



**HAL**  
open science

# Expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle chez le sujet état limite accusé d'homicide volontaire : revue de la littérature et enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence

Valentin Lao

## ► To cite this version:

Valentin Lao. Expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle chez le sujet état limite accusé d'homicide volontaire : revue de la littérature et enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02392769

**HAL Id: dumas-02392769**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02392769v1>**

Submitted on 4 Dec 2019

**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.



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix\***Marseille Université**

**Expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle chez le sujet état limite accusé  
d’homicide volontaire: revue de la littérature et enquête auprès des experts  
de la Cour d’Appel d’Aix-en-Provence.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 21 Octobre 2019**

**Par Monsieur Valentin LAO**

**Né le 20 décembre 1991 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur POINSO François**

**Président**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur HODGKINSON Marianne**

**Assesseur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**  
Aix\*Marseille Université

**Expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle chez le sujet état limite accusé  
d’homicide volontaire: revue de la littérature et enquête auprès des experts  
de la Cour d’Appel d’Aix-en-Provence.**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 21 Octobre 2019**

**Par Monsieur Valentin LAO**

**Né le 20 décembre 1991 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur POINSO François**

**Président**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur HODGKINSON Marianne**

**Assesseur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Administrateur provisoire**: Georges LEONETTI

**Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Asseseurs** :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

**1990**

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH)  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*  
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)  
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)  
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

À mes grands-parents Paul et Julia, pour leur soutien indéfectible et leurs encouragements constants durant ces dix longues années d'étude. Je ne vous remercierai jamais assez.

À mon père pour son exemple et ses précieux conseils

À ma mère pour son amour et sa présence

À ma sœur, mon frère et Fabrice pour leur soutien dans les bons comme les mauvais moments

À mes amis de longue date, Arthur, Bruno, Caro, Hedi, Manon sur qui j'ai toujours pu compter durant ces nombreuses années et qui ont toujours su me changer les idées

À Jonathan, mon ami, co-interne et futur associé

À ma belle famille pour leurs encouragements, un grand merci à Thérèse pour ses corrections

À Léa qui partage ma vie depuis plus de 5ans, me supporte et me soutient au quotidien

À Monsieur le Professeur François Poinso,

Vous nous avez transmis au cours du choix passé dans votre service un intérêt pour la pédopsychiatrie, que nous allons intégrer à notre pratique libérale. Vous ne ménagez pas vos efforts pour transmettre votre savoir aux étudiants avec une grande pédagogie, notamment par le biais de consultations auxquelles j'ai eu la chance de pouvoir assister. Votre gentillesse et votre humanité sont pour nous un exemple. Nous vous sommes très reconnaissant de l'honneur que vous nous faites d'accepter de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

À Monsieur le Docteur Jokthan Guivarch,

Nous te sommes grandement reconnaissant de ton soutien solide, ton accompagnement, la célérité de tes réponses et ta disponibilité sans faille tout au long de l'élaboration de ce travail que tu as accepté de diriger. Nous te remercions de ta patience, ta gentillesse et tes précieux conseils. Nous avons pris un grand plaisir dans la réalisation de ce travail enrichissant et initiatique à la pratique expertale.

À Monsieur le Docteur Michel Cermolacce,

Votre grande implication dans l'enseignement de votre savoir et des concepts phénoménologiques à vos jeunes collègues nous a été très profitable. Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse, nous vous en sommes très reconnaissant.

À Madame le Docteur Marianne Hodgkinson,

Vous m'avez accordé votre confiance dès mon premier choix d'interne. Votre attitude bienveillante, votre grande disponibilité, votre écoute et vos conseils nous ont été d'une grande aide. Vous nous avez fait découvrir une psychiatrie de secteur qui a aujourd'hui tendance à se raréfier. Nous vous remercions très sincèrement de nous faire l'amitié de participer à ce jury de thèse.

Aux experts psychiatres ayant permis la réalisation de notre étude et ayant accepté de donner de leur temps afin de nous faire part de leur pratique et de leur expérience,

À l'ensemble des psychiatres, pédopsychiatres et personnels soignants dont nous avons croisé la route durant notre internat et grâce auxquels nous avons acquis notre expérience.

« La notion d'état limite a été bien souvent galvaudée. On range parfois n'importe quelle situation clinique compliquée et embarrassante dans la catégorie des états-limites (...). Dans les états limites, il ne s'agit ni d'une structure psychotique ni d'une structure névrotique. Ce sont avant tout des sujets surtout immatures, inconsistants structurellement. »

A. Braconnier, *Entretien avec Jean Bergeret*, Le Carnet Psy; 2004.

« L'expertise psychiatrique pénale a un rôle majeur en permettant un équilibre indispensable entre l'hôpital et la prison, c'est-à-dire entre santé et justice; l'expertise psychiatrique a longtemps eu une vocation principale, celle de diagnostiquer la maladie mentale de l'auteur d'infraction et donc de faire en sorte à ce qu'il bénéficie de soins plutôt que d'une peine. »

J.L. Senon, *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, Collection les âges de la vie, Elsevier Masson; 2013.

« Il existe des actes sans paroles, des paroles en l'air qui ne sont pas suivies d'actes, des difficultés à passer de la parole aux actes ou à mettre des mots sur des actes. De tout temps on semble se heurter à une dichotomie entre la sphère de l'acte, des comportements et celle de la parole, dichotomie liée à l'accès spécifique et essentiel de l'être humain à un langage élaboré (...). C'est comme s'il existait une rupture de la chaîne logique entre parole et action. Le passage à l'acte est alors le témoin de cette rupture. Souvent d'ailleurs les patients ne se reconnaissent pas dans leur passage à l'acte. »

F. Millaud, *Le passage à l'acte*, Médecin et psychothérapie 2ième édition, Elsevier Masson; 2009.

Introduction.....	6
1.1 État limite et personnalité Borderline.....	8
1.1 Les différentes conceptions.....	8
A- Histoire des conceptions.....	8
Conception psychanalytique.....	8
Conception cognitivo-comportementale.....	34
DSM.....	41
CIM.....	49
Aspects sociologiques.....	51
B- Critères diagnostiques actuels.....	53
Définition de la CIM 10.....	53
Définition du DSM-5.....	55
1.2 Étiopathogénie et psychopathologie.....	58
1.3 Épidémiologie et comorbidités.....	62
1.4 Clinique.....	63
2. État limite et passage à l'acte.....	72
2.1 La clinique de l'acte.....	72
2.2 Le passage à l'acte chez l'état limite: psychopathologie de l'acte criminel.....	77
3. Expertise psychiatrique pénale de l'état limite.....	80
3.1 Expertise psychiatrique pénale: cadre général.....	80
A- Notions générales préliminaires.....	80
Infractions.....	80
Responsabilité.....	82
Homicide.....	84
B- Historique.....	89
Histoire de la psychiatrie.....	89

Histoire de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle de responsabilité.....	93
C- Cadre et mission expertale présentencielle classique.....	98
Cadre de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle.....	98
Mission expertale présentencielle classique.....	102
D- Impact médico-légal de l'article 122-1 alinéa 1 et 2 du Code pénal.....	106
Termes de l'article 122-1 du Code Pénal.....	106
Incidences médico-légales.....	109
Conséquences des conclusions de l'expert.....	112
3.2 Glissement d'une expertise de responsabilité à une expertise de dangerosité. .	119
A- Concept de dangerosité.....	119
B- L'expertise de dangerosité.....	126
C- Implications légales: les différentes mesures de sûreté.....	127
4. Enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.....	133
Introduction.....	133
Objectif.....	134
Matériel et méthode.....	134
Résultats.....	137
Éléments socio-démographiques concernant l'expert psychiatre.....	137
Conception expertale de l'état-limite.....	139
A. Caractérisation de l'état-limite.....	139
B. Diagnostic différentiel de l'état-limite.....	143
Expertise psychiatrique pénale d'un sujet état-limite.....	145
A. Généralités.....	145
B. Spécificités.....	152
Implications médico-légales.....	153
- C.1: impact sanitaire.....	153
- C.2: impact juridique.....	154
- C.3: situations expertales particulières.....	158
- C.4: aspects éthiques.....	162
Réflexions sur l'état des lieux actuel de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale .....	163

Discussion.....	166
Principaux résultats.....	166
Discussion de la population d'étude.....	171
Discussion des principaux résultats.....	173
Discussion des biais et limites de l'étude.....	200
Perspectives.....	201
Modifier et améliorer la formation expertale.....	202
Établir une jurisprudence expertale et un cadre consensuel de bonnes pratiques.....	205
Améliorer les conditions de travail des experts psychiatres pour rendre la pratique plus attractive.....	207
 5. Cas cliniques et expertaux.....	 210
Cas N°1: Mr. A. 35ans.....	210
Cas N°2: Mme. B. 34 ans.....	222
Cas N°3: Mr. C. 30ans.....	233
 Conclusion.....	 250
 Références bibliographiques.....	 252
 Annexes.....	 283
Annexe 1: Questionnaire de l'enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence .....	283

## Introduction

La psychiatrie générale telle qu'elle est pratiquée à ce jour a pour racine la psychiatrie légale, consistant à l'origine à dépister les malades mentaux parmi l'ensemble des personnes dites « déviantes » placées dans les hôpitaux généraux de l'époque, afin de leur prodiguer des soins adaptés (1). Ainsi, depuis plusieurs siècles Justice et Psychiatrie sont intriquées dans un système dont l'expertise psychiatrique pénale permet de maintenir l'équilibre. Cette pratique frontière permet ainsi l'articulation entre ces deux sphères (2,3,4,5,6). L'expertise psychiatrique pénale connaît actuellement un contexte difficile, fait d'une diminution progressive de la population expertale (2,5,6) et de charges grandissantes confiées aux experts (4,5).

Par ailleurs, on ne dénombre pas moins d'environ 1600 homicides ou tentatives d'homicide par an en France depuis 2011 soit en moyenne 850 homicides annuels (7). Cela représente ainsi entre 1 et 5 homicides pour 100 000 habitants en France. Parmi les homicides recensés, entre 0,5 et 1% des auteurs bénéficient d'une irresponsabilité pénale ou d'une atténuation de responsabilité (8). Il existe plusieurs causes d'irresponsabilité pénale dont la plus fréquente est le trouble mental grave entraînant une abolition du discernement. En outre, environ 0,16 homicides pour 100 000 habitants en France sont imputables aux personnes souffrant d'un trouble mental grave, parmi lesquels les troubles schizophréniques, les troubles de l'humeur ainsi que les troubles graves de la personnalité dont l'état-limite (9).

La violence et la propension homicide ont été étudiées à de nombreuses reprises dans la schizophrénie (1,9,10,11,12) ou dans les troubles de l'humeur (9,13,14).

En revanche, très peu de travaux concernant la violence homicide sont actuellement disponibles à propos des troubles graves de la personnalité, et notamment l'état limite.

Cependant le diagnostic de trouble de personnalité état-limite est fréquemment posé à l'heure actuelle, aussi bien en population générale où les données épidémiologiques font état d'une prévalence d'environ 2% (15) qu'en population psychiatrique avec une prévalence de 15 à 50% (16). D'autre part, le trouble limite est très largement impliqué dans les passages à l'acte et dans l'agir (17).

Cela pose donc la question de la place de l'état-limite dans le passage à l'acte homicide et des considérations expertales en terme d'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité.

Nous avons tenté d'apporter une réponse à ces interrogations en nous focalisant sur l'étude de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle auprès du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire dans une population clairement délimitée, celle des experts inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.

Ce travail impliquait quelques explications préalables sur le plan psychiatrique concernant la définition de l'état-limite avec ses multiples conceptions et critères diagnostiques ainsi que sur la clinique du passage à l'acte chez l'état-limite. Sur le plan juridique, le rappel du cadre général de l'expertise psychiatrique pénale était par ailleurs important.

Aussi, ce travail s'articulera autour de trois axes préliminaires principaux.

Un premier axe psychiatrique relatif au trouble de personnalité limite comportant un historique des conceptions de ce trouble, les critères diagnostiques actuels ainsi que des données d'ordre psychopathologique, épidémiologique et clinique.

Le second axe est également d'ordre psychiatrique et traite de la clinique de l'acte d'un point de vue général puis avec un focus sur l'état-limite.

La troisième partie préliminaire correspond à une mise au point juridique avec des clarifications à propos du cadre général de l'expertise psychiatrique pénale à savoir les notions d'infraction, de responsabilité et d'homicide, de la mission expertale classique mise en relation avec son histoire et des conséquences des positions de l'expert, pour finir sur l'évolution actuelle de l'expertise de responsabilité vers une expertise de dangerosité.

Après ces précisions, nous en viendrons au coeur de notre travail avec l'étude épidémiologique descriptive transversale que nous avons menée auprès des experts inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence afin d'apporter des éléments de réponses à propos de l'évaluation expertale de l'état-limite.

Enfin, nous tenterons d'illustrer notre propos par le biais de trois vignettes cliniques et expertales.

# 1. État limite et personnalité Borderline

## 1.1 Les différentes conceptions

### A- Histoire des conceptions

#### Conception psychanalytique

Le trouble de personnalité borderline, également nommé état-limite, tire ses origines de la clinique psychanalytique. A son fondement assez similaire aux concepts de schizophrénie latente de E. Bleuler (1926), de schizonévrose d'H. Ey (1951), ou encore de schizophrénie pseudo névrotique de P. Polatin et Hoch (1949), l'entité nosographique du trouble de personnalité borderline s'en est progressivement distinguée (18). En effet, plusieurs auteurs se sont succédés au fil du temps dans la description de ce trouble.

**A. Stern**, psychanalyste américain, a été le premier en 1938 à utiliser le terme « borderline » dans son ouvrage, *Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*, pour dépeindre des patients chez lesquels survenait « une psychose de transfert durant la cure psychanalytique » et utilisant « le clivage » comme principal mécanisme de défense. Stern décrit alors des patients se trouvant « à la frontière entre névrose et psychose », ayant tendance à développer des symptômes particuliers sous l'influence du stress mais dont la structure mentale permet un fonctionnement relatif dans la société. Il insiste sur « l'hypersensibilité » de ces sujets, leur « rigidité défensive » et leur « peu d'estime de soi ». Stern repéra ainsi un sentiment « d'insécurité diffuse » chez ces patients, présentant une « hyperesthésie affective, une défaillance de l'estime de soi, et une carence narcissique fondamentale ».

