



HAL
open science

Les tribunaux de santé mentale américains, un exemple de programme de déjudiciarisation

Gabrielle Guiresse

► **To cite this version:**

Gabrielle Guiresse. Les tribunaux de santé mentale américains, un exemple de programme de déjudiciarisation . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01674950

HAL Id: dumas-01674950

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01674950>

Submitted on 3 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n° 3210

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 décembre 2017 par

Gabrielle GUIRESSE

Née le 28 mars 1991 à Bayonne (64)

**LES TRIBUNAUX DE SANTE MENTALE AMERICAINS, UN EXEMPLE DE
PROGRAMME DE DEJUDICIARISATION**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE
Madame le Professeur Marie TOURNIER
Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Présidente
Juge
Juge
Juge
Rapporteur

Remerciements

A mes parents, pour votre amour et votre soutien. A ma mère, pour m'avoir donné goût à cette discipline et m'avoir accompagnée. A mon père, pour n'avoir jamais douté de moi et pour ta patience dans la relecture...

A mon frère, Simon, pour la rigueur et l'application que tu m'as inspirées, pour ta bienveillance et ton attention.

A mes sœurs, Marguerite et Clémence pour votre amour, votre humour, votre écoute et votre soutien. A notre complicité.

A tous les Non rien, mes amis de toujours, pour toutes ces belles années et celles qui nous attendent encore. Merci pour votre amitié, votre folie et votre enthousiasme qui m'ont toujours animée.

A Laura et Thévy, mes amies depuis cette fameuse première année... on en voit finalement un jour le bout ! Et à tous nos amis d'externat, Maurise, Camille, Alix, Lucas, Martin, Alex, et tous les autres.

A Lorraine et Julian, mes deux réunionnais préférés.

A mes amis internes, particulièrement à Audrey, Louise, Laura, la bande de la Ruche et de Bayonne.

A mes co-internes de psychiatrie, Marthe et Pascale, et puis David et Paul pour ces allers-retours dans le Nord de la France pour le DIU et ces soirées à réviser !

A mes co-internes d'addictologie, Agathe et Fabien, de belles rencontres.

A toutes les équipes médicales et paramédicales, qui ont conforté mon choix puis m'ont enseigné la psychiatrie, chacune à leur façon :

Au Professeur Verdoux et au Docteur Cazenave,

Au Docteur Malet-Pinsolle, Docteur Nartowsky et au Docteur Tabone à Dax,

Au Docteur Gimenez, Docteur Candillier et Docteur Piquemal à Bayonne,

Au Docteur Le Bihan, Docteur Floris, Docteur De Jesus et Docteur Fabre à l'UMD,

Au Professeur Auriacombe et au Docteur Dubernet en addictologie.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Professeur des Universités en Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Co-directeur du Master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale

Centre Hospitalier La Milétrie, Poitiers.

C'est un véritable honneur pour moi que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ce travail. J'ai eu la chance de suivre votre enseignement dans le cadre du diplôme inter-universitaire de psychiatrie criminelle et médico-légale. J'y ai développé un réel intérêt pour la discipline. Encore une fois je vous remercie.

Veillez trouver ici le témoignage de tout mon respect, de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités
Praticien hospitalier
Docteur en épidémiologie et en médecine, psychiatre
Pôle universitaire de psychiatrie adulte
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger cette thèse. Je n'ai malheureusement pas eu la chance de travailler avec vous. Malgré tout, j'ai pu bénéficier et apprécier votre enseignement de grande qualité au cours de mon cursus.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Docteur en neurosciences et en médecine, psychiatre
Responsable du Centre de référence Régional des Pathologies Anxieuses et de la Dépression
Pôle 3.4.7
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger cette thèse. Je n'ai malheureusement pas eu la chance de travailler avec vous. J'ai néanmoins apprécié vos enseignements et votre pédagogie au cours de mon cursus.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Praticien Hospitalier
Docteur en médecine, psychiatre
Chef de Pôle de Psychiatrie Médico-Légale
Centre hospitalier de Cadillac, Unité pour Malades Difficiles

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger cette thèse. Mon passage dans votre pôle de l'UMD m'a énormément marquée. J'en garde le souvenir de leçons humaines et professionnelles majeures qui influenceront directement ma pratique.
C'est pourquoi je tenais à vous exprimer toute ma reconnaissance et mon admiration.

AU DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Praticien Hospitalier

Docteur en médecine, psychiatre

Pôle de Psychiatrie d'Urgence Arcachon-Médoc

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Votre attention, votre écoute et vos encouragements m'ont permis d'aborder cette thèse sereinement. Travailler avec vous a été un réel plaisir et vos qualités professionnelles et humaines sont un exemple pour moi. La relation de confiance que vous avez établie avec moi m'a permis de ne pas me sentir en difficulté.

Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance et ma profonde estime.

A LA PRESIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Épidémiologie,
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,
Centre Hospitalier Charles Perrrens, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement au cours de mon externat puis de mon internat. Je n'ai pas eu l'occasion de travailler en tant qu'interne au sein de votre pôle, mais mon passage un peu plus tôt au cours de l'externat avait confirmé mon désir de faire de la psychiatrie.

Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

SOMMAIRE

Introduction	9
PARTIE 1 : DESINSTITUTIONNALISATION ET CRIMINALISATION DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	10
I. Le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique.....	11
A. Rappels historiques	11
B. Dispositions politiques, législatives et financières	14
C. Proposition de nouveaux systèmes de soins psychiatriques	18
D. Quelles répercussions sur la prise en charge des patients ?.....	20
II. Criminalisation et phénomène de «transinstitutionnalisation».....	22
A. Contexte historique.....	22
B. Période du « tout répressif ».....	23
C. Criminalisation des patients souffrant de troubles psychiatriques.....	25
D. Un système carcéral qui ne soigne pas	27
PARTIE 2 : LA DEJUDICIARISATION DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX	29
I. Déjudiciarisation avant et après arrestation.....	30
II. En phase post-sentencielle : les tribunaux de santé mentale.....	32
A. Qu'est-ce qu'un tribunal de santé mentale ?.....	32
B. Principes communs aux tribunaux de santé mentale	34
C. Résultats.....	41
PARTIE 3 : LE TRIBUNAL DE SANTE MENTALE : UN PROGRAMME QUI FAIT DEBAT.....	48
I. L'émergence des critiques : opposition entre « points forts » et « points faibles ».....	49
II. Comparaison à d'autres systèmes.....	53
A. Le Royaume-Uni	53
B. L'Allemagne.....	54
C. La Suède	55
D. Synthèse	55
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	57
Serment d'Hippocrate	61

Introduction

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, aux Etats-Unis comme en Europe, la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques est majoritairement institutionnelle. Les hôpitaux psychiatriques se multiplient : c'est « l'ère asilaire ». Toutefois, à partir du début du XX^{ème} siècle, des critiques émergent : les hôpitaux sont surpeuplés et les prises en charge des patients considérées comme inhumaines. Divers intellectuels se rassemblent pour dénoncer cette situation au travers de courants tels que « le mouvement d'hygiène mentale » et « le traitement moral des aliénés ». Ainsi, aux Etats-Unis, plusieurs facteurs vont progressivement conduire au processus de « désinstitutionnalisation » : les patients sortent des hôpitaux psychiatriques et réintègrent la société. En pratique, cela se traduit par la fermeture massive de lits et l'investissement de centres de santé ambulatoires : entre 1955 et 1990, on passe de 560 000 lits à 68 000 soit une réduction de près de 90 %.

Parallèlement à ce mouvement, on observe un accroissement rapide de la population carcérale américaine. Le nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques engagées dans le système judiciaire explose et des auteurs font le lien entre une désinstitutionnalisation mal menée et une « criminalisation » de cette population. On parle de « judiciarisation » des personnes souffrant de troubles mentaux. Les prisons ne soignent pas ces individus qui se retrouvent souvent engagés dans un système aggravant leur situation. Partant de cette constatation, les Etats-Unis développent des programmes de « déjudiciarisation » à partir des années 1990. Le but est de détourner les personnes souffrant de troubles mentaux du système judiciaire vers le système de soins, et de réduire leur récidive. Parmi ces programmes, les tribunaux de santé mentale (TSM) sont les plus répandus. Il en existe aujourd'hui plus de 300.

Dans un premier temps, nous présenterons le mouvement de désinstitutionnalisation, puis le phénomène de « criminalisation » des personnes souffrant de pathologies mentales. Dans un second temps, nous exposerons les différentes formes de déjudiciarisation et en particulier les TSM. Nous analyserons leurs principes de fonctionnement ainsi que leurs résultats, notamment sur la récidive. Enfin, nous verrons que malgré l'engouement que ces programmes ont rapidement suscité, ils sont aujourd'hui controversés. En filigrane, ce sont les systèmes judiciaires et de santé mentale américains qui sont visés.

**PARTIE 1 : DESINSTITUTIONNALISATION ET CRIMINALISATION
DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

I. Le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique

A. Rappels historiques

1. *Evolution de la psychiatrie aux Etats-Unis : des petits hôpitaux aux asiles*

Aux Etats-Unis comme en Europe, la maladie mentale est peu considérée avant le XVIII^{ème} siècle. On pense qu'il est impossible de soigner les malades mentaux et leur traitement est limité à leur réclusion à domicile ou dans les communautés religieuses. Au XVIII^{ème} siècle, l'Europe entre en réflexion et les philosophes et intellectuels encouragent la science en s'opposant à la superstition : c'est le siècle des Lumières. La psychiatrie intéresse enfin et des mouvements de réformes vont permettre le développement de soins psychiatriques notamment hospitaliers et la recherche de traitements spécifiques des maladies mentales.

Alors colonies britanniques, les Etats-Unis sont impactés par ces réformes. Des petits hôpitaux psychiatriques privés naissent, développés notamment par le quaker anglais William Tuke. Ils sont fondés sur les prémisses du traitement moral qui préconise un environnement de repos, des contacts humanistes avec le personnel soignant, des discussions de groupe, une rééducation moraliste.

Rapidement, ces institutions ne vont plus suffire. En effet, l'essor démographique majeur du milieu du XIX^{ème} siècle associé à des vagues migratrices importantes accroît la population et donc le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux. En parallèle, la révolution libère les Etats-Unis mais l'impact se fait ressentir dans le milieu de la psychiatrie : la constitution américaine ne montre aucun intérêt pour elle et sépare le gouvernement fédéral et celui des Etats qui ont alors l'entière responsabilité de la prise en charge de leurs habitants.

En même temps, le XIX^{ème} siècle est marqué par un accroissement de la criminalité et la réponse est sévère : le puritanisme condamne fortement et la répression frappe. De nombreux malades mentaux se retrouvent en prison. Les Etats réagissent en développant de plus en plus d'asiles. En 1865, les Etats de l'Union (sauf deux) sont tous dotés d'au moins un grand asile. En 1880, les Etats-Unis comptent 50 millions d'habitants, plus de 40000 sont dans

les systèmes asilaires et deux fois plus dans les « hôpitaux de charité ». L'approche humaniste défendue au départ va bientôt laisser place à une politique « de stockage des patients », dont la prise en charge va être rapidement mise à mal et ce système va être sujet à controverses (Bachrach, 1997).

2. L'opposition au système asilaire

Jusque dans les années 1950, la courbe de la population asilaire ne fait qu'accroître : on recense 550000 patients en 1955. Mais les critiques et les oppositions à ces systèmes ont déjà émergé à partir de 1880. En effet, à cette période, un certain nombre de procès ont lieu pour internements abusifs. Les neurologues eux, non sans arrières-pensées, déchaînent contre les aliénistes une violente polémique les accusant de tromper la confiance du public en ne voulant pas saisir les occasions qui leur sont données de faire avancer la science de la psychiatrie. Cette même décennie donne naissance à l'Association Nationale pour la protection des aliénés et la prévention de la folie et le *New York State Care Act* de 1890 se penche alors sur la qualité des soins. Les critiques fusent de toutes parts et une transformation des mentalités va s'opérer à partir des années 1940 dans les milieux intellectuels, professionnels et populaires, ce qui prépare le terrain à une modification de la politique en santé mentale.

Pendant la guerre, des objecteurs de conscience qui résident dans des asiles psychiatriques découvrent ainsi les conditions de vie des patients. Ils lancent une campagne de dénonciation du sort réservé aux malades mentaux, qui reçoit un accueil favorable dans les médias d'information de l'époque et provoque la prise de conscience, par les professionnels et les citoyens, des mauvais traitements infligés aux patients psychiatriques. La conception de la maladie mentale se modifie progressivement. On ne la voit plus comme un problème strictement psychologique mais aussi social, et on considère que la responsabilité du traitement de la maladie mentale devrait incomber au gouvernement fédéral. L'opinion publique adopte cette nouvelle conception de la maladie mentale. Des enquêtes menées dans les années 1950 démontrent que le public comprend mieux la maladie mentale, fait preuve d'une plus grande tolérance à son égard et envisage avec plus d'optimisme l'avenir des malades mentaux. Des groupes préconisent la sortie des patients des hôpitaux et les associations de bénévoles prolifèrent (en 1960, il y a 800 associations et un million de bénévoles) (Lecomte, 1988).

Dans les milieux professionnels, les méthodes psychiatriques traditionnelles font de plus en plus l'objet de critiques de la part des membres des nouvelles professions et des psychiatres avisés, qui suggèrent de nouveaux modes de traitement. L'apparition des premiers antipsychotiques au début des années 50 (chlorpromazine) fait également évoluer la façon d'appréhender la maladie mentale, aussi bien dans les milieux professionnels que dans la société civile.

3. Création du NIMH et décision de sortie du système asilaire

En 1946, en réponse à ces mouvements, on crée le *National Institute of Mental Health* (N.I.M.H.), puissante institution dont les décisions seront déterminantes pour l'avenir du système de santé mentale. Un groupe de professionnels en prend la direction et le contrôle, il défend la prise en charge communautaire des patients psychiatriques et veut mettre un terme au système asilaire. Il finance donc des recherches sur les médicaments qui facilitent le maintien des patients dans la communauté et il encourage la formation de psychiatres à l'approche sociale des patients souffrant de troubles mentaux. Il suscite parmi les membres du Congrès américain un préjugé favorable à l'orientation communautaire et négocie avec les Etats afin d'obtenir leur participation au financement de ces activités. De plus, ces professionnels mobilisent, entre 1946 et 1955, leur réseau de relations sociales et professionnelles pour une campagne de sensibilisation de la population et du Congrès à la nécessité de mettre en œuvre un programme national de santé mentale, dans lequel la dimension communautaire jouera un rôle clé. Ce travail aboutit en 1955 à la création d'une commission d'enquête, *The Joint Commission on Mental Illness and Health*, qui a pour tâche d'étudier le système de santé mentale américain. Grâce à sa participation au processus décisionnel, et aux appuis dont il dispose au Congrès et au gouvernement fédéral, le NIMH peut alors se consacrer à la réalisation de son objectif : créer des services communautaires sous l'égide d'un centre de santé mentale communautaire (Prieur, 2011).

