

Psychiatrie médico-légale : évolutions récentes, dérives, enjeux

G. Rossinelli

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2009/8 Volume 85**, PAGES 703 À 707
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2009.0531

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-703?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Psychiatrie médico-légale : évolutions récentes, dérives, enjeux

G. Rossinelli

Les pères fondateurs, grands anciens de la psychiatrie médico-légale : Georget, Esquirol, Charcot, Ballet, etc. ne reconnaîtraient plus leur pratique, leurs questionnements ni leurs débats dans les temps actuels.

Dans un humanisme d'époque, sur fond de guillotine ou de bagne, ils ont donné à la psychiatrie médico-légale ses lettres de noblesse en soustrayant les malades mentaux à l'action répressive de la justice et faisant valoir leur accès aux soins...

La seconde moitié du XX^e siècle a connu une accélération notable avec la disparition des bagnes après la Seconde Guerre mondiale, l'abolition de la peine de mort en 1981, l'évolution législative développant l'interface psychiatrie-justice sur des bases législatives comme la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, la loi Perben II du 9 septembre 2002 spécifiant l'hospitalisation des détenus souffrant de troubles mentaux, la loi du 10 août 2007 sur la récidive, les peines planchers et l'injonction de soins, la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration de l'irresponsabilité pénale.

La psychiatrie pratiquée depuis longtemps et de manière réglementée avec les soins sous contrainte en application de la loi du 30 juin 1838, voit se développer de manière particulièrement conséquente les obligations et injonctions de soins pour les personnes sous main de justice et présentant des troubles mentaux, des troubles de la personnalité, ou des conduites.

Cette évolution nettement répressive, associant sanction pénale et soins, s'est développée parallèlement dans le même temps que la politique de secteur visant à désaliéner les malades mentaux, favoriser la déségrégation, la continuité des soins dans une optique d'accompagnement à la restauration psychique, personnelle et à l'insertion dans la vie sociale, familiale et professionnelle.

Orientation humaniste, restauratrice et ressentie comme porteuse d'évolutivité.

Des milliers de lits d'hospitalisation en psychiatrie ont disparu, les soins extra-hospitaliers diversifiés se sont notablement développés avec en corollaire une hausse conséquente dans les trente glorieuses de la démographie médicale et

professionnelle du champ psychiatrique. Époque ressentie secondairement comme plus épanouissante, créatrice que celle rencontrée actuellement dans un contexte de maîtrise des dépenses, mutation sociétale difficile, développement du sentiment d'insécurité et malaise socio-individuel.

Ces orientations divergentes, judiciaires et sanitaires ont été stigmatisées en 2000 par les sénateurs qui dans un rapport sur les prisons « humiliation de la République » estimaient que les malades mentaux avaient globalement été transférés du milieu psychiatrique vers le milieu pénitentiaire dans un continuum de ségrégation avec une prise en compte particulièrement aléatoire et carencée...

Les experts psychiatres ont alors été critiqués, présentés comme responsables ou conscients de ces orientations préjudiciables, professionnellement prisonniers de leur prévalence sectorielle et du rejet des personnes sous main de justice.

Depuis la récente affaire d'Outreau et les débats parlementaires autour de la loi du 25 février relative à la rétention de sûreté et déclaration de l'irresponsabilité pénale, la critique peu nuancée et l'absence de défense par les instances ministérielles ou professionnelles ont isolé les experts psychiatres dans leur rôle d'auxiliaires de justice, réalisant des missions complémentaires de service public.

Il convient de noter au demeurant que depuis toujours ce sont les psychiatres de service public qui exercent un rôle prépondérant dans la psychiatrie médico-légale. Les articulations institutionnelles, les contraintes de la clientèle en cabinet libéral et surtout le défaut d'attractivité statutaire de la pratique expertale n'ont pas permis d'attirer les confrères psychiatres libéraux, au-delà de la mission traditionnelle du service public.

Au demeurant, l'éthique professionnelle des médecins des hôpitaux psychiatriques devenus psychiatres des hôpitaux s'appuyait sur un rôle d'expert vis-à-vis de l'application de la loi du 30 juin 1838 réactualisée par la loi du 27 juin 1990.