Dans le même temps, **H. Deutsch-Rosenbach**, psychanalyste américaine d'origine autrichienne et pionnière de la psychanalyse a décrit en 1934 la personnalité *as if* (« comme si »), dont les caractéristiques sont très proches de celles qui constitueront le fonctionnement borderline. Elle a en

effet observé des individus dont les « relations interpersonnelles manquaient d'authenticité et étaient variables selon leur interlocuteur » (19). Disciple de Freud, elle qualifie ces troubles essentiellement affectifs de « pseudo » du fait de leur manque d'authenticité du fait de la présence de « quelque chose d'insaisissable et d'indéfinissable », rendant souvent le clinicien perplexe devant ces patients (20).

Elle revient sur la possibilité de fonctionnement quotidien de ces individus, expliquant en 1942 que « leur relation à la vie a quelque chose qui manque d'authenticité, encore que, de l'extérieur, tout se passe « comme si » il n'y avait pas de manque » (20). Elle se démarque ainsi du concept du philosophe allemand Vaihinger, ayant inauguré en 1911 le concept *as if*, traduction de l'allemand « *Als Ob* » (21).

La psychanalyste s'intéressa aux manifestations cliniques à la marge entre névrose et psychose, et fit le constat que ce qui « perturbe » de prime abord le clinicien a justement trait à la « normalité » apparente du tableau clinique présenté par les *comme si*, du fait du maintien de leur « adaptation à la réalité ». Bien que rien de « maladif » ne soit la plupart du temps repérable en apparence chez les *comme si*, et que leur comportement soit « normal » et « leurs réactions intellectuelles et affectives parfaitement cohérentes et appropriées », Helene Deutsch insiste sur l'impression d'un « quelque chose qui cloche » (20).

Elle brosse un tableau clinique des individus *as if*, expliquant que derrière l'artifice de « l'hyper-adaptation » de ces sujets et leurs capacités intellectuelles et cognitives parfois excellentes, se trouve un caractère « impersonnel ». Elle relève que leur fréquent talent artistique se limite à la « répétition crispée d'un modèle », du fait de leur « imagination pauvre et stérile » (22).

Helene Deutsch rapporte en outre un appauvrissement, voire une absence de relations interpersonnelles chez les personnalités *comme si*, dont les relations souvent « monotones » se réduisent à une furtive « conformation » aux autres, étant « dépourvues de la moindre trace de chaleur », de la « moindre expérience intérieure », de la « moindre intimité » (22).

D'après la psychanalyste, la bizarrerie clinique des *comme si* réside dans leur « vide », et le « caractère inauthentique et fantomatique » de leur « semblant d'existence ». Néanmoins, ces personnes ne ressentent « aucun manque dans leur vie affective » (19).

La vie des individus *comme si* n'est ainsi possible que par le biais « d'un collage sur des

identifications systématiques, fragiles, provisoires et inconsistantes, à tout objet se trouvant là ».

Elle insiste en outre sur le caractère aléatoire de l'objet (individu ou groupe) auquel le sujet *comme si* va s'identifier temporairement, écrivant « malgré la totale adhésion de la personne *comme si* à chacune de ses relations, elle réagit à l'abandon dont elle est l'objet soit par une réaction affective *comme si* qui n'en est donc pas une, soit par un vrai manque d'affect » (22). Ces identifications pouvant même parfois concerner « des objets morts, des concepts, ou des symboles ». Par conséquent dès qu'une opportunité se présente, l'ancien objet est échangé contre un nouveau ayant une capacité d'identification identique (processus dénommé « pseudo identification »), raison pour laquelle selon Helene Deutsch les sujets *comme si* s'avèrent « prêts à tous les mauvais coups », du fait d'un « revirement identificatoire possible à tout instant » (19).

Pour la psychanalyste, ces mécanismes révèlent un « mimétisme qui aboutit à une adaptation apparemment satisfaisante à la réalité malgré l'absence d'investissement d'objet ». Cette excessive « adhésion » des *comme si* à leur environnement constitue ainsi le reflet de leur vide intérieur (23).

Concernant les principaux diagnostics différentiels de la personnalité *as if*, H. Deutsch note qu'il est important de différencier le fonctionnement *comme si* des identifications versatiles et partielles de l'hystérie. Cette dernière note que les hystériques, « remarquables de par leur capacité d'identification aux objets d'amour, contrairement aux *comme si* », s'identifient à des « objets très investis libidinalement, inscrits dans de réelles relations d'objet selon des choix conformes aux lois des modèles infantiles » (23).

Ne suivant pas le même processus, les *comme si* s'attachent au « contact direct avec les objets, indispensable au maintien de l'identification, sans quoi ils s'en détourneraient et en effaceraient aussitôt le souvenir » (23).

Pour Helene Deutsch, les objets d'identification des *comme si* sont « aisément remplaçables, et perdent de ce fait leur signification individuelle en tant qu'objets » contrairement à ce qu'il se passe chez les hystériques. Les hystériques investissent grandement et activement l'objet, contrastant avec l'identification passive et automatique « à n'importe quel objet », des *comme si* (22).

Helene Deutsch explique par ailleurs que la « froideur affective » des *comme si* se distingue du processus de refoulement des hystériques, cachant une vie affective riche et conflictuelle en opposition à la « perte précoce ou l'atrophie des affects » à l'origine de « l'appauvrissement de la personnalité des *comme si* » (23).

La psychanalyste distingue également les « personnalités narcissiques » des *comme si* sur deux points principaux (24). Une première différence réside dans le fait que les individus narcissiques ne formulent aucune plainte ni ne souffrent de leur fonctionnement, la tentative de « simulation d'expérience affective » recouvrant leur vide intérieur possédant la vertu d'être « satisfaisante narcissiquement ». Deuxièmement, les *comme si* sont moins « accessibles à l'analyse » que les personnalités narcissiques, dont la « fixation d'objets » et les « agressions anciennes » à l'origine d'une « thésaurisation d'affect » se retrouveraient plus facilement durant la cure (22).

Bien que les conduites perverses soient fréquentes chez les *comme si*, H. Deutsch explique que celles-ci sont transitoires, ces sujets les abandonnant comme n'importe quel autre comportement dès lors qu'une nouvelle identification leur est proposée, les distinguant des individus à la structure perverse dont les conduites sont pérennes (24).

Il existe en outre une grande proximité entre dépersonnalisation psychotique et certains symptômes présentés par les *comme si*. Helene Deutsch explique que la distinction réside dans « la plainte constante et la conscience des troubles » des individus psychotiques, contrastant avec les capacités d'introspection très faibles des *comme si*, n'estimant pas leur « vie affective inauthentique et pathologique » (20).

S'agissant de la psychose, la psychanalyste en perçoit globalement la structure derrière la personnalité *as if*. Le fait que les individus *comme si* soient adaptés à la réalité et aient un fonctionnement quotidien possible n'exclut pas selon elle que « la présentation des *comme si* voile une psychose latente, non déclenchée » (20).

Dans son raisonnement, elle cherche cependant à écarter l'idée que le trouble de personnalité *as if* serait « un état structurellement proche de la psychose »: « le narcissisme et la pauvreté des relations objectales si caractéristiques des personnes *comme si* nous amènent à nous interroger sur le lien qu'il y aurait entre le déficit qui apparaît là et une psychose. Le fait que l'évaluation de la réalité reste parfaite élimine cet état de notre conception de la psychose » (20).

Helene Deutsch considère la personnalité *comme si* comme résultant d'un « trouble de l'affect ». Elle considère le trouble *as if* comme étant une étape précédant le déclenchement d'une psychose et comme un trait infantile de la personnalité. Elle décrit « une faille en lien avec l'impossible identification à l'un des objets d'amour (parents par exemple) empêchant tant les processus d'introjection des objets (non symbolisés, restant extérieurs à l'individu) que la formation d'un Surmoi solide (...) du fait de la dévalorisation du modèle parental et des premiers objets qui ont

servi de modèle à l'idéal du moi » (23). Elle identifie l'entrave de l'identification œdipienne aux parents ainsi qu'un défaut de surmoi « intégré, solide et unifié ».

La psychanalyste a repéré plusieurs éléments récurrents dans l'anamnèse de ses patients *comme si*, listant ainsi « une carence affective dans la petite enfance, une perturbation de l'équilibre des satisfactions et des frustrations dans la première période de développement du moi, avec la limitation qui s'ensuit et une déficience durable du moi. La persistance des toutes premières identifications du moi, où la dépendance à l'objet se manifeste par une *imitation* qui est une façon de s'adapter, est un effet de cette déficience » (22).

Ainsi, outre l'existence de certains « facteurs prédisposants (psychoses et dégénérescences familiales) », elle dénonce « l'influence particulièrement néfaste de l'entourage, d'une éducation trop indulgente ou encore trop sévère », ayant pour conséquence « l'échec de la formation économique des mécanismes de défense » ainsi qu'une « passivité notable du moi » (22).

Plus spécifiquement, elle fait « remonter directement le fonctionnement *comme si* à une forme de « dressage » se retrouvant dans une petite enfance » souvent émaillée par des exigences de performances.

La psychanalyste émet la notion d'une « fixation infantile, de l'inhibition du développement de la vie affective qui entraverait la construction œdipienne », qu'elle qualifie de « fantomatique » ou « d'abandonnée » (23).

Lacan interprétera le concept *as if* comme « la compensation imaginaire de l'Œdipe absent » (25).

Ce type de trouble sera également repris par **D.W. Winnicott** dans les années 60, dans ses multiples ouvrages traitant de la notion de *vrai et de faux self*.

Le *vrai self* se rapporte à « l'image que le sujet se fait de lui-même », correspondant « effectivement à ce qu'il est et perçoit à travers une réaction adaptée ». Le *faux self* désigne « une instance qui s'est constituée pour s'adapter à une situation plus ou moins anormale et contraignante. L'image qui est alors en cause est défensive et fonction de réactions inadaptées de l'environnement, principalement représentative d'un rôle qu'on lui aurait imposé » (26).

Winnicott a repéré l'existence d'une instauration du faux self dans la relation précoce entre le bébé

et sa mère. Le nourrisson, au développement immature est incapable de subvenir à ses besoins de manière autonome. Il est complètement dépendant de son environnement durant les premiers mois de sa vie. Son évolution et son développement lui permettront au fil du temps de réduire cette dépendance. La mère occupe une position essentielle dans ce processus en « s'ajustant aux besoins du nourrisson » de manière précise, mettant en œuvre « les conditions de l'expérience de l'omnipotence » (27).

Evoquant l'importance des interactions mère-bébé, il écrit ainsi « *Si vous voulez décrire un bébé vous vous apercevrez que vous décrivez un bébé et quelqu'un d'autre. Un bébé ne peut pas exister tout seul, il fait essentiellement partie d'une relation* » (28).

Pour le psychanalyste, la mère « suffisamment bonne » est celle qui fait vivre à son bébé l'expérience « du manque et de la solitude » lui permettant de glisser du sentiment de « fusion et d'omnipotence » à celui de « désillusion » (29). Au début cette mère « suffisamment bonne » s'adaptera et collera au plus près des besoins de son nourrisson puis au fil du temps se comportera de manière de plus en plus éloignée en fonction de la capacité de l'enfant à s'adapter au manque. Ces expériences doivent être répétées pour habituer l'enfant à une sensation de frustration progressive, de courte durée au début puis plus longue. Ceci permettra l'émergence d'une activité mentale chez le nourrisson, ainsi que des « satisfactions auto érotiques ». Il pourra « se remémorer, revivre, fantasmer, rêver » (29).

Il associe « vrai self et geste spontané de l'enfant adressé à sa mère, geste s'inscrivant dans les premières relations érotiques mère-bébé (...) ». Le bébé « esquisse un geste spontané », exprimant « une pulsion spontanée ». Ceci manifeste qu'« existe un vrai self, potentiel ». Selon « l'aptitude de la mère à jouer son rôle, elle favorisera l'établissement du vrai self ou au contraire, du faux self » (30).

Si la mère est « suffisamment bonne », elle répond à « ce qui se manifeste comme l'expression de l'omnipotence du nourrisson, lui donne une signification et participe à l'établissement du vrai self ». Ainsi, elle permet à son bébé « de faire l'expérience de l'illusion, de l'omnipotence. Cette expérience de l'illusion, qui a comme condition la possibilité de l'adaptation active de la mère, est le préalable à l'expérience des phénomènes transitionnels, d'où s'origine la créativité » (30).

Le bébé pourra ainsi « progressivement renoncer à son omnipotence illusoire sur l'environnement et le vrai self pourra s'instaurer sans sentiment de mise en danger pour le bébé ».

A l'inverse, si la mère n'est « pas suffisamment bonne », et se montre « incapable de répondre à

cette manifestation, elle substitue son geste au geste spontané du bébé, auquel ce dernier est contraint de se soumettre. Cette situation, maintes fois répétée, participe à ce qu'un faux self se développe » (31).

Le bébé établira par conséquent une « relation de soumission avec sa mère » afin de faire face à la situation difficile de « l'environnement défaillant ». Il deviendra ainsi « ce que la mère veut qu'il soit et le faux self s'instaurera avec une fonction protectrice contre un sentiment de danger et de pulsions destructrices » (31).

Dans le premier cas, l'enfant est « lié à l'objet maternel et grâce au renoncement progressif à sa propre omnipotence il pourra accéder au monde des symboles ».

Dans le second cas, l'enfant rencontrera des « difficultés plus ou moins grandes à rentrer dans le monde des symboles, en fonction de ses capacités » (31).

La personnalité *As if* s'apparente à la personnalité faux self décrite par Winnicott, et tient selon lui sa genèse dans la relation et les interactions précoces mère-bébé. Il décrit ainsi des sujets pouvant avoir « une intelligence normale mais présentant une fausseté du Soi (« *false self* »), une distance avec leur vie émotionnelle, un manque de spontanéité, et une difficulté à incarner leur existence » (32). Le masque défensif sert à « se protéger de la crainte d'effondrement précoce », et lorsque ce masque de faux-self s'avère insuffisant, les passages à l'acte auto-agressifs à l'âge adulte (tentative de suicide voire suicide) sont fréquents (33).

Winnicott fait l'hypothèse que le faux-self se met en place précocement chez l'enfant pour lutter contre la part malade d'une mère inadaptée, qui éprouve de manière inconsciente des sentiments violents et destructeurs envers son enfant. Ainsi, ce rempart permet « la défense contre des angoisses archaïques, psychotiques » et empêche un « effondrement mélancolique » avec risque suicidaire (33).

