mettre un terme.

La loi affirme qu'il a les mêmes droits que ceux des malades hospitalisés : libre choix du praticien, de l'établissement ; information précise par les soignants (diagnostic, traitement...) respect de sa dignité plus particulièrement en raison de sa vulnérabilité ; libre accès à son dossier médical (comme tout malade, conformément à la loi 4 mars 2002) ;

2 - Pour le malade hospitalisé sans son consentement : restrictions aux libertés individuelles limitées et circonscrites, et affirmation des droits fondamentaux du patient en tant que personne privée de liberté :

- les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de santé de l'intéressé et la mise en œuvre de son traitement (art L3211-3 du CSP).

La mesure de contrainte : doit être nécessaire, proportionnelle au danger encouru et non susceptible d'être remplacée par une mesure

moins contraignante (cette logique fait écho à celle adoptée lors de la réforme de la protection juridique des majeurs dans la loi du 5 mars 2007 : principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité des mesures de protection judiciaire).

- en toute circonstance, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

- obligation d'information par l'établissement d'accueil envers le patient sur sa situation juridique et ses droits : dès l'admission et renouvelée pendant le séjour.

- aménagement de l'accès au dossier médical : en cas de risque grave pour sa santé, accès en présence d'un médecin (si refus du patient, avis qui s'impose de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques).

- droit de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la Commission des usagers, de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence, de prendre conseil auprès d'un avocat ou d'un médecin extérieur, de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent, de communiquer avec le Procureur de la République, le président du tribunal de grande instance, le préfet et le maire : ces droits peuvent être exercés par des proches susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient.

- droit d'émettre ou de recevoir son courrier, d'exercer son droit de vote, de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

- une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues par le code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés : il s'agit là d'une avancée majeure que celle de la dissociation entre hospitalisation sous contrainte et perte de capacité juridique.

B - Les avancées des loi de 2011 et 2013 sur le contrôle du respect des droits des malades

1 - Intervention systématique du juge judiciaire

Garant constitutionnel de la protection des libertés individuelles, le juge judiciaire ne pouvait demeurer à distance du contrôle des atteintes aux libertés d'aller et venir que constitue la procédure d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Le Conseil constitutionnel, dans la célèbre décision du n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, a ainsi déclaré contraire à l'article 66 de la Constitution, les dispositions légales prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut être maintenue au delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire

dans la procédure d'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers. Le Conseil Constitutionnel a confirmé l'inconstitutionnalité de ces dispositions dans une autre décision (n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011) s'agissant de l'hospitalisation d'office. L'État ayant ainsi reçu une injonction de légiférer pour corriger cette inconstitutionnalité de la loi, le juge judiciaire est entré de plein pied dans la procédure d'hospitalisation sous contrainte par la loi du 5 juillet 2011 modifiée et complétée par la loi du 27 septembre 2013.

Désormais, le juge des libertés et de la détention, magistrat du tribunal de grande instance, doit être saisi systématiquement.

a) Article L3211-12-1 du code de la santé publique : la saisine automatique du juge est pré-vue dorénavant à l'article L.3211-12-1. Celle-ci doit intervenir au bout de 12 jours d'hospitalisation complète, puis tous les six mois.

« I.-L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II du présent titre ou par le représentant de l'État dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, ait statué sur cette mesure :

1° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 du même code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission ;

2° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette décision ;

3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application du présent I ou des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2° du présent I ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure

pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent 3°.

Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, une expertise soit en application du III du présent article, soit, à titre exceptionnel, en considération de l'avis mentionné au II, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

II.- La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article

L. 3211-12, (irresponsabilité pénale...) l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9.

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 du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut 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.

IV.-Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué avant l'expiration du délai de douze jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de six mois prévu au 3° du même I, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai de huit jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense. »

b) Article L3213-8 du code de la santé publique : la saisine du juge est prévue en cas de conflits ou de décisions contradictoires entre les psychiatres et la préfecture, ce qui permet une avancée compte tenu de la multiplication des situations de blocage constatées, les préfectures s'opposant de plus en plus, pour des motifs de sécurité publique et au regard d'impératifs politiques, à la levée de mesures d'hospitalisations sous contrainte pourtant justifiées au regard des critères légaux par des certificats médicaux motivés.

« I.- Si le collègue 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'État 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'État 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'État 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'État intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.

2 - Instauration d'une période d'observation de 72 heures (3 jours)

Quelle que soit la procédure, l'admission en soins psychiatriques débute par une période d'observation et de soins en hospitalisation complète qui ne peut excéder 72 heures, ce qui permet aux psychiatres et aux équipes de soins d'apprécier la nécessité du maintien de la mesure d'hospitalisation ou la pertinence d'une autre prise en charge du patient en soins psychiatriques (principe de subsidiarité).

L'enfermement n'est en effet plus la règle mais une modalité de soins sans consentement parmi et après d'autres, à laquelle il est recouru comme ultime solution (subsidiarité); les autres modalités de soins (en ambulatoire, à domicile, en hospitalisation à temps partiel...) résultant alors d'un programme de soins établi après recueil de l'avis du patient.

3 - Instauration des soins sans consentement en ambulatoire

Considérée par certains professionnels comme une légalisation de la pratique des sorties d'essai prolongées, les soins sans consentement en ambulatoire doivent faire l'objet d'un programme de soins détaillant le type de soins, leurs lieux et leurs périodicités.

Cette mesure n'est pas soumise systématiquement au juge des libertés puisqu'ils ne peuvent être imposés par la contrainte physique, leur refus étant susceptible d'aboutir à l'hospitalisation complète du patient.

Compte tenu de ces nouvelles dispositions - intervention systématique périodique du juge, modalités plurielles et individualisées de soins psychiatriques, affirmation des droits fondamentaux du patient -, les textes de 2011 et 2013 répondent-ils mieux aux exigences posées par les droits du patient, tels que décrits dans le code de la santé publique notamment ? Constituent-ils une avancée dans la garantie des droits fondamentaux du patient contraint aux soins ? Il est

permis de répondre par l'affirmative s'agissant du contrôle par le juge des libertés et de la détention des conditions procédurales (délais, certificats médicaux des 24 heures et des 72 heures...) de l'atteinte à la liberté d'aller et venir et de la nécessité du maintien de la mesure d'hospitalisation.

Mais qu'en est-il du contrôle des conditions dans lesquelles se déroule effectivement l'hospitalisation ? Quelle est la part d'autonomie laissée au patient privé de liberté d'aller et venir ? Être enfermé dans un lieu de soin, est-ce subir toute décision médicale ou soignante ? Le soin sans consentement exclue-t-il un soin sans information, sur le diagnostic posé, le traitement prescrit, ses effets secondaires, les alternatives dans les soins ? Le droit d'imposer des soins modifie-t-il la relation avec le patient, compromet-il le lien de confiance ? Et dans ces situations où le discernement du patient est souvent altéré, et où sa vulnérabilité fragilise la préservation de l'intimité et la protection de l'intime, qu'en est-il du respect concret de sa dignité ?

Les réponses à ces questions fondamentales se trouvent en grande partie dans l'effectivité de son contrôle de la procédure mais surtout dans la façon dont il accède à la connaissance de la réalité vécue par le patient, ce qui suppose une certaine qualité de la relation du juge au patient lorsque celui-ci est présent à l'audience.

PARTIE 2 : le juge et le patient

Le contrôle du juge des libertés et de la détention tel que prévu et circonscrit par les textes, à première vue, ne permet guère au magistrat de garantir que les droits et libertés fondamentales du patient sont effectivement garanties dans toutes ces dimensions questionnées. Néanmoins, le contrôle de régularité de la procédure d'hospitalisation sous contrainte peut être un lieu et un moment de respect effectif des droits et libertés fondamentales : le juge peut par sa manière d'être à l'audience, la tenue des débats, la qualité de l'audition du patient, la façon dont il rend sa décision sur le fond comme sur la forme, dépasser l'approche formelle du contrôle. Par ailleurs, sa rencontre imposée avec le patient dans les 12 jours de l'admission en établissement, peut être appréhendée comme un moment d'écoute du malade sur ses attentes et atteintes vécues ou ressenties, auxquelles le juge peut donner une visibilité et un destin particulier.

1 - Le contrôle formel du juge

a) Validité de la saisine

Le juge procède à un contrôle précis de la procédure, à travers l'examen du dossier présenté :

- Respect des délais légaux de sa saisine : 8 jours avant l'expiration du délai de 12 jours et 15 jours avant le délai de 6 mois
- Vérification de l'existence des pièces fondant l'admission

- Validité des actes administratifs : décision du directeur/ arrêté du préfet

b) Bien-fondé de la décision administrative

Le Conseil constitutionnel (cf supra décision du 26 nov 2010) donne au juge les outils juridiques de son rôle sur le fond en l'invitant à vérifier que les principes qu'il rappelle sont respectés, et si l'atteinte à la liberté du patient résultant de la mesure d'hospitalisation complète et sous contrainte est effectivement adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs poursuivis.

Le juge doit en conséquence répondre aux questions suivantes :

- mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète prise sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : est-elle justifiée c'est-à-dire adaptée, nécessaire et proportionnée au vu des deux critères légaux la fondant : l'impossibilité de consentir en raison des troubles mentaux, un état mental imposant des soins assortis d'une surveillance constante justifiant une hospitalisation complète ?

- mesure prise sur décision préfectorale : est-elle justifiée c'est-à-dire adaptée, nécessaire et proportionnée au vu des deux critères légaux la fondant : existence de troubles mentaux nécessitant des soins et nature de ceux-ci à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte de façon grave à l'ordre public ?

Le Conseil constitutionnel (DC 18 novembre 2008) confie aussi au juge le rôle de vérifier le respect du principe suivant : « la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au nombre des droits inaliénables et sacrés de tout être humain et constitue un principe à valeur constitutionnelle ».

c) Motivation de la décision judiciaire

Dans la façon de motiver sa décision, le juge peut veiller à être explicite et pédagogique, afin de mettre la compréhension de sa décision à la portée du patient.