De plus, en 1958, le Dr H.C. Solomon, président de l'Association américaine de psychiatrie, porte un jugement très sévère sur le système asilaire américain, dont il recommande le démantèlement. Il préconise une réforme en profondeur du système asilaire, et indique la voie des changements : la désinstitutionnalisation. Le processus est alors en marche (Lecomte, 1988).

B. Dispositions politiques, législatives et financières

1. Dispositions politiques et législatives

La politique de santé mentale va donc être transformée par un ensemble de mesures législatives : on en compte quatre. La première loi (*The Mental Retardation facilities and Community Mental Health Centers Constructions Act*), signée par le président Kennedy le 31 octobre 1963, alloue des crédits à la construction de 145 centres de santé mentale communautaires. Ces centres seront les pivots de services de santé mentale et permettront aux patients des asiles de réintégrer leur communauté. Cette loi se base sur le rapport de la commission d'enquête *The Joint Commission on Mental Illness and Health* de 1955 qui défend le traitement communautaire des troubles psychiatriques et s'oppose aux hospitalisations de longue durée. Cette loi (PL 88-164) autorise la création de centres de santé communautaires et prévoit le financement de la construction. Pour être éligible, les organismes intéressés doivent satisfaire cinq services obligatoires : les soins ambulatoires, l'hospitalisation, les urgences 24 heures sur 24, la consultation et la formation (Lecomte, 1988).

A partir des années 1970, les critiques à l'égard de la désinstitutionnalisation se font de plus en plus vives. Les centres de santé communautaires sont accusés de ne pas assumer leur rôle, notamment en ce qui concerne la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux sévères, auparavant pris en charge dans les asiles. En réponse à ces critiques, des amendements à la loi de 1963, intitulés *Community Mental Health Centers Amendments of 1975* (PL 94-63), sont finalement apportés le 29 juillet 1975. Cette loi édicte des normes qui éliminent les placements institutionnels injustifiés, créent des alternatives à ces placements et, dans les cas où le maintien en institution est jugé approprié, améliorent la qualité des soins dispensés aux patients dans ces institutions. Ainsi, en plus des cinq services essentiels prévus antérieurement, la loi oblige les centres à offrir d'autres services :

- Services spécialisés pour les enfants et les personnes âgées
- Consultation auprès des tribunaux et des agences publiques pour l'évaluation des individus en attente d'admission dans les hôpitaux d'État
- Continuité de soins pour les patients suivis après leur sortie d'une institution de santé mentale

- Maisons de transition pour les patients qui sortent d'une institution de santé mentale
- Assistance des alcooliques et des toxicomanes.

Cette loi tente donc d'éliminer les injustices causées aux patients chroniques et incite les centres à dispenser des services essentiels à l'état psychique de ces patients. Toutefois, l'aide financière allouée est insuffisante pour la réalisation des objectifs de ces centres (Lecomte, 1988).

Mais les critiques ne cessent pas, visant toujours la prise en charge des patients souffrant de pathologies mentales chroniques. Les centres dispenseraient des soins à des individus « sains mais insatisfaits de leur vie ». Pour répondre à cela, le N.I.M.H. lance en 1977 un programme pour les malades chroniques : le système de soutien communautaire (*Community Support System*) destiné à aider les patients « chroniques » à vivre dans la communauté. Ce programme servira de modèle à la Commission présidentielle que le président Carter crée durant la même année pour réévaluer les besoins en santé mentale.

Cette Commission remet, le 15 février 1978, divers rapports dont l'un intitulé *The Institutionalization, Rehabilitation and Longterm Care*. Elle conclut que le système en vigueur n'a pas favorisé une qualité de vie adéquate pour les patients « chroniques » ni des services appropriés à leur condition. Elle conclut en recommandant de définir comme priorité nationale la satisfaction des besoins de cette patientèle. Le président Carter fait alors voter, le 7 octobre 1980, le *Mental Health Systems Act* (PL 96-398). Cette loi consacre la priorité à la santé mentale communautaire et aux services destinés aux groupes les plus vulnérables notamment les patients « chroniques » et accroît considérablement les exigences. Un rapport s'intéresse rapidement aux coûts de ces services et ils sont quantifiés à plus de 15 milliards de dollars, coûts supérieurs aux financements réellement disponibles.

Le 20 janvier 1981, Ronald Reagan est élu président et l'administration américaine change, ce qui vient contrecarrer la mise en application de la loi 96-398. Il propose un changement d'orientation qui va à l'encontre de ce qui avait été fait jusque-là. La volonté politique d'améliorer les soins donnés aux malades mentaux n'existe plus et le 13 août 1981 est votée la loi PL 97-35 (*Omnibus Budget Reconciliation Act*). Cette loi réduit de 25 % le montant des subventions fédérales accordées aux États pour les services de santé mentale, dont les centres communautaires, et modifie complètement la loi de 1980. La loi renforce le pouvoir de contrôle des États sur les programmes de santé mentale, au détriment du

gouvernement fédéral dont le rôle se résume dorénavant à celui de simple transmetteur de fonds aux Etats. Le changement d'orientation du gouvernement fédéral est radical. En particulier, le mode de financement qui est entièrement modifié privilégie le financement par « subvention globale », le gouvernement fédéral transférant les fonds directement aux Etats qui les gèrent et les répartissent en fonction des besoins. Dans les faits, le programme de subvention globale sert surtout à réduire les budgets consentis par le gouvernement fédéral (Prieur, 2011).

2. Dispositions fiscales

Aux Etats-Unis, avant les années 1960, les Américains sont peu et mal assurés en ce qui concerne les soins. En effet, il existe des assurances privées liées à l'emploi auxquelles un employé stable d'une entreprise peut avoir accès. Toutefois, toutes les entreprises n'ont pas obligatoirement de systèmes d'assurance de santé à proposer à leurs employés, et elles n'ont par ailleurs aucune obligation (elles peuvent refuser de participer au financement des soins des salariés). Il existe, sinon, des assurances privées mais coûteuses.

Dans ce contexte de désinstitutionnalisation, un grand nombre de personnes risquent de ne pas avoir accès aux soins. Généralement, les patients souffrant de troubles mentaux sévères ne travaillent pas, et n'ont souvent pas les moyens de payer une assurance privée. De plus, les retraités constituent également une population en difficulté puisqu'ils ne bénéficient plus des assurances liées à l'emploi. Au début des années 1960, cela représente au total, environ 40 % de la population américaine. Pour leur permettre de se soigner, des programmes de financements publics vont être mis en place.

En 1965, le président Johnson fait voter par le Congrès une loi dont le projet avait été annoncé par son prédécesseur, le président Kennedy. Elle instaure une assurance maladie collective publique obligatoire pour les retraités, financée moitié par les entreprises, moitié par les salariés eux-mêmes et complétée par un financement fédéral : c'est le programme *Medicare*. Il couvre également les malades en dialyse rénale de tout âge ainsi que les invalides et handicapés de moins de 65 ans. Le fond comporte quatre sections et ce n'est que la section A qui est financée intégralement par les cotisations mais elle ne couvre pas certains coûts (par exemple le prix des médicaments). Les sections B, C et D impliquent une participation de la

part de l'assuré afin d'avoir accès à plus ou moins de services (Galvis-Narinos et Montélimard, 2009).

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'administration Johnson met en œuvre un second programme public : c'est le programme *Medicaid*. Il définit un panier minimal couvert et une population minimale concernée : ce sont les bénéficiaires des aides sociales des Etats, c'est-à-dire ceux qui ont un revenu inférieur à un seuil de pauvreté, lequel a une définition fédérale et une définition dans chaque Etat. Ce programme est financé partie par les Etats et partie par l'Etat fédéral qui accorde une subvention à chaque Etat en fonction de sa richesse propre. Chaque bénéficiaire reconnu s'adresse à un assureur qui doit lui appliquer le contrat *Medicaid* (panier de soins + franchises éventuelles) et se fait rembourser par le CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*). En outre, l'administration fédérale de la santé (CMS) gère un réseau important de centres de santé communautaires comprenant médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, assistantes sociales, spécialement dédiés à des populations marginalisées à des titres divers ; ce réseau dispense des soins à 4 à 6 % de la population dans chaque Etat. C'est le service public de santé dédié aux très pauvres et autres marginaux.

Le programme S.S.D.I. (*Social Security Disability Insurance*) mis en œuvre en 1972 s'adresse aux travailleurs qui font face à une période d'invalidité prolongée, et le programme S.S.I (*Supplemental Security Income*), fournit aux personnes âgées dans le besoin et aux personnes handicapées une aide financière minimale leur permettant de vivre le plus indépendamment possible. Les prestations du S.S.I varient en fonction du coût de la vie.

Le programme S.S.P (*Social Service Program*), mis en vigueur en 1975, s'adresse à plusieurs catégories de personnes, notamment aux handicapés et fournit des sommes destinées au placement et à l'organisation des services à ces personnes dans la communauté.

Ainsi, un des buts est de prévenir et de réduire les soins institutionnels inappropriés en fournissant des soins dans la communauté et à domicile. Cet objectif est directement lié à la désinstitutionnalisation.

Ces mesures ont eu un effet direct sur la désinstitutionnalisation puisqu'elles ont permis aux patients souffrant de troubles mentaux chroniques de rejoindre la communauté. Par exemple, les subventions du SSI et SSDI permettent aux personnes de payer leur logement et de couvrir les frais non pris en charge par le programme Medicaid. La crainte au moment de leur mise en place était de voir les subventions réduites, ce qui ne permettrait pas aux populations issues de la désinstitutionnalisation de se maintenir dans la communauté. C'est malheureusement ce qui s'est produit dans les années 80 avec l'administration Reagan

lorsque le gouvernement fédéral s'est désengagé et que les subventions ont été largement réduites (Chambaretaud et al., 2011).

C. Proposition de nouveaux systèmes de soins psychiatriques

Entre 1955 et la fin du XX^{ème} siècle, du fait de la désinstitutionnalisation, le nombre de patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques d'Etats est passé de 560 000 à 77 000 soit une baisse de 86 %. La baisse relative est encore plus impressionnante pour la même période. En 1995, un total de 339 sur 100 000 personnes vivant aux Etats-Unis résidaient dans un hôpital psychiatrique public, aujourd'hui seulement 31 sur 100 000 personnes y séjournent un jour ou l'autre, soit une baisse de plus de 90 %. On a donc assisté à une évolution des lieux de soins avec un changement de répartition des populations souffrant de troubles mentaux.

Les centres de santé mentale communautaire, pierres angulaires du nouveau système de santé mentale, se sont développés. En 1977, 675 centres sont recensés, parmi lesquels 590 centres sont opérationnels et 85 autres en voie de développement. Ces centres, situés à 57 % dans un secteur socio-économique défavorisé, desservent 93 millions d'habitants (43 % de la population américaine). En 1974, ces centres disposent d'un budget global de 776 millions de dollars, ce qui représente 4,2 % du budget consacré à la santé mentale. Les deux tiers du budget de ces centres proviennent de sources gouvernementales (dont 30 % de l'Etat fédéral et 29 % des États) et l'autre tiers provient de divers autres modes de paiement. Le mode d'organisation des centres est très variable : certains consistent en un simple regroupement des services qui existaient avant la création des centres alors que d'autres sont des organismes indépendants (*facilities freestanding*) offrant une gamme complète de services sous une administration centrale. Ainsi, 19 % des centres sont placés sous l'autorité de l'hôpital général ; 3 % relèvent des hôpitaux d'Etat ; 2 %, des hôpitaux psychiatriques privés ; 64 % sont affiliés mais ne sont pas placés sous l'autorité de l'hôpital et 12 % sont autonomes et ne possèdent aucune affiliation (Lecomte, 1988).

Les hôpitaux d'Etat eux, ont donc vu leur rôle se modifier. Ils ont connu une baisse drastique de leur patientèle et une baisse de leurs actes de soins entre 1955 et 1975 tout en conservant un taux stable de soins hospitaliers par 100 000 habitants. Ils fournissent en fait moins de traitements de longue durée et davantage de courte durée. Fait intéressant, les hôpitaux d'Etat et de comté ont connu un accroissement substantiel de leur budget qui, de

1,5 milliard de dollars en 1965, est passé à 4,3 milliards en 1975 (187 % d'augmentation). Comparativement aux autres lieux de soins, ces hôpitaux voient leur part des dépenses, pour l'ensemble des services de santé mentale structurés (hôpitaux, lieux de soins de longue durée et ambulatoires), diminuer seulement de 65 % à 41 % entre 1969 et 1979. Pour autant, les nouvelles structures reproduisent les conditions asilaires, avec l'aménagement de vastes salles qui ne laissent aucune place à l'individualisation et qui incitent à la passivité. Les programmes de réadaptation sont rares de même que le personnel qualifié. Selon Garant (1985), les patients hospitalisés sont soumis à de mauvais traitements et les institutions reproduisent le phénomène de l'institutionnalisation (Lecomte, 1988).