Dans son ouvrage *La capacité à être seul* (1960), Winnicott permet de comprendre que l'angoisse de vide et d'abandon de l'état-limite provient de défaillances de sa capacité à être seul, expliquant que « la future incapacité chez l'état-limite à être seul sans éprouver une angoisse de perte d'objet et d'abandon provient du traumatisme de n'avoir pu bénéficier de la présence de l'autre pour se construire une aptitude à être seul avec soi-même » (34).

Dans bien des cas ce sont les « discontinuités relationnelles » générant des micro-ruptures dans

relation avec le père, la mère, ou la fratrie, qui créent les conditions de cette incapacité: « la discontinuité relationnelle entraîne une forme de traumatisme chronique par ses ruptures incessantes, lesquelles entraînent une désorganisation et n'offrent pas la possibilité d'une réorganisation stable. Plus l'enfant est jeune, moins il est capable de rester organisé dans une situation de discontinuité. Plus il aura été élevé dans des conditions discontinues, plus il sera vulnérable » (34).

D'autres auteurs se sont intéressés au Moi des patients borderline. Ainsi **Knight** a décrit en 1953 une « altération des fonctions normales du Moi » associée au concept d'état limite. Cette altération consiste selon lui en « l'affaiblissement sévère des processus secondaires de pensée, intégration, projets réalistes, adaptation à l'environnement, maintien de relation d'objet et défense contre les impulsions primitives inconscientes ». Il considère l'état limite comme « une zone de perturbation psychique qui n'est ni névrotique ni psychotique », même si les individus peuvent présenter des symptômes de l'un et/ou de l'autre trouble. Knight ira jusqu'à rattacher ces états, qu'il ne considère que comme une étape transitoire de la vie du patient, à la schizophrénie (35).

Plusieurs années plus tard, **R.R. Grincker** a mis au point une méthode permettant d'étudier le fonctionnement du patient borderline, qu'il explique dans son livre *The borderline syndrome: A behavioral study of ego-functions* (1968). Il est aidé dans ce travail par **Werble** et **Drye**, réalisant tous trois « une analyse multifactorielle des données recueillies chez 51 patients ».

Ils ont cherché « à vérifier l'hypothèse selon laquelle les fonctions du Moi pourraient être appréhendées à partir du comportement des patients ». Il s'agit de la première étude à avoir cherché à appliquer un modèle mathématique au concept *borderline*, grâce à une analyse multivariée de quatre variables comportementales: « Ces facteurs caractéristiques du fonctionnement état limite (agressivité, trouble de l'identité, mode de relation anaclitique à l'autre, forme de dépression particulière) sont considérées comme reflétant des fonctions du Moi » (36).

Ils individualisent ainsi quatre sous-groupes de patients:

- « les états limites psychotiques », à la limite de la psychose avec « comportement inapproprié, conduites négatives et coléreuses, défaut de perception de soi et de la réalité »

- « le noyau de l'état limite, avec oscillations permanentes dans la relation à autrui, passages à l'acte rageurs ou agressifs, dépression, trouble de l'identité »
- « les personnalités as if, adaptatives avec comportement adapté, relations de complémentarité, pauvreté des affects, manque de spontanéité, défenses de type repli-intellectualisation »
- « les états limites névrotiques », proche de la névrose de caractère narcissique

Pour Grincker, ces pathologies proviendraient de « la présence pendant l'enfance de violences verbales, de sévices physiques et/ou sexuels », ou lorsque l'enfant est témoin de « scènes de conflits domestiques ». Les individus états-limites pourraient ainsi être considérés comme « des états de stress post-traumatique », états dans lesquels dominant « la colère, une absence de signe d'identité de soi, un état de dépression et de solitude » (37).

La méthode mise en exergue par R.R. Grincker a permis l'amélioration du diagnostic positif du trouble de la personnalité borderline, constituant une approche quantitative catégorielle.

Elle a ainsi été adoptée par de nombreux auteurs, qui ont chacun retenu des critères légèrement différents.

Ces auteurs, bien que mettant en avant le rôle des carences affectives maternelles ne sont pas parvenus à définir un facteur étiologique de l'état limite.

**James F. Masterson**, dès 1971, a fondé sa conception de l'état limite sur « la dépression d'abandon et le retrait maternel des besoins libidinaux de l'enfant au stade de développement précoce dit de séparation-individuation ». Il est devenu l'un des précurseurs dans le domaine du diagnostic et du traitement du trouble borderline (38).

Selon lui, l'état-limite « prend sa source dans un arrêt du développement qui provient d'un important problème d'ajustement (misattunement) dans la relation mère-enfant, et plus précisément à la phase de séparation-individuation. L'arrêt survient à la sous-phase de rapprochement du développement et se caractérise par les défenses précoces et le clivage des relations d'objet de cette sous-phase » (38). Cet arrêt provoque ainsi des angoisses d'abandon contre lesquelles l'individu état limite va lutter toute sa vie durant, « mobilisant des défenses primitives qui forment chez lui une façon d'être fixé et

répétitif (...) afin d'éviter de déclencher les problèmes d'abandon non résolus » (38).

Cette posture défensive n'est pas entretenue consciemment par l'individu mais est le fait de croyances, de grilles de lectures de celui-ci qui se déclenchent automatiquement dans toute relation. Ce phénomène est nommé « acting-out transférentiel » par le psychanalyste (40).

L'approche de Masterson est ainsi fondée sur les concepts fondamentaux de la théorie freudienne des pulsions : transfert, compulsion de répétition, résistance, conflit psychique, existence de l'inconscient et perlaboration. Cette approche transforme cependant ces concepts dans la mesure où l'accent est mis sur « le phénomène préoedipien plutôt que sur le conflit oedipien lui-même », la cassure dans le développement survenant bien avant celle décrite par Freud.

La théorie de Freud traite de la régression survenant « dans une phase relativement avancée du développement d'un enfant, vers l'âge de 5 ans ». Celle de Masterson aborde majoritairement les mêmes concepts théoriques, la pathologie provenant d'un « arrêt du développement du soi au cours des deux ou trois premières années de la vie » (38).

Le concept « d'acting-out transférentiel » de Masterson représente un degré plus ou moins grand « de fixation à un stade précoce de la croissance psychique de l'individu » (40). Il est décrit comme un « compromis psychique » qui permet « au soi de fonctionner dans la vie quotidienne malgré les croyances paralysantes à propos des relations » (41). C'est un comportement qui « tente de façon stéréotypée et répétitive d'éviter d'avoir à affronter la désapprobation parentale ou la négligence durant les années de formation » et qui devient à l'âge adulte « une partie intégrante de la réponse fondamentale aux relations » des individus états-limites (41).

Devant le « mauvais ajustement » de sa mère, l'enfant va développer ce que Masterson nomme une « dépression d'abandon » réactionnelle. Ce concept se traduit par « une menace à la survie », avec des signes tels que « dépression, colère, peur, culpabilité, passivité, impuissance, vide et nullité » (38).

La relation d'attachement entre l'enfant et ses parents (« caregiver ») doit être stable dans le temps pour lui permettre d'intégrer les fondements des rapports et relations humaines (« relatedness ») (42).

Il en résulte que, pour « s'adapter au mauvais ajustement parental, l'enfant développe un soi défensif faux qui s'accommode aux besoins émotionnels du parent, et cela aux dépens de l'expansion de la

croissance et de l'expression du soi réel ». Cette posture défensive devient ainsi « un postulat fondamental et incontesté sur la nature de l'attachement humain et se maintient comme un trouble de la personnalité ou un trouble du soi » (38).

Le « désajustement enfant-parent » mène ainsi à « une inhibition » chez l'enfant afin éviter la survenue désagréable de la « dépression d'abandon » (44).

Par voie de conséquence « certains comportements sont évités, menant à une réponse limitée et répétitive à chaque relation ». Ces « inhibitions de la maturation du Moi » entraînant l'arrêt de développement sont une caractéristique de l'état-limite. L'individu borderline ainsi « perd la capacité d'observer ou de tester la réalité » (38).

Afin de se protéger contre la dépression d'abandon, l'individu borderline met en œuvre de multiples mécanismes de défenses précoces comme « le clivage, les projections avec identifications projectives, l'acting-out, l'évitement, l'accrochage » ou encore « le déni » (44).

Par la suite, **J. Bergeret** a énormément contribué dans les années 70 à enrichir les acquis théoriques sur le sujet, le trouble borderline avec « son mode d'organisation anaclitique » étant dès lors considéré comme une « troisième ligne psychopathologique » intermédiaire entre névrose et psychose et vu comme une « astructuration » (45).

Il a complété la vision globale de l'époque dans ses nombreux écrits et a fait la description de multiples formes cliniques évolutives parfois proches de véritables névroses ou psychoses, faisant apparaître les concepts de tronc commun aménagé de l'état limite, d'aménagement caractériel et d'aménagement pervers.

Bergeret dénonce en outre deux dogmes alors en vogue à l'époque. Le premier est celui qui consiste à placer sous l'étiquette état limite bon nombre d'autres pathologies. En effet, de nombreux psychanalystes dont R.R. Grincker y classent les troubles de personnalité paranoïaques et schizoïdes, les pervers, quelques troubles psychosomatiques graves, des addictions, des paraphilies, des schizophrénies dites pseudo-névrotiques... (46). Bergeret se montre en désaccord avec la trop grande fragmentation de l'entité nosographique de l'état limite.

Il conteste par ailleurs le fait de « laisser supposer qu'un même sujet puisse successivement passer d'une structure psychique fixe à une autre structure au cours de son existence » (47), relatif au mode de pensée très courant à l'époque résidant dans le fait qu'un individu puisse osciller entre psychose et névrose au cours de sa vie.

Pour Bergeret il n'existe que deux structures psychiques stables, solides et clairement distinctes, expliquant qu'on ne compte que « deux seules structures authentiques; la structure psychotique d'une part et la structure névrotique de l'autre » (48).

En cas de décompensation, quand les défenses de l'individu se trouvent dépassées et que son état clinique devient pathologique, l'évolution clinique ne peut se faire que sur un mode névrotique dans une structure névrotique et sur un mode psychotique dans une structure psychotique.

Cependant Bergeret ne relie pas uniquement tout symptôme pouvant être présenté par les patients aux structures névrotiques et psychotiques, « entre ces deux seules structures, une place est laissée pour d'autres entités cliniques non solidement organisées » (47).

Ainsi, la conception de Bergeret consiste en l'existence de deux dimensions structurelles stables, tandis que d'autres entités cliniques occupent une place intermédiaire à l'instar des états limites qu'il conçoit comme la troisième lignée psychopathologique: « Le propre de l'état limite c'est de se présenter au point de vue structurel intermédiaire entre névrose et psychose » (47).

Bien que la lignée des états limites soit plus fragile, plus fluctuante et versatile que les deux autres, Bergeret en fait une entité clinique individualisée et n'étant pas considérée comme une voie de transit entre les structures névrotique et psychotique.

Au fil de ses travaux, Bergeret fait un parallèle entre état-limite et dépression (49) et met ainsi au point le schéma nosographique suivant:

NEVROSE	ETATS-LIMITES	PSYCHOSE	
INSTANCE DOMINANTE	Le SURMOI	L'IDEAL DU MOI	Le CA
NATURE DU CONFLIT	-Conflit intrapsychique -Conflit entre le Ca et le Surmoi	-Conflit entre l'Idéal du Moi, le Ca et la réalité	-Conflit entre le Ca et la réalité

DEFENSES	-Refoulement avec la dénégation, l'isolation, le déplacement et la condensation notamment	-Clivage de l'objet -Défenses névrotiques et psychotiques -Dédoublement des imagos	-Clivage du Moi -Déni de la réalité -Projection
NATURE DE L'ANGOISSE	- An g o i s s e d e castration	-Angoisse de perte d'objet -Angoisse d'abandon - A n g o i s s e d e dépression	- A n g o i s s e d e morcellement -Angoisse de mort - A n g o i s s e d e destruction
MODE DE RELATION D'OBJET	-Génitale -Objectale	-Anaclitique (s'appuie sur l'autre, dépendance à l'autre)	-Plus ou moins fusionnelle -Pas de distinction entre l'autre et Soi

Tableau 1: récapitulatif du découpage nosographique de Bergeret (50)

Selon Bergeret, la *lignée psychotique* provient de « frustrations précoces » dans la relation mère-bébé provoquant l'arrêt du « développement du Moi et sa régression au stade précœdipien ». La structure psychique de l'individu commence à s'organiser de façon psychotique. Une période « de latence » s'en suit jusqu'à l'adolescence où la structure de l'individu, encore mouvante, peut dans un petit nombre de cas se réorganiser en structure névrotique mais poursuivra majoritairement son évolution au sein de la lignée psychotique (51).

Dans le cas de la *lignée névrotique*, le psychisme se développe jusqu'au conflit œdipien et « le Moi se pré-organise de façon névrotique » avec un développement constant dans le temps. A

l'adolescence cependant, en raison de conflits internes et externes trop importants le Moi peut dans un petit nombre de cas être altéré et la structure évoluera vers une structure psychotique définitive. Le traumatisme peut être de diverse nature, positive comme négative: accouchement, naissance mariage, deuil, accident... entraînant une surcharge émotionnelle et pulsionnelle dépassant les défenses de l'individu. Si le surmoi est suffisamment consistant, le psychisme s'engagera dans la voie névrotique, sans quoi la voie psychotique sera privilégiée (51). L'organisation névrotique une fois installée à l'adolescence demeurera inchangée, faisant apparaître soit une névrose obsessionnelle, soit de l'hystérie d'angoisse ou de conversion.

Pour cet auteur, les *états limites* proviendraient dans la plupart des cas de l'arrêt du développement du Moi à la deuxième phase du stade anal, « avant qu'il n'y ait déjà constitution d'une structure au sens véritable et figé du terme » (48) mais après que le Moi ait pu s'organiser de façon psychotique. Cette cassure serait causée par la survenue d'un traumatisme psychique et/ou affectif important et précoce, dont l'intensité n'est cependant pas assez importante pour détériorer le Moi et le faire évoluer vers une organisation psychotique mais empêchera « l'engagement du moi dans son évolution œdipienne normale ».

Pour Bergeret, ce traumatisme correspond à « un émoi pulsionnel survenu dans cet état de Moi encore trop inorganisé et trop immature sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses » (48).