Cet effort du juge de rendre lisible et d'intelligible sa décision par le patient concerne en particulier l'évocation du contenu des certificats médicaux et leur conformité avec les critères légaux.

Une décision lisible et compréhensible est aussi une décision qui respecte la dignité du patient et exclut tout terme blessant, stigmatisant, rabaissant... c'est une décision qui, malgré tout, ouvre sur un avenir pour le patient.

2 - La relation du juge avec le patient

Au-delà de l'écrit de la décision, la qualité de la relation du juge avec le patient présent à l'audience est un enjeu important de l'effectivité du respect de ses droits fondamentaux, de même que la façon dont la décision du juge est portée à sa connaissance.

a) L'audience

Le choix du lieu où se tient l'audience participe au respect du patient.

Le principe est désormais posé par la loi (loi du 27 septembre 2013) d'une tenue de l'audience dans l'établissement de santé ; ce n'est qu'à défaut de possibilité » matérielle qu'elle se tient au tribunal de grande instance (l'intendance ne suit pas toujours les principes !).

En effet, la tenue de l'audience au sein de l'établissement est moins perturbant et stigmatisant pour le patient mais il est important néanmoins de veiller à ce que celui-ci puisse identifier le lieu comme un lieu de justice, indépendante et non comme un lieu de soins ou d'enfermement.

- Le choix de la tenue des débats – publics ou en chambre du conseil-participe également au respect du patient, de sa vie privée, de son intimité, de la protection du secret médical. Ce choix peut aussi être déterminant dans la liberté de parole du patient.

- L'audition du patient est par ailleurs un exercice délicat où se joue également le respect de sa personne : pédagogie et tact doivent permettre de procéder aux vérifications importantes : le patient a-t-il été convoqué ? Quand a-t-il su qu'il venait voir le juge ? Sait-il et comprend-il pourquoi il est là, alors qu'il n'a rien demandé ?

L'audition ne doit pas être source d'inquiétude ni susciter de faux es-

poirs, les mots, le ton, ne doivent ni blesser, ni bloquer la parole, ni augmenter l'angoisse.

Le juge doit être à l'écoute du patient : sa version, sa vision, ses maux, ses attentes, ...

Et l'audition peut être aussi l'occasion de cerner et d'appréhender ce que les certificats médicaux ont décrits.

Lors de cette audition où le patient est accompagné de soignants. Or, les échanges que le juge peut avoir avec ces différents professionnels nourrissent sa réflexion et sa décision en lui permettant de mieux comprendre l'environnement de l'hôpital psychiatrique dont il ignore tout ; cela peut aussi aider le juge à adapter sa façon d'être, de s'entretenir avec le patient de manière plus adaptée, plus appropriée.

Cette rencontre avec le patient est primordiale : si le langage est difficile pour le patient, les attitudes et les regards sont alors des signes et des modes de communication essentiels.

Cette relation instaurée à l'audience entre le juge et le patient est fondamentale pour permettre au juge de faire respecter les droits et libertés individuelles des patients car fort de cet échange, le juge peut alors agir en deux temps :

- mentionner dans la décision de maintien de l'hospitalisation complète, les atteintes aux libertés qu'il a pu percevoir à l'écoute du patient, afin de permettre aux équipes médicales et soignantes de prendre conscience ou connaissance de la réalité vécue/perçue par le patient,

- inciter le patient à contacter un avocat ou inviter l'avocat déjà présent à s'impliquer dans la protection et la préservation de droits fondamentaux du patient.

b) Prononcé et /ou notification de la décision judiciaire

Ce moment est une étape majeure du « parcours de soin judiciairisé ». Il doit donc être assuré par le juge, immédiatement, qui, sauf cas particulier, doit pouvoir annoncer et donc l'expliquer au patient présent à l'audience.

L'annonce de la décision suppose tact, précision, pédagogie, car elle peut provoquer chez le patient colère, furie, pleurs, effondrement....

Comme le souligne un magistrat très impliqué dans la mise en œuvre de la loi de 2011 (Isabelle Rome - TGI de Pontoise), « L'intervention du juge peut être un signe pour le malade : la société ne l'oublie pas. Il a des droits ». Celui de voir un juge vérifier et contrôler les atteintes à ses libertés fondamentales, celui de rencontrer à cette occasion puis les suivantes, un avocat même si les modalités d'accès à celui-ci et l'effectivité de l'implication des barreaux sont iné-

gales et encore insuffisantes sur le territoire, faute de moyens décents.

Ainsi, la mission confiée par la Constitution au juge judiciaire d'être le garant des libertés individuelles peut donc prendre des chemins qui dépassent ceux circonscrits par la loi, empruntant ceux que sa pratique, son éthique et son savoir être autant que son savoir lui recommandent.

Ainsi que l'écrit Isabelle Rome, « L'intervention du juge est, en tant que telle, porteuse d'un lien social qui peut aider tout patient à sortir de son enfermement. »

Épilogue

Si Camille Claudel avait été prise en charge sous l'empire d'une telle loi, elle aurait peut-être rencontré un juge et pu obtenir de lui, automatiquement saisi malgré l'opposition de sa famille, qu'il lève son hospitalisation complète ; elle aurait pu bénéficier d'un programme de soins ambulatoires sans consentement, qu'elle aurait pu suivre à Paris ou dans sa maison natale où elle aspirait tant revenir. Elle aurait vu ses droits fondamentaux respectés et le premier d'entre eux, d'être écoutée et entendue.

Elle n'aurait peut-être pas passé 30 ans de sa vie enfermée.

Abandonnée.

Mon cher Paul,

*J'ai écrit plusieurs fois à Maman,
à Paris, à Villeneuve sans pouvoir
obtenir un mot de réponse.*

*Toi-même tu es venu me voir à la
fin de mai et je t'avais fait promettre
de t'occuper de moi et de ne pas me
laisser dans un pareil abandon.*

*Comment se fait-il que depuis ce
moment tu ne m'aies pas écrit une
seule fois et que tu ne sois pas revenu
me voir. Crois-tu que ce soit amusant
pour moi de passer ainsi des mois,
des années sans aucune nouvelle,
aucun espoir !*

*D'où vient une pareille férocité ?
Comment s'y prend-on pour vous
détourner de cette façon ? je voudrais
bien le savoir.*

(...)

*J'attends une lettre de toi
prochainement.*

*Mes amitiés à ta femme et à tes
enfants.*

Camille Claudel

Montdevergues, octobre 1915

LES MAGISTRATS ET LA DÉCLARATION D'IRRESPONSABI- LITÉ PÉNALE¹

CAROLINE GUIBET LAFAYE

*Directrice de recherche en sociologie
et philosophie au CNRS*

CAMILLE LANCELEVÉE

*Doctorante en sociologie,
Institut de Recherche Interdisciplinaire
sur les Enjeux Sociaux,
École des Hautes Études en Sciences
Sociales (Paris)*

CAROLINE PROTAIS

*Docteure en sociologie,
chercheuse associée au Cermes3*

Caroline Guibet Lafaye est directrice de recherche au CNRS (Centre Maurice Halbwachs – EHESS – ENS). Agrégée et docteur en philosophie de l'Université de Paris-I Panthéon-Sorbonne, elle est également habilitée à diriger des recherches en sociologie depuis 2011 (Université de Paris-IV Sorbonne). Elle a consacré une partie de ses recherches à des questions d'éthique appliquée, en particulier dans le cadre de la réanimation néonatale, de décisions d'interruptions de grossesse ou d'euthanasie ainsi qu'en psychiatrie. Elle a publié plusieurs articles, concernant la psychiatrie, relatifs au recueil du consentement, aux soins sans consentement en ambulatoire, aux conflits normatifs surgissant en psychiatrie, et aux représentations de la maladie mentale.

La question de l'évolution de la déclaration d'irresponsabilité pénale est controversée en France. D'un côté, les media et certains experts affirment que celle-là s'effondre. Ainsi on peut lire dans *La Croix* que « depuis les années 1970, le nombre de cas d'irresponsabilité pénale prononcés par les experts psychiatres s'est littéralement effondré, passant de 5% des criminels à moins de 0,5% aujourd'hui. » (*La Croix*, 29 août 2007)². Des experts psychiatres soulignent toutefois que « s'agissant du faible pourcentage de dossiers d'irresponsabilité par rapport au volume des dossiers traités par les tribunaux de grande instance ou par les cours d'assises, il convient d'être très prudent dans l'exploitation des chiffres en prenant en compte la taille réduite de l'échantillon par rapport au nombre total de dossiers gérés par la justice pénale, de la présentation au parquet, jusqu'au jugement. » (Senon, 2005, p. 8) Pour cette raison notamment, on conclut parfois – mais rarement en réalité – que le nombre de non-lieux pour irresponsabilité pénale concernent les personnes atteintes, « au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli [leur] discernement ou le contrôle de [leurs] actes » (article 122.1 du Code pénal) est constant depuis 17 ans (environ 200 à 260 par an) (voir Roelandt, 2009, p. 528).

Afin d'explorer ces évolutions, nous avons interrogé, dans le cadre d'entretiens semi-directifs, des juges d'instruction ayant prononcé de telles décisions afin de comprendre leur



Caroline Guibet Lafaye, Directrice de recherche en sociologie et philosophie au CNRS
 Troubles psychiques et jugement pénal : une double peine ? - 2016

démarche. Nous avons ainsi mené une enquête sur « *Le malade mental criminel : un être responsable de ses actes ? Les expertises psychiatriques au prisme des représentations sociales de la folie et des relations entre juges et experts* ». Elle s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche, financé par la mission « Droit et Justice » du Ministère de la justice, et a été réalisée entre mai 2014 et juillet 2016. Elle s'est articulée autour d'une méthodologie multiple puisqu'elle nous a conduites à mener des entretiens auprès de 30 experts psychiatres à Paris et en province (notamment à Lyon, Bordeaux, Marseille) ; 31 psychiatres non experts dont certains patients ont été hospitalisés sous contrainte (SPDT ou SPDRE), ou qui ont bénéficié de l'article 122-1 du Code Pénal³ ; 23 juges d'instruction et 15 personnes ayant été irresponsabilisées.