Enfin, d'autres structures accueillant les malades mentaux existent : les hôpitaux généraux possédant une unité psychiatrique. Le nombre de ces hôpitaux a augmenté de 160 à 925 entre 1946 et 1978. Leur rôle a également changé et il s'est en fait accru à mesure que celui des hôpitaux d'Etat se réduisait. Par exemple, le nombre de lits des hôpitaux d'Etat baisse de 39 % entre 1971 et 1975 alors qu'il augmente de 23 % dans les hôpitaux généraux. La moyenne quotidienne de la population est réduite de 41 % dans les hôpitaux d'Etat alors qu'elle s'accroît de 22 % dans les hôpitaux généraux. Selon Bachrach (1997), les hôpitaux généraux stabilisent les disjonctions du système par leurs services d'urgence et leurs unités de soins. Toutefois, la proportion des patients psychiatriques des hôpitaux généraux considérés comme des patients « chroniques » est inconnue. Lieu de soins aigus quasi systématique, l'hôpital général se trouve rapidement submergé car il doit assumer des fonctions pour lesquelles il n'est pas préparé. Les soins se détériorent et les urgences sont souvent le lieu de débordements. L'hôpital général doit aussi offrir un gîte aux personnes âgées, ce qui empêche la rotation des lits prévus pour des soins de courte durée. Face à ces problèmes, les hôpitaux généraux sont divisés quant à leur responsabilité à l'égard des patients « chroniques » : certains l'acceptent et d'autres hésitent, en particulier les hôpitaux généraux publics, qui sont conscients qu'avec des ressources moindres que celles des hôpitaux généraux privés, ils traitent plus de cas de personnes lourdement handicapées. Les patients souffrant de troubles mentaux sévères en paient donc souvent le prix, leur prise en charge n'étant pas optimale.

D. Quelles répercussions sur la prise en charge des patients ?

Entre 1955 et 2003, le nombre de lits destinés aux patients souffrant de troubles mentaux en institution est passé de 559 000 à 47 000, soit une baisse de 90 % environ. En 2006, Frank et Glied font part de leurs résultats concernant une étude sur la situation des personnes souffrant de troubles mentaux aux Etats-Unis. Selon eux, parmi ceux qui souffrent d'un trouble mental sévère, 15 % sont non institutionnalisés, 7 % sont dans des établissements de santé, 5 % dans des établissements correctionnels, 2 % sans abris, et le statut est inconnu pour 71 % d'entre eux. Parmi les 15 % non institutionnalisés, la majorité vivent dans le foyer familial (87 %). Parmi ceux institutionnalisés, 2 % sont en établissement de santé mentale, le reste se répartit entre des foyers et des maisons de soins infirmiers (*nursing homes*). Ces chiffres sont peu exploitables, notamment du fait de la grande partie des patients dont la trajectoire n'est pas mise en évidence, mais on note tout de même un taux moins important qu'espéré de patients non institutionnalisés (Davis et al., 2012).

Ce que l'on peut dire, c'est qu'en termes d'accès aux soins, les auteurs notent une inégalité entre les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et les autres. En effet, en 1981, lorsque la loi Omnibus coupe les financements fédéraux des centres de santé communautaires, les Etats se retrouvent « seuls » et ont l'entière responsabilité de la prise en charge des malades mentaux résidant sur leur territoire. Les coupes budgétaires associées empêchent un développement optimal des centres de santé communautaires. Les hôpitaux psychiatriques privés à but lucratif se multiplient alors. Ainsi, les personnes souffrant de troubles mentaux plus sévères, et dont la prise en charge est plus lourde, sont progressivement exclues et il est difficile pour elles d'accéder aux soins. En revanche, les personnes moins handicapées, et déjà intégrées socialement profitent de cette offre et leur prise en charge est améliorée. Les auteurs insistent également sur l'impact négatif de la diversification des services proposés par la communauté et de la mauvaise coordination entre eux. Les différents programmes évoluent de façon indépendante et peu connectée, ce qui fragmente l'offre de soins et ne facilite pas leur accès aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Un autre élément que critiquent les auteurs est la déconnexion entre propositions du gouvernement fédéral et besoins dans les Etats : le programme *Medicaid* ne permet pas de couvrir l'ensemble des soins dont les patients souffrant de troubles mentaux sévères auraient besoin. Par ailleurs, la majorité des lits des hôpitaux psychiatriques d'Etat leur sont finalement peu accessibles. En effet, la majorité des lits sont occupés par une certaine population :

les personnes souffrant de troubles mentaux engagées dans le circuit judiciaire (par exemple, ceux déclarés incapables de suivre leur procès, ceux jugés trop dangereux et en fin de peine). Ainsi, en 2011, Lamb et Weinberger examinent la situation en Californie et estiment à 90 % le nombre de lits des hôpitaux d'Etat occupés par cette population. Il reste donc 10 % de lits pour les patients de la population générale. Ces différents éléments sont des obstacles à une prise en charge globale et efficiente de leur pathologie et de ses conséquences. Ils entravent donc la bonne intégration de patients sévèrement malades dans la communauté. On assiste alors à une précarisation et une itinérance de cette population (Lecomte, 1988).

Ainsi, parmi les 600 000 adultes sans abris aux Etats-Unis, 25 à 33 % souffrent d'une pathologie mentale sévère. Une étude réalisée dans les années 1990 rapporte que 36 % de ceux qui souffraient d'un trouble mental sévère et qui sont sortis des hôpitaux sont devenus sans abris dans les 6 mois. Ces populations se retrouvent souvent intégrées dans des circuits de soins inadaptés ou inopérants à moyen terme : les services d'urgence et les unités psychiatriques des hôpitaux généraux. Certains auteurs font alors le lien entre la mauvaise qualité des soins, l'itinérance, la précarité et la surreprésentation des patients souffrant de troubles mentaux dans les milieux carcéraux. On parle de « criminalisation » de la population souffrant de troubles mentaux (Davis et al., 2012).

II. Criminalisation et phénomène de «transinstitutionnalisation»

A. Contexte historique

Parallèlement à ces mouvements, les Etats-Unis vont connaître une hausse importante de la criminalité. Depuis longtemps, l'Amérique est le lieu de violences importantes : la brutalité de la mentalité puritaine, les dérives du capitalisme, des clivages ethniques et sociaux caractérisent les épisodes les plus saillants de l'histoire Américaine. Mais cette violence s'atténue entre 1930 et 1955. Selon S. Bass Warner, le triomphe de l'entreprise industrielle moderne et des systèmes d'intégration et ségrégation spatiales et sociales ont contribué à résoudre pendant cette période les conflits de classe (par exemple, le taux d'arrestation pour homicide à Boston en 1860 était de 7 pour 100 000, il était inférieur à 2 en 1950). La prospérité économique des années 1945 à 1965 a également contribué à réduire les niveaux de tension.

A partir des années 1960, la criminalité est à nouveau en hausse aux Etats-Unis. R. Lane a cherché à comprendre pourquoi. En s'intéressant à la violence chez les Afro-Américains de Philadelphie, il s'est aperçu que cette communauté n'avait pas connu d'apaisement social comparable au reste de la population. En fait, les Afro-Américains, isolés dans des ghettos assignés, ne profitent pas des mêmes mouvements sociaux que le reste de la population Américaine. Même s'il n'existe pas de causalité scientifiquement démontrée, la violence ré émergente des années 1960 peut être en partie expliquée par des mouvements d'opposition ethnique, la population Afro-Américaine ayant voulu imposer un changement à sa situation d'infériorité institutionnalisée. Ainsi, des émeutes éclatent dans les années 1960, puis 1980 à Miami, et à Los Angeles et San Francisco dans les années 1990.

Parallèlement, les populations blanches aisées ont quitté les centres-villes pour s'installer dans les banlieues. Ce mouvement appelé le *white flight* a entraîné une paupérisation des centres-villes. Les enclaves ainsi créées ont favorisé le développement de la criminalité notamment en bandes organisées (« gangs »). Ainsi, dans les villes que les Américains aisés ont désertées, le nombre d'homicides, de viols et attaques à mains armées a plus que doublé en 30 ans. Bien sûr, ces données varient en fonction des villes et quartiers mais aussi des groupes sociodémographiques. Les chômeurs, les jeunes et les noirs sont plus prédisposés à exprimer ou à être victimes de violences (Aderibigbe, 1997).

En même temps, les marchés illicites et notamment le trafic de drogues se développent. Selon une enquête réalisée par le département de la santé et des ressources humaines, les Etats-Unis consomment 60 % de la production mondiale de drogues et ils sont le 2^{ème} producteur de cannabis. Un marché lucratif se profile, d'autant que les années 1970 sont marquées par un krach boursier et une crise économique majeure. Le chômage frappe en masse. Les « gangs » changent et la rupture qui se faisait auparavant lors de l'entrée dans la vie active n'a plus lieu. Les plus âgés restent, s'impliquent dans les activités et y entraînent les plus jeunes. Ce marché est fructueux et les « gangs » s'enrichissent rapidement. Cela facilite l'accès aux armes ce qui accentue la violence.

La drogue s'est répandue dans la société, promue par les mouvements hippies, étudiants protestataires et artistes de mouvances pop et psychédéliques. En 1971, lors de l'assemblée générale de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève, le Dr Steinfeld souligne que « 10 ans plus tôt le problème de la pharmacodépendance ne touchait qu'un petit nombre de pays et un petit nombre de personnes et que, par ailleurs, il portait essentiellement sur les dérivés de l'opium. Aujourd'hui, le problème a pris les proportions d'une pandémie aux opiacés avec toute une gamme de substances stupéfiantes ou non, auxquelles s'adonnent de très nombreux jeunes. Depuis cinq ans, la maladie a gagné des centaines de milliers d'enfants et de jeunes adolescents ; elle ne connaît pas de frontières géographiques ». Dans ce contexte, les politiques réagissent : la réponse est répressive (Fuller Torrey, 2015).

B. Période du « tout répressif »

En 1963, le président Johnson demande au FBI d'exercer un contrôle particulièrement drastique sur le trafic et l'emploi de stupéfiants. En effet, les années 1970 sont marquées par l'arrivée de l'héroïne et du crack. Les médias s'y intéressent de près. Ils annoncent de nombreux morts par overdose et insistent sur les conséquences de la toxicomanie : mort, criminalité (petits trafics et agressions), insécurité. En 1968, Richard Nixon fait de la drogue un important thème de campagne. En 1970, une fois devenu président des Etats-Unis, il fait voter une loi qui renforce les dispositions relatives au contrôle et à l'interdiction des drogues. Des moyens importants sont réservés à cette « lutte » et un nouvel organisme est créé : le *Drug Enforcement Administration* (DEA). En 1974, Nixon perd sa place lorsque le scandale

du Watergate éclate et le nouveau président élu est démocrate. Jimmy Carter se montre très libéral sur la question du cannabis. Dans un message au Congrès en 1977, il plaide pour la décriminalisation de la possession de faibles quantités de cannabis (moins de 30 grammes). Cette période n'est qu'une parenthèse avant le retour en force de la répression dans les années 1980.

En effet, le nouveau président Ronald Reagan relance la guerre contre la drogue (*war on drugs*) en octobre 1982. Il considère que le trafic de stupéfiants est une menace pour la sécurité nationale et fait signer un accord entre la DEA et l'Armée. Avant même d'être président, en 1968, Reagan fait voter au Congrès un *Anti Drug Abuse Act* qui renforce les pouvoirs fédéraux en matière de lutte et prévention et fixe surtout des peines planchers en matière de possession de différentes drogues. En 1988, un deuxième *Anti Drug Abuse Act* entraîne la création d'une nouvelle structure administrative qui dépend directement de la Maison Blanche : *Office of National Drug Control Policy*. C'est à cette période que le crack émerge et est désigné comme la nouvelle menace par les autorités et les médias.

Par ailleurs, si on s'intéresse à la criminalité relative aux violences (vols, violences physiques), on note une augmentation des taux à partir des années 1960. Globalement, les infractions avec violences déclarées par la police par 100 000 habitants passent de 191 à 487 entre 1964 et 1978. Précisément, on passe de 5,1 à 9 pour les meurtres, 71 à 191 pour les vols qualifiés, 653 à 1424 pour les cambriolages. Le slogan du président Reagan « *get tough on crime* » (« soyez durs envers le crime ») en dit long sur son projet politique : au-delà de la drogue et quel que soit le domaine, la répression est massive.

Les dépenses en termes de justice pénale augmentent et le nombre d'agents de police passe de 180 à 290 pour 100 000 habitants au début des années 1980. Les arrestations et les incarcérations montent en flèche et on doit construire des prisons : c'est l'incarcération de masse. Les peines planchers apparues dans les années 1980 sanctionnent durement. Ainsi, une personne en possession de 5 grammes de crack reçoit la même peine plancher (5 ans fermes selon la loi fédérale) qu'une personne interpellée avec 500 grammes de cocaïne. En ce qui concerne les autres infractions, la loi est également durcie. Ainsi, les condamnations sont rapides et les peines s'allongent. Déjà en 1970, le taux d'incarcération aux Etats-Unis est l'un des plus élevés des pays industrialisés et il va quadrupler en 15 ans. On passe de 240 000 détenus en 1975 à près d'un million en 1995, puis 2 millions en 2005 (Vindevoel, 2007).

Si on s'intéresse à la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux sévères en prison, on constate qu'elles y sont surreprésentées. On retrouve des chiffres de l'ordre de 3 à 6 fois supérieurs par rapport à la population générale (Steadman et al, 2009). Selon de nombreux auteurs, les personnes souffrant de troubles mentaux sévères ont à la fois payé les conséquences d'une désinstitutionnalisation mal menée et celles d'une période répressive massive. Ils font un lien entre désinstitutionnalisation et criminalisation (Prins, 2011).

C. Criminalisation des patients souffrant de troubles psychiatriques

Ainsi, en 1997, Adreribigbe propose une réflexion autour de ces différents concepts et analyse de façon intéressante les liens entre désinstitutionnalisation et criminalisation. Il insiste sur le phénomène d'itinérance, qu'il met en relation directe avec la désinstitutionnalisation. Avant que cette dernière n'ait lieu, les hôpitaux psychiatriques d'Etat offrent refuge aux personnes souffrant de troubles mentaux qui ne peuvent pas être intégrées dans la communauté. Les insuffisances de moyens et les mauvaises coordinations des services ambulatoires imposés ensuite expliquent en partie les difficultés à absorber et répondre aux besoins des personnes qu'ils devaient intégrer, notamment celles souffrant de troubles mentaux sévères. De plus, les changements dans le marché du travail entraînent un manque d'emplois non qualifiés, et les difficultés du marché du logement, un manque relatif d'habitations abordables. A cela s'ajoutent l'insuffisance de services sociaux adéquats et le manque de services de réhabilitation en santé mentale. L'ensemble de ces facteurs contribue à l'itinérance chez un nombre important de personnes souffrant de troubles mentaux. L'itinérance serait une cause de criminalisation de cette population.