En conséquence, l'enfant entre trop rapidement et trop prématurément en contact avec « une situation œdipienne alors que ses défenses sont encore immatures ». Il est alors obligé de « recourir à des mécanismes de défenses plus archaïques » tels que « le déni, le dédoublement des images, l'identification projective » (54).

Ce traumatisme joue ainsi le rôle de « premier désorganisateur de l'évolution psychique » du sujet et arrête l'évolution libidinale. S'ensuit une période de « pseudo-latence », plus précoce et plus longue que la normale. A l'adolescence, cette pseudo-latence peut perdurer. C'est « le tronc commun aménagé de l'état limite » (54).

L'organisation psychique de l'état-limite évolue au fil du temps vers un aménagement stable, qu'il soit caractériel ou pervers.

L'état limite consiste en un aménagement occupant une position intermédiaire entre d'un côté la

lignée psychotique qui a été franchie et de l'autre la lignée névrotique à laquelle il n'a pu parvenir (45).

Un trouble du narcissisme est également retrouvé, la vie du sujet étant dans la grande majorité des cas marquée par la notion d'abandon, générant une profonde blessure narcissique. La relation d'objet est empreinte d'une « dépendance anaclitique à l'autre », un important besoin de s'appuyer sur l'autre (53). On observe « un grand besoin affectif, et donc un effort pour être séduisant ». Bergeret écrit d'ailleurs: « Il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct, et à la fois en s'appuyant contre lui » (54).

Cette relation d'objet anaclitique « associe fortement dépendance et recherche de maîtrise d'un objet » (45). Dès lors que le sujet imagine que son objet anaclitique risque de lui échapper, l'angoisse de perte d'objet et d'abandon se réactive. Le psychanalyste explique en ce sens que « l'état limite ne peut se passer de l'autre, tout en redoutant le danger d'intrusion dans la trop grande proximité, le groupe est une bonne solution » (45).

Ainsi le sujet se rapproche de l'autre, entre dans une grande proximité puis s'en sépare pour ne pas se blesser (55).

Ce mode de fonctionnement fait écho aux porcs épics évoqués par Freud, expliquant que « ces alternatives de rapprochement et d'éloignement durèrent jusqu'à ce qu'ils aient trouvé une distance convenable où ils se sentirent à l'abri des maux » (58).

Prenons le cas de la relation amoureuse chez un sujet état-limite, celui-ci instaurant lui-même la rupture affective eu égard à différents conflits dans le couple. Les conflits existants naturellement dans la relation de couple engendrent la pensée automatique qu'un abandon se dessine. Pour échapper à ce risque insoutenable, il se sépare de l'autre. Il y a « réactivation de l'angoisse d'abandon et de perte d'objet et survenue de la pensée destructrice (...) L'individu trouve des points d'appui pour éviter la solitude puis s'en sépare », luttant ainsi contre l'effondrement (55).

La relation interpersonnelle renvoie ainsi à l'angoisse d'abandon de même qu'à « un important besoin de réparation, l'autre servant à renforcer un narcissisme immature menaçant de s'effondrer » (53). Le sujet va alterner entre recherche d'une grande proximité et fuite avec une « ambivalence séduction-agressivité » (55).

Le danger contre lequel l'état limite se défend perpétuellement est la dépression (49). En cause, « l'idéal du Moi (instance plus archaïque que le Surmoi) », c'est-à-dire le fait d'être irréprochable. Ainsi le fait de ne pas parvenir à l'Idéal du Moi aboutit à la modestie chez les individus indemnes de toute pathologie, à un sentiment de culpabilité chez les sujets névrotiques, et à la dépression chez les états-limites.

On observe des efforts importants voire enfantins de « bien faire pour conserver l'amour et la présence de l'objet », la culpabilité d'avoir « mal fait » étant quasiment absente (45). Sont en revanche présents la honte et le dégoût de soi-même, entraînant en cas de forte intensité l'émergence d'une symptomatologie dépressive. Il est en effet important de distinguer la honte, narcissique et pré-oedipienne de la culpabilité oedipienne.

Par ailleurs, les passages à l'acte peuvent être considérés comme ayant une fonction anti-dépressive. Les profondes blessures de l'enfance de l'individu état-limite ont entraîné un fléchissement thymique qu'il serait insupportable de revivre. Par le passage à l'acte, la personne passe « d'un état de passivité à un statut actif, l'agir étant considéré comme une tentative élaboratrice toujours échouée d'un traumatisme » (56).

Du point de vue évolutif, Bergeret a décrit plusieurs formes cliniques.

L'aménagement des états limites est fluctuant et mouvant dans le temps, un équilibre étant difficile à trouver pour ces individus qui oscillent entre divers points de vue extrêmes les uns par rapport aux autres.

Au fil du temps, l'organisation de l'état limite va s'éloigner du tronc commun pour se diriger vers un aménagement durable, le Moi cherchant une stabilité. Il peut s'agir de l'aménagement *caractériel* (avoisinant la névrose) ou de l'aménagement *pervers* (avoisinant la psychose) (45).

Quant à l'**aménagement caractériel**, Bergeret le divise en trois formes pathologiques que sont la névrose de caractère, la psychose de caractère et la perversion de caractère.

Cet aménagement consiste à « rejeter à l'extérieur l'angoisse de perte d'objet et à l'y maintenir au prix d'une grande dépense de temps et d'énergie » (57).

*La névrose de caractère* n'est cependant pas une névrose à proprement parler bien que soient présents quelques traits névrotiques. Par voie de conséquence l'auteur la place en dehors de la structure névrotique, écrivant « il s'agit d'un état-limite qui recherche davantage de stabilité en

jouant à la névrose alors qu'il n'en a pas les moyens structurels, génitaux et œdipiens » (54). Le trouble réside ici au niveau de la relation avec l'objet/ l'Autre marquée d'une « incomplétude narcissique » et non au niveau d'un « conflit entre le Ça et le Surmoi ».

Les défenses prennent alors la forme de dédoublement des imagos et de formation réactionnelle utilisant l'anaclitisme. La relation de dépendance qui en résulte se présentera sous l'allure d'une domination et d'un contrôle autoritaire.

Ces états-limites avoisinant la névrose peuvent prendre « des formes pseudo-obsessionnelles qui se singularisent par un besoin d'estime plutôt qu'un besoin de punition. Ils peuvent aussi se manifester sous des formes pseudo-hystériques proches de l'hystérie de conversion ou de l'hystéro-phobie » (46). Ces entités constituent donc des organisations pseudo-névrotiques « où le niveau génital n'est visiblement pas atteint et où la menace dépressive perce distinctement derrière le symptôme » (54).

*La psychose de caractère* quant à elle caractérise « la difficulté du sujet à évaluer convenablement la réalité et non pas le déni plus ou moins total de cette réalité » (46) comme c'est le cas chez le patient psychotique. Le contact avec la réalité n'est pas perdu, « le sujet clivé projette les mauvais objets à l'extérieur mais reste adapté au niveau social et professionnel » (59).

L'état-limite, gardant le contact avec le réel va ainsi « commettre des erreurs d'évaluation portant sur les côtés désagréables pour le narcissisme présentés par de tels aspects objectifs de cette réalité » (54).

Par le biais des mécanismes de défense mis en œuvre que sont le dédoublement des imagos et la projection vers l'extérieur de l'angoisse de perte d'objet, la réalité est divisée de manière manichéenne en une bonne et une mauvaise partie.

*La perversion de caractère* est décrite chez des individus refusant d'accorder à l'autre le droit de disposer de son propre narcissisme. Aux yeux de l'auteur, ce qui caractérise ces individus est leur intime conviction que « les objets ne peuvent posséder d'individualité concurrentielle, d'intérêts propres, d'investissement dans des directions qui ne seraient pas centrées sur le sujet lui-même (...) tout doit être pensé pour lui et pour lui seul » (45). Ainsi, les autres sont dénués de leurs propres intérêts et sont réduits à des objets « narcissiquement rassurants », renforçant le « narcissisme défaillant » du pervers caractériel « au prix de leur propre narcissisme ». Le pervers de caractère est également caractérisé par son absence de « sentiment de souffrance et de culpabilité », et procède

par des mensonges générant une angoisse et une incertitude chez l'autre afin de prendre le dessus et d'arriver à ses fins (45).

**L'aménagement pervers** permet du point de vue psychanalytique d'éviter l'angoisse dépressive en s'appuyant sur le « déni du réel focalisé sur le sexe de la femme, avec un surinvestissement narcissique du phallus » (45). Le pervers refuse ainsi l'existence du sexe féminin, ayant été « dégouté de la génitalisation différentielle » étant enfant, la sphère sexuelle de la femme générant un sentiment d'aversion le poussant à surinvestir le phallus, vécu comme rassurant. Il ne se focalise pas sur la totalité de la personne mais uniquement sur une partie du corps, l'objet n'est donc pas total mais partiel.

Selon Bergeret, « une partie du Moi reconnaît la castration », entraînant la mise en œuvre du processus de défense du refoulement, alors que « l'autre partie du Moi nie la castration » engendrant le déclenchement des mécanismes défensifs de déni et de forclusion (45).

Le psychanalyste estime que deux principaux mécanismes de défenses sont mis en œuvre par l'individu état limite:

- *Le dédoublement des imagos*, identifié par Mélanie Klein, est la stratégie défensive typique des états limites. Par ce processus l'individu oscille entre deux positions extrêmes d'un même objet. Il existe ainsi une alternance entre un point de vue idéaliste et sécurisant, et une vision péjorative et alarmante avec impossibilité de concevoir que ces deux images opposées puissent coexister dans le même objet. Ce mécanisme défensif également nommé clivage de l'objet ou de la réalité permet de lutter contre l'angoisse de perte d'objet et est source de souffrance pour l'individu.
- *La forclusion* du signifiant du nom du père est une stratégie défensive décrite par J. Lacan dans les années 50 (60) comme élément majeur de la théorie explicative de la psychose. Elle consiste en une forme de rejet, d'exclusion portant sur le nom du père (61). Il est dit que « la forclusion est à la psychose ce que le refoulement est à la névrose » (62).

Ainsi, le refoulement est intrinsèque et constitutif de l'individu, enfoui dans son psychisme et faisant surface à certains moments de la vie. L'exemple le plus courant illustrant le refoulement, c'est-à-dire le retour d'une idée refoulée est le lapsus. Quand l'individu au décours d'une

conversation fait un lapsus, celui-ci vient apporter un autre sens au contenu de la discussion. Mais étant quelque chose d'intérieur et d'intrinsèque au sujet, celui-ci sait que c'est lui qui parle et qui s'adresse aux autres. Ce lapsus correspond à un « signifiant » qui a été refoulé, oublié.

La forclusion quant à elle n'est pas intérieure à l'individu, se manifestant par une lacune, une faille dans « le système symbolique ». Le refoulement met en œuvre un fonctionnement à minima du système symbolique, tandis que la forclusion est relative au rejet.

Il existe ainsi chez l'individu psychotique le concept d'un élément qui n'est pas situé à l'intérieur de celui-ci mais qui est extérieur et qui fait son retour. Dans le cas d'une hallucination acoustico-verbale ou visuelle par exemple, l'individu sera convaincu que celle-ci vient du dehors, de l'extérieur de lui-même. Ce qui lui est intérieur est donc perçu comme venant de l'extérieur du fait du rejet/forclusion du Nom du Père.

Le Nom du Père est une « métaphore paternelle » utilisée par Lacan représentant le désir de la mère pour le père, ayant normalement pour conséquence que l'enfant renonce à être le « phallus imaginaire » de sa mère et accepte sa propre sexualité. Dans le cas de la forclusion du Nom du Père, l'individu psychotique demeure le « phallus imaginaire » de sa mère, le phallus étant « forclos » et pouvant refaire surface de l'extérieur du sujet (60).

Au début des années 80, **D. Widlöcher**, professeur de psychiatrie et de psychanalyse s'est montré en désaccord avec les notions de caractères développées par Bergeret. A l'instar de Kernberg, selon lui, « l'organisation limite » est une « structure propre et non une déformation de caractère » (59).

Il parle en effet de l'état limite comme une « organisation » faite d'un « système d'attitudes et d'opérations de pensée assez stables et cohérentes », et met en exergue le rôle important de mécanismes de « projection » dans les passages à l'acte et les relations interpersonnelles du sujet borderline (63).

Il a focalisé son attention sur « les états atypiques ou borderline de l'enfance qui présentent une transition insensible avec la psychose ». Il a mis en évidence « une continuité sur le plan descriptif, nosographique » et développemental, expliquant que « l'observation prolongée d'états limites montre des évolutions schizophréniques tardives d'où l'idée d'un continuum » (64).

Grâce à l'étude d'enfants présentant des symptômes psychotiques survenant uniquement en cas de « crise, dans les jeux ou dans certaines situations cliniques dont le bilan projectif facilitant

l'éclosion d'une activité imaginaire régressive », de pulsions, conflits, angoisses et défenses, Widlöcher a décrit « les traits cardinaux de la prépsychose » (64):

- « l'activité fantasmatique » dénuée « d'élaborations secondaires et des défenses névrotiques habituelles » : la propension à l'imagination illustrée par « les jeux, les récits et les dessins des enfants » est empreinte d'« incohérence » et de « crudité »
- « l'angoisse de destruction de la cohérence de soi » : l'angoisse concerne peu « la castration, la séparation ou la mort » comme c'est le cas dans la névrose mais porte davantage sur la « cohérence même de la personne, atteignant le sens de l'identité et l'unité du sujet ». Il s'agit d'une « insécurité fondamentale ».
- « l'organisation chaotique du développement libidinal », qui ne procède pas selon les stades successifs de structure orale, anale puis phallique.
- « l'intensité des pulsions agressives » : « les dessins, jeux et épreuves projectives étant saturés de scènes de dévoration et de destruction ».

Ces « traits cardinaux de la prépsychose » peuvent concerner tous les champs de la vie des patients psychotiques, dont les capacités d'adaptation sont de fait très faibles. Par ailleurs, chez les enfants prépsychotiques s'opère selon Widlöcher une alternance entre des moments d' « adaptation satisfaisante et des modes primaires de fonctionnement mental ».