Au-delà des entretiens menés, nous avons réalisé un travail sur un corpus de loi, de jurisprudence ayant permis d'étudier 50 décisions impliquant les alinéa 1 (abolition du discernement ou du contrôle des actes) et 2 (altération du discernement ou du contrôle des actes) de l'article 122-1, mais également sur la presse et la littérature en psychiatrie. Nous avons ainsi envisagé 10 dossiers concluant à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental (étudiées entre 2007 et 2014), et 17 dossiers statuant sur la responsabilité de personnes présentant des troubles équivalents (étudiées entre 2004 et 2012).

Bien que les juges d'instruction⁴ ne soient pas les seuls magistrats concernés par la question de la responsabilité pénale, qui peut se poser en divers endroits de la chaîne pénale⁵, nous nous sommes concentrées sur le travail du juge d'instruction. Nous avons choisi d'analyser le raisonnement qui

1 Ce texte est inspiré d'un rapport réalisé dans le cadre du programme de recherche « *Le malade mental criminel : un être responsable de ses actes ? Les expertises psychiatriques au prisme des représentations sociales de la folie et des relations entre juges et experts* », financé par la mission « Droit et Justice » du Ministère de la justice entre mai 2014 et juillet 2016. Le rapport a été rédigé par Caroline Guibet Lafaye, Camille Lancellevée et Caroline Protais.

2 Voir aussi : « En 1989, les juges d'instruction avaient prononcé plus de 600 non-lieux au titre de l'article 64 de l'ancien code pénal, qui précédait l'article L 122-1. Pour certains, la pratique des experts, qui ont tendance à déclarer tous les criminels responsables de leurs actes, est aussi en cause. » (Le Monde, 4 février 2005)

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

4 Il y avait 577 juges d'instruction en 2010 selon l'annuaire de la justice. Le nombre de cas de déclaration d'irresponsabilité a diminué depuis les années 1980 (pour un tableau précis des statistiques judiciaires voir Sénat, 2010, p. 30) : en 1989, on compte 611 déclarations d'irresponsabilité (représentant 0,8% des mises en examen), contre 196 en 2006 (0,4%) avec un creux à la fin des années 1990 (en 1997, il y avait 190 déclarations d'irresponsabilité, 0,3 % des mises en examen). La tendance longue est donc à la baisse, avec une augmentation temporaire entre 1998 et 2002. Selon l'annuaire de la justice, 140 personnes ont été déclarées irresponsables en 2010.

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

conduit ces derniers à conclure ou non à une ordonnance d'irresponsabilité, à partir de plusieurs pistes : comment les représentations des juges pèsent-elles dans la décision judiciaire face aux auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux ? Comment caractériser ces représentations ? Sont-elles influencées par celles des experts psychiatres ?

L'expertise psychiatrique de responsabilité pénale est d'abord présentée, par les juges d'instruction rencontrés, comme un objet technique qui nécessite des compétences spécifiques en psychiatrie et qui pose avant tout des problèmes d'organisation pratiques liés à la difficulté d'obtenir de « bonnes » expertises dans des temps raisonnables du fait d'une pénurie d'experts. Néanmoins, les juges d'instruction les plus longuement installés à leur poste connaissent et se préoccupent de l'orientation idéologique éventuelle des experts sollicités. Un détour rapide par la jurisprudence laisse penser qu'en matière d'irresponsabilité pénale, les juges d'instruction pratiquent également l'« art de la pioche » (Dumoulin, 2007, p.113), c'est-à-dire puisent dans les expertises les informations qui confirment l'opinion qu'ils se sont faite de l'affaire.

Dans l'enquête évoquée, nous avons montré que la neutralité affichée du juge en matière d'irresponsabilité pénale s'effrite, lorsque l'on observe la procédure judiciaire et la façon dont elle est utilisée. Nous avons ainsi établi que les juges ne procèdent pas de la même manière

face à des cas d'irresponsabilité, et notamment en matière criminelle et correctionnelle. Si cette différence de traitement est en partie due à l'organisation de la justice, les magistrats ont toutefois des marges de manœuvre qu'ils utilisent peu, en matière correctionnelle en particulier. Deux manières de faire se dessinent alors qui ont pour conséquence d'augmenter ou de diminuer la probabilité de voir prononcée une irresponsabilité pénale. Ces manières de faire s'ancrent dans deux lectures divergentes du rôle que la justice devrait jouer face à la psychiatrie, considérée par certains comme un univers clairement distinct dans lequel la justice n'a pas à intervenir, et par d'autres comme un domaine à contrôler au nom de la sécurité publique.

Nous aborderons ces différences en soulignant en premier lieu les effets procéduraux sur la décision d'irresponsabilité pénale puis nous aborderons la diversité des interprétations, proposées par les magistrats, de la fonction de la déclaration d'irresponsabilité pénale, en distinguant les mobiles de ceux qui privilégient le principe d'irresponsabilité et de ceux qui y ont tendanciellement moins recours.

1. Décision d'irresponsabilité pénale et effets procéduraux

1.1 Contre-expertise et renvoi

S'il est courant que les juges insistent sur l'importance de l'indépendance et de la neutralité des experts commis par la justice⁶, certains magistrats indiquent néanmoins connaître les orientations théoriques des experts psychiatres en matière d'irresponsabilité, et avoir parfois tendance à solliciter ces experts en fonction de l'avis qu'ils espèrent voir rendu. Il semble, au vu des entretiens réalisés, que cette tendance s'accroît chez les magistrats les plus expérimentés, comme si la pratique créait des affinités électives entre experts et juges. De surcroît et concernant l'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, la procédure laisse une marge de manœuvre aux magistrats, qui, bien qu'étroite, peut avoir des conséquences importantes sur le sort des justiciables.

Au cours de l'instruction, deux éléments sont laissés à l'interprétation du magistrat en matière d'irresponsabilité pénale : si le code de procédure pénale laisse entendre qu'une seule expertise psychiatrique suffit pour que soit prononcée l'irresponsabilité pénale⁷, certains magistrats tendent à commanditer d'office une contre-expertise⁸, lorsqu'un premier expert a conclu à l'abolition du discernement. De même, en cas de controverse d'experts – *i.e.* si les conclusions de deux expertises sont contradictoires – le code pénal ne précise pas si la

décision d'irresponsabilité doit être prise au moment de l'instruction (avec éventuellement une audience devant la chambre de l'instruction) ou si l'affaire doit nécessairement être jugée en correctionnelle ou en criminelle. Or ces pratiques, apparemment anecdotiques, ont des conséquences importantes et combinées en matière d'irresponsabilité :

1) Face à la tendance d'une partie des experts à plaider en faveur d'une interprétation très limitative du principe d'irresponsabilité, la commission d'un contre-expert à la suite d'une première expertise d'abolition du discernement augmente mécaniquement la probabilité d'une controverse d'experts.

2) On remarque par ailleurs que la probabilité pour un justiciable d'être déclaré irresponsable diminue à mesure qu'il passe les étapes successives de cette chaîne pénale : ainsi, selon un rapport du Sénat de mai 2010, sur 44 décisions d'irresponsabilité prononcées entre septembre 2008 et juillet 2009, 30 ont été prises au moment de l'instruction ou devant la chambre de l'instruction, 13 par des tribunaux correctionnels et 1 seulement par une cour d'Assises.

3) On peut donc penser que le renvoi systématique devant une juridiction de jugement des affaires dans lesquelles les experts et contre-experts sont en désaccord conduit à une diminution du nombre d'irresponsabilités pénales.

1.2 Inégalité dans les décisions d'irresponsabilité pénale

L'inégalité de traitement des crimes et des délits

L'analyse de la jurisprudence de 26 cas sur lesquels se pose la question de l'irresponsabilité de leurs actes, parmi lesquels 22 ont été considérés comme relevant de l'alinéa 2 de l'article 122-1 (altération du discernement ou du contrôle), montre que le recours à l'expertise est très inégal, lorsqu'il s'agit d'un crime ou d'un délit. Les conditions d'accès à l'irresponsabilité ne sont donc pas les mêmes dans ces deux situations pénales.

Le tableau 1 présente l'ensemble des affaires disponibles sur le site Legifrance sur lesquelles la question de l'application de l'article 122-1 alinéa 1 a été posée. Le nombre d'expertises de-mandées sur ce type de cas est remarquable : les huit cas dans lesquels les infractions sont des délits et pour lesquelles nous connaissons le nombre d'expertises commanditées, ont fait l'objet d'une unique expertise. Au contraire, pour les crimes, le nombre d'expertise oscille entre deux et six.

Un accès difficile à l'expertise en correctionnelle

Néanmoins il ne faudrait pas croire que les affaires délictuelles se concluent plus facilement par une déclaration d'irresponsabilité : si les juges semblent accepter plus aisément une irresponsabilité, l'accès à l'expertise en cette matière est plus difficile. Elle n'est en effet pas obliga-

toire en matière correctionnelle, sa nécessité étant laissée à la discrétion du magistrat. Pour les cas qui ne bénéficient pas d'une expertise en première instance, l'accès à l'irresponsabilité pour cause de trouble mental est rendu très difficile.

Notre analyse de la jurisprudence a également permis d'identifier des situations où se pose la question de l'application de l'alinéa 2 de l'article 122.1 (i.e. altération du discernement ou du contrôle). Ces situations frappent par leur homogénéité : il s'agit, pour une large majorité, de cas jugés en correctionnelle en première instance, où aucune expertise

6 On peut penser que l'affaire Outreau, dans laquelle la collusion entre expert et juge avait conduit à une erreur judiciaire très médiatisée (voir Protais, 2008) a renforcé cette valorisation de la neutralité de l'expert. Certains magistrats rencontrés dans le cadre de cette enquête ont d'ailleurs participé au procès en appel, au cours duquel les expertises psychologiques ont été placées au centre des débats, avec une polémique sur le tarif des experts – « comparable à celui des femmes de ménage » selon Jean-Luc Viaux, expert psychologue.