Cette nécessaire indépendance technique et médicale se manifestant par l'exigence de nominations ministérielles, la minoration du rôle des autorités locales tant médicales qu'administratives pour l'exercice des fonctions médicales institutionnelles a logiquement trouvé son prolongement par la pratique de l'expertise judiciaire où les mêmes nécessités d'indépendance technique et médicale se manifestaient tout comme la spécialisation et technicité nécessaire à l'éclairage psychiatrique du champ judiciaire.

Jusqu'aux dernières modifications statutaires, les médecins des hôpitaux psychiatriques, connaissaient les épreuves du concours du médicament avec notamment des expertises médico-légales.

Une sorte de continuum existait alors. L'accroissement des demandes d'expertise, le rôle grandissant du parquet, de l'enquête préalable et du plaider-coupable ont engendré des pressions constantes sur les experts au demeurant insatisfaits de leur statut et leur pratique.

Cet accroissement des charges a aussi été majoré par les évolutions législatives, notamment en procédure criminelle avec les comparutions en appel des assises et le temps consacré aux dépositions d'expert.

Le rôle croissant du parquet, la multiplication des expertises d'enquête préalable représentent des exigences supplémentaires.

La baisse de la démographie médicale, la croissance constante des réquisitions et commissions d'expertise ont amené des incidences diverses dont dans les métropoles régionales la réalisation d'une professionnalisation expertale de certains collègues rattachés pour ordre à leur statut de praticien hospitalier mais aussi dans le cas d'un processus de subsidiarité par l'utilisation de psychologues cliniciens dans la machine judiciaire.

Il n'est pas rare dans une session d'assise d'entendre les experts psychologues évoquer diagnostics, pronostics, traitements pour des personnes présentant des troubles psychiatriques en audience de jugement.

La dimension expertale a aussi évolué dans l'attente judiciaire vers la quête de prédictivité et la caution de mesures de sûreté [1].

On demande ainsi un avis éclairé à des psychiatres dont le champ de responsabilité concerne la psychopathologie, la psychiatrie sur les risques de récidive d'acte du ressort de la dangerosité sociale, d'évaluer aussi en quoi des personnes jugées, condamnées, incarcérées ne peuvent pas à l'issue de leur peine retrouver la liberté dans le cadre des lois de protection sociale et doivent demeurer privées de liberté à titre préventif [2].

Défaut d'attractivité, malaise professionnel, questionnement, malentendus fondamentaux sur des attentes non complémentaires, sur un risque de psychiatrisation du monde judiciaire se surajoutent avec une judiciarisation du champ sanitaire et de la pratique médicale.

La productivité du législateur s'appuie sur des postulats notamment celle de la dangerosité des malades mentaux, du rôle préventif du soin imposé dans le cadre de la protection sociale. La prédictivité [3] est attendue de manière ambivalente pour les experts psychiatres régulièrement vilipendés par ailleurs.

Plus récemment dans son discours d'Antony du 2 décembre 2008, le chef de l'état a insisté sur le rôle de surveillance et de garantie de protection sociale de l'hospitalisation psychiatrique, de l'engagement de responsabilité mal réalisée des thérapeutes, de la nécessité de subordonner les sorties du milieu psychiatrique à la sagesse du jugement de l'autorité préfectorale...

La psychiatrie devrait dans la logique retenue accompagner le grand renfermement et l'application des mesures sécuritaires ne saurait renforcer l'attractivité de la psychiatrie et l'implication des psychiatres dans le champ de la psychiatrie médico-légale.

L'évolution législative ponctue cette évolutivité et s'il existe une certaine continuité entre le Code pénal de 1810, son article 64 évoquant l'état de démence et le code pénal de 1994 avec l'article 122.1 du Code pénal précisant la fin de l'action judiciaire lorsqu'il existe abolition des capacités de contrôle

ou de discernement des actes, l'évaluation psychiatrique de la responsabilité pénale se réfère à des concepts littéraires, philosophique ou sociétaux mais non médicaux dans cette approche d'éclairage expertal.

Les mises en détention, les séjours en milieu carcéral de personnes présentant des troubles psychiques se sont notablement accrus, d'autant qu'un tiers des personnes incarcérées le sont à la suite d'une comparution immédiate devant le tribunal de grande instance, ne permettant pas d'évaluation psychiatrique pour la majorité des personnes concernées. Il convient aussi de relativiser ces données puisqu'au fil du temps, des décennies, le nombre de personnes reconnues irresponsables pénalement est resté quasiment constant autour de 0,4 % des personnes examinées et avec une oscillation entre 200 ou 300 situations annuelles.