Pour Widlöcher, les symptômes psychotiques ne sont pas systématiquement retrouvés dans tous les domaines de l'existence des prépsychotiques: « l'enfant exprime ses fantasmes non sans garder une nette conscience de la réalité et de la différence entre le monde intérieur et le monde du dehors. L'ensemble des traits psychopathologiques constitue une enclave dans le fonctionnement de l'appareil mental et n'envahit jamais complètement celui-ci comme dans les états psychotiques » (65).

Il en résulte selon l'auteur que l'identification d'un ensemble de symptômes présents uniquement dans certaines situations chez les borderlines et de manière constante chez les psychotiques permet de conclure « qu'il s'agit d'un élément fondamental de l'organisation psychotique » (64).

Widlöcher explique ainsi qu'il « existe des traits de personnalité observables dans tous ces cas avec une grande régularité et qui constituent peut-être le noyau psychopathologique commun, insuffisant pour déterminer une psychose évolutive franche mais nécessaire pour qu'une telle psychose se produise, bien que dans d'autres cas il n'assure que le développement d'une personnalité borderline, voire simplement atypique » (65). Il estime par ailleurs que ces traits constituent une structure de personnalité « partiellement retrouvée dans d'autres états atypiques ou anomalies de développement, en rapport avec des séquelles de carence affective » dans lesquels sont retrouvées « une avidité affective extrême, une intolérance aux frustrations, des réponses impulsives, des réactions agressives vives, et une instabilité » (64).

Le psychanalyste note qu'il existe des similitudes entre ces états borderline héritées de carences affectives et les prépsychoses. Pour lui le terme « état limite » ou « borderline » représente « une forme frontière de la psychose » et non « un mode d'organisation » spécifique constituant un troisième axe entre névrose et psychose.

Pour Widlöcher comme pour Bergeret, la structure psychopathologique des états limites est durable et continue dans le temps, dont la cause serait une défaillance dans « l'organisation du Moi, une lacune dans les identifications primaires à la mère » (64). Il explique que le rôle principal du Moi est de garantir « le principe de réalité » ainsi que « la persistance du sentiment d'omnipotence », et de fait la concordance entre l'individu, « l'objet, le désir et la réalité » (66). L'insuffisance de cette fonction du Moi engendre « la perte de la familiarité avec le réel qui caractérise le noyau prépsychotique, qui entretient la projection de l'imaginaire pour tenter de maintenir ce sentiment de toute-puissance, qui entraîne secondairement cette lutte oscillante pour le maintien du principe de réalité au prix de déformations ou de clivages du Moi » (67).

Peu après, l'apport de **O. Kernberg** a été capital.

S'appuyant sur les travaux de Knight relatifs à l'altération des fonctions du Moi, il a « effectué une analyse complexe des aspects structurels du Moi dans les personnalités borderline et a relié ces concepts à une théorie générale et multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité » (35).

Cet auteur a en effet proposé un modèle d'organisation de la personnalité par le biais d'une classification hiérarchique de différents états cliniques allant de la normale vers les psychoses et les névroses, et dans laquelle le trouble de personnalité borderline occupe une position intermédiaire.

Kernberg explique que la distinction entre organisation limite de la personnalité, et fonctionnement

névrotique et psychotique repose sur trois caractéristiques structurales: « le degré d'intégration de l'identité », « le niveau des mécanismes défensifs » et la « capacité à vivre l'épreuve de réalité » (69).

Il brosse ce que sont selon lui les principaux traits de ce type de trouble, à savoir « la carence d'organisation du Moi » comprenant le « syndrome d'identité diffuse », « la préservation de l'épreuve de réalité » pouvant néanmoins être perturbée en période de stress intense, et « le recours à des mécanismes de défense de type psychotique » primitifs décrits ci-après (35).

Le manque d'organisation du Moi est selon le psychanalyste le facteur fondamental de l'organisation limite.

En effet, il met en exergue « des manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi », à savoir « le manque de tolérance à l'anxiété, le manque de contrôle pulsionnel, le manque de développement de voies de sublimation ou le manque de différenciation des images de soi et d'objet » (70) avec effacement des frontières du Moi. Kernberg nomme ce cortège symptomatique « le syndrome d'identité diffuse », qu'il décrit comme « l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi » (71).

Dans la sphère névrotique, « les frontières du Moi existent » dans la plupart des domaines permettant la différenciation entre les images de soi et d'objet. Dans la sphère du trouble borderline, ces frontières sont défailtantes dans « le domaine des relations interpersonnelles » proches, « aboutissant alors à un fonctionnement de type psychotique à ce niveau ». Ce syndrome aura ainsi des conséquences profondes sur « les capacités d'abstraction et d'adaptation à la réalité » de l'individu état limite (70).

Les individus état limite sont également caractérisés par la présence de mécanismes défensifs « primitifs » dans leur fonctionnement psychique, leur permettant de « lutter contre l'envahissement pulsionnel » (71).

A la différence des patients névrosés qui mettent en œuvre des mécanismes complexes comme le refoulement, les patients limites ont recours à des processus plus rudimentaires similaires à ceux utilisés par les psychotiques, sur la base du clivage (71).

Le clivage est le mécanisme défensif le plus utilisé par le fonctionnement limite, se traduisant sur le plan clinique par une séparation manichéenne des objets en tout bon ou tout mauvais sur un mode infantile. Cela permet « d'éviter la contamination ou la destruction des bons objets par les mauvais

objets », mais peut entraîner un « brusque revirement des affects du sujet, passant de l'amour à la haine et inversement » sans émotion intermédiaire ainsi que « des passages à l'acte en accord avec la décharge pulsionnelle et à distance une critique de ces passages à l'acte n'empêchant pas leur répétition » (72).

Cette stratégie défensive impacte les relations interpersonnelles. JD. Guelfi souligne d'ailleurs « nous étions tour à tour idéalisés ou dévalorisés, ceci évoquant une difficulté d'accès à l'ambivalence. La dévalorisation de l'autre était à la mesure de l'idéalisation antérieure » (36).

Cette vision est physiologique dans les premières années de la vie du fait de « l'insuffisance des capacités intégratives du Moi précoce », mais sera chez les états limites toujours adoptée afin « d'empêcher le mauvais de venir contaminer et détruire le bon ». Ce processus ne prévient nullement la survenue régulière d'une « angoisse déstructurante » pour le sujet, et entraîne une large diminution des facultés de discernement de l'individu (70).

Les mécanismes de défense des patients état limite peuvent en outre revêtir la forme d'une idéalisation primitive.

Découlant du mécanisme de clivage, c'est un processus par lequel « les objets externes sont perçus comme totalement bons afin qu'ils puissent protéger le sujet contre des mauvais objets, contre ses pulsions agressives » (74).

L'idéalisation maquille les objets de qualités multiples, souvent infondées et artificielles, entraînant une distorsion de la réalité. Ceux-ci sont par là-même protégés de l'agressivité de l'individu.

Cependant ce processus se révèle extrêmement onéreux pour le psychisme, et l'échec de cet investissement psychique causera « une rage destructrice et un rejet, avec déni immédiat de l'idéalisation antérieure » (35).

L'identification projective donne la possibilité à l'individu état limite « d'expulser à l'extérieur de lui-même les mauvaises images de soi et d'objet, les empêchant ainsi de venir menacer les bonnes. Il les projette ainsi sur autrui ». Cependant les objets recevant ces projections deviennent à leur tour menaçants: « véritable cercle vicieux, ce mécanisme estompe les limites entre soi et l'objet, contribuant au syndrome d'identité diffuse » (35).

L'omnipotence et les idées de dévalorisation sont générées et entretenues par les mécanismes défensifs décrits précédemment et servent ainsi de bouclier face aux « mauvais objets ». Si

l'omnipotence « se situe du côté de l'objet », le patient se place sous le joug d'un objet idéalisé, perçu comme comportant de nombreuses qualités et « dont il attend d'être protégé » (72).

Si l'omnipotence « se situe du côté du soi » et « dès que ce dernier cesse d'apporter gratification et protection, il est dévalorisé et rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement » (35). C'est « l'hypertrophie narcissique » du patient qui le protège alors. Mais ce processus instable et précaire comporte « un risque de brusque revirement », avec une « dévalorisation brutale de l'objet ou du soi, qui engendre un effondrement narcissique avec un risque suicidaire majeur » (69).

Le patient borderline est également caractérisé par un mode général de déni.

Il s'agit d'un autre mécanisme découlant du clivage et entretenant celui-ci. Il permet de « maintenir hors de la conscience une représentation contradictoire, incompatible avec l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient à ce moment-là » (35). Le patient état limite est en effet dans l'impossibilité de concilier deux points de vue extrêmes ou opposés concernant le même objet, bien qu'il puisse avoir conscience de ceux-ci et « peut par conséquent dénier l'état actuel de ses sentiments en référence aux sentiments passés qu'il conserve en mémoire » (72).

Ainsi l'individu, empreint du souvenir d'une situation donnée aura accès aux sentiments relatifs à celle-ci mais pas aux émotions ressenties alors. Il est dans le déni de ces émotions, déni qui s'accroîtra si celles-ci sont contraires à celles présentes dans la situation actuelle.

Kernberg a mis au point un modèle combinant « les options catégorielles et dimensionnelles » de la personnalité et comportant les cinq axes suivants (35):

- « Le degré d'intégration du Moi » : le syndrome d'identité diffuse en est l'élément principal
- « Le degré de développement du Surmoi » : facteur pronostique prédominant dans l'état limite, il découle de la mise en œuvre de mécanismes de défense primitif
- « La gravité du traumatisme ou de l'agression » : agressions et sévices physiques, psychiques et sexuels, problèmes importants et complexes sur le plan familial, affectif...
- « L'axe dimensionnel extraversion/introversion » : similaire au concept de tempérament, d'origine génétique dans la plupart des cas, « influençant le mode général des conduites et l'établissement des relations objectales au début de la vie ».

- « La dysrégulation entre euphorie et dépression » : facteur d'origine également génétique.

Ce modèle résume les différentes écoles de pensée en vogue à l'époque, en plaçant les différents troubles de personnalité sur « un continuum dimensionnel allant des prépsychoses au fonctionnement névrotique » (76).

En 1975, **J.G. Gunderson et Singer** ont établi une liste de critères diagnostiques de la personnalité limite en regroupant les traits et les caractéristiques les plus consensuels rapportés dans la littérature. Ces critères ont été par la suite révisés à deux reprises (1978 puis 1987) et sont au nombre de six (77):

- impulsivité
- actes auto-agressifs répétés
- affects dysphoriques chroniques
- distorsions cognitives transitoires
- relations interpersonnelles intenses instables
- peur chronique d'être abandonné

Ils visent à permettre le diagnostic positif du trouble de personnalité borderline, constituant une approche quantitative catégorielle, à l'instar de critères de Kernberg.

Ces mêmes auteurs ont par la suite mis au point « un entretien semi-structuré », le *Diagnostic Interview for Borderline* (DIB) permettant de passer en revue « les modalités de fonctionnement retenues comme importantes pour ce diagnostic de trouble de la personnalité » (35). Révisé en 1989, le DIB-R explore les critères diagnostiques suivants (78):

- affects: dépression majeure chronique; rage chronique/actes sous l'emprise de la colère fréquents ; solitude, ennui, vide chronique ; faiblesse, désespoir chronique ; dévalorisation chronique de l'entourage.
- cognitions: pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles ; expériences persécutives non hallucinatoires ; expériences « quasi » psychotiques.

- actions impulsives: automutilation ; efforts suicidaires manipulateurs ; abus/dépendance à des substances ; déviance sexuelle ; autres manifestations impulsives.
- relations interpersonnelles: intolérance à la solitude; conflits par rapport à la dépendance à autrui; relations orageuses; préoccupations abandonniques, peur d'être englouti, annihilé; dévalorisation, manipulation, sadisme; dépendance, masochisme; problèmes contre-transférentiels; attitudes de demande, de revendication; régression en psychothérapie.

La révision du DIB d'origine lui a permis de gagner en sensibilité mais sa spécificité demeure insuffisante particulièrement lorsqu'il s'agit de faire le diagnostic différentiel entre la personnalité *borderline* et les autres troubles de la personnalité (124). Sa validité est identique à celle du DSM, faisant du DIB-R un instrument standardisé de diagnostic du trouble *borderline* très utilisé sur le plan international.

En outre, J.G. Gunderson « a décrit la triple instabilité des individus état limite: instabilité de l'identité, des cognitions et des affects » (80). Il a ainsi contribué de par ses travaux à l'enrichissement des connaissances sur l'entité nosographique *borderline*, incluse dès lors dans la catégorie des troubles de personnalité du DSM III (81).

## **Conception cognitivo-comportementale**

Comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline ou état limite est posé devant le cortège de symptômes suivants: abandonnisme; impulsivité; auto-agressivité; instabilité émotionnelle, relationnelle et de l'image de soi; et symptômes dissociatifs sévères et transitoires. La pluralité des symptômes présentés et leur fluctuation dans le temps crée un polymorphisme clinique qui rend complexe l'identification de ce trouble ainsi que la compréhension des comportements des individus, en apparence contradictoires (82).

L'intervention cognitivo-comportementale a alors pour but de déceler la pathologie et créer des « conditions de changement ».

Il existe quelques spécificités concernant la prise en charge du trouble borderline par rapport aux thérapies cognitivo-comportementales standards. En effet, le thérapeute se focalise sur « l'acceptation et la validation du comportement » survenant au moment présent ainsi que sur les « processus dialectiques ». La relation thérapeutique joue un rôle central (82).

Dans les conceptions cognitivo-comportementales, les processus dialectiques représentent « la réconciliation des opposés en un processus continu de synthèse » (83). Ainsi pour le thérapeute par exemple, une des dialectiques principales est d'accepter les patients tels qu'ils sont et leur fournir un cadre de soins bienveillants à chaque entretien.

Le trouble de personnalité borderline émerge en cas d'« échec dans les processus dialectiques ». Il peut s'agir de « clivage » ou « pensée dichotomique », de « trouble identitaire », ou encore d'« isolement interpersonnel » et d'« aliénation » (83).

Tout d'abord le *clivage état limite*, également appelée *pensée dichotomique*, réside dans le fait que le patient « oscille » régulièrement entre des « points de vue rigides et contradictoires », étant incapable de « faire la synthèse » des deux positions (84). En effet, les patients état limite ont tendance à rester focalisés soit sur la thèse, soit sur l'antithèse, sans parvenir à se diriger vers la synthèse.