7 En revanche, la contre-expertise doit être accomplie par au moins deux experts (voir article 167-1 du code de procédure pénale).

8 Cette contre-expertise est « de droit » pour la partie civile. Après la notification des résultats de la première expertise à la partie civile, celle-ci dispose d'un délai de quinze jours pour formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise (voir article 167-1 du code de procédure pénale)

9 La notion de non-lieu n'est plus présente dans la formulation actuelle de l'article 122-1 alinéa 1, alors qu'elle était contenue dans l'article 64 via la vieille formule « il n'y a ni crime ni délit ... » remplacée en 1992 par « n'est pas pénalement responsable ». Néanmoins, lorsque le magistrat instructeur clôt le dossier, il conclut toujours à un non-lieu par recours à l'article 122-1 du code pénal. Il existe donc toujours dans les faits, même s'il n'est pas formulé comme tel dans le code pénal

LES MAGISTRATS ET LA DÉCLARATION D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE
 CAROLINE GUBET LAFAYE
 CAMILLE LANCELEVÉE
 CAROLINE PROTAIS

Tableau : Jurisprudence abolition du discernement

Année	Personne	Infraction	Diagnostic	Nombre d'experts	Parcours pénal	Décision
2008	Nicolas E.	Viol	Retard mental et trouble psychotique	Deux expertises concordantes	Saisine de la chambre de l'instruction	Confirme le non lieu
2008	Tomas X	Assassinat et tentative d'assassinat	Schizophrénie paranoïde décompensée / composante héboïdophrénique	Deux expertises concordantes	Saisine de la chambre de l'instruction. Lui ne comparait pas car le médecin de la Sarreguemines ne le trouve pas en mesure.	Confirme le non lieu
2007	Romain D.	Meurtre et tentative d'homicide volontaire	Schizophrénie paranoïde décompensée augmentée par la consommation de cannabis / composante héboïdophrénique	5 expertises (4 concluant à l'art. 122-1 al.1)	Saisine de la chambre de l'instruction	Confirme le non lieu
2004	Zaphir D.	Meurtre	Schizophrénie paranoïde traitée	Deux expertises divergentes	Saisine de la cour de cassation après décision de la CI	Confirme le non lieu
2012	Patrick X.	Meurtre aggravé	?	5 experts avec des expertises contradictoires. On ne connaît pas la proportion d'expertises allant dans les deux sens	Renvoi devant la chambre de l'instruction puis pourvoi en cassation contre le non lieu	Confirme le non lieu et rejette le pourvoi
2012	Abdelkarim Y.	Meurtre aggravé	?	?	Renvoi devant la chambre de l'instruction puis pourvoi en cassation contre le non lieu. Visiblement la CI a confirmé le non lieu et a pris des mesures de sûreté.	Confirme la décision et rejette le pourquoi
2011	Andy X.	Meurtre aggravé	?	Abolition : 3 experts, altération : 1 expert, pas de trouble : 2 experts	Appel contre le renvoi de l'affaire devant la cour d'assises	Rejette
2010	Adel C.	Assassinat	Schizophrénie paranoïde décompensée	Deux expertises concordantes	Cassation suite à une décision de non lieu de la CI	Rejette
2006	Mounir Y.	Meurtre	Troubles de la personnalités sans spécification	?	Cassation suite à un renvoi devant la cour d'assises	Rejette
2006	Paula X.	Meurtre accompagné d'actes de barbarie	?		Cassation suivi d'une décision de la Cour d'assises	Rejette
2007	Geoffrey X.	Viol	Registre névrotique		Cassation suite à un renvoi devant la CA	
2008	Rémi X.	Mauvais traitement à animal	Retard mental profond	Une expertise	Appel car responsable en première instance	122-1 al1
2003	Tony X.	Violences aggravées	Schizophrénie paranoïde depuis l'enfance			
2004	Arnaud X.	Meurtre	Personnalité psychotique de type schizoïde avec une part d'adaptation au réel et une part de recherche personnelle d'identité dans un contexte sub-déliant chronique	6 expertises (4 altération, 2 abolition)	Cassation contre l'arrêt de la chambre de l'instruction	Rejette
2002	Gérard X.	Violences aggravées et infraction à la législation sur les armes	Touche la COTOREP pour troubles psychiques	Pas d'expertise	Cassation contre l'arrêt de la cour d'appel	Rejette
2002	Nabil J.	Rébellion	Ivresse pathologique classique avec des manifestations hystériques et quelques connotations paranoïaques	On ne sait pas	Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	Rejette
2001	Jean-Jacques X.	Abus de confiance, escroquerie, faux et usage de faux	Hospitalisé dans un service de psychiatrie pour tentative d'autolyse	?	Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	Rejette
2001	Jean Paul H.	Meurtre	RAS	RAS	Cassation contre l'arrêt de la cour d'assises	Rejette
2000	Charles Y.	Conduite en état d'ivresse	États dépressifs accompagnés de tendances impulsives et compulsives exacerbées par les conduites alcoolisées. Risque de passage à l'acte suicidaire si absence de prise en charge	1	Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	
1998	Igor F.	Assassinat	?	3	Cassation contre l'arrêt d'irresponsabilité	Rejette
1998	Éric G.	Actes de cruauté sur animal domestiques	Perversité	?	Cassation contre l'arrêt de la cour d'appel	Rejette
1999	Smail H.	Appels malveillants, vols, violence, menaces de mort	?		Cassation contre l'arrêt de la cour d'appel	Rejette
1998	Emmanuel G.	Corruption de mineurs			Cassation contre l'arrêt de la chambre correctionnelle	Rejette
1997	Chabel X.	Violences mortelles avec armes	?	?	Cassation contre l'arrêt de la CA	Rejette
1997	JC X.	Assassinat	?	?	Cassation contre l'arrêt de la CA	Rejette
1997	Y	Assassinat de mineurs de 15 ans	?	?	Cassation contre l'arrêt de la mise en accusation qui refuse une expertise	Rejette

n'a été demandée, et qui ont bénéficié de l'altération du discernement lors du jugement en appel. Dans ces affaires, le procès en appel se fait dans la majorité des cas sur la demande de l'avocat de la défense, réclamant un examen psychiatrique constatant les troubles mentaux de son client. C'est ainsi à ce second degré de la chaîne pénale qu'apparaissent les premières expertises.

Le résultat de ce processus est donc une dévaluation des droits de la défense en correctionnelle. Si le mis-en-examen n'a pas bénéficié d'une expertise en première instance ou en seconde instance, l'expertise est réalisée par un professionnel tenant peu au principe d'irresponsabilité psychiatrique. Dès lors, les marges de contestation de la défense sont réduites, voire nulles, car le jeu de la contre-expertise ne peut alors pas fonctionner.

En définitive, les processus pénaux à l'œuvre dans les crimes et les délits s'avèrent défavorables au principe de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental, quoique pour des raisons différentes. Dans les cas de crimes, la pression de la partie civile rend globalement les magistrats très précautionneux pour conclure au non-lieu par recours à l'article 122-1 alinéa 1 : ils font jouer la contre-expertise pour renforcer la décision. Les experts ayant une approche restrictive de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental étant majoritaires sur une cour d'appel, cette stratégie défavorise cette solution

pénale. Dans les cas de délits, les juges témoignent de moins de précautions pour prendre leurs décisions, mais l'accès réduit à l'expertise, tout comme les conditions de réalisation des examens dans le courant de la garde à vue nuisent à l'activité diagnostique et exposent les délits à la grande labilité d'appréciation des experts et des juges décidant de l'opportunité de l'expertise. Qui plus est, l'accès plus difficile à l'examen psychiatrique en correctionnel laisse des possibilités de recours beaucoup moins importantes à l'avocat de la défense face à un expert qui rendrait un avis responsabilisant, alors que le mis en cause présente des troubles psychiatriques graves.

Tableau récapitulatif Jurisprudence abolition du discernement des cas étudiés où la question de l'abolition du discernement est posée lors d'un procès en appel ou lors d'un pourvoi en cassation - page 86

Source : site www.legifrance.fr

Lecture : les noms mentionnés sont ceux des arrêts rendus publics par le site. Sont indiqués en gras les affaires qui se concluent à un non lieu⁹ pour cause de trouble mental, en rouge les recours contre un non-lieu, en bleu les recours en faveur d'une abolition du discernement.

1.3 L'altération du discernement, une circonstance aggravante ?

Au terme de cette analyse des procédures, que dire des effets de l'altération du discernement suspectés, par

de nombreuses sources – journalistes, sociologues, juristes ou psychiatres –, d'entraîner une aggravation de la peine prononcée ? Dans l'échantillon de cas étudiés présentant une altération du discernement aux yeux des juges, la cour de cassation a pris le soin de réaffirmer plusieurs choses. Elle a d'abord souligné que l'altération du discernement conduisant, à un niveau juridique, à l'appréciation d'une responsabilité atténuée chez le mis-en-examen, n'entraîne pas une diminution de peine systématique – la loi de 2014 a modifié ce point. Jusqu'à la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions, la juridiction de jugement était libre de définir le régime de la peine, en fonction de cette circonstance. La loi de 2014 a consacré le principe d'atténuation de la peine prononcée en cas d'altération du discernement. Le maximum légal est désormais réduit d'un tiers en matière correctionnelle et en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, ramenée à trente années. Les exceptions sont possibles, mais doivent être motivées. Il n'existe à ce jour pas d'évaluation de cette nouvelle disposition. Néanmoins la position de la cour de cassation est régulièrement mobilisée pour justifier le fait que ne soit pas cassée une décision d'altération du discernement conduisant à une peine lourde. La cour de cassation a également réaffirmé (l'argument est retrouvé dans les décisions étudiées) que la question de l'altération du

discernement ne doit pas être systématiquement posée par le président des assises aux jurés. La cour de cassation se distingue donc sa volonté de laisser les juges, statuant sur le fond, souverains pour appréhender cette question.