Ici, la criminalisation correspond au placement des personnes souffrant de troubles mentaux qui ont commis des infractions dans le système de justice pénale plutôt que dans le système de santé mentale. L'arrestation peut entraîner une peine de prison. La criminalisation serait une des conséquences non anticipées de la désinstitutionnalisation du fait de difficultés de réorientation de patients, notamment par le manque de structures d'accueil disponibles. L'essentiel du débat cherche à savoir s'il existe un lien de causalité direct entre désinstitutionnalisation et incarcération croissante des personnes souffrant de troubles mentaux et nous voyons ici que les choses ne sont pas aussi simples et directes mais que des

liens existent. La fermeture des portes au réseau de santé n'est pas, en soi, suffisante pour déclencher un processus de criminalisation. Une combinaison d'autres conditions doit être rassemblée.

Pour un certain nombre de malades, le traitement en ambulatoire n'a amélioré ni leur état ni leur qualité de vie globale, il les a au contraire précarisés. Les personnes sans-abris souffrant de troubles mentaux ont des problématiques multiples et se retrouvent souvent en contact avec la police, les tribunaux et les systèmes correctionnels. Elles ont des taux d'incarcération disproportionnés. Lamb et al. (1998) rapportent par exemple que 36 % des hommes et 42 % des femmes détenus dans les prisons du comté de Los Angeles et ayant fait l'objet d'évaluation psychiatrique vivaient dans les rues au moment de leur arrestation. Salomon et al. ont constaté que 31 % des détenus dans une prison de Philadelphie étaient malades sur le plan psychiatrique et sans-abris au moment de leur incarcération. Des relations significatives ont été trouvées entre être sans-abri et avoir une maladie mentale et être sans abri et avoir au moins un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. Dans leur étude, Snow et al. ont constaté que la plupart des arrestations chez les sans-abris avaient lieu pour des infractions non violentes (vols, abus de substances). D'après eux, la décision d'une personne de violer la loi est probablement due à l'interaction de plusieurs facteurs dont l'itinérance. Ils suggèrent que le crime est adopté comme « stratégie de survie conditionnelle pour faire face aux contraintes économiques et sociales qui caractérisent l'itinérance ».

De plus, les troubles d'usage sont des comorbidités fréquentes chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Comme nous l'avons vu, le contexte est particulier et la répression concernant les drogues est sévère. D'autres soulignent également le fait que, face à des politiques anti-drogue de tolérance zéro, les populations sans domicile fixe sont souvent utilisées pour la revente de stupéfiants par certains trafiquants.

L'ensemble de ces facteurs permet en partie l'explication et la compréhension des phénomènes de criminalisation dans un contexte où la criminalité est un combat politique prioritaire et où la répression frappe sévèrement. De nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux se trouvent alors engagées dans le système judiciaire et pénal ce qui ne favorise pas l'amélioration de leur état de santé ni leur devenir (Davis, 2011).

D. Un système carcéral qui ne soigne pas

Aux Etats-Unis, le système carcéral comprend les établissements pénitentiaires fédéraux et d'Etat. Parmi eux, il existe plusieurs types de centres de détention : les établissements pour peines courtes (*jails*) et ceux pour peines plus longues (*prisons*). En théorie, les premiers concernent les personnes en attente de jugement ou condamnées à des peines de moins de 5 ans tandis que les seconds accueillent des personnes ayant commis des crimes graves et condamnées à de longues peines.

Quel que soit le type d'établissement la population carcérale explose. En 2010 par exemple, on compte 2,2 millions de prévenus incarcérés en attente de jugement et 1,6 million de personnes condamnées en établissement pour peine. Cela correspond à 756 personnes incarcérées pour 100 000 habitants. Les Etats-Unis ne représentent que 5 % de la population mondiale mais 25 % des détenus dans le monde. Les budgets des prisons sont majoritairement destinés à la gestion des infrastructures, des salaires, et au paiement des assurances. Seulement 12 % du budget est destiné aux soins médicaux, tous confondus.

Or, selon plusieurs études et notamment celle du ministère de la Justice en 2006, plus de la moitié des détenus souffrent d'un problème de santé mentale. Ces derniers sont souvent traités de manière inappropriée. L'Organisation Mondiale de la Santé a établi un guide détaillant les conditions nécessaires et les moyens à mettre en œuvre par les gouvernements pour promouvoir une santé optimale pour leurs populations. Elle a précisé que les soins de santé dans les prisons devaient être améliorés. Des programmes structurés et précis concernant les personnes souffrant de troubles mentaux et de pathologies addictives sont préconisés mais le système pénitentiaire américain est défaillant dans ces domaines (Lamb et al., 1998).

En effet, il y a un manque clair de moyens par rapport aux besoins et il existe également de nombreux conflits d'intérêt entre soignants et personnels pénitentiaires (Exhworthy et al., 2012). Aux Etats-Unis, l'accent est mis sur la sécurité : les nombreux protocoles et règlements limitent les possibilités et actions soignantes qui sont souvent insuffisantes au regard de la population concernée et des problématiques de soins rencontrées. Si on applique aux Etats-Unis les résultats de Fazel et al. (2006) concernant les prévalences des pathologies psychiatriques en milieu carcéral, on pourrait dire que plusieurs centaines de milliers de personnes souffriraient de troubles psychotiques ou de troubles graves de l'humeur dans les

prisons américaines. Cela représenterait un détenu sur deux. Or, des études montrent que seulement un détenu sur trois et un détenu sur six (Lamb et al., 1998) seraient pris en charge sur le plan psychiatrique en prison. De plus, le milieu carcéral aggrave souvent l'état psychique des personnes souffrant de troubles mentaux, déjà vulnérables. La deuxième cause de décès dans les prisons américaines serait la mort par suicide.

Les règles très strictes des prisons, guidées par « l'obsession sécuritaire », sont difficiles à respecter pour les personnes instables ou fragiles sur le plan psychique. Les quartiers disciplinaires et d'isolement participent encore à l'aggravation de leur état. Du fait de ces troubles du comportement, leurs peines sont souvent plus longues et les libérations conditionnelles moins souvent accordées. Ainsi, les personnes souffrant de troubles mentaux se retrouvent souvent « coincées » dans un système qui ne les aide pas. Enfin, si les soins sont engagés en prison, ils sont rarement poursuivis à la sortie, ou insuffisamment : la coordination entre milieu pénitentiaire et système de soins ambulatoires est mauvaise (Lamb et al., 1998).

Dans les années 1990, on se préoccupe de la situation des personnes souffrant de troubles mentaux qui se retrouvent engagées dans un système judiciaire non adapté à leur problématique et qui aggrave leur situation. Les responsables politiques souhaitent changer les choses afin d'obtenir de meilleurs résultats sur la réhabilitation, la réinsertion et la récidive dans cette population. Ils mettent alors en œuvre des programmes ayant pour but de détourner cette population du système judiciaire vers le système de soins : on parle de processus de « déjudiciarisation »

**PARTIE 2 : LA DEJUDICIARISATION DES PATIENTS SOUFFRANT
DE TROUBLES MENTAUX**

Ainsi, les programmes de déjudiciarisation tentent de répondre à cette situation. Ils se basent, entre autres, sur le principe de « jurisprudence thérapeutique » selon lequel la loi devrait être appliquée en tenant compte des causes sous-jacentes ayant contribué au contact de ces personnes avec la justice (voir Partie 2, II.B.2, page 35). L'hypothèse est que dans le cas d'infractions liées à une problématique de santé mentale, la réponse traditionnelle du système de justice n'est ni la plus efficace ni la plus appropriée. Face à un accusé souffrant de troubles mentaux, le principe de jurisprudence thérapeutique favorise non pas la détention mais la prise en compte de l'état psychique aussi bien pour les sanctions que pour les mesures d'encadrement et les services offerts, tel un suivi psychiatrique ou psycho-social, une aide au logement ou à l'emploi, le traitement d'une problématique addictive, etc.

Ces programmes sont variés et en expansion depuis plus de vingt ans. Il en existe plusieurs types et ils peuvent s'appliquer à différentes étapes : en pré-arrestation, après arrestation ou après sentence.

I. Déjudiciarisation avant et après arrestation

Avant la garde à vue et l'éventuelle accusation, les services de police doivent, grâce à leur pouvoir discrétionnaire, éviter l'arrestation. Sur ce principe, certains Etats ont adopté le modèle des « équipes d'intervention de crise ». Dans l'Etat du Tennessee par exemple, des formations particulières ont été créées pour la police suite à la mort d'un homme souffrant de schizophrénie, tué par balle en 1988 alors qu'il s'agitait sur la voie publique. Dans ces formations, les forces de l'ordre apprennent à reconnaître les différents symptômes de maladies mentales, ils suivent des enseignements dispensés par des psychiatres ou psychologues et rencontrent des personnes souffrant de pathologies psychiatriques et leur famille. Ils doivent apprendre à désamorcer des situations potentiellement dangereuses et à orienter vers des structures de soins. D'autres Etats travaillent directement en collaboration avec des équipes d'urgences psychiatriques pour former des équipes d'intervention commune. Enfin, certains services de police embauchent des personnes bénévoles ayant été formées à l'intervention de crise en psychiatrie et qui assistent la police par téléphone lors de leurs interventions. Ces différentes approches permettent de faire baisser les taux d'arrestation et donc de criminalisation des personnes souffrant de troubles mentaux. Elles évitent d'engager dans une procédure judiciaire une personne qui souffre manifestement de

troubles psychiatriques et dont le comportement infractionnel est directement en lien avec une symptomatologie aiguë décompensée. Des études évaluent l'efficacité de ces types d'intervention et retrouvent des taux d'arrestation plus faibles de personne souffrant de troubles mentaux : 7 % en moyenne contre 21 % pour les équipes n'ayant pas de formation ou pas de contact avec les équipes de soins psychiatriques (Lamb et al., 1995 ; Steadman et al., 2000).

En post-arrestation (ou phase pré-sentencielle), la « déjudiciarisation » peut avoir lieu au tribunal, avant l'audience, et implique en pratique que le procureur prenne la décision de ne pas poursuivre l'accusé. Il peut décider d'orienter la personne vers un service spécialisé ou faire une demande d'évaluation afin de préciser deux points : l'aptitude à suivre un procès et la responsabilité pénale. Si l'accusé est reconnu « incompetent à suivre son procès », il est généralement orienté sur une structure de soins jusqu'à amélioration de son état clinique. Il est ensuite réorienté vers le tribunal. Dans la plupart des cas, un non-lieu est ensuite prononcé. Cela souligne la volonté de juger les accusés à tout prix, même lorsqu'ils souffrent manifestement de troubles psychiatriques.

Dans l'ensemble, ce sont les cas les moins graves qui sont concernés par la déjudiciarisation à cette étape : les cas de vols (vols à l'étalage majoritairement) ou de possessions de drogues. Il s'agit le plus souvent de primo-délinquants. Généralement, les affaires incluses dans ce processus n'auraient pas donné lieu à des poursuites de toute façon.

Les récidivistes, les personnes interpellées pour consommation ou vente de stupéfiants, les auteurs de crimes contre les personnes ou les auteurs d'infractions graves ne peuvent pas y être intégrés. Pour ces derniers, il existe d'autres programmes de déjudiciarisation en phase post-sentencielle, c'est-à-dire après prononcé d'une peine. Parmi eux, les tribunaux de santé mentale (TSM) sont les plus répandus.

II. En phase post-sentencielle : les tribunaux de santé mentale

A. Qu'est-ce qu'un tribunal de santé mentale ?

Les TSM sont des « tribunaux spécifiques de traitement », créés à la fin des années 1990, en réaction à l'augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux dans le système judiciaire. Le but est de les détourner de ce système et de leur proposer une prise en charge appropriée afin de réduire la surpopulation des prisons, la récidive mais aussi d'améliorer leur qualité de vie et leur intégration dans la société.

Le premier tribunal de ce type a été fondé en 1997 dans le comté de Broward en Floride. Il a été largement inspiré des « *drug courts* » créés dix ans auparavant. En 2000, le président Clinton signe un arrêté ministériel autorisant le développement d'une centaine de projets pilotes de TSM basés sur le modèle du comté de Broward (*America's Law Enforcement and Mental Health Project*, 2000). Ces institutions se sont depuis lors multipliées : on en compte aujourd'hui plus de 300. Elles se distinguent les unes des autres mais les principes de base et de fonctionnement restent les mêmes.

Ainsi, McNeil et Binder (2007) proposent une définition fonctionnelle des TSM basée sur plusieurs éléments :

- Un dossier judiciaire particulier individualisé
- Un juge spécifique et désigné
- Une approche non accusatoire
- Une participation volontaire
- Un plan de traitement conçu sur mesure
- La possibilité de retirer les accusations devant la coopération de l'accusé.

De façon générale, pour être éligible, la personne doit souffrir d'un trouble mental de l'axe I du DSM. Elle doit être accusée et reconnue coupable d'un délit ou d'un crime. Le comportement ayant mené à l'infraction doit être en lien avec la pathologie mentale diagnostiquée. Elle intègre le programme à tout moment de la procédure pénale, après expertise médicale ou psychologique et décision finale du juge. On considère que le programme est achevé et réussi dans les cas où le participant le suit jusqu'au terme

initialement fixé, qu'il est stabilisé sur le plan psychiatrique et qu'il n'a pas récidivé pendant la durée du programme.

Plus précisément, un TSM est caractérisé par un fonctionnement plus informel de ses audiences et procédures. Alors qu'un tribunal classique est animé « d'un esprit de confrontation et de punition » (Schneider et al., 2007), les TSM se présentent plutôt comme des « agents thérapeutiques » (Lerner-Wren, 2000). Au travers d'échanges non conflictuels, ils visent à trouver les solutions les plus adaptées au rétablissement de l'accusé. Le juge n'est pas seulement perçu comme une figure autoritaire. Véritable pilier du programme, il est le partenaire privilégié du participant.

Ce type de tribunal est basé sur la collaboration interdisciplinaire entre professionnels de justice et de santé. Les équipes peuvent être composées de juges, d'avocats, de procureurs, de médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux (Schneider et al., 2007). La collaboration de l'équipe pluridisciplinaire permet de synthétiser les avis d'experts des systèmes de justice et de santé afin de construire et proposer un programme qui prend en compte les particularités psychiatriques, psychosociales, criminologiques ainsi que les capacités et besoins de chaque accusé.