L'incapacité de croire qu'une idée (par exemple: je t'apprécie) et son contraire (par exemple: je te déteste) puissent être « simultanément vrais » en est caractéristique.

De ce fait, la « résolution du conflit » passe dans un premier temps par la « reconnaissance des polarités » puis par le « dépassement » de celle-ci (84).

Le *trouble identitaire*, autre particularité du trouble borderline, se manifeste par le fait que les individus présentent une « confusion au sujet de leur identité », et ont tendance à décortiquer l'environnement pour y trouver des « lignes directrices sur la manière d'être, de penser et de ressentir ». Il en résulte que « sans expériences relationnelles sécurisantes, l'identité se définit au travers d'une interaction ponctuelle prise isolément » (83). L'instant présent devient donc une réalité infinie dans le temps et inaltérable, par exemple le sentiment « tu es fâché contre moi » à un instant précis sera perçu comme un sentiment d'animosité sur le long terme par l'individu état-limite.

Enfin, une autre caractéristique des patients état limite est *l'isolement interpersonnel et l'aliénation*. En effet, les individus état limite recherchent un « sentiment d'unité et d'intégration » aux dépens de leur propre identité. La différence entre un individu (partie) et l'environnement (tout) n'est pas admise (85).

De nombreux thérapeutes TCCistes utilisent un *modèle bio-social* explicatif de ce type de trouble (86).

Ce schéma illustre la présence d'une *vulnérabilité émotionnelle*, les sujets ayant une forte sensibilité aux stimuli émotionnels et réagissant rapidement. L'intensité émotionnelle est importante et le retour à l'état de base très lent.

Il met de plus en exergue l'importance de « l'invalidation » (87).

Ainsi, l'information invalidante de l'environnement est systématiquement confrontée à une information contraire provenant des réponses émotionnelles, engendrant une « dysrégulation émotionnelle » (83).

L'expression des expériences personnelles est souvent censurée et/ou ignorée par les patients borderline, « les interprétations de l'individu au sujet de son propre comportement, ses intentions, ses motivations, sont disqualifiées » (88). L'environnement « attribue les expériences vécues à des caractéristiques socialement inacceptables ou à des traits de personnalité (hypersensible, paranoïaque) » .

Il en résulte que « les expériences de l'individu » et ses expressions émotionnelles ne seront pas considérées comme des réponses valables face aux événements, l'environnement « transmet à

l'individu qu'il a tort dans sa manière de décrire et d'analyser ses expériences » (88).

L'environnement affirme que l'individu ressent quelque chose qu'il dit ne pas ressentir (par exemple: « tu es en colère, mais tu refuses de le dire »).

Les expressions émotionnelles sont vues à travers le spectre du pessimisme: négatives, elles sont attribuées à une trop forte réactivité, une paranoïa, une représentation déformée des événements; positives, elles sont attribuées à un manque de discernement, à de la naïveté ou à une immaturité.

Les comportements ayant des conséquences négatives pour les autres seront interprétés comme motivés par un sentiment d'hostilité ou une volonté de manipulation. L'échec sur le plan social est considéré comme un manque d'effort.

La vie des personnes état limite est émaillée de *crises aiguës*, de par leur forte réactivité émotionnelle et la nature chronique des événements stressants.

En conséquence, la survenue continue de crises rend presque impossible le suivi d'un plan de traitement prédéterminé, constituant une des difficultés de la prise en charge des patients borderline. Il convient alors de rester attentif à l'événement de base qui a déclenché la crise selon une séquence bien particulière, afin de désamorcer celle-ci.

Les environnements invalidants auront de fait un impact sur les individus qui y évoluent. En ne reconnaissant pas les problèmes de l'enfant, l'environnement invalidant n'apprend pas à étiqueter ses émotions ni à les réguler. On demande ainsi à l'enfant de « contrôler ses émotions sans lui dire comment le faire » (88).

En outre, la simplification excessive de la résolution des problèmes entraîne un défaut d'apprentissage de tolérance de la détresse et de l'intégration de compétences (89).

Dans un environnement invalidant, il est souvent nécessaire d'étaler les problèmes de manière extrême pour provoquer une réponse de soutien, l'environnement invalidant apprend ainsi à l'enfant « à osciller entre inhibition émotionnelle et états émotionnels extrêmes » (88).

Ce type d'environnement n'apprend pas à l'enfant quand ou comment faire confiance à ses émotions et à ses pensées pour interpréter les événements. Par conséquent, il cherche chez les autres des lignes directrices sur la manière de penser, de ressentir et d'agir. L'individu a recours à autrui pour construire son identité (89).

La société actuelle peut être considérée comme invalidante générant ainsi des troubles de la personnalité du cluster B, à savoir des personnalités narcissiques, histrioniques, antisociales, et

borderline. En effet l'éducation modèle le comportement de l'enfant pour qu'il corresponde aux préférences de la famille et aux idéaux valorisés socialement, et non aux besoins de l'enfant (90). Les expériences internes de l'enfant en contradiction avec les modèles familiaux et culturels sont ainsi ignorées et/ou punies, et la personnalité de l'enfant est façonnée en sélectionnant certains traits (soit directement, soit en réaction à certaines situations), qui seront constitutifs des troubles de la personnalité sus cités.

Ainsi, plusieurs types d'environnements invalidants peuvent être identifiés (88):

- les « familles chaotiques » : parents violents, toxicomanes...
- les « familles parfaites » : les parents contiennent et ficèlent les émotions négatives des enfants (« tiens toi »)
- les « famille contrôlante » : les parents « modèlent constamment le comportement de l'enfant pour qu'il ressemble à celui valorisé par la famille »

Le patient état limite se trouve en permanence en proie à différents *dilemmes dialectiques* (83):

- Vulnérabilité émotionnelle versus auto-invalidation
- Passivité active versus compétence apparente
- Crises aiguës versus inhibition du chagrin

L'« inconfort des positions extrêmes » de chacune de ces dimensions fait que les individus état-limite « oscillent entre ces différentes polarités ». Ces individus sont également caractérisés par leur difficulté de pondération leur empêchant l'accès à un point de vue intermédiaire représentant une synthèse.

Le trouble de personnalité borderline est déterminé par une grande *vulnérabilité émotionnelle*. En effet, l'« imprévisibilité des réponses émotionnelles » ne permet pas à ces individus de développer « une stabilité identitaire ». Ils craignent les situations dans lesquelles ils ont moins de contrôle sur les événements extérieurs (situations nouvelles ou dans lesquelles ils se sont déjà retrouvés en difficulté). A noter également une peur intense concernant les attentes comportementales

qu'entretiennent vis-à-vis d'eux les personnes auxquelles ils tiennent (82).

Les sujets état limite voient leur personnalité construite sur le concept *d'auto-invalidation*, « adoptant toutes les caractéristiques de son environnement » (88).

L'individu état-limite s'attache à « invalider ses propres expériences affectives », ainsi qu'à prendre modèle sur les autres et à plagier leurs comportements pour comprendre la réalité extérieure. Ils ont tendance à simplifier à l'extrême la facilité avec laquelle les problèmes de la vie peuvent être résolus, s'attendant à surmonter aisément et rapidement les difficultés. Ces positions ont évidemment de multiples conséquences personnelles et sociales (84).

L'incapacité de la personne à faire confiance à ses perceptions de la réalité entrave le développement de la confiance en soi. La sous-estimation importante des épreuves de la vie conduit à se haïr soi-même à force d'échouer dans l'atteinte de ses objectifs.

Enfin, la capacité de nommer clairement ses émotions, de les communiquer et donc de les accepter ne se développe pas. Cette incapacité augmente l'invalidation de l'environnement et de l'individu lui-même, il est par le fait difficile pour une personne de valider une émotion qu'elle ne comprend pas (82).

Si le fait de faire confiance à ses propres expériences personnelles n'a pas été concluant, et que le fait de se conformer aux expériences des autres l'a été, l'individu état limite se trouve en face de deux choix :

- changer l'expérience des autres, en cherchant à imposer aux autres son point de vue
- changer ses propres expériences pour se calquer sur celle des autres

Les patients état limite oscillent constamment d'une option à l'autre.

Par ailleurs, la notion d'amélioration progressive reste au demeurant incomprise. La « punition » étant considérée comme la seule méthode de changement, ils vont craindre le fait de ne pas se punir assez sévèrement, ce qui les ferait s'éloigner davantage du comportement souhaité. Ils tendent donc à se punir plutôt que de se récompenser d'avoir fait des progrès, engendrant une baisse de motivation et un échec (86).

En définitive, soit « ils s'invalident » croyant que tous les événements négatifs qui surviennent sont les conséquences normales de leur « mauvais fond », soit ils « valident leur vulnérabilité » croyant

que tout ce qui leur tombe dessus est injuste et ne devrait pas se produire.

Dans le premier cas de figure, l'invalidation engendrera une autocritique violente et une punition de soi pouvant se manifester par des comportements auto-agressifs comme le suicide (86).

Dans la seconde situation, l'individu état limite est parfaitement lucide sur son manque de contrôle émotionnel et comportemental. Cependant la prise de conscience de l'écart existant entre ses capacités de contrôle et les demandes excessives de son environnement engendre une émotion de colère parfois violente pouvant conduire à des comportements auto-agressifs au décours d'un élan d'impulsivité (86).

Un autre grand dilemme dialectique du sujet état limite est la notion paradoxale de *passivité active*. En effet, l'individu prend une position active lorsqu'il tente de faire résoudre ses problèmes ou réguler son comportement par les autres mais demeure passif lorsqu'il s'agit de résoudre ses problèmes par lui-même. Cette recherche d'aide et d'assistance d'autrui afin de trouver une solution immédiate est utopique et source de frustration, aboutissant le plus souvent à une invalidation (84).

Ce dilemme s'articule avec l'idée d'une *compétence apparente* du sujet borderline, maintenant une « apparence de compétence » au prix d'une importante dépense d'énergie psychique (84).

Ces compétences sont fluctuantes et dépendantes à la fois de l'humeur du moment et du type de situation. En effet, l'individu état limite peut agir avec assurance dans un milieu de confiance et qu'il se sent capable de contrôler (milieu professionnel), mais aura moins d'aplomb et de contenance dans des situations le mettant moins en confiance et en sécurité (relation intime) (86).

Quand l'individu se trouve dans un état émotionnel défavorable ou confronté à une situation insécure et qu'il confie à un tiers son sentiment d'inefficacité, celui-ci aura tendance à percevoir cette attitude comme « une comédie d'incompétence » pour attirer l'attention sur lui où frustrer les autres. Cette perception d'autrui est renforcée par l'inhibition de l'expression non verbale des émotions négatives dans l'état limite, l'individu pouvant paradoxalement donner l'illusion d'un calme et d'un contrôle en apparence tout en vivant une douleur psychique importante (84).

Il en résulte un paradoxe structurel du sujet borderline.

D'une part, il rencontre d'importantes difficultés à « réguler son affect et ses compétences

comportementales » et a donc régulièrement besoin d'aide et de soutien d'autrui de manière imprévisible puisqu'il ne peut prévoir quelles seront ses compétences si son humeur venait à changer.

D'autre part, il éprouve un sentiment intense de honte à dépendre d'autrui générant d'importantes difficultés à demander de l'aide ou à verbaliser ses besoins (82).

L'impression de compétence personnelle de l'individu peut donner lieu à un sentiment de déception, de dévalorisation et de culpabilité lorsqu'il n'atteint pas ses objectifs. Il peut également ressentir une colère intense vis-à-vis des autres du fait de leur manque de compréhension.

Dans ce contexte, les comportements auto-agressifs comme le suicide ou les équivalents suicidaires ont pour but de réduire ces « états émotionnels douloureux » et de « communiquer aux autres » ses difficultés à faire face à l'adversité, et donc un besoin d'assistance et de soutien (86).

La vie des personnes état limite est émaillée de *crises aiguës*, du fait de leur forte réactivité émotionnelle, de leur impulsivité et d'événements de vie stressants chroniques.

En conséquence, ces crises ne permettent pas la mise en place d'un traitement planifié à l'avance, constituant une des difficultés de la prise en charge des patients état limite. Il est alors crucial de repérer l'événement déclencheur de la crise et la séquence particulière de déroulement afin de désamorcer celle-ci (83).

Enfin, le dernier grand dilemme dialectique des sujets état limite réside dans l'*inhibition du chagrin* (84).

Sans cesse confrontés au fil de leur existence à leurs « expériences de perte », ils redémarrent en permanence le processus de deuil et l'« inhibent » immédiatement en l'« évitant ». L'exposition aux conséquences de leurs pertes et leurs deuils n'est pas suffisamment prolongée pour qu'une désensibilisation et une habitude puisse se produire. Cette notion peut expliquer les comportements contradictoires du patient.

C'est la raison pour laquelle les thérapeutes TCCistes tendent à aider le patient à formuler et verbaliser ses réactions de deuil, à les exposer notamment en revenant sur des situations traumatiques et en pratiquant des exercices d'exposition progressive, répétée et prolongée en séance (82).

Cependant, il est pratiquement impossible pour le sujet état limite d'inhiber ses réactions de chagrin sur demande et d'éviter l'exposition au traumatisme. L'inhibition du chagrin se manifeste souvent par des comportements impulsifs entraînant la survenue de crises aiguës dans la vie du sujet (83).

## **DSM**

La parution aux États-Unis de la première version du DSM (1952) s'est faite sous l'impulsion de l'institution psychiatrique américaine dans une logique d'amélioration des classifications des pathologies psychiatriques. « La première véritable classification standardisée » américaine des pathologies mentales a ainsi vu le jour. Dans le même temps l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie en 1948 la sixième version de la *Classification internationale des maladies* (CIM-6) y incluant une nouveauté, un chapitre dédié aux troubles mentaux.

Dès cette première version une position notable est donnée aux troubles de la personnalité, « décrits comme des figements et des racornissements pathologiques de la personnalité » (91).

Selon le dogme de l'époque, « le peu d'anxiété et de souffrance que rapportent les patients est perçu comme l'indice d'un mauvais pronostic et d'une résistance thérapeutique » (91). L'un des concepts fondamentaux du DSM-I est celui de « réaction », c'est-à-dire un sursaut du psychisme considéré comme une « tentative d'adaptation et de compensation du psychisme à une situation pathogène ». Cela consiste à dire qu'un symptôme psychiatrique transitoire n'est pas pathologique, mais considéré comme une démarche saine de réparation « du psychisme lésé ». De fait l'absence de symptôme psychiatrique, définissant le trouble de la personnalité, est le signe d'« un trouble profondément enraciné dans la structure du psychisme de l'individu », augmentant la complexité sur le plan thérapeutique (91).