2. Regards de juges d'instruction sur l'irresponsabilité pénale

2.1 L'irresponsabilité pénale :

un domaine réservé de la psychiatrie

Lorsque l'on interroge les positions normatives des magistrats sur le principe de l'irresponsabilité pénale, il apparaît que pour une bonne moitié d'entre eux (environ 13 sur 23), la décision d'irresponsabilité ne nécessite pas systématiquement de contre-expertise, cette décision devant, à leurs yeux, être prise au moment de l'instruction. Les arguments avancés par ces magistrats pour justifier des pratiques plutôt favorables au principe d'irresponsabilité pénale témoignent d'une volonté de résister à une demande de sécurité jugée excessive à l'égard de la justice mais également de s'opposer à la tendance contemporaine à l'incarcération des personnes présentant de graves troubles psychiatriques.

À chacun son métier : assumer ses responsabilités sans empiéter sur celles des autres.

Parmi les arguments mobilisés en faveur du principe d'irresponsabilité pénale, se trouve l'idée que chaque

professionnel doit assumer ses responsabilités sans empiéter sur celles des autres. Le juge d'instruction est, par définition, chargé d'instruire une affaire et de constituer un dossier complet qu'il pourra renvoyer devant une cour de justice ou conclure par une ordonnance d'irresponsabilité. Quelques magistrats considèrent par conséquent que le devenir des dossiers instruits – et des personnes concernées – ne relève ensuite plus de leur responsabilité. Le juge d'instruction aurait, dans cette logique, pour mission exclusive d'instruire l'affaire, en l'état actuel du droit, et aurait pour seule mission d'appliquer le principe d'irresponsabilité, s'il constitue la réponse la plus juste et la plus appropriée à la situation considérée. Si cela ne relève pas de sa mission, le juge d'instruction n'a pas la possibilité matérielle de vérifier systématiquement ce que deviennent les personnes mises en examen :

« Moi, le jour où je rends une ordonnance de non-lieu parce que la personne est irresponsable, on s'arrange évidemment avec la préfecture, le bureau de la santé mentale pour que ça corresponde à un arrêté d'hospitalisation d'office, et c'est fini, pour moi, après. J'allais dire c'est le jeu des institutions et de la législation, il est irresponsable, il est irresponsable. Après qu'il reste 15 jours ou 15 ans dans un hôpital, quelle que soit la structure de l'hôpital, ça ne relève plus de ma compétence. (...) Et pour tout vous dire, on n'est pas au courant (de ce que deviennent les justiciables).

Et même, pour tout vous dire, je ne suis pas au courant des décisions qui sont rendues sur mes dossiers, devant la Cour d'Assises ou le tribunal correctionnel. Si, la Cour d'Assises, je sais parce que, quand je sais que mes dossiers passent devant la Cour d'Assises, je vais toujours jeter un petit coup d'œil, mais sinon on ne sait pas ce que ça devient. Ou alors les avocats viennent vous le dire, ou la personne, qui était au Parquet, nous informe du résultat. »

Mathieu Haber, 40-50 ans, 10 ans d'expérience (entretien 2008)

Dès lors, un travail correctement fait consiste à « bien remplir sa mission ». Si le propos paraît tautologique, il traduit en réalité une certaine résistance à l'air du temps. En effet, se contenter de bien faire son travail est difficile, lorsque le juge est soumis à une pression sociale qui l'invite à prendre en considération la question de la sécurité publique.

Résister à la tendance sécuritaire

Face à une demande croissante de responsabilisation, le juge d'instruction doit parfois se faire le défenseur de la lettre de la loi.

« Parce qu'on sent une certaine pression de la victime autour de la justice ?

- D.E. : *C'est le moins qu'on puisse dire...*

- *Donc je me demande si c'est pas un peu inconfortable quand on est face à un crime ?*

- D.E. : *Alors ça, c'est on ne peut*

plus inconfortable, parce qu'il y a pas que les parties civiles, y'a les avocats, y'a tout le monde, c'est infernal, mais c'est le cadre juridique, c'est comme ça... Non, je pense qu'il faut essayer de garder une certaine objectivité. Peut-être qu'on prendra plus de précautions sur la qualité de l'expert qu'on va nommer, si on a des faits très graves, évidemment... Mais ceci étant, si on nous dit sur des faits pas très graves ou très graves qu'il y a un 122.1, de toutes façons, ça se conclut sur une déclaration d'irresponsabilité ! »

Didier Emery, 40-50 ans,
5 ans d'expérience

Pour ce magistrat, le « principe d'irresponsabilité » constitue la base du droit pénal. Il estime que face à des expertises concluant majoritairement à l'abolition du discernement, le juge d'instruction ne doit pas « botter en touche », c'est-à-dire renvoyer l'affaire, mais assumer la décision d'irresponsabilité, même si elle soulève la colère des parties civiles. Ainsi certains jugent estiment que, même dans les cas les moins évidents, dans lesquels les expertises sont contradictoires, c'est au juge d'instruction de trancher la question de la responsabilité. Un renvoi devant la cour d'Assises paraît même, aux yeux de certains, une pratique peu responsable :

« Et à l'inverse, pour pas mal connaître la Cour d'Assises, je vois pas pourquoi je ferais peser la responsabilité d'arbitrer à 12 personnes, dont 9 citoyens qui n'y connaissent pas forcément grand chose. Il y a un

expert qui va leur dire blanc, il y a un expert qui va leur dire noir, ça va peut-être dépendre de la capacité de l'expert à défendre son point de vue. Vu les conséquences quand même, parce que si on dit blanc, il est acquitté, si on dit noir, non seulement il n'est pas acquitté mais il risque de s'en prendre plus parce qu'il va être jugé dangereux. Non, à ce moment-là, on prend le temps d'avoir une troisième expertise. En général d'ailleurs, tout le monde est d'accord pour qu'il y en ait une troisième. Après la question... Là, en général, je prends une collégialité (i.e. deux experts). »

Mathieu Haber, 40-50 ans,
10 ans d'expérience (entretien 2008)

Mathieu Haber estime que le juge d'instruction sera plus à même de prendre une décision plus juste qu'un jury d'assises concernant la responsabilité. Il prend par ailleurs en considération le risque – voire l'injustice – de voir une personne condamnée à une peine plus lourde en raison du caractère supposément dangereux de ses troubles psychiatriques. Il justifie ainsi sa pratique par la volonté de ne pas laisser la justice instrumentalisée par des considérations extra-juridiques.

D'autres juges font valoir la nécessité, s'imposant à la justice, de résister aux demandes exogènes, en particulier à l'idée répandue aujourd'hui qu'il faut nécessairement juger, voire punir un responsable pour aider les victimes à tourner la page. Les magistrats rencontrés en 2014-2015 et proches de cette position considèrent d'ailleurs

que la réforme de l'irresponsabilité pénale en 2008 et la possibilité, introduite par la loi d'une audience, devant la chambre de l'instruction va dans le mauvais sens :

« La saisine de la chambre de l'instruction, ça s'inscrit dans l'histoire du "ouais mais quand même il est coupable et ça va faire du bien aux victimes". Donc si le procureur demande, je n'ai pas le choix. Pareil pour la partie civile. Moi je dis toujours aux victimes et notamment aux victimes de crimes de sang, quand la personne est complètement déglinguée, quand je notifie les expertises, je leur dis, vous pouvez demander... mais moi je pense que c'est pas une bonne solution... parce que c'est terrible, les gens ils comparaissent, alors certes y'a une décision judiciaire qui leur dit "oui, il est coupable des faits". Très bien mais ils le savent, c'est reconnu ! 122.1, c'est pas une reconnaissance de non-culpabilité, enfin si, mais ça veut pas dire qu'il a pas fait les faits ! Donc c'est ce que je leur dis... il a commis ces faits-là, mais il était pas en pleine possession de ses moyens, et il va délirer à l'audience... »

Didier Emery, 40-50 ans,
5 ans d'expérience

Ainsi il s'agirait, pour le juge, d'instruction de résister à la tentation d'interpréter la loi dans un sens sécuritaire pour éviter de mettre sa propre responsabilité professionnelle en cause. Pour ce faire, certains juges réalisent un « travail pédagogique »

auprès des parties civiles, concernant l'irresponsabilité pénale. Ils s'efforcent d'expliquer la procédure aux parties civiles dans un objectif de pacification sociale et de déconstruction de toute volonté ou tentation de vengeance. Dans ce cadre, ils expliquent pourquoi une décision d'irresponsabilité peut être plus juste qu'une condamnation pénale. L'argument est alors motivé normativement puisque ces magistrats considèrent que la place des infracteurs présentant de graves troubles mentaux n'est pas en prison.