Toutefois, les TSM diffèrent énormément d'un Etat à l'autre, il n'en existe pas deux identiques. En 2005, un recensement de ces tribunaux permet de mettre en évidence des variations importantes notamment sur les critères d'admissibilité, les programmes proposés, les modalités d'application et les implications judiciaires induites par la participation à ces programmes. En général, les accusations sont retirées lorsque la personne s'engage dans ce processus, mais ce n'est pas automatique. La durée du suivi dépend des tribunaux (de quelques mois à plusieurs années) et, par principe, le dossier est clos lorsque le programme arrive à terme. C'est bien le juge qui supervise l'équipe pluridisciplinaire, alors que l'avocat rend compte, à chaque audience, de l'évolution et du suivi du programme par l'accusé. Ainsi les rôles du juge et des avocats sont souvent considérés comme moins contradictoires que dans les tribunaux traditionnels, ils œuvrent tous deux dans le même sens : permettre à l'accusé d'avoir accès à une prise en charge, un traitement et à d'autres formes de soutien.

L'accusé lui-même joue un rôle important. Il choisit de s'engager dans le programme et peut se retirer à tout moment. Dans ce cas, l'affaire est renvoyée en jugement vers un tribunal classique. L'accusé prend activement part aux échanges avec le juge qui est son interlocuteur direct à la Cour. Comme nous l'avons vu plus haut, l'avocat n'a qu'un rôle mineur. Les rencontres avec le juge sont très régulières, la fréquence dépend des tribunaux et

des dossiers (rencontres hebdomadaires à mensuelles). Contrairement aux tribunaux traditionnels, les TSM se désintéressent des détails précis concernant l'infraction notamment pour éviter toute auto-incrimination susceptible de nuire à l'accusé si l'affaire était renvoyée vers un tribunal classique (si la personne se désengage du programme par exemple). Bien que l'on note des différences entre les TSM, ils s'appuient sur des principes communs.

B. Principes communs aux tribunaux de santé mentale

1. Le modèle de réhabilitation des *Good Lives*

Des auteurs estiment que les TSM se rapprochent de modèles de réhabilitation de type « *Good Lives* ». Ceux-ci ont émergé dans les années 2000 dans le cadre des réflexions sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. En fait, les TSM seraient « précurseurs ». On retrouve des similitudes conceptuelles entre leurs principes et le *Good Lives Model*. Ce dernier propose « une façon plus holistique et plus constructive de concevoir et de travailler avec les délinquants, en focalisant moins sur les déficits individuels et davantage sur les contextes personnel, interpersonnel et social requis pour permettre aux délinquants de construire et de maintenir une vie harmonieuse à tout point de vue » (Mc Culloch et Kelly, 2007). Dans le modèle des *Good Lives*, « les délinquants nous sont plus semblables qu'étrangers, ils ont, comme chacun d'entre nous, besoin d'être aimés, compétents, valorisés, autonomes, etc. pour fonctionner de façon adéquate et pour faire partie intégrante de la communauté » (Ward et Brown, 2004). La réhabilitation du délinquant est donc conditionnée par l'amélioration du bien-être (but premier) plutôt que par les stratégies visant à éviter la récidive (but second). Le modèle repose sur une classification des besoins humains universels et généraux, désignés comme « besoins primaires ». On les retrouve dans différents domaines :

- La vie et la fonction psychique, y compris la santé et la satisfaction sexuelle
- Les connaissances
- La maîtrise du travail ou du jeu
- L'autonomie
- La paix intérieure
- Les relations interpersonnelles

- La spiritualité, y compris la recherche de sens et de but dans la vie
- Le bonheur
- La créativité.

Selon le *Good Lives Model*, les actions humaines significatives servent à satisfaire ces besoins primaires. Lorsque les stratégies mises en place à cette fin sont mauvaises, le risque de conduite infractionnelle croît. Pour réhabiliter des délinquants, ces « défauts de stratégies doivent être résolus ». Il faut d'abord identifier les obstacles internes et externes qui empêchent la personne de répondre à ses besoins. Ensuite, il faut l'aider à développer les compétences, les attitudes et les comportements nécessaires « pour développer une vie plus épanouissante, grâce à ses propres ressources, ses besoins et ses préférences » (Birgden, 2002 ; Ward et Brown, 2004). La dimension holistique est primordiale pour créer une alliance thérapeutique robuste. Elle accroît la motivation et favorise la réceptivité aux interventions ciblant les facteurs criminogènes. En pratique, la mauvaise estime de soi et l'anxiété ne sont pas des facteurs criminogènes. Pourtant, elles peuvent interférer dans l'implication du participant aux propositions de réadaptation.

2. Le principe de jurisprudence thérapeutique

De nombreux juges des TSM, y compris le fondateur de l'un des tribunaux les plus anciens du comté de Broward, affirment que la « jurisprudence thérapeutique » fournit une base théorique pour les TSM. Si on admet que les règles et procédures adoptées par les acteurs judiciaires servent de « forces sociales » produisant des effets thérapeutiques ou anti thérapeutiques directs, on comprend l'importance et l'impact potentiel de la loi.

Le terme de « jurisprudence thérapeutique » a été inventé en 1987 par le professeur de droit et de psychologie David Wexler. Il définit ce principe comme « l'étude de l'utilisation de la loi pour atteindre des objectifs thérapeutiques ». Selon lui, c'est la définition proposée par le Dr. Slobogin qui met le mieux en évidence la portée de la « jurisprudence thérapeutique » : c'est « l'utilisation des sciences sociales pour étudier dans quelle mesure une règle ou une pratique légale favorise le bien-être psychologique et physique des personnes qu'elle concerne ».

Le modèle est fondé sur l'idée que la loi peut influencer sur le bien-être psychologique d'un individu : il y a une conséquence thérapeutique ou anti-thérapeutique directe de la loi. Le

terme a été délibérément défini de manière imprécise afin qu'il puisse inclure tous les aspects de la loi. La « jurisprudence thérapeutique » appelle à une exploration des conséquences psychologiques, physiques et émotionnelles de la loi. Suivant ce principe, les TSM veulent se saisir des effets thérapeutiques potentiels de la Justice (lois, procédures, applications, peines).

En pratique, la loi devrait être utilisée et appliquée en tenant compte des causes sous-jacentes ayant contribué au contact des personnes avec la justice. Ici, on prend en compte les difficultés de fonctionnement et d'intégration dans la société des individus du fait de leurs troubles mentaux. Dans le cas de délits liés à une problématique de santé mentale, la réponse traditionnelle du système de justice n'est ni la plus efficace ni la plus appropriée. Face à un accusé souffrant de troubles mentaux, le principe de « jurisprudence thérapeutique » favorise non pas la détention, mais plutôt la prise en compte de l'état psychique aussi bien pour les sanctions que pour les mesures d'encadrement et des services offerts.

Certains s'opposent à ce principe en mettant en avant les difficultés, en pratiques, pour concilier les rôles juridiques et thérapeutiques. De plus, selon eux, l'accent sur la thérapie, la préoccupation accrue pour les bénéfices de l'accusé et la collaboration entre les différents acteurs discréditeraient le système de justice (Casey, 2004 ; Davis, 2003).

3. *Justice procédurale et contrainte perçue*

Au lieu de s'interroger sur les raisons qui poussent les individus à enfreindre la loi, Tyler, professeur de droit et de psychologie, se demande pourquoi les gens obéissent à la loi. Il s'intéresse aux facteurs favorisant la coopération des individus avec les autorités judiciaires (Lind et Tyler, 1988 ; Sunshine et Tyler, 2003). La réflexion qu'il a menée a permis l'émergence d'un modèle de régulation fondé sur des considérations normatives : la moralité individuelle, la justice procédurale et la légitimité. Ce modèle accorde une attention particulière aux procédures utilisées dans la prise de décision par les autorités. En impactant la perception de légitimité et d'équité, les procédures affectent la manière dont chacun perçoit les institutions judiciaires et la loi (Tyler, 1990).

Au cœur de ce modèle, il y a la justice procédurale : elle se réfère à la qualité de la prise de décision et à la qualité du traitement interpersonnel par les décideurs (Blader et Tyler, 2003). L'appréciation des citoyens concernant l'équité des procédures judiciaires semble fondée sur la possibilité qui leur est offerte d'exprimer leur « voix » et de participer à la prise

de décision (Thibaut & Walker, 1975). Sans doute, l'aspect le plus important de la justice procédurale est la qualité du traitement interpersonnel, à savoir un traitement digne des individus et un respect véritable de leurs droits. Ainsi, la justice procédurale a un effet sur les comportements coopératifs, y compris le respect des directives de la police (Tyler et Jackson, 2014).

Traditionnellement, pour favoriser le respect de la loi, le droit pénal utilise la dissuasion : il induit chez le délinquant potentiel la crainte d'avoir plus de dommages que de bénéfices à pratiquer une activité illégale (Tyler, 2009). Pourtant, les données sur la récidive, au moins pour certaines populations, suggèrent que la dissuasion est souvent une stratégie inefficace (Pratt et al., 2006 ; Tyler, 2009). Les théoriciens de la justice procédurale pensent qu'il est plus efficace d'induire « l'acceptation volontaire des décisions » dont découlerait une « autorégulation » (Tyler, 2009). Ainsi, les modalités d'application de la loi influencent l'appréciation de sa légitimité. Les comparaisons empiriques entre la stratégie dissuasive et la justice procédurale montrent que cette dernière est un meilleur prédicteur du respect de la loi (Tyler, 2009 ; Tyler et Fagan, 2008).

Dans les TSM, la responsabilité des missions proposées est équitablement répartie entre les différents intervenants, y compris l'accusé et les professionnels sanitaires et sociaux. Cette organisation améliore la qualité de prise de décision. Les juges expliquent le raisonnement qui sous-tend ces décisions et, ce faisant, démontrent l'impartialité et l'équité du processus décisionnel.

En ce qui concerne les relations interpersonnelles, le juge se doit de traiter les participants ainsi que les différents intervenants avec politesse et respect en les abordant directement, en s'intéressant à leurs préoccupations et en les écoutant. Il met l'accent sur la résolution de problèmes et encourage les efforts déployés. Au travers de ces échanges, le juge cherche des consensus qui incluent et respectent les intérêts des participants et de toutes les parties prenantes, démontrant de nouveau l'équité.

Le niveau de contrainte perçue par le participant est un autre principe important. Il est directement en lien avec la justice procédurale. Plus la procédure est juste, moins le participant se sent contraint. Ainsi, une décision découlant d'un processus équitable et respectueux, auquel le principal intéressé a participé, et au cours duquel il a été respecté et traité dignement, abaisse le niveau de contrainte perçue. Cela permet une meilleure compréhension et une acceptation active de la loi. En améliorant la perception d'équité des

procédures, les TSM souhaitent faire baisser le niveau de contrainte perçue afin de favoriser un engagement actif des participants et une baisse de la récidive.

4. La place du juge

Dans les TSM, le juge est au cœur du processus. Concrètement, il prend les décisions finales concernant la participation au programme, supervise le travail collaboratif de l'équipe du tribunal, attribue des récompenses, impose des sanctions et acte les décisions définitives. Au-delà de ces missions habituelles, il joue un rôle majeur dans la prise en charge et le déroulement du suivi de l'accusé en établissant une alliance forte avec lui. Cette alliance est appelée « alliance thérapeutique » et se construit lors de rencontres régulières entre juge et participant.

Cela exige que le juge établisse un rapport avec chacun des participants et qu'il soit sincèrement préoccupé par leur bien-être (Frailing, 2010). Pour ce faire, il engage un dialogue direct en contournant l'avocat de la défense, qui n'a ici qu'un rôle accessoire. La communication est respectueuse et chaleureuse, ce qui implique une écoute active et de l'empathie, en évitant toute position paternaliste. Ce sont finalement des méthodes proches de celles utilisées en psychothérapie.

Une fois la confiance établie, le juge encourage le participant à s'ouvrir et à s'investir dans le programme : il l'invite à parler de lui. Cela lui permet d'apprendre à connaître l'accusé en tant que personne et de comprendre progressivement les circonstances et facteurs déclenchants de comportements infractionnels. Le juge ne parle pas beaucoup mais applique la psychologie de la motivation : il doit toujours avoir conscience de la dynamique psychologique qui sous-tend le programme du tribunal. Il met à profit des compétences multiples, différentes de celles des juges traditionnels. Certains auteurs parlent « d'intelligence émotionnelle » car elle implique à la fois des composantes cognitives et affectives. Il doit pouvoir évaluer le participant et répondre en temps réel de manière à rassurer, renforcer la confiance et motiver.

Etre traité avec justice procédurale par un juge, figure d'autorité, renforce l'estime de soi du participant et engendre du respect réciproque. Cela confère une légitimité accrue aux décisions du juge et à la loi en général. Par ce biais, le participant se conforme plus volontiers aux injonctions du tribunal. Il est acteur de son propre changement (Edgely, 2014).

Une autre théorie explique l'efficacité de l'impact du juge dans les TSM. Ainsi, Duffy (2011) explique qu'il existe un « effet Pygmalion » dans la relation entre juge et participant. C'est un phénomène psychologique fondé sur l'idée qu'une personne modifie ses pensées et ses comportements pour s'aligner sur les attentes d'une figure d'autorité respectée. D'après lui, il s'agit d'une « prophétie psychologique et auto-réalisatrice » où les attentes de la figure d'autorité d'une personne sont transférées et internalisées par elle. Ainsi, le juge peut transmettre ses attentes élevées aux participants. Duffy met également en garde contre l'effet « Golem » qui peut nuire aux efforts de juges bien intentionnés. Cet effet survient lorsqu'une personne incarnant l'autorité place la barre trop bas et transfère des attentes modestes, affirmant la faible estime de soi du participant ce qui entraîne une sous-performance. Le défi pour les juges des TSM est de lire en chaque individu, de fixer des objectifs exigeants mais réalisables et de transmettre des attentes élevées, sans mettre en échec les participants.

Le juge est également là pour évaluer le bon déroulement du programme et son respect par le participant. Il peut utiliser, si besoin, des récompenses et des sanctions. De nombreux TSM utilisent un système gradué. Les récompenses sont utilisées pour reconnaître les progrès généraux ou l'achèvement d'une phase distincte du programme. Elles peuvent consister en des éloges, des certificats, de la reconnaissance publique (par exemple, des applaudissements du tribunal et de la galerie publique). Les sanctions sont appliquées sous forme d'avertissements ou d'augmentation de la fréquence des audiences. Dans la plupart des tribunaux qui acceptent les personnes ayant commis des crimes, les jours de prison sont également utilisés comme sanctions. La sanction ultime, dans tous les TSM, est l'interruption du programme puis le renvoi vers un tribunal classique. C'est le dernier grade envisageable.