Le DSM-II publié en 1968 inclut peu de modifications théoriques concernant les troubles de la personnalité, la plupart des descriptions cliniques demeurant identiques. Disparaît cependant la différenciation par ailleurs floue entre *trouble de la configuration* et *trouble des traits* de la personnalité du DSM I. La classification des troubles de la personnalité apparaît divisée en dix sous-types (paranoïde, cyclothymique, schizoïde, explosive (épileptoïde), obsessionnelle-compulsive, hystérique (histrionique), asthénique, antisociale, passive-agressive) (92). Par la suite tous les DSM jusqu'au DSM-5 conserveront globalement, au fil de modifications successives cette organisation de sous-types.

Le DSM-III paru en 1980 procédera néanmoins à quelques modifications importantes. Les diagnostics de personnalité cyclothymique et explosive y sont abandonnés. Les personnalités « évitante » et « narcissique » remplacent respectivement les personnalités « inadéquate » et

« asthénique ». La troisième version du DSM introduit également le diagnostic de personnalité schizotypique, de personnalité dépendante, et de personnalité limite (Borderline Personality Disorder). A partir du DSM-III, les étiquettes cliniques des troubles de la personnalité ne bougeront pratiquement plus, à l'exception de l'abandon dans le DSM-IV du diagnostic de personnalité passive-agressive.

L'innovation majeure apportées par le DSM-III est la mise en place d'un « système multi-axial » avec « l'ambition de révolutionner la pratique diagnostique en imposant au clinicien de prendre en compte l'ensemble des facteurs médicaux mais aussi psycho-sociaux de l'examen » (91).

Dans cette nouvelle configuration, l'Axe I comporte « l'ensemble des syndromes cliniques », l'Axe II est « consacré aux troubles de la personnalité (composé de deux sous-sections, l'une consacrée à l'adulte, l'autre à l'enfant) »; l'Axe III traite des « troubles ou affections somatiques susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou le traitement du sujet »; l'Axe IV traite de « la sévérité des facteurs de stress psycho-sociaux »; et l'Axe V correspond à « une échelle permettant d'évaluer le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé de l'individu dans l'année écoulée » (91).

Cependant ce système a créé un important déséquilibre entre les différents axes diagnostiques plaçant l'axe I en position majoritaire et dominante, y compris d'un point de vue quantitatif (« près de 300 pages dans le DSM-III sont consacrées à la description des Troubles de l'Axe I », contre « moins de 30 pages consacrées à l'Axe II »; les Axes III, IV et V sont développés quant à eux sur moins d'une dizaine de pages (91).

Cet agencement multi-axial a fait évoluer de manière importante la place des troubles de la personnalité. En effet dans le DSM-II le diagnostic de trouble de la personnalité était un diagnostic placé sur le même plan que les névroses et les psychoses. Le psychiatre pouvait alors « poser plusieurs diagnostics pour un même patient en donnant, par le biais de *la règle de parcimonie*, la priorité au diagnostic le plus grave ou le plus urgent à traiter ». Le diagnostic de trouble de la personnalité (TP) était de fait réduit à être un « diagnostic secondaire » peu pris en compte dans la prise en charge globale du patient (91).

Dans le DSM III, les troubles de la personnalité sont situés dans un second axe singulier et distinct remettant en cause la hiérarchie entre les diagnostics, un patient pouvant présenter un syndrome clinique de l'axe I comorbide d'un trouble de personnalité, dont la prise en charge sera globale. La règle de parcimonie du DSM II est ainsi mise de côté.

Le DSM-III compte onze diagnostics de trouble de la personnalité répartis en trois groupes ou Clusters (A, B et C) en fonction de leur affiliation sur le plan symptomatologique. Les troubles de personnalité sont ainsi organisés de façon catégorielle, de manière similaire aux troubles mentaux décrits dans l'axe I et sont considérés dès lors comme des syndromes cliniques clairement identifiables.

Cependant les éléments constitutifs des troubles de personnalité ne sont pas des symptômes psychiatriques au sens strict du terme mais le plus souvent des « traits de personnalité ordinaires rigidifiés », rendant épineux l'établissement de seuils diagnostiques (93).

La mise en place d'un axe spécifique aux troubles de la personnalité dans le DSM-III a mis en exergue la position ambivalente qu'ils occupent et leur rôle prépondérant dans la structure psychopathologique des individus. Quatre schémas pouvant théoriquement expliquer les interactions entre personnalité et maladie ont été établis (94):

- « Certaines causes biologiques communes expliqueraient à la fois la maladie et la personnalité du patient »
- « Les caractéristiques de la personnalité seraient la cause directe de la maladie »
- « La personnalité prédisposerait à certains types de comportements qui seraient les causes véritables de la maladie »
- La maladie est la « cause de changements intervenant dans la personnalité du patient »

L'édition révisée du DSM-III parue en 1987 comporte de légers changements sous la forme de réajustements dans les critères constitutifs des troubles de personnalité conduisant à élargir le champ de ces diagnostics. En conséquence s'est opéré « un élargissement mécanique de la prévalence des troubles de la personnalité » (95).

Bon nombre d'auteurs dont Leslie Morey ont ainsi critiqué l'expansion préoccupante de la « couverture des troubles de personnalité » dans le DSM-III-R (96,97).

Le DSM-III-R témoigne également d'un regain de considération des troubles de personnalité par les psychiatres de l'époque se manifestant par l'augmentation du nombre de psychiatres spécialisés dans le domaine des troubles de la personnalité. En effet, le comité en charge de la révision des critères de ces troubles est passé d'une dizaine à une quarantaine de membres.

Mais la mise en place d'un second axe spécifique des troubles de la personnalité pose le problème de la comorbidité, illustré par bon nombre d'études épidémiologiques de l'époque ayant pour résultat « une forte co-occurrence des troubles de la personnalité avec les troubles mentaux de l'Axe I », ainsi « qu'à l'intérieur de l'Axe II », la plupart des patients présentant entre deux et quatre troubles de la personnalité simultanés (98).

Cette notion de co-occurrence importante a amené plusieurs auteurs à se questionner sur la réelle existence de celle-ci, impliquant de fait une réelle comorbidité, où dans le cas contraire signifiant que le schéma nosologique est inadapté (99).

Dès les années 70, deux principales doctrines s'opposent: l'approche catégorielle selon laquelle « les catégories de la clinique psychiatrique sont des entités relativement distinctes » et l'approche dimensionnelle basée sur la notion « qu'il n'y a jamais qu'une différence de degré entre le normal et le pathologique » (91).

L'approche catégorielle a comme avantage d'être conforme au raisonnement médical traditionnel permettant au praticien de classer les diagnostics en différentes catégories à partir d'un certain seuil. Cependant il existe un vide concernant les individus dont les troubles se situent sous le seuil diagnostique. De plus, ce modèle ne donne pas d'indication sur la prise en charge thérapeutique de chaque catégorie.

L'approche dimensionnelle apparaît comme une réponse à toutes les difficultés diagnostiques (100), malgré le fait que certains auteurs considèrent que le choix entre ces deux approches est « d'ordre méthodologique » (possibilité de passer des catégories aux dimensions et inversement) ou « d'utilité clinique » (nécessité pour le psychiatre de faire à la fois « des choix binaires » et de considérer les gradations entre le normal et le pathologique) (91).

Par ailleurs, l'introduction du DSM-IV met l'accent sur « les limites de l'approche catégorielle », insistant sur la fiabilité de l'organisation dimensionnelle (101).

Les DSM-IV (1994) et IV-TR (2000) comportent des changements minimes au niveau des catégories diagnostiques à l'exception de l'abandon dans le DSM-IV du diagnostic de personnalité passive-agressive. Cependant les psychiatres n'ont pour autant pas « abouti à une forme de consensus » sur le maintien inchangé de l'axe II, très critiqué en l'état sur le plan de sa validité scientifique (91).

Au fil de l'utilisation des critères diagnostiques des troubles de la personnalité du DSM III, les troubles de la personnalité non spécifiés sont rapidement devenus les diagnostics les plus posés (102). Afin d'y remédier le DSM-IV introduit un ensemble de critères généraux que doivent remplir tous les diagnostics de trouble de personnalité (103):

Critère A. Les traits représentent une déviation importante par rapport à ce que la culture à laquelle appartient l'individu attend de lui et ils se manifestent dans au moins deux des quatre domaines suivants: cognition, affectivité, relations interpersonnelles, ou contrôle des impulsions.

Critère B. Les traits de personnalité doivent être rigides et se manifester dans de très nombreuses situations.

Critère C. Ils conduisent à une détresse et des perturbations dans les relations sociales et professionnelles.

Critère D. Le pattern est stable et peut être retracé depuis l'adolescence, ou le début de l'âge adulte.

Critère E. Ils ne doivent pas résulter d'un autre trouble psychiatrique.

Critère F. Ils ne résultent pas d'un état de dépendance (addiction), d'un abus de substance ou d'une maladie médicale.

Ceci a permis la diminution des comorbidités du trouble borderline avec certains troubles de l'axe I comme les troubles de l'humeur, ainsi qu'avec d'autres troubles de la personnalité.

Outre les critères généraux, le DSM-IV-TR mentionne les critères spécifiques pour chaque trouble de la personnalité, dont les critères suivants concernant le trouble borderline (103):

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des neuf manifestations suivantes:

(1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- (3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels; des changements soudains d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations)
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex.: dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex.: dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- (7) sentiments chroniques de vide
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex.: fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Par ailleurs, le DSM-IV-TR comporte 10 diagnostics de troubles de la personnalité répartis en trois groupes ou cluster selon des similitudes cliniques: Cluster A (Distant, excentrique, bizarre) comprenant la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique; Cluster B (Impulsif, dramatique, émotionnel) comprenant la personnalité antisociale, borderline, histrionique, et narcissique; Cluster C (Anxieux et peureux) comprenant la personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle compulsive.

Par la suite ont eu lieu bon nombre de débats autour de la personnalité borderline, dont le principal sujet était le maintien ou non de ce trouble au sein de l'axe II ou son classement dans l'axe I (18).

La position optimale du trouble de la personnalité borderline sur le plan nosographique, entre l'axe I et les autres troubles de la personnalité de l'axe II est contestée et discutée (104,163).

J.G. Gunderson, comme plusieurs autres auteurs plaide pour le transfert de ce trouble sur l'axe I du DSM-5. Accompagné d'une vingtaine d'autres spécialistes, il publie en 2010 un papier destiné à compléter les suggestions du groupe de travail du DSM-5 (106). Parmi ces propositions complémentaires, l'ajout dans le domaine des « relations inter-personnelles des sujets borderline », « la perception soupçonneuse d'autrui comme étant mauvais et malveillant » à son égard; et le remplacement du critère d'instabilité affective, « insuffisamment spécifique » selon lui par la notion d'« émotionnalité négative » et de « dysphorie chronique » comprenant des changements brutaux d'humeur.

Ces modifications auraient pour but selon ces psychiatres de réduire le champ de couverture du trouble borderline et les « chevauchements diagnostiques » qui en découlent (18).

Ainsi pour de nombreux auteurs la classification catégorielle des troubles de la personnalité du DSM-IV-TR n'est pas adaptée, la frontière entre les pathologies de l'axe I et les troubles de la personnalité est confuse et imprécise, nécessitant un nouvel agencement nosographique (107).

Le DSM-5 publié en mai 2013 fait mention de critères diagnostiques inchangés par rapport à ceux du DSM-IV-TR en ce qui concerne le trouble de personnalité limite (108).

Cependant l'approche catégorielle utilisée dans les précédentes versions du DSM, permettant une définition consensuelle du trouble borderline dans le domaine de la recherche clinique engendre une confusion et de multiples interrogations quant à la significativité du seuil diagnostique retenu.

En effet la mise en place de l'axe II, bien qu'ayant permis une plus grande prise en considération des troubles de la personnalité par les psychiatres est critiquable et critiquée (fidélité inter-juge insatisfaisante, chevauchements diagnostiques fréquents, validité de la distinction des clusters insuffisante...).

Ces constats ont conduit à envisager l'utilisation d'une approche dimensionnelle dans le DSM-5, par opposition de l'approche catégorielle du DSM-IV.

La conception multi-axiale des troubles a d'ailleurs été abandonnée, les troubles de la personnalité se trouvant sur le même plan que les autres pathologies mentales, dans une des vingt catégories (109).

Un modèle proposé est celui des « 5 facteurs » ou « Big Five », comportent 5 grands champs correspondant à 25 vignettes cliniques (110,111,112). Il est ainsi mis en place des critères généraux et spécifiques permettant de poser 6 diagnostics de troubles de la personnalité: antisociale, évitante, borderline, narcissique, obsessionnelle et schizotypique.

Les patients répondant aux critères généraux mais étant inclassables dans chacun des 6 diagnostics précédents entrent dans la catégorie de « trouble de la personnalité spécifié par des traits ».

Cependant le modèle composite proposé (113), mêlant approche catégorielle et dimensionnelle, n'a pas été retenu par le plus grand nombre des membres de l'Association Américaine de Psychiatrie. Cette proposition a principalement opposée deux grands courants, celui de T.A. Widiger en faveur de la mise en place du modèle à 5 facteurs, à celui de R.F. Krueger partisan de la continuité entre axes I et II (107,112).

Par ailleurs, la majorité des praticiens spécialisés en troubles de la personnalité se positionne pour le maintien des catégories diagnostiques, dont l'importance pour eux est capitale (115).

En d'autres termes, le modèle hybride des troubles de la personnalité proposé par le groupe de travail du DSM-5 tendant à réduire le nombre de catégories des troubles de la personnalité tout en augmentant la part de l'approche dimensionnelle de ces troubles n'a pas montré de supériorité face au modèle précédent mentionné dans le DSM-IV-TR. Il a de surcroît été mal vu par la majorité des psychiatres, restant très attachés aux catégories diagnostiques. L'approche catégorielle a donc été poursuivie dans la nouvelle version du DSM, et ce en dépit des nombreuses critiques de celle-ci (116,117).

## **CIM**

L'apparition du trouble de personnalité borderline dans les classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est relativement récente. Ce trouble apparaît en effet pour la première fois dans la CIM 10 en 1992, alors catégorisé comme un sous-type de la personnalité « émotionnellement labile » sous le codage F60.31 type « borderline », accompagné du sous-type « impulsif » codé F60.30 type « impulsif » (cf supra) (122).