Dans le même temps, des milliers d'affaires sont classées sans suite par le parquet et notamment dans le cadre de placements en hospitalisation d'office non judiciairisés. Les auteurs anciens ont par ailleurs signalé une constance de personnes présentant des troubles mentaux dans le milieu pénitentiaire, mais des études récentes ont montré une surreprésentation de personnes psychotiques en milieu carcéral par rapport à la population générale. Il existe incontestablement une pénalisation de la maladie mentale

Hôpital psychiatrique ou prison, le champ de l'exclusion se renforce dans une période de mutation globale questionnante, voire inquiétante, avec accumulation de problèmes et difficultés diverses. Il est alors demandé aux psychiatres un rôle ambigu de caution pour la pratique expertale mais aussi de contribution à la sérénité de l'ordre social par la surveillance et l'hospitalisation des malades mentaux dont la dangerosité est médiatiquement affirmée [4].

Les hospitalisations estimées arbitraires relèvent dans le même temps d'une dénonciation médiatique pour les mêmes personnes.

Bouc émissaire, le malade mental traîne potentiellement le psychiatre dans les profondeurs du rejet social. On pourrait estimer que l'abondance de la dangerosité criminologique correspond à la nécessité d'approche d'une dangerosité astrologique.

Dans ces périodes de dérive, qui ne sont pas des périodes de déclin puisque paradoxalement les attentes du domaine judiciaire et des médias sont évidentes, les enjeux n'en sont pas moins conséquents.

Il appartient ainsi d'engager le combat pour le refus du grand renfermement des malades mentaux, le maintien des droits aux libertés individuelles, à la vie sociale et à l'accès aux soins de ces personnes mais aussi de se positionner clairement comme médecins psychiatres et non comme gourous vis-à-vis des dangers psychiatriques et criminologiques, les approches étant différentes et parfois complémentaires.

Les psychiatres ne peuvent que témoigner dans un cadre de connaissance évolutive du champ psychopathologique sur les troubles mentaux pour la dangerosité psychiatrique, notamment, et sous réserve de formation, recherche, et pratique complémentaire, et apporter dans une dimension transversale un

apport psychiatrique à la criminologie, discipline évolutive transversale et intégrative.

L'évolution de la psychiatrie expertale mérite de s'appuyer aussi sur de nécessaires confrontations d'expertises, en quête de confrontation ou consensus dans l'approche médico-légale des troubles psychiatriques et des troubles de la personnalité.

De même, les errements et approches douteuses de la psychiatrie médico-légale méritent abord et correction.

Ainsi les expertises dites d'urgence dans le cadre des enquêtes préalables devraient pouvoir être réalisés par tout médecin psychiatre, dans un esprit conforme à celui du 27 juin 1990, qui pourrait dans un cadre médico-légal estimer si une personne présente des troubles mentaux, un état de dangerosité psychiatrique, si elle est redevable de l'action de justice ou redevable de soins spécialisés nécessitant hospitalisation.

L'amélioration du statut expertal, la restauration de la dualité d'experts, des conférences expertales s'imposeraient aussi tout comme la mise à disposition d'éléments d'information complémentaire nécessaire à une approche diachronique des personnes dans les procédures criminelles et correctionnelles.

Ces analyses, optiques et orientations ont déjà été recensées, synthétisées, élaborées dans l'audience publique sur l'expertise psychiatrique pénale qui s'est déroulée en janvier 2007 au ministère de la Santé. Malheureusement, les recommandations et propositions faites n'ont pas été entendues par les instances ministérielles ni les parlementaires.

Les orientations et perspectives demeurent, avec l'espoir d'une ouverture secondaire.

Références

1. Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale : ministère de la Santé-25 et 26/01/2007. Montrouge : Éditions John Libbey.
2. Rapport Garraud : réponses à la dangerosité. Mission parlementaire Assemblée nationale, juin 2007.
3. Rapport commission santé-justice (rapport Burgelin) : Santé, justice et dangerosité. Ministère de la Justice, juillet 2005.
4. Sénat : rapport d'information sur les mesures de sûreté, juin 2006.