Les sanctions ne sont pas destinées à être punitives. L'amélioration (surtout lorsqu'il existe un abus de substances) est un processus dynamique. Les rechutes sont à prévoir et ne sont pas nécessairement révélatrices d'une incapacité de réadaptation (Porter, 2010). Les sanctions doivent être appliquées avec précaution et seulement après l'avis de cliniciens qualifiés. Des études ont montré que, contrairement aux tribunaux spécifiques de drogues (*drug courts*), la première génération de TSM utilisait rarement la prison comme une sanction. Le *Bazelon Center for Mental Health Law* a mené une étude impliquant 20 TSM à travers les Etats-Unis. Dans ces TSM, la plupart des participants étaient accusés d'infraction non-violente. Selon les tribunaux, le non-respect du programme donnait lieu à un réajustement du plan (36 %), une augmentation de la fréquence des audiences (27 %), une incarcération (64 %)

(Bernstein & Seltzer, 2003). Dans les tribunaux de deuxième génération dans lesquels les personnes accusées de crime étaient intégrées, l'utilisation de la prison comme sanction a augmenté (Redlich et al., 2005).

L'incarcération en réponse au non-respect du programme chez les participants au TSM est controversée. Elle est potentiellement contre-productive et risquée. Elle pourrait avoir des conséquences sur la clinique, mettre en péril la continuité des traitements ou exacerber les symptômes psychotiques (Erickson et al., 2006). C'est pourquoi les experts conseillent de n'utiliser les sanctions, et surtout l'emprisonnement, qu'avec prudence et sur avis de cliniciens.

5. *Le principe de honte ré-intégrative*

Le concept de « honte ré-intégrative » de Braithwaite (1989) est également utilisé pour expliquer la réduction de la criminalité dans les TSM. La honte est généralement vécue comme une émotion négative découlant d'expériences d'échec (selon les normes fixées personnellement ou par la société) (Lewis, 1992). Au-delà de ça, Braithwaite suggère que la honte peut entraîner un sentiment de stigmatisation ou un sentiment positif d'insertion. On parle de « honte stigmatisante » et de « honte ré-intégrative ».

Si l'individu fait l'expérience de honte stigmatisante, il se sent humilié, étiqueté négativement et rejeté de la communauté des citoyens. Pourtant, la honte peut également conduire à un sentiment d'intégration si l'étiquetage négatif est axé sur le comportement plutôt que sur l'individu, s'il se sent respecté pendant le processus, et si ce dernier s'achève par des « signaux de pardon ». Dans les deux cas, l'expérience de honte peut être cruelle, mais quand elle est stigmatisante, elle provoque des sentiments de colère et peut encourager la poursuite d'activités infractionnelles. En 2011, Ray, Dollar et Thames constatent que les procédures judiciaires en matière de santé mentale comportent plus d'éléments de honte ré-intégrative que le tribunal traditionnel.

C. Résultats

1. *Récidive des délinquants souffrant de maladie mentale*

Avant de présenter les résultats des TSM, il convient de mesurer la récidive chez les personnes souffrant de troubles mentaux, en dehors de tout programme de déjudiciarisation (cf tableau 1). Salomon et Draine (1995) et Harris et Koepsell (1996) ont mené des études sur les délinquants souffrant de maladie mentale qui sortent de prison. A partir de 200 détenus souffrant de troubles psychiatriques, ils ont constitué trois groupes : le premier est suivi par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des personnes sortant de prison, le deuxième est suivi par une seule personne (également spécialisée dans ces types de prise en charge) et le troisième est orienté vers une prise en charge ambulatoire « classique » en centre de santé mentale. La récidive est définie comme un retour en prison dans un délai de 2 ans. Contrairement à ce que les auteurs avaient imaginé, les différences entre les trois groupes n'étaient pas statistiquement significatives.

Harris et Koepsell (1996) ont suivi 30 détenus souffrant de pathologie mentale et les ont comparés avec 30 détenus indemnes de trouble psychiatrique. Après avoir suivi ces deux groupes durant l'année suivant la sortie de prison, les auteurs ont constaté que 60 % des délinquants souffrant de pathologie mentale étaient à nouveau condamnés sur la période, contre 68 % pour les autres. Ce résultat n'était pas statistiquement significatif.

En 2000, Solomon et al. étudient les taux de récidive d'un groupe de 250 délinquants souffrant de pathologie mentale. Ces personnes suivent un programme spécifique de surveillance ou libération conditionnelle destiné aux délinquants souffrant de troubles psychiatriques. Dans les 15 mois suivant leur intégration au programme, 18 % sont réincarcérés pour de nouveaux actes criminels et 16 % pour des non-respects de libération conditionnelle.

En 2000, Harris a passé en revue les études sur la récidive des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Une étude de New York comprenait 331 délinquants avec une période moyenne de suivi de 3,8 ans : le taux de récidive était de 22 %. Une autre, en Oregon, comprenait 336 personnes avec une période moyenne de suivi de 1,9 an : la récidive était de 15 %. Enfin, en Californie, une étude comprenant 888 délinquants avec une période de suivi moyenne de 2,3 ans déterminait un taux de récidive de 8 %.

Dans l'Etat de Washington, Lovell et al. (2002) suivent 337 délinquants souffrant de pathologie mentale dès leur sortie de prison et pendant une période allant de 27 à 55 mois (39 mois en moyenne, soit 3 ans et 3 mois). Parmi eux, 70 % récidivent. En 2008, Theurer et Lovell comparent les taux de récidive de 64 détenus atteints d'une maladie mentale qui ont participé à un « programme intensif » de traitement ambulatoire après la sortie de prison avec ceux d'un groupe témoin de 64 détenus n'ayant pas été suivis intensivement à leur sortie. La période de suivi est de deux ans après libération. Ils notent que 39 % des participants au programme ont été arrêtés et condamnés par la suite contre 61 % des non-participants. 23 % des participants ont été accusés de crime contre 42 % des non-participants.

Tableau 1 : synthèse des études portant sur la récidive chez les délinquants souffrant de maladies mentales

	<i>Auteurs</i>	<i>Année</i>	<i>Echantillon(s)</i>	<i>Durée de suivi</i>	<i>Résultats</i>
Etude 1	Harris et Koepsell	1996	n=60 n1: 30 détenus souffrant de maladies mentales (MM) n2: 30 détenus indemnes de MM	1 an après sortie de prison	-Groupe 1 : 60% de récidive -Groupe 2 : 68% de récidive
Etude 2	Solomon et al.	2000	n=250 Délinquants souffrant de MM	15 mois après sortie de prison	18% de récidive
Etude 3	Harris	2000	n=331 délinquants souffrant de MM	3,8 ans après sortie de prison	22% de récidive
Etude 4	Harris	2000	n=336 délinquants souffrant de MM	1,9 an	15% de récidive
Etude 5	Harris	2000	n=888 délinquants souffrant de MM	2,3 ans	8% de récidive
Etude 6	Lovell et al.	2002	n=337 Délinquants souffrant de MM	39 mois en moyenne après sortie de prison	70% de récidive
Etude 7	Theurer et Lovell	2008	n=128 n1 : 64 détenus souffrant de MM ayant un suivi intensif à la sortie n2 : 64 détenus souffrant de MM sans suivi intensif	2 ans après sortie de prison	Groupe 1 : 39% de récidive Groupe 2 : 61% de récidive

2. Facteurs associés à la récidive des délinquants souffrant de troubles mentaux

A ce jour, l'analyse la plus complète des facteurs associés à la récidive chez les délinquants souffrant de pathologies psychiatriques est celle de Bonta et al. (1998). Cette méta-analyse regroupe les données de 54 études publiées entre 1959 et 1995 et permet aux auteurs de déterminer les facteurs associés à la récidive. Il en ressort que les facteurs associés à la récidive sont les mêmes que ceux identifiés pour les délinquants ne souffrant pas de pathologie mentale : parmi eux, la délinquance juvénile et les antécédents criminels chez les adultes sont des facteurs prédictifs forts tandis que les variables cliniques (antécédents d'hospitalisations et trouble de la personnalité antisociale) sont moins fortement prédictives.

3. Récidive des participants aux tribunaux de santé mentale

Six études publiées ont observé la récidive des participants aux TSM pendant et peu de temps après la fin du programme. Il s'agit des études de :

- Trupin et Richards, en 2003, étudiant 2 TSM de Seattle (Washington)
- Christy et al., en 2005, sur le TSM du comté de Broward en Floride
- Cosden et al., en 2005, en Californie
- Herinckx et al., 2005, TSM du comté de Clark (Washington)
- Moore et Hiday, en 2006, pour le Sud-Est des Etats-Unis
- McNiel et Binder, en 2007, pour le TSM de San Francisco.

Ces études varient considérablement, tant par leur méthodologie que par les différences propres aux TSM. Pour trois d'entre elles, les TSM analysés acceptent seulement les délits (Christy et al. 2005 ; Herinckx et al., 2005 ; Trupin et Richards, 2003), tandis que les trois autres incluent des délits et des crimes (Cosden et al., 2005 ; McNiel et B En 2007 ; Moore et Hiday 2006). De plus, certaines sont expérimentales (Cosden et al., 2005), une autre étudie un groupe avant l'entrée et après la sortie du TSM (Herinckx et al., 2005), certaines ne se penchent que sur les données recueillies à la sortie du TSM (Christy et al., 2005 ; McNiel and

Binder 2007 Moore et Hiday 2006). La taille de l'échantillon inclus dans chaque étude varie également, allant de 170 participants (McNeil et Binder, 2007) à 368 (Herinckx et al., 2005).

Quatre des six études ont révélé que la participation au TSM a diminué la récidive. Trupin et Richards (2003) ont étudié deux TSM de Seattle, qui incluent seulement des cas de délits. Pour les deux tribunaux, le taux de condamnation diminue entre la phase précédant le programme et celle qui la suit, et ce taux est inférieur à celui concernant les personnes qui n'ont pas accepté la participation au programme.

Herinckx et al. (2005) ont comparé les taux d'arrestation un an avant l'inscription au TSM et un an après l'entrée. Le taux de récidive pour les participants au TSM a été diminué par 4 après l'intégration au programme. Dans tous les cas, le facteur le plus déterminant dans le succès des participants au TSM était l'achèvement du programme, la récidive chez les « diplômés » étant moindre de 3,7 % par rapport à ceux n'ayant pas achevé le programme.

Moore et Hiday (2006) ont comparé les taux de récidive entre trois groupes : les participants du TSM qui ont achevé le programme, ceux qui ne sont pas allés au bout et un échantillon « témoin » de personnes éligibles au programme n'y ayant pas participé. Ceux qui ont terminé le programme ont eu le plus faible taux de récidive dans un délai d'un an après leur entrée dans le programme (26,9 %), comparativement à 70 % de ceux qui n'ont pas achevé le programme et 61,2 % du groupe témoin. Ces résultats ont été contrôlés sur des variables (âge, sexe, origine, gravité de l'infraction) par des analyses multivariées.

Enfin, McNeil et Binder (2007) ont comparé le délai avant toute nouvelle arrestation d'un groupe de participants à un TSM et d'un groupe de personnes ayant bénéficié d'un suivi classique en ambulatoire. À l'aide d'une analyse de survie, ils ont constaté que ce délai était plus long pour les participants au TSM.

Deux des six études n'ont pas trouvé de résultats statistiquement significatifs. Cosden et al. (2005) ont comparé le nombre d'arrestations et les condamnations (avec ou sans incarcération) pendant une période de 24 mois avant et après l'admission au TSM. Ils ont également comparé les participants aux TSM à un groupe de comparaison de personnes qui ont reçu un traitement « habituel ». Les différences entre les deux groupes étaient faibles et non significatives sur toutes les mesures. Enfin, Christy et al. (2005) ont constaté que 47 % des participants au TSM et 56 % du groupe témoin ont été arrêtés dans un délai de 1 an après la comparution initiale du tribunal, ce qui n'était pas statistiquement significatif.

Parmi ces six études, seule celle du ministère de la Santé mentale de Moore et Hiday (2006) a étudié les facteurs associés à la récidive. Les facteurs démographiques, y compris

l'âge, l'origine ethnique et le sexe, n'ont pas affecté les risques de récidive. Trois variables de l'histoire criminelle ont été incluses dans le modèle : la gravité d'une éventuelle infraction antérieure, la gravité de l'infraction qui a conduit à la participation au TSM et l'incarcération dans l'année précédant la participation au TSM. Seule la gravité d'une infraction antérieure a affecté le risque de récidive : plus l'infraction était sévère, plus le risque augmentait. Enfin, l'achèvement du programme du TSM a diminué le risque de récidive par rapport au groupe témoin.

La récidive à moyen et long terme a été observée dans d'autres études (Hiday, 2010 ; Redlich, 2010 ; Burns, Hiday et Ray, 2013 ; Hiday et al., 2016). Les participants sont suivis pendant des périodes allant d'une à plus de cinq années après leur sortie du programme. Les résultats vont globalement dans le sens d'une baisse de la récidive pour les participants.

En 2010, Hiday se penche sur les données d'un TSM de Caroline du Nord, acceptant les cas de délits et de crimes. Il trouve une baisse du taux d'arrestation lorsqu'il compare les deux années précédant l'intégration au programme avec les deux années suivant sa sortie. Les résultats sont meilleurs pour les personnes qui achèvent le programme. Globalement, le taux de récidive est de 48 %, mais il baisse à 28,6 % pour les « diplômés ». Cette constatation suggère que les TSM peuvent affecter la récidive pendant une période prolongée, même si les individus ne sont plus suivis par le tribunal. Elle suggère également que les « diplômés » ont de meilleurs résultats.

En 2016, Hiday et son équipe mènent une autre étude et comparent les taux de récidive de trois groupes : les diplômés du TSM, ceux qui n'ont pas achevé le programme, et ceux ayant été suivis de façon ordinaire dans un centre de santé mentale. Après deux ans, les taux d'arrestations sont inférieurs pour les trois groupes. Il y a une différence statistiquement significative entre le groupe « diplômés » et le groupe de suivi ambulatoire classique (25 % de récidive contre 55 %). En revanche, la différence n'est pas significative entre ce dernier groupe et celui des « non-diplômés ». Les résultats tirés d'une étude similaire (Burns, Hiday, Ray, 2013) concernant le TSM du comté de Hall en Géorgie vont dans le même sens (60,6 % de récidive globale et 24,6 % pour les « diplômés »). En 2014, Ray suit les participants à un TSM de Caroline du Nord, pendant une période allant de 5 à plus de 10 ans après la sortie du programme. Les taux de récidive globaux sont de 53,9 %, et ils diminuent chez les diplômés (39,6 %) comparativement aux autres (74,8 %).