Éviter l'incarcération des plus malades

La défense du principe d'irresponsabilité vise enfin à éviter l'incarcération de personnes dont l'état se révélerait incompatible avec la prison, cet argument étant récurrent parmi les juges interrogés. Plusieurs magistrats regrettent de voir diminuer le nombre de déclarations d'irresponsabilité et augmenter, a contrario, le recours à la notion d'altération du discernement qui conduit à l'incarcération de personnes présentant d'importants troubles mentaux. Ainsi certains juges estiment que pour ces personnes « entre deux » concernées par l'altération du discernement, la prison n'est pas une « solution satisfaisante »¹⁰ ni ne constitue un environnement adapté à des personnes présentant de graves troubles psychiatriques : « Moi mon boulot c'est de m'assurer que si le type est fou, il ne croupisse pas en prison. Non mais je vous jure parce que ces types-là, c'est ingérable

en prison. Les paranoïaques par exemple, ils sont insupportables avec les surveillants, très souvent il leur faut une cellule individuelle. J'en ai un en ce moment à la Santé ils n'en peuvent plus ! Non, après c'est le boulot du secteur. »

Véronique Noble, 40-50 ans,
12 ans d'expérience

Certains magistrats ont conscience que l'enfermement carcéral peut aggraver les situations psychiatriques et estiment que la psychiatrie devrait avoir plus de moyens pour accueillir les personnes qui n'ont pas leur place en prison. Cet accroissement de moyens aurait vocation à améliorer le travail de prévention et à anticiper la dégradation des troubles psychiatriques, susceptible d'amener certains à commettre des infractions pénales. Néanmoins, si les ressources de la psychiatrie sont jugées insuffisantes par ces magistrats, ils tendent à faire confiance aux psychiatres qui « font ce qu'ils peuvent, comme nous »¹¹. Pour ces magistrats, la réponse pénale ne peut constituer une réponse alternative satisfaisante :

« Oui, mais au nom de quoi, le fait qu'il reste dans l'institution judiciaire va mieux protéger la société que s'il va dans l'institution hospitalière ? Si après, il y a un problème dans l'institution hospitalière, oui, pourquoi pas en discuter, mais ça relève du débat citoyen, ça relève du législateur. Je vois pas pourquoi, cette prétention qu'on aurait, nous, à mieux protéger les individus. Quand on voit l'état

des gens qui sortent de prison, je n'ai pas vraiment l'impression qu'on ait des leçons à donner en matière de récidive. »

Mathieu Haber, 40-50 ans,
10 ans d'expérience

Ces magistrats sont donc favorables à une nette distinction entre la voie pénale et la voie médicale, celle-ci devant toutefois, à leurs yeux, être mieux dotée pour pouvoir accueillir, de façon satisfaisante, les personnes déclarées irresponsables.

2.2 L'irresponsabilité pénale : un enjeu de sécurité publique

A contrario, les magistrats dont les pratiques semblent plutôt contribuer à diminuer la probabilité de voir déclarée l'irresponsabilité considèrent que ce principe du droit pénal soulève aujourd'hui un enjeu de sécurité publique : ces juges d'instruction témoignent d'une méfiance importante et de sa capacité à protéger la société. Ils plaident pour une meilleure surveillance des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux ainsi qu'une certaine « dangerosité ».

Faible confiance envers la psychiatrie

Alors que les magistrats militant en faveur du principe d'irresponsabilité estimaient qu'il fallait faire confiance à la psychiatrie, tenue pour responsable du sort des personnes concernées par l'article 122.1 alinéa 1, ces magistrats insistent au contraire sur les lacunes du système de prise en

charge psychiatrique. Celles-là sont la conséquence d'une politique de désinstitutionnalisation à marche forcée, qui aurait privé les hôpitaux de leur capacité de prendre en charge les patients les plus dangereux et les plus précaires. Ces magistrats interprètent l'ouverture de l'hôpital psychiatrique comme la raison principale du délitement d'un système qui permettait de maintenir sous surveillance des individus à la frontière de la maladie psychiatrique et du comportement transgressif. Les transformations de la psychiatrie conduisent alors inévitablement à s'interroger sur le sort des justiciables les plus dangereux.

Ces magistrats estiment de façon unanime que la « psychiatrie laisse ressortir les gens trop vite »¹² :

« Parce que vous avez l'impression qu'on ressort plus facilement de l'hôpital psychiatrique ?

- G.B. : Ah bah c'est pas juste une impression !

- Votre expérience de JLD (juge des libertés et de la détention), elle vous a appris des choses là dessus ?

- G.B. : Non pas de JLD... C'est plus au parquet, parce que très souvent comme je vous le disais, des gardes à vues étaient levées parce qu'il était incompatible ou partiellement incompatible euh... et du coup, on se disait, dès qu'il sort, parce que parfois y'avait une certaine dangerosité, ou un risque de passage à l'acte à nouveau, on se disait bon dès qu'il sort on va essayer de maintenir le lien avec l'hôpital pour savoir quand la

personne allait sortir, il était très rare que les médecins nous préviennent, en général, on l'apprend plusieurs jours après, le service enquêteur et le parquet, et on apprenait que la personne était ressortie quand il y avait eu de nouveaux faits quoi... alors qu'on insistait sur le fait de nous prévenir, pour qu'on fasse une reprise de garde à vue, qu'on essaie de le faire éventuellement expertiser, présenter à un juge d'instruction pour avoir une expertise plus complète, et c'était très rare qu'on soit informé, parce que comme je vous disais, s'il y a un trouble de manière ponctuelle, quand ils sont traités, les troubles disparaissent, donc y'a plus de raisons de les maintenir en hospitalisation s'ils ont plus de troubles... »

Geneviève Blériot, 40-50 ans,
4 ans d'expérience

Comme le suggère ce témoignage, c'est souvent l'expérience de magistrat du parquet qui donne aux juges le sentiment d'une psychiatrie trop ouverte, qui ne peut plus assurer la protection de la société. Les magistrats de ce groupe (une dizaine sur les 23) ont un discours critique à l'égard de la prise en charge psychiatrique et semblent réticents à l'idée de confier le sort des justiciables, qu'ils estiment dangereux, à une médecine dont ils ne reconnaissent pas toujours les compétences. Certains considèrent, par exemple, qu'on prête trop de pouvoir à la psychiatrie, laquelle peine à apporter une réponse satisfaisante à certaines pathologies. La scientificité

de la psychiatrie, qui « en est à ses balbutiements », se voit remise en cause. Elle ne « sait pas traiter la folie » et a simplement remplacé la « camisole de force par une camisole chimique » (Solange Archet).

Pour une justice plus attentive aux victimes

Cette inquiétude face aux limites de la psychiatrie témoigne du souci, pour ces magistrats, de s'assurer que les justiciables les plus dangereux sont mis hors d'état de nuire. Elle rejoint une préoccupation pour les victimes potentielles qui s'inscrit dans une logique de prévention des risques de récidive. Contrairement aux magistrats plus favorables au principe d'irresponsabilité, ces juges considèrent que leur mission ne s'arrête pas au moment de boucler l'instruction d'une affaire, mais doit également anticiper l'avenir, de façon à pallier aux dysfonctionnements de la psychiatrie.

« A.K. : Et le nombre de personnes qui sont limites - limites et qui sont absolument pas pris en charge. Et on les voit parce que, malheureusement, on les voit et on les voit et on les voit. Et on les voit sombrer quoi, avec des actes de plus en plus graves, des actes de plus en plus violents, alors autant

¹⁰ Véronique Noble, 40-50 ans, 12 ans d'expérience.

¹¹ Carole Fragonard, 40-50 ans, plus de 10 ans d'expérience.

¹² Olivier Creil, 30-40 ans, 2 ans d'expérience.

pour eux que pour les autres. Et on voit que la psychiatrie ne fait rien.

- Et dans ces moments-là, vous vous sentez vraiment une responsabilité par rapport à la victime ?

- A.K. : Ben oui, bien sûr, aux victimes, à la société, vous vous dites : je remets dans la vie de tout à chacun un danger public qui peut à tout moment tuer quelqu'un. Et on est aussi citoyen, on a des enfants, on a des parents, on a des frères, on a des sœurs et il y a un moment où on se dit : mais si c'est mon gamin ou mon frère ou ma sœur ou mes parents qui tombent sur un type comme ça, mais attendez. »

Aude Kersauson, 40-50 ans,
10 ans d'expérience

Dans cet univers représentationnel, la justice, face aux échecs de la psychiatrie, estime qu'elle ne peut se contenter de juger et qu'elle doit se préoccuper du sort des justiciables, une fois le jugement rendu. Certains magistrats tiennent alors compte de la « dangerosité sociale » des personnes mises en examen, cette dangerosité devenant déterminante :

« Alors forcément, plus c'est grave, plus on va s'entourer de précaution, c'est ce qui fait d'ailleurs qu'il y a très peu de 122.1 pour les faits les plus graves, c'est que... en cherchant bien on trouve toujours un expert qui va dire qu'il y a peut-être un peu de responsabilité, alors que si c'était moins grave on aurait dit ben ok, il est irresponsable. Mais... donc oui,

plus c'est grave, plus on va chercher la responsabilité. »

Olivier Creil, 30-40 ans,
2 ans d'expérience

Pour ces magistrats, l'irresponsabilité pénale est perçue comme une décision pénale qui ne répond pas aux attentes des parties civiles. Ils estiment d'ailleurs que les dernières évolutions législatives ont permis d'améliorer la situation, en donnant aux parties civiles une plus grande place dans la procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité : la loi du 25 février 2008 donne en effet à la partie civile la possibilité de demander une audience publique et contradictoire devant la chambre de l'instruction, au cours de laquelle la personne mise en examen peut être interrogée, les témoins et les experts entendus, et un débat sur la matérialité des faits commis organisé. La partie civile peut en outre demander le renvoi de l'affaire devant le tribunal correctionnel pour qu'il se prononce sur la responsabilité civile de la personne et statue sur les demandes de dommages et intérêts¹³. Malgré ces modifications du code de procédure pénale qui permettent, selon ces magistrats, de mieux accueillir les parties civiles, ces derniers ont cependant tendance à considérer que la déclaration d'irresponsabilité pénale n'est pas la meilleure solution pour protéger la société des plus « dangereux ».

Neutraliser les plus « dangereux »

La question de la dangerosité,

qui semblait secondaire pour les magistrats favorables au principe d'irresponsabilité, est au contraire centrale pour ce second groupe : c'est justement cette préoccupation pour la dangerosité qui amène ces juges à estimer l'irresponsabilité pénale problématique.

Garder les personnes reconnues irresponsables sous main de justice

Ces magistrats n'excluent toutefois pas complètement la possibilité de rendre une ordonnance d'irresponsabilité pénale. Néanmoins, ils s'assurèrent, dans le cas où le justiciable concerné présente un risque particulier de récidive, que la psychiatrie a bien pris en considération cette dangerosité.