Antérieurement, la CIM-9 publiée par l'OMS en 1979 faisait mention de la personnalité « épileptoïde » sous le codage 301.83, présentant des critères correspondant à la personnalité borderline.

Ainsi la CIM 9 définissait les troubles de la personnalité par la présence des critères généraux suivants (232):

### 301 - Troubles de la personnalité

Modes de comportement inadapté profondément enracinés, habituellement reconnaissables au moment de l'adolescence ou plus tôt et persistant pendant la plus grande partie de la vie adulte, bien que devenant souvent moins évidents au cours de l'âge moyen et de la vieillesse.

La personnalité est anormale, soit dans l'équilibre, la qualité ou l'expression de ses composantes, soit globalement. Cette altération est cause de souffrance pour le malade ou son entourage, a des conséquences nocives pour l'individu ou la société.

Ces troubles sont désignés parfois sous le nom de personnalité psychopathique. S'ils sont principalement dus à un dysfonctionnement cérébral, on ne les classera pas dans cette catégorie mais dans celle des syndromes cérébraux organiques non psychotiques (codage 310).

Lorsque le malade présente une anomalie de la personnalité en rapport direct avec sa névrose ou sa psychose, par exemple une personnalité schizoïde chez un schizophrène ou une personnalité anancastique chez un obsessionnel, on doit enregistrer en plus le diagnostic de la névrose ou de la psychose correspondante.

Ainsi, ces critères généraux comportent des éléments de diagnostic positif ainsi que de diagnostic différentiel avec d'autres troubles de la personnalité ou pathologies mentales.

Puis la classification précise les critères diagnostiques inhérents à chacun des troubles de la

personnalité. Le trouble de la personnalité épileptoïde ou explosive est classé parmi les névroses de caractère, à côté des personnalités paranoïques, dysthymiques, schizoïdes, obsessionnelles, hystériques, asthéniques ou encore dyssociales.

Les critères mentionnés sont les suivants:

### 301.3 *Personnalité épileptoïde [explosive]*

Trouble de la personnalité marqué par une instabilité d'humeur avec tendance à des accès incontrôlés de colère, de haine, de violence, ou d'affection.

L'agressivité peut s'exprimer verbalement ou par des violences.

Ces accès ne sont pas facilement contrôlés par les sujets qui n'ont pas, autrement, tendance à avoir un comportement antisocial.

- Agressivité
- Emotivité pathologique
- Instabilité émotionnelle (exagérée)
- Personnalité et réactions agressives
- Tempérament querelleur

A l'exclusion de:

névrose hystérique (300.1)

personnalité dyssociale (301.7)

Ainsi, les critères mentionnés sont très proches des critères actuels du trouble de la personnalité borderline présents dans la CIM 10 (cf supra). On retrouve en effet la notion d'impulsivité avec présence de troubles du comportement agressifs souvent mal contrôlés par l'individu, des difficultés de régulation des émotions et des affects ou encore une instabilité relationnelle.

## **Aspects sociologiques**

Comme nous l'avons dit plus haut, la société actuelle peut être considérée comme un environnement invalidant, générant ainsi des troubles de la personnalité du cluster B à savoir des personnalités narcissiques, histrioniques, antisociales, et borderline.

C. Melman et J.P. Lebrun, psychanalystes lacaniens, ont mis en avant les mutations des troubles psychiques au fil de l'évolution sociétale.

En effet la société occidentale a été profondément remodelée au cours du siècle dernier, passant progressivement d'une société « conservatrice, rigoriste, traditionnelle et de transmission » à une société « libérale plus permissive, progressive et se revendiquant d'un auto-déterminisme radical » (118). Ces remaniements ont modifié le cadre et le contexte de vie des individus, et ont eu un impact sur leur mal-être. Le « conflit à la Loi », cher aux psychanalystes, a été substitué par « un conflit de Soi » face à soi-même (119).

La société occidentale traditionnelle se caractérise par le respect de la Loi. Du point de vue psychanalytique, une Loi trop stricte et trop dure se révèle « castratrice » pour certains membres de la société, castration à l'origine de leurs névroses. Cela peut rendre compte de la propension de notre société à générer des personnalités obsessionnelles-compulsives, dépendantes et évitantes, appartenant au cluster C des troubles de la personnalité du D.S.M.-5 (90,119).

Ainsi, face au cadre légal strict et inflexible générateur d'angoisse, les individus réagissent de manières multiples: acceptation totale et conformisme, ou au contraire fuite. Ces trois troubles de la personnalité semblent « caractériser les modalités de mal-être des individus au sein d'une société traditionnelle » (118).

La vague d'émancipation passée sur les sociétés occidentales dans les années 60, réactionnelle aux sensations d'oppression des populations, a affranchi les individus des poids de la tradition et a débridé les idées et les comportements qui n'étaient dès lors plus réduits à la dureté de la Loi (90,119).

L'individu peut ainsi s'ouvrir à l'autodétermination, bien que celle-ci soit très largement guidée par des logiques capitalistes. Ceci fait partie intégrante de la conception freudo-marxiste, selon laquelle « la libération des pulsions, jusqu'alors bridées par la tradition devait abolir le mal-être chez l'homme ». En d'autres termes, la logique de la conception est que la répression étant la cause de la névrose, sa suppression entraînera l'amenuisement de la névrose (120).

Cette nouvelle ère a eu un impact évident sur le psychisme des populations occidentales, comportant comme tout changement des avantages et des contre parties. En diminuant le poids des traditions dans la société, les hommes sont moins exposés à des conceptions moralisatrices et culpabilisantes et on peut observer un amenuisement des troubles connexes, à savoir l'angoisse face à la Loi, qui n'occupe dès lors plus de place centrale. En revanche parallèlement, on supprime à tout un groupe d'individus un mode psychique de protection particulièrement efficace (90,119).

Ainsi, l'angoisse ne concerne plus le même objet: ce n'est dès lors plus la contrainte de se conformer à la règle qui est source d'angoisse pour l'individu, cette angoisse étant en lien avec la négation de cette règle et l'absence de cadre réglementaire contenant. Ce défaut de cadre crée une lacune obligeant l'individu à trouver par lui-même, dans une angoissante recherche, les limites de son propre vide.

Dans ce contexte, les troubles de la personnalité du cluster C dont l'émergence est favorisée par le cadre d'une société traditionnelle ne répondent pas de la même dynamique, et diminuent massivement en nombre et en intensité. Apparaissent alors d'autres types d'organisations psychiques pathologiques, dont font partie les troubles de la personnalité du cluster B du D.S.M.-5 (Personnalité anti-sociale, personnalité borderline, personnalité histrionique, personnalité narcissique).

Sans cadre ni limite, l'homme « peut nier l'autre, se perdre dans les relations interpersonnelles, surjouer pour s'offrir une place ou se gonfler pour se donner une consistance » (118). En témoignent les modèles populaires en vogue dans société actuelle, pin-up instables dont l'archétype est la poupée Barbie, célébrités de la télé-réalité, influenceurs des réseaux sociaux, exhibant leurs vies privées et leurs corps et répondant parfaitement, de manière tendancielle (le critère de gêne ou souffrance cliniquement significative n'étant pas rempli chez ces individus dont le fonctionnement est approprié à leur contexte et mode de vie), aux critères diagnostics des troubles de personnalité du cluster B précédemment cités.

Le déplacement des troubles de la personnalité principalement retrouvés dans la population du cluster C vers le cluster B du DSM-5 témoigne ainsi de l'évolution parallèle entre pathologies psychiatriques et société.

Ainsi, cela pose la question de la fonction des limites individuelles (le rapport à la Loi des psychanalystes) au sein de la société humaine. Comme l'explique G. Bataille, « l'humanité est avant tout une expérience limite » : « ce n'est qu'à travers le respect de la Loi et, simultanément, la

transgression de cette dernière que l'homme se revêt de son humanité » (121).

Ainsi d'après de nombreux auteurs, la société contemporaine accordant à l'individu un excès de liberté individuelle et un cadre insuffisamment contenant entrave « la profonde dynamique qui anime l'Homme » (119). Tout individu est limité et restreint par nature, et doit accepter cette limitation pour pouvoir s'améliorer, être confronté à la Loi pour mieux la transgresser et accroître ses capacités. C'est aussi la signification de la pensée grecque de l'*Hybris* et de la *Némésis*.

## **B- Critères diagnostiques actuels**

### **Définition de la CIM 10**

La classification internationale des maladies dans sa dixième édition définit les troubles de la personnalité par la présence simultanée des critères généraux suivant:

- des argument déterminants existent selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu dévient notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées (ou « normes »); cette déviation est manifeste dans plus d'un des quatre domaines suivants:
  - cognition
  - affectivité
  - contrôle des impulsions et satisfaction des besoins
  - interaction avec autrui et façon de se conduire dans les relations interpersonnelles
- cette déviation est profondément enracinée et elle se manifeste par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle dans des situations très variées

- cette déviation est responsable d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois
- cette déviation est stable et durable, débutant à la fin de l'enfance ou à l'adolescence
- cette déviation n'est pas une manifestation ou une conséquence d'autres troubles mentaux, d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral organique (diagnostic différentiel)

Une fois ces critères généraux remplis, la CIM 10 mentionne des critères cliniques spécifiques à chaque trouble de la personnalité, distinguant ainsi huit types de troubles de la personnalité: paranoïaque, schizoïde, dyssoziale, émotionnellement labile, histrionique, obsessionnelle, évitante et dépendante.

Elle situe le trouble de personnalité borderline parmi les « personnalités émotionnellement labiles » à côté du sous-type impulsif (122):

#### F60.3 Trouble de personnalité émotionnellement labile

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés.

Deux types peuvent être distingués :

- **Le type impulsif**, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions.
- **Le type borderline**, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

Cette classification exige que les modalités de fonctionnement soient envahissantes, débutent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et entraînent une gêne significative dans le fonctionnement.

## **Définition du DSM-5**

La conception et la définition du trouble de personnalité borderline ont été beaucoup remaniées durant les trente dernières années, et ce du fait de différentes influences venant à la fois de la psychologie et de la psychiatrie. Dans ce contexte, l'élaboration de critères diagnostiques clairs a permis de diminuer la variabilité diagnostique inter-juges.

Le DSM-5 publié en mai 2013 définit tout d'abord des critères généraux communs à tous les types de troubles de la personnalité, listés ci-après (108):

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants:

- la cognition ( c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des évènements).
- l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
- le fonctionnement interpersonnel.
- le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affection médicale (par exemple traumatisme crânien).

Une fois les critères généraux remplis le DSM-5 mentionne des critères spécifiques à chaque trouble de la personnalité.

Les critères relatifs au trouble de la personnalité borderline sont les suivants:

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des neuf manifestations suivantes:

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations e nume re s dans le crite re 5)
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- (3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple: dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations e nume re s dans le crite re 5)
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple: dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- (7) sentiment chronique de vide
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple: fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de

## symptômes dissociatifs sévères

Ces critères sont demeurés identiques à ceux mentionnés dans le DSM-IV.

Contrairement à la CIM 10, le DSM-5 ne distingue pas de sous-types dans le trouble borderline.

Du fait des limites des classifications catégorielles actuelles, il existe des tendances allant vers une conceptualisation dimensionnelle du trouble. Ainsi quatre dimensions du trouble borderline peuvent être individualisées au sein des critères du DSM-5 (123):

- Emotionnelle: regroupant le sentiment chronique de vide, l'instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur, et les colères intenses ou inappropriées
- Cognitive: regroupant la perturbation de l'identité et la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères
- Impulsive: regroupant la notion d'impulsivité dans au moins deux critères potentiellement dommageables pour le sujet et la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- Interpersonnelle: regroupant les efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires et le mode de relations interpersonnelles instables et intenses

Dans ce modèle, les troubles de la personnalité sont envisagés en dernière extrémité en termes de traits de personnalité, allant du normal au pathologique.

## **1.2 Étiopathogénie et psychopathologie**

D'un point de vue épidémiologique, une étude rétrospective a montré une prévalence significative des traumatismes de l'enfance, abus sexuels, séparations prolongées et négligences chez les patients présentant un trouble borderline (124). Selon cette étude les individus état limite sont plus exposés à des expériences traumatiques subies dans l'enfance que les individus des groupes comparatifs atteints d'autres troubles de la personnalité. En effet, un nombre important de patients état-limite ont déclaré avoir subi des agressions sexuelles durant l'enfance (70% des femmes et 45 % des hommes). Ces agressions sont par ailleurs également fréquentes chez les patients atteints d'autres troubles de la personnalité (45 % des femmes et 25 % des hommes). Le taux et la gravité des agressions subies durant l'enfance chez les patients état-limite sont largement supérieurs à ceux des patients souffrant d'autres troubles de la personnalité (123).

De nombreux autres auteurs ont également constaté chez les individus état-limite une fréquence élevée de traumatismes subis durant l'enfance, principalement à type d'agression physique ou sexuelle (125,126,127,128,129,130,131,132).

Cependant, la notion de traumatisme précoce ne semble pas être une condition nécessaire ni suffisante pour l'instauration du trouble de personnalité limite, comme en témoignent d'autres travaux analysant des groupes de populations ayant subi une agression sexuelle (133) ou des sévices physiques (134) durant l'enfance et ayant pour résultat que la plupart de ces individus (80%) n'ont pas développé à long terme de trouble de la personnalité limite une fois adultes.

Ainsi, le traumatisme subi durant l'enfance est un facteur de risque qui affecte surtout un sous-groupe spécifique, le groupe des patients qui ont subi les agressions les plus graves. Les expériences vécues durant l'enfance et constituant des facteurs de risque peuvent être classées en trois catégories: traumatisme, séparation ou deuil (perte) en bas âge et anomalies des rapports parentaux (135). Chacun de ces facteurs est plus fréquent chez les patients état-limite que chez les patients de groupes comparatifs présentant d'autres troubles de la personnalité.

Ces traumatismes précoces et répétés durant l'enfance ont un impact sur la maturation cérébrale des individus, pouvant entraîner une modification structurelle lors du développement de l'hémisphère cérébral droit se manifestant par des déficits fonctionnels comme une «inhabilité fondamentale à réguler ses états émotionnels sous stress» (136