L'étude multisites de Redlich (2010) compare la récidive entre participants aux TSM et personnes suivies de façon plus classique, en se penchant sur la période des 18 mois suivant

la sortie du programme. Il s'agit des TSM de San Francisco, Santa Clara, Hennepin (Minneapolis) et Marion (Indianapolis). La récurrence est de 49 % pour le premier groupe contre 58 % pour le second. Ces résultats sont statistiquement significatifs et renforcent ceux précédemment rapportés.

Malgré tout, certains auteurs mettent en garde sur ces résultats et sur les limites des études menées. En 2011, la méta-analyse de Sarteschi, Vaughn et Kim suggère que les TSM sont efficaces mais cette conclusion n'est pas définitive. Toutes les études ne sont pas méthodologiquement parfaites et les observations sont à poursuivre.

**PARTIE 3 : LE TRIBUNAL DE SANTE MENTALE : UN
PROGRAMME QUI FAIT DEBAT**

I. L'émergence des critiques : opposition entre « points forts » et « points faibles »

Dès la création des TSM, l'engouement est notable. Les études sur leur impact se multiplient et elles sont majoritairement favorables. Cependant, à partir de la fin des années 2010, certains auteurs s'interrogent et commencent à critiquer ces programmes. En 2011, dans leur méta-analyse, Starteshi et son équipe opposent déjà « les points forts » des TSM à de potentiels « points faibles ». Les points forts peuvent être résumés comme tels :

- Réduction de la récidive après la participation à un TSM
- Diminution du nombre de jours passés en prison pour les participants aux TSM comparativement à ceux suivis par le système judiciaire traditionnel (Boothroyd et al., 2003)
- Niveaux élevés de satisfaction et de justice procédurale, faible niveau de contrainte perçue (Pythress, Petrila, McGaha et Boothroyd, 2002)
- Réduction de l'itinérance, des hospitalisations en psychiatrie, des troubles d'usage de substances et amélioration du fonctionnement psycho-social (Cosden et al., 2005 ; O'Keefe, 2006)
- Réduction des coûts (Boothroyd et al., 2003 ; Kaplan et al., 2007)

Ainsi, la recherche suggère que les TSM réorientent les individus vers les services de santé mentale ambulatoires tout en les détournant du système judiciaire. L'étude de Boothroyd et al. (2003) aboutit à des résultats intéressants. Les deux TSM étudiés signalent avoir d'emblée orienté respectivement 82 % et 73 % de leurs participants vers les soins ambulatoires. Huit mois après l'intégration au programme, 57 % des participants sont toujours suivis en psychiatrie ; c'est supérieur aux chiffres rapportés pour les personnes suivies par le système judiciaire traditionnel. L'étude de Henricks et son équipe (2005) va dans le même sens : les participants au TSM du comté de Clark fréquentent davantage les services de psychiatrie ambulatoire pendant le programme par rapport aux mois précédant leur intégration. On peut supposer que les participants aux TSM n'auraient pas été autant pris en charge par les services psychiatriques ambulatoires sans l'accompagnement et l'assistance des TSM.

Un autre point fort potentiel serait la réduction globale de coûts. Les données à ce propos sont limitées mais certaines études appuient cet argument. Par exemple, Kaplan et al. (2007) estiment que ce système permettrait de générer des économies en diminuant le coût des prises en charge les plus onéreuses telles l'hospitalisation complète. Boothroyd et ses collègues (2003) vont dans le même sens dans leur étude sur le TSM du comté de Broward. Les personnes suivies par le système judiciaire traditionnel déclarent utiliser plus souvent les services de crise et d'urgence par rapport à ceux suivis par le TSM. Ces premiers résultats sont encourageants mais ne peuvent pas être généralisés.

Les inconvénients potentiels énumérés par Starteshi (2011) doivent être explorés. Elle insiste sur le fait que les TSM interviennent uniquement en aval. En fait, un traitement est proposé aux personnes souffrant de troubles mentaux après qu'elles aient été arrêtées et accusées de délits ou de crimes. La conception de programmes « proactifs » qui empêcheraient l'engagement de ces personnes dans le système de justice pénale constituerait une approche plus logique et plus saine. On retrouve régulièrement cette idée dans la littérature. En 2010, Schneider dénonce le fait que l'argent économisé du fait de la fermeture des lits d'hôpitaux (au moment de la désinstitutionnalisation) n'a généralement pas été réinvesti dans les services psychiatriques ambulatoires. Dans certains Etats, les accusés souffrant de troubles mentaux entrant dans le système de justice pénale ont augmenté de plus de 10 % par an depuis les années 1990. Face à ce problème, les programmes de déjudiciarisation et notamment les TSM ont constitué des réponses « hâtives » et massivement investies. Schneider parle de « transfert de responsabilité sur le système de justice pénale », par manque de moyens accordés au système de soins.

Le deuxième élément qui concentre les critiques concernant les TSM est celui du volontariat et, en filigrane, du consentement au programme. Les recherches sur cette notion sont mitigées (Poythress et al., 2002 ; Boothroyd et al., 2003 ; Redlich, 2005 ; Stefan & Winick, 2005). En 2010, Redlich et al. ont interrogé 200 participants à un TSM pour déterminer la manière dont ils ont été informés sur les procédures judiciaires et pour mesurer leurs niveaux de consentement et de « compétence juridique ». La majorité a déclaré avoir accepté de participer au TSM, mais sans avoir été informé que le programme était volontaire. La majorité n'a pas non plus compris les nuances au sujet de la procédure judiciaire, elle en a compris les « bases ». L'information, si elle n'est pas claire ou adaptée, et si elle ne permet pas la compréhension la plus fine possible du programme, peut-elle permettre un consentement

valable ? Ces résultats ont conduit les chercheurs à se demander si l'engagement dans le suivi par le TSM est vraiment volontaire.

Une autre préoccupation juridique est la question du « plaider coupable ». Un plaidoyer de culpabilité entraîne l'ouverture d'un casier judiciaire. Pour participer à un TSM, l'individu doit plaider coupable en considérant que les accusations doivent être supprimées ou rejetées une fois le programme terminé. Le Centre Bazelon a constaté dans son examen de 20 TSM que les accusations ne sont pourtant pas automatiquement rejetées. Si elles l'étaient systématiquement lors de l'achèvement du programme, cette question serait moins préoccupante. En effet, ce principe est souvent présenté comme un avantage pour la participation au TSM. Si cela ne se produit pas, le participant a un casier judiciaire à la fin du programme. Malgré ses efforts, il est de fait « inscrit » dans le système judiciaire et cela peut avoir des conséquences par la suite.

Un inconvénient potentiel supplémentaire des TSM peut être le biais de sélection. La littérature indique une surreprésentation des personnes de sexe masculin et d'origine caucasienne et, dans certains cas, des personnes de sexe féminin (Steadman & Redlich, 2006). Une étude de 2007 a révélé qu'un nombre disproportionné de femmes plus âgées et d'origine caucasienne ont été dirigées vers les programmes de déjudiciarisation (Naples, Morris et Steadman, 2007). En 2008, à partir des données de Steadman et Redlich, le travail de Baranek utilisant des analyses de régression logistique révèle que les femmes souffrant de pathologies psychiatriques sont plus susceptibles d'être acceptées dans les TSM que les hommes atteints d'une maladie mentale, y compris lorsque des variables telles que l'origine et le type d'infraction sont contrôlées. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'explication claire sur la façon dont les participants aux TSM sont choisis. On peut se demander si seules les personnes les plus « susceptibles de réussir » ne sont pas encouragées à participer au programme. Glaser et Erez parlent « d'écémage ». Ces pratiques pourraient entraîner une « perte de chance » pour certains individus, non sélectionnés car de prime abord « difficiles à traiter ». De plus, cela pourrait fausser les résultats de la recherche. D'après Starteshi, d'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certains individus sont exclus des TSM.

Enfin, elle souligne le fait que peu d'études offrent des cadres théoriques acceptables et identifiables pour savoir comment et pourquoi les TSM fonctionnent. La majorité des études s'appuient sur des généralisations empiriques. Au lieu d'opérer dans un cadre théorique bien défini, les TSM semblent fonctionner généralement selon le principe directeur de la

jurisprudence thérapeutique selon lequel les lois peuvent être thérapeutiques ou anti-thérapeutiques. Cela pourrait laisser penser que certaines lois sont utiles ou inutiles aux personnes, voire même nuisibles. Ce principe est intéressant mais ne permet pas de prédire avec fiabilité les résultats futurs. La compréhension des TSM doit être améliorée par un développement conceptuel nécessaire au vu de l'absence de cadre théorique actuelle.

II. Comparaison à d'autres systèmes

En 2010, Schneider réalise un travail intéressant en menant une comparaison internationale. Si le Canada et l'Australie ont suivi l'exemple des Etats-Unis en développant largement des TSM, le Royaume-Uni, l'Allemagne ou la Suède n'y ont pas eu recours.

A. Le Royaume-Uni

Par exemple, le Royaume-Uni fonctionne différemment. Selon James (Schneider, 2010), « les mécanismes de détournement adoptés dans une juridiction donnée sont influencés par les politiques de droit en santé mentale, la structure de la justice pénale et le système de soins ». Ainsi, en Angleterre et au Pays de Galles, un délinquant peut être envoyé à l'hôpital par une « ordonnance hospitalière » prononcée par le juge. Ceci est totalement indépendant des considérations de responsabilité pénale ou d'aptitude à suivre son procès. Une fois admis à l'hôpital, l'accusé est dans la même situation que tout autre patient. Le tribunal pénal n'est plus impliqué, cette ordonnance n'est pas une sanction pénale. L'accusé passe effectivement hors du champ judiciaire et il est réorienté vers le « champ civil ». Cette ordonnance n'est valable que pendant 6 mois, à moins qu'elle soit renouvelée par le psychiatre traitant. Pour les infractions très graves, le juge peut demander une « ordonnance de restriction » en vertu de la loi sur la santé mentale qui est fondée sur le risque de passage à l'acte (« dangerosité »). Dans ce cas, la sortie de l'hôpital est déterminée non par le psychiatre, mais par le ministère de la Justice.

Le « détournement » peut se produire par l'agent de police qui possède certains pouvoirs en vertu de la loi sur la santé mentale pour amener les personnes à l'hôpital, qu'elles aient ou non commis un acte criminel. Ensuite, au poste, la police peut, après consultation d'un professionnel de santé mentale, organiser l'admission en soins libres ou sans consentement à l'hôpital psychiatrique. Ce système existe dans de nombreuses juridictions nord-américaines mais il est très peu utilisé, notamment du fait d'un manque de places en institution. La police n'a donc pas naturellement recours à ce genre de fonctionnement. Le régime anglais semble efficace et il est peu probable que les TSM se développent au Royaume-Uni. La déjudiciarisation se fait majoritairement en pré-sentenciel et les individus ne sont pas automatiquement renvoyés au tribunal une fois stabilisés. Cela contraste avec le désir de «

juger à tous prix » des Etats-Unis. Selon Schneider, l'investissement devrait être plus important dans les programmes de détournement en pré-arrestation, afin de proposer aux forces de l'ordre des solutions plus cohérentes et efficaces par rapport à une nouvelle accusation pénale.

B. L'Allemagne

Schneider se penche ensuite sur la situation en Allemagne et reprend les travaux de Konrad et Lau. Au cours des dernières années, ce pays a subi le même afflux disproportionné de personnes souffrant de troubles psychiatriques dans le système judiciaire pénal. Les auteurs citent quatre facteurs explicatifs qui font écho à la situation des Etats-Unis. Premièrement, ils évoquent le manque d'application du pouvoir discrétionnaire en première intention, lorsque les personnes sont arrêtées puis accusées plutôt que d'être renvoyées vers les soins ou les services sociaux. Ils dénoncent ensuite la réduction des dépenses de soins de santé mentale, ainsi que les lacunes organisationnelles autour des sorties de prison, ne permettant pas de garantir un suivi correct une fois dehors. Enfin, ils insistent sur la réticence de la psychiatrie générale à prendre en charge des personnes sévèrement malades et/ou à risque de passage à l'acte, laissées à l'extérieur sans soins, et ce alors qu'elles sont à risque potentiel de commettre une infraction.

Une différence significative entre l'Allemagne et la plupart des juridictions nord-américaines concerne la législation pour les personnes accusées qui ne sont pas aptes à suivre leur procès ou qui ne sont pas pénalement responsables. Ces personnes sont hospitalisées en psychiatrie : que ce soit dans des unités classiques, en soins libres ou sans consentement, si le risque de passage à l'acte (« dangerosité ») est faible ou, dans le cas contraire, dans des unités de psychiatrie légale. Dans ce dernier cas, la durée d'hospitalisation est indéterminée, mais la situation de chaque individu est examinée au moins annuellement. Ce sont les tribunaux pénaux généraux qui tranchent ensuite les questions de sortie définitive.

Le « détournement » du système judiciaire peut avoir lieu au moment de l'arrestation par la police ou plus tard, lorsque l'individu est présenté devant un juge. Le procureur peut décider d'interrompre une poursuite lorsque des options thérapeutiques judiciaires sont disponibles et que l'accusé ne semble pas dangereux. Enfin, sur déclaration de culpabilité, un tribunal peut rendre une « ordonnance thérapeutique » pour des soins hospitaliers ou

ambulatoires. Les médecins sont tenus de signaler le non-respect des ordonnances de traitement et les intéressés encourent alors des sanctions pénales. Ce système est comparable, dans les grands principes, avec ce qui est fait en France. L'Allemagne n'a pas eu besoin de développer des programmes spécifiques de déjudiciarisation tels que les TSM.

C. La Suède

Enfin, en Suède, même si leur infraction est en lien avec un trouble mental, tous les délinquants sont considérés comme responsables. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont donc poursuivies et condamnées comme toutes les autres. Le tribunal, après avis d'experts psychiatriques, peut condamner l'accusé à des « soins psychiatriques ». Différents niveaux d'expertise psychiatrique peuvent être ordonnés par le tribunal en fonction de la gravité de l'infraction. Les « soins psychiatriques » se poursuivent tant qu'il y a un « risque de récidive criminelle sévère ». En revanche, l'emprisonnement n'est pas une sanction encourue lorsque l'infraction est directement sous-tendue par un trouble mental. À ce jour, il ne semble pas y avoir eu d'expérimentation avec des programmes officiels de détournement tels que des TSM en Suède.

D. Synthèse

Ces comparaisons sont intéressantes et montrent qu'il existe des juridictions qui semblent fonctionner assez bien sans programme de déjudiciarisation tels que les TSM. C'est d'ailleurs le cas de certaines juridictions Nord-Américaines. Cela questionne sur l'utilité et la pertinence de ces programmes, et plus largement sur les systèmes judiciaires et de soins en question. Il est probable que les Etats n'ayant pas eu recours à des programmes de déjudiciarisation aient de meilleurs systèmes de santé mentale, permettant des prises en charge plus efficaces et réduisant la « criminalisation ». Les systèmes judiciaires et les politiques pénales diffèrent également et ne cherchent pas obligatoirement à « judiciariser » ces personnes, si de meilleures alternatives sont envisageables.

Conclusion

Aux Etats-Unis, la désinstitutionnalisation a conduit à la fermeture de la majorité des lits et hôpitaux psychiatriques. Ce processus est né d'une réflexion autour de la question des libertés individuelles et des critiques croissantes concernant les prises en charge en institution. En arrière-plan, les intérêts économiques étaient également discutés. Initialement, le but était de permettre aux patients sévèrement malades de quitter les hôpitaux pour être soignés en ambulatoire, afin de favoriser leur intégration dans la société. Mais les moyens mis en œuvre pour le développement de centres ambulatoires ont été bien insuffisants. Finalement, ce modèle a principalement profité aux personnes moins sévèrement malades ou ayant un entourage solide. Les autres se sont retrouvées à la marge, faute de soins et d'accompagnement social suffisants. Les changements législatifs et les politiques pénales répressives ont contribué à une augmentation des probabilités que ces personnes entrent en contact avec la justice. On a donc tenté de les en détourner en développant des programmes de déjudiciarisation tels que les TSM. L'idée défendue est qu'ils sont efficaces, notamment sur la récidive. Il reste encore à déterminer quelles en sont les variables déterminantes.

La comparaison de ce système à ceux d'autres pays amène à s'interroger. Ne serait-il pas nécessaire, en parallèle et au long cours, de réinvestir les systèmes de soins en santé mentale ? Est-il judicieux de se concentrer sur l'expansion du rôle de la justice, qui devient ainsi le pourvoyeur principal de soins pour une certaine catégorie de malades ? Agir en amont en permettant leur prise en charge globale et efficiente aurait sans doute permis aux Etats-Unis d'éviter d'avoir recours à ce genre de programme.

A court terme en tout cas, il semblerait que les TSM aient un rôle majeur à jouer à condition que certains principes soient respectés. Les participants potentiels doivent avoir une compréhension claire des programmes et de leur déroulement, ainsi que des implications juridiques en cas de réussite. Ils doivent bénéficier de l'assistance d'un avocat, et les charges doivent être retirées à la fin du processus. C'est bien le but de la déjudiciarisation que de détourner ces individus pour les diriger vers le milieu adéquat : celui du soin.

Bibliographie

Aderibigbe Y. A. « Deinstitutionalization and criminalization: tinkering in the interstices ». *Forensic science international* 85, n° 2 (1997) : 127-34.

Bachrach L. L. « L'état des hôpitaux psychiatriques publics aux États-Unis en 1996 ». *Santé mentale au Québec* 22, n° 2 (1997) : 33.

Baillargeon J., Hoge S. K., Penn J. V. « Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness ». *American journal of community psychology* 46, n°3-4 (2010) : 361-75.

Bonfine N., Ritter C., Munetz M. R. « Exploring the relationship between criminogenic risk assessment and mental health court program completion ». *International journal of law and psychiatry* (2016): 9-16.

Boothroyd R. A., Poythress N.G., McGaha A., Petrila J. « The Broward mental health court: process, outcomes, and service utilization ». *International journal of law and psychiatry* 26, n° 1 (2003) : 55–71.

Burns P. J., Hiday V. A., Ray B. « Effectiveness 2 years postexit of a recently established mental health court ». *American behavioral scientist* 57, n° 2 (2012) : 189-208.

Chambaretaud S., Lequet-Slama D., Rodwin V. G. « Couverture maladie et organisation des soins aux États-Unis ». *Documentation française* (2001).

Christy A., Poythress N. G., Boothroyd R. A., Petrilla J., Mehra S. « Evaluating the efficiency and community safety goals of the Broward mental health court ». *Behavioral sciences and the law* 23 (2005) : 227-243.

Cosden M., Ellens J, Schnell J., Yamini-Diouf Y., Wolfe M. M. « Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment ». *Behavioral sciences & the law* 21, n° 4 (2003) : 415-27.

Cosden M., Ellens J., Schnell J., Yamini-Diouf Y. « Efficacy of a mental health treatment court with assertive community treatment ». *Behavioral sciences & the law* 23, n° 2 (2005).

Davis L., Fulginiti A., Kriegel L., Brekke J. « Deinstitutionalization? Where have all the people gone? » *Current psychiatry reports* 14, n° 3 (2012) : 259-69.

Duffy J. « Problem-solving courts, therapeutic jurisprudence and the constitution: if two is company, is three a crowd ? ». *Melbourne University Law Review* 35 (2011) : 394-425.

Edgely M. « Why do mental health courts work? A confluence of treatment, support & adroit judicial supervision ». *International journal of law and psychiatry* 37, n° 6 (2014) : 572–580.

Exhworthy T., Samele C., Urquia N., Forrester A. « Asserting prisoners' right to health : progressing beyond equivalence ». *Psychiatric services* 63, n° 3 (2012) : 270-275.

Fazel S., Danesh J. « Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys ». *Lancet* (2002) : 545-550.

Frailing K. « How mental health courts function : outcomes and observations ». *International Journal of Law and Psychiatry* 33 (2010) : 207-213.

Frank R. G., Glied S. A. « Better but not well ». *Jonh Hopkins University Press* (2006).

Fuller Torrey E. « Deinstitutionalization and the rise of violence ». *CNS Spectrums* 20, n° 3 (2015) : 207-14.

Galvis-Narinos F., Montélimard A. « Le système de santé des États-Unis ». *Pratiques et organisation des soins* 40, n° 4 (2009) : 309.

Gottfried E., Carbonell J., Miller L. « The impact of judge-defendant communication on mental health court outcomes ». *International journal of law and psychiatry* 37, n° 3 (2014) : 253–259.

Herinckx H. A., Swart S. C., Ama S. M., Dolezal C. D., King S. « Rearrest and linkage to mental health services among clients of the Clark County mental health court program ». *Psychiatric Services* 56, n°7 (2005) : 853-857.

Hiday V. A., Ray B. « Arrests two years after exiting a well-established mental health court ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 61, n° 5 (2010) : 463-68.

Hiday V. A., Ray B., Wales H. « Longer-term impacts of mental health courts: recidivism two years after exit ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 67, n° 4 (2016) : 378–383

Jaimes A., Crocker A., Bédard E., Ambrosini D. « Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique ». *Santé mentale au Québec* 34, n° 2 (2009) : 171.

James D. V. « Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales : an overview ». *International journal of law and psychiatry* 33, n° 4 (2010) : 241–248.

James D. V., Glaze L. E. « Mental health problems of prison and jail inmates ». *US Department of justice*, (2006).

Kaplan A. « Mental health courts reduce incarceration, save money ». *Psychiatric news* 24 (2007).

Kopelovich S., Yanos P., Pratt C., Koerner J. « Procedural justice in mental health courts: judicial practices, participant perceptions, and outcomes related to mental health recovery ». *International journal of law and psychiatry* 36, n° 2 (2013) : 113–120.

Lamb H.R., Shaner R., Elliott D. M., DeCuir W. J., Flotz J. T. « Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police-mental health team ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 46, n°12 (1995): 1267-71.

Lamb H.R., Weinberger L. E. « Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 49, n° 4 (1998) : 483–492.

Lamb H. R., Weinberger L. E., DeCuir W. J. « The police and mental health ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 53, n° 10 (2002) : 1266-71.

Lecomte Y. « Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (deuxième partie) ». *Santé mentale au Québec* 13, n° 2 (1988) : 35.

Lecomte Y. « Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie) ». *Santé mentale au Québec* 13, n° 1 (1988) : 34.

Lim L., Day A. « An examination of stakeholder attitudes and understanding of therapeutic jurisprudence in a mental health court ». *International journal of law and psychiatry* 46 (2016) : 27-34.

Louan E., Senon J. L. « La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiatriques dans les systèmes judiciaire et pénitentiaire de la ville de New York (États-Unis) ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 163, n° 10 (2005) : 834-41.

Lowder E. M., Desmarais S. L., Baucom D. J. « Recidivism following mental health court exit: between and within-group comparisons ». *Law and human behavior* 40, n° 2 (2016) : 118–127.

Mahoney M. K. « Procedural justice and the judge-probationer relationship in a co-occurring disorders court ». *International journal of law and psychiatry* 37, n° 3 (2014) : 260–266.

McNiel D. E., Binder R. L. « Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence ». *The american journal of psychiatry* 164, n° 9 (2007) : 1395-1403.

Moore M. E., Hiday V. A. « Mental health court outcomes : a comparaison of re-arrest severity between mental health court and traditional court participants ». *Law and human behavior* 30, n°6 (2006) : 659-674.

Munetz M. R., Ritter J. L., Bonfine N. « Mental health court and assisted outpatient treatment: perceived coercion, procedural justice, and program impact ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 65, n° 3 (2014) : 352–358.

Poythress N. G., Petrila J., McGaha A., Boothroyd R. « Perceived coercion and procedural justice in the Broward mental health court ». *International journal of law and psychiatry* 25, n° 5 (2002) : 517–533.

Prieur C. « La réforme du système de santé américain ». *Pratiques et organisation des soins* 42, n° 4 (2011) : 265.

Prins S. J. « Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? » *Community mental health journal* 47, n° 6 (2011) : 716-22.

Ray B. « Long-term recidivism of mental health court defendants ». *International journal of law and psychiatry* 37, n° 5 (octobre 2014) : 448-54.

Ray B., Dollar C. B. « Exploring stigmatization and stigma management in mental health court: assessing modified labeling theory in a new context ». *Sociological forum* 29, n° 3 (2014) : 720.

Ray B., Dollar C. B., Thames K. M. « Observations of reintegrative shaming in a mental health Court ». *International journal of law and psychiatry* 34, n° 1 (2011) : 49–55.

Redlich A. D., Han W. « Examining the links between therapeutic jurisprudence and mental health court completion ». *Law and human behavior* 38, n° 2 (2014) : 109-18.

Redlich A. D., Steadman H.J., Callahan J., Robbin P. C., Vessilnov R., Ozdogru A. A. « The use of mental health court appearances in supervision ». *International journal of law and psychiatry* 33, n° 4 (2010) : 272–277.

Sarteschi C. M., Vaughn M. G., Kim K. « Assessing the effectiveness of mental health courts: a quantitative review ». *Journal of criminal justice* 39, n° 1 (2011) : 12-20.

Schneider R. D. « Mental health courts and diversion programs: a global survey ». *International journal of law and psychiatry* 33, n° 4 (2010) : 201–206.

Steadman H. J., Deane M. W., Borum R., Morissey J. P. « Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies ». *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 51, n° 5 (2000) : 645-49.

Trupin E., Richards H. « Seattle's mental health courts : early indicators of effectiveness ». *International Journal of law and psychiatry* 26, n°1 (2003) : 33-53.

Vindevogel F. « La remise en question des politiques pénales ultra-répressives : tendance lourde ou évolution conjoncturelle ? » *Revue française d'études américaines* 113, n° 3 (2007) : 92.

Wales H. V., Hiday V. A., Ray B. « Procedural justice and the mental health court judge's role in reducing recidivism ». *International journal of law and psychiatry* 33, n° 4 (2010) : 265–271.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

LES TRIBUNAUX DE SANTE MENTALE AMERICAINS, UN EXEMPLE DE PROGRAMME DE DEJUDICIARISATION

RESUME :

Après la seconde guerre mondiale, le système psychiatrique asilaire des Etats-Unis est vivement critiqué. Les professionnels de santé, les intellectuels et les politiques, poussés par la société civile, imaginent un nouveau système de soins en santé mentale et le mouvement de désinstitutionnalisation s’amorce à la fin des années 1950. Les asiles ferment et on développe des centres de santé mentale ambulatoires. L’objectif est de réinsérer les patients institutionnalisés dans la communauté. Pourtant, il semble qu’une certaine catégorie de patients se soit au contraire retrouvée à la marge, précarisée et mal soignée. Il s’agit de ceux qui souffraient de troubles mentaux les plus sévères. En effet, les changements d’orientation politique et le manque de ressource auraient empêché un déroulement optimal de la désinstitutionnalisation. En parallèle, les Etats-Unis entrent dans un période répressive importante : la population carcérale explose et les personnes souffrant de troubles mentaux y sont surreprésentées. Dans les années 1990, le gouvernement se préoccupe de leur situation et met en œuvre des programmes ayant pour but de les détourner du système judiciaire vers le système de soins. Les Tribunaux de Santé Mentale (TSM) constituent une forme de déjudiciarisation basée sur le principe de jurisprudence thérapeutique. Ce travail présente une synthèse critique de la littérature à ce sujet en examinant les études d’efficacité de ces institutions. Les limites de ces tribunaux spécialisés sont ensuite discutées et une comparaison à d’autres Etats contribue à envisager des alternatives. Les TSM offrent des pistes prometteuses mais ils ne constituent pas une solution en soi aux problèmes complexes situés à l’interface entre la santé mentale et la justice. Ils ne doivent pas masquer les autres formes de déjudiciarisation en amont (en pré-arrestation et pré-sentenciel) ni la question centrale de l’accès aux soins en santé mentale pour tous.

MOTS-CLES : désinstitutionnalisation, déjudiciarisation, tribunal de santé mentale.

DISCIPLINE : PSYCHIATRIE

UFR DES SCIENCES MEDICALES, UNIVERSITE DE BORDEAUX 146, rue Léo Saignat 33076
BORDEAUX CEDEX