« P.M. : Et puis ceux qui ont déjà des antécédents en matière criminelle notamment... où on a des personnes qu'on retrouve, qui ont déjà tué... moi j'ai déjà eu un bonhomme qui avait déjà tué trois fois ! Je me suis battu, il a été envoyé à Cadillac !

- Ah à Cadillac ?

- P.M. : C'est rare, mais... voilà, il a été jugé irresponsable. Il avait une liste de 69 personnes à tuer.

Patrice Messier, 50-60 ans,
plus de 30 ans d'expérience

Si sa longue expérience de juge d'instruction et sa bonne connaissance des rouages du système ont permis à ce juge de peser sur la préfecture et sur la psychiatrie pour obtenir le placement de la personne

déclarée irresponsable, dans l'Unité pour Malades Difficiles de Cadillac, des magistrats moins expérimentés au poste de juge d'instruction perçoivent le soutien de la chambre de l'instruction avec soulagement, comme le suggère ce témoignage :

« Si une personne était très dangereuse, et que l'expert prononce l'abolition ?

- G.B. : Bah ouais mais là on transmet le dossier en même temps que le non-lieu à la chambre de l'instruction... qui décide d'ordonner des mesures de contraintes pour que la personne ne soit plus dangereuse pour la société... personnellement ça me poserait beau-coup plus de cas de conscience si je savais que le non-lieu impliquait automatiquement la libération de la personne et le fait de la remettre dans la nature, ou soumise à des soins psychiatriques dont on sait que... à l'hôpital les trois quarts du temps quand les gens sont sous traitement, même les schizophrènes, hein, sont stabilisés... donc petit à petit, ils ne présentent plus de pathologie parce qu'ils ont un traitement, on les remet dehors et à partir du moment où on les remet dehors, ça recommence quoi...

- La chambre d'instruction vous tranquillise sur cette question là quoi ?

- G.B. : C'est ça... »

Geneviève Blériot, 40-50 ans,
4 ans d'expérience

Dans un cas comme dans l'autre, ces magistrats s'accordent à penser que la justice doit garder un œil sur

les personnes irresponsabilisées particulièrement dangereuses et que des mesures de sûreté sont nécessaires pour pallier aux limites et aux insuffisances de la psychiatrie. De ce fait, ces juges ont accueilli favorablement les nouvelles dispositions de la loi de 2008¹⁴. Néanmoins, parmi eux, certains estiment que ces dispositions ne sont pas suffisantes. Pour ces magistrats, la prison devient dès lors une solution par défaut pour s'assurer que les personnes sont placées hors d'état de nuire.

La prison à défaut d'institution plus adéquate ?

Parmi les magistrats rencontrés, quatre juges expliquent ouvertement qu'ils considèrent la prison comme une option plus adéquate pour les auteurs d'infraction, présentant des troubles psychiatriques graves et un risque de récidive important. La détention est instrumentalisée à des fins de neutralisation et permet à la justice de garder un contrôle sur des personnes qu'il est nécessaire d'extraire du tissu social :

« V.L. : Bon, parce que moi y'a aussi l'aspect dangereux... Voilà, entre un type qui tue sa femme... l'exemple énorme, le type qui tue sa femme, parce qu'elle lui a emmerdé sa vie, bon, lui il va pas retuer après ! Un type qui va prendre des gamins à la sortie de l'école... J'en ai rien à foutre de savoir machin, je vais le déclarer coupable et puis je vais l'envoyer pour être sûre qu'il bougera plus... Donc moi c'est globalement mon approche, quelqu'un

qui est pas dangereux, quelqu'un qui a un boulot, quelqu'un. voilà... quelqu'un de dangereux pour la personne... Voilà !

- Alors quelqu'un comme ça, vous avez plus de mal à rendre une irresponsabilité ?

- V.L. : Moi voilà, ce que je veux c'est qu'il sorte du circuit s'il est dangereux, voilà. Donc ce sera la meilleure solution pour qu'il soit bien neutralisé...

- Alors prison ou HP ?

- V.L. : Je me dis prison c'est pas mal parce que les vrais dangereux, ils sont dans des prisons hôpitaux psychiatriques, y'en a deux trois comme ça...

- Donc plutôt irresponsable de ses actes ?

- V.L. : Non, responsable, il va en détention, mais il est détenu en psychiatrie... »

Valérie Lemaitre, 50-60 ans,
5 ans d'expérience

¹³ Cette loi ne constitue cependant pas une rupture avec la procédure habituelle. Elle est en réalité le résultat de plusieurs réformes successives : dès 1995 (article 199-1 du code de procédure pénale), la partie civile peut demander un examen de la chambre de l'instruction lors d'une séance publique ; à partir de 2000 (article 349-1 du code de procédure pénale), l'examen de l'irresponsabilité est distinct de celui de l'imputabilité ; en 2004 (article 177 du code de procédure pénale), la justice doit préciser dans le cas d'une ordonnance de non-lieu s'il existe des charges suffisantes établissant que la personne mise en examen a bien commis les faits reprochés. (Sénat, 2010).

¹⁴ Depuis la loi du 25 février 2008, la justice peut prononcer à l'encontre d'une personne reconnue irresponsable une ou plusieurs mesures de sûreté, pour une durée maximale de dix ans en matière correctionnelle et de vingt ans en matière criminelle (interdiction d'entrer en relation avec la victime, de paraître dans certains lieux, de détenir ou porter une arme, d'exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles). Les magistrats hostiles à ces mesures de sûreté posent la question des moyens mis à disposition pour le contrôle de celles-ci.

Se trouvent ici évoquées les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), créées officiellement pour donner aux personnes détenues un meilleur accès aux soins psychiatriques¹⁵. Néanmoins l'extrait proposé illustre la façon dont les UHSA peuvent cautionner, aux yeux des magistrats, la responsabilisation pénale des auteurs d'infraction présentant de graves troubles psychiatriques. Les magistrats de ce sous-groupe sont favorables à la création d'une institution spécifique pour les infracteurs présentant des troubles mentaux et considèrent que des structures intermédiaires permettraient de garder les personnes reconnues irresponsables sous main de justice, tout en leur apportant les soins psychiatriques dont ils ont besoin. Sans se référer directement aux exemples étrangers, ils esquissent un modèle de prise en charge semblable aux centres de défense sociale belges ou encore aux hôpitaux allemands de *Mafßregelvollzug*¹⁶. Ces structures intermédiaires constitueraient une troisième voie, entre la voie hospitalière classique et la voie carcérale, qui permettrait, selon eux, d'allier soin et sécurité.

Conclusion

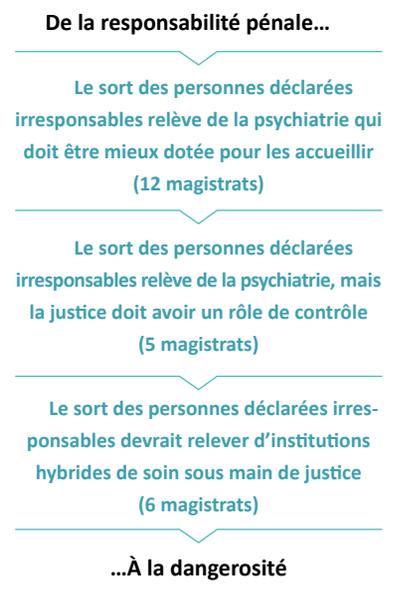
La présente recherche, fondée sur des entretiens qualitatifs, a montré que les magistrats ont deux moyens d'accompagner ou de résister au mouvement de responsabilisation pénale : ils ont, d'un côté, la possibilité, contrainte par des considérations pratiques, de choisir des experts en

fonction de leur position théorique et idéologique. Ils ont, d'un autre côté, la possibilité de sélectionner les arguments des experts qui leur sembleront les plus pertinents, c'est-à-dire les plus proches de leur propre appréciation de la responsabilité pénale des justiciables. La procédure pénale leur donne également une marge de manœuvre étroite mais décisive sur l'irresponsabilité pénale. Si les affaires criminelles sont soumises au jeu de la contre-expertise, l'accès à l'expertise est en revanche très limité dans les affaires de délits, exposant ces derniers à la grande labilité des évaluations expertales. Les magistrats n'ont toutefois pas toujours une claire conscience des effets de ces choix, ces derniers s'inscrivant dans des évolutions plus générales du système pénal français (Mouhanna et Bastard, 2007). La diminution du nombre d'expertises, en matière délictuelle, est également le résultat de l'impératif de rapidité auquel la justice est soumise actuellement. Néanmoins, en matière criminelle comme en matière correctionnelle, un même résultat demeure : la mise à l'écart de la solution de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental.

Les magistrats rencontrés se disent, en outre, autour de la question des relations entre justice et psychiatrie. Une partie d'entre eux, plutôt confiants envers la psychiatrie, plaide pour une nette séparation de la voie judiciaire et de la voie médicale. Les autres, plus méfiants à l'encontre de la psychiatrie, estiment qu'un contrôle

judiciaire renforcé des personnes irresponsabilisées serait nécessaire voire soutiennent l'idée d'une hybridation de la voie pénale et de la voie médicale, par la création d'institutions dédiées aux auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux, au nom d'une protection de la société contre la dangerosité.

Figure 1 – Les juges d'instruction face à l'irresponsabilité pénale



¹⁵ C'est le raisonnement que redoute une bonne partie des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire qui ont le senti-ment que leur présence vient légitimer l'incarcération de personnes qui n'ont, selon eux, pas leur place en prison.

¹⁶ Voir Lancelevée (2014) pour une comparaison européenne des liens entre psychiatrie et justice.

La dichotomie que l'on trouve dans l'univers représentationnel des magistrats œuvre également dans celui des experts psychiatres. Les prises de position sur la question de l'irresponsabilité pénale sont structurées par une opposition récurrente, en l'occurrence, entre d'une part, le répertoire de la défense sociale (Lombroso, 1887 ; Ferri, 1893 ; Garofalo, 1890) et, d'autre part, un répertoire de l'intégration (Ueberschlag, 1956 ; Rappard, 1977) et de la protection (Castel, 1976). Ces répertoires se retrouvent, quoiqu'avec des proportions distinctes, chez les psychiatres, les experts psychiatres et les juges. Ces systèmes de représentations s'organisent autour de thématiques communes, telles que la conception de la psychiatrie, la place de la victime dans le procès pénal et la prise en compte de la dangerosité du mis-en-cause. Ces oppositions sont structurantes du champ de l'irresponsabilité pénale, de son analyse et des représentations qui y sont liées. Toutefois l'étude des pratiques montrent que certains magistrats, particulièrement aguerris, paraissent « raisonner en expert psychiatre », développant des conceptions du discernement et du contrôle proches de celles de leurs experts et exportant ainsi des compétences médicales dans le champ du judiciaire.

BIBLIOGRAPHIE

Castel R.

L'ordre psychiatrique, Paris, Minuit, 1976.

Dumoulin L.

L'expert dans la justice – de la genèse d'une figure à ses usages, Paris, Economica, 2007.

Ferri Enrico

La sociologie criminelle, Paris, Dalloz, 1893.

Garofalo Raffaele,

La criminologie, 2e éd., Paris, Alcan, 1890

Lancelevée C.

« *Soigner ou punir ? Dilemmes Européens* »

La lettre du psychiatre, X, n° 6, décembre 2014, p. 114-118.

Lombroso Cesare

L'homme criminel, Paris, Alcan, 1887.

Mouhanna C. et B. Bastard

Une justice dans l'urgence. Le traitement en temps réel des affaires pénales, Paris, PUF, 2007.

Protais C.

Sous l'emprise de la folie, la restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France, Thèse d'état soutenue le 12/12/11

sous la direction de Nicolas Dodier, Paris, EHESS.

Rappard P.

« *Psychiatrie et antijuridicité ; justice et antipsychiatrie* »

L'information psychiatrique, vol. 53, n° 2, 1977.

Roelandt J.-L.

« *Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement* », L'information psychiatrique, juin-juill. 2009 : L'avenir du secteur, vol. 85, n° 6, p. 525-535.

Senon Jean-Louis

« *Troubles psychiques et réponses pénales* », Champ pénal/ Penal field [En ligne], XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 15 septembre 2005, consulté le 01 février 2015. <http://champpenal.revues.org/77> ; DOI : 10.4000/champpenal.77

Ueberschlag H.

« *Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un malade hospitalisé ?* », AMP, vol. 114, t. 1, 1956, p. 264.

L'IMPORTANCE DES LIENS ENTRE PSYCHIATRIE ET JUSTICE

TRISTAN GERVAIS DE LAFOND

Président du TGI de Lille

*Propos recueillis
par Sabrina Schiavoni
secrétaire du service
communication de l'EPSM
de l'agglomération lilloise*

Tristan Gervais de Lafond a un parcours de magistrat atypique ; il a été juge d'instruction, a travaillé au bureau négociation pénale économique et financière à la Chancellerie. Il a été détaché au quai d'Orsay Durant 10 ans, puis Durant 6 ans chef de bureau de l'état de droit. Il a été ensuite 4 ans à l'ambassade en Namibie, JLD pendant 1 ans à Paris, Président de la 4^{ème} chambre (droit des contrats droits des assurances), Directeur général de l'Agence de coopération juridique international. Il est enfin Président de TGI de Fort de France avant de prendre la Présidence du TGI de Lille en 2014.

Monsieur le Président, vous avez introduit la neuvième journée de « Psychiatrie et justice », comment selon vous est-il possible d'entretenir les liens entre le secteur de la psychiatrie et celui que vous représentez, la justice ?

Première difficulté : la justice se repose dans de nombreux secteurs sur l'expertise psychiatrique, en matière pénale mais aussi en matière civile. Il s'agit essentiellement d'apprécier la dangerosité des auteurs d'actes de délinquance ou des patients (dans le cadre des hospitalisations sans consentement) mais aussi parfois la vulnérabilité des victimes ou leur crédibilité. Un vrai défi : savoir jusqu'à quel point se fier à l'expertise, jusqu'à quel point elle doit dicter la décision du juge, sachant que le code est très précis : le juge n'est pas tenu par les conclusions de l'expertise, qui n'est

qu'un des éléments d'appréciation qu'il a à sa disposition. Certes il lui sera difficile d'écarter sans raisons les conclusions d'une expertise, il faut qu'il trouve dans le corps de l'expertise suffisamment d'incongruités ou de contradictions pour en induire que l'expertise n'est pas probante ou que les termes de l'expertise elle-même révèlent des doutes ou des incertitudes qui vont le faire réfléchir sur la portée de celle-ci.

Deuxième difficulté : quand un expert est catégorique - exemple : jusqu'à quel point un diagnostic psychologique ou psychiatrique peut-il se tromper ? On a parlé pour décrire la relation entre le juge et l'expert de « couple infernal ». Comme dans un couple une relation constructive ne peut s'établir que par un vrai dialogue, il est primordial que les deux milieux, celui de la justice et celui de l'expertise, se comprennent bien, que l'expert comprenne ce que le juge attend de lui et que nous, nous comprenions, les limites et les difficultés de l'exercice de cette discipline. La recherche doit donc être très importante dans ce secteur. Plus les experts accepteront de se remettre en question, de douter (le doute critique qui fait partie aussi du travail du juge), plus ils essaieront de développer des recherches sur leur discipline, plus elle se rapprochera des critères scientifiques. C'est-à-dire en se fondant sur quelque chose qui a été non seulement expérimenté mais aussi analysé et qui offre certaines garanties. En conclusion, chaque corps professionnel a besoin d'être mieux



Tristan Gervais de Lafond, Président du TGI de Lille
 Troubles psychiques et jugement pénal : une double peine ? - 2016

informé respectivement sur la manière dont l'autre travaille. Les experts doivent pouvoir aussi exposer sans craindre de dévaloriser leur travail la marge d'erreur qui peut être la leur dans l'établissement de leur diagnostic.

Pour s'en tenir au seul domaine pénal l'expertise psychiatrique a pour vocation de couvrir tous les aspects de ce qu'on appelle le sens de la peine, sa raison d'être :

- Punir (l'auteur des faits)
- Prévenir (la réitération des faits ; c'est l'exemplarité de la peine tant au regard de l'auteur des faits que des citoyens en général)
- Réparer (la victime mais aussi l'auteur afin qu'il se réinsère et ne récidive pas).

À cet égard quand on parle de double peine - c'est la thématique de votre colloque - il faut avoir conscience que la première vise à punir, la seconde à protéger la société. Tant est si bien qu'il y a un débat

presque philosophique : deux peines vraiment ? ou bien plutôt une même peine prenant deux aspects pour répondre à sa raison d'être ?

L'expert et le juge ont en commun le risque de « la surpuissance ». L'intérêt du juge pour l'expert (et inversement sans doute) est de mettre un tiers dans la relation entre le médecin et le patient (dans le cas des hospitalisations sans consentement). Ce qui rétablit un peu d'équilibre dans une relation forcément déséquilibrée.

D'où l'utilité du « doute constructif » qui doit animer nos pratiques (celles du juge ou de l'expert). Avec là aussi la nécessité de prendre conscience d'une utilisation différente du doute en matière pénale et en matière de soins sans consentement. En matière pénale le doute profite au prévenu, à l'accusé. En matière médicale l'impératif de protection de la société peut paraître prendre le pas. On est

hospitalisé tant que le doute n'a pas été levé sur sa dangerosité pour soi-même ou pour les autres.

Troisième difficulté enfin : le déficit d'expertise psychiatrique et ou psychologique disponible pour l'institution judiciaire alors que la demande ne cesse d'augmenter. Il y a un besoin de sécurité de la société qui est de plus en plus allergique au risque. Il suffit de voir le luxe de précautions dont s'est entouré le législateur pour le cas des auteurs d'infractions qui n'ont pas été poursuivis faute de discernement au moment des faits avant qu'ils puissent être mis fin aux mesures d'hospitalisations sans consentement les concernant. Au total c'est au moins cinq experts au sein de l'établissement et hors d'établissement qui vont devoir se prononcer. Ici le mieux n'est-il pas l'ennemi du bien ?

Au final, la justice est une affaire humaine : c'est de l'humain que l'on a à juger donc la psychiatrie à son rôle à jouer (affaires familiales, pénal). Les échanges entre les psychiatres et les juges sont importants. Par exemple, lors du placement d'un enfant et de l'impact psychologique sur les parents. Les professionnels du droit, qui n'ont pas toujours le temps de suivre les évolutions de la jurisprudence, ont encore moins le temps de suivre les évolutions dans le domaine de la psychiatrie. Les échanges et les colloques comme le nôtre aujourd'hui sont donc très importants. L'ENM s'est ouverte aux données psychologiques dans le cadre de ses formations.



**Cette publication a été réalisée à l'occasion des Dix ans des Journées d'étude « Psychiatrie et justice »
05 décembre 2017 à Lille - « Placement d'enfants : Qui ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? »**

Coordination de la publication : **Maud Piontek**
Graphisme : **Maxime Foulon**

Crédits spécifiques

p.2 visuel des programmes des Dix journées d'étude de psychiatrie et justice ©**Nathalie Pauwels (2008, 2009, 2010)**

Remerciements aux institutions organisatrices des journées

L'EPSM de l'agglomération lilloise, les EPSM de Lille Métropole et des Flandres, le CHRU de Lille, le tribunal de grande instance de Lille, la cour d'appel de Douai, l'association Lill'art, la conférence des Présidents de CME

Imprimé en novembre 2017 en 900 exemplaires - imprimerie Moutier à Ronchin
ISBN : 978-2-9552951-3-7

EPSM de l'agglomération lilloise
BP 4 – 59 871 Saint-André-lez-Lille cedex
Tel : 03 20 63 76 00 – Fax : 03 20 63 76 80 – Mail : contact@epsm-alf.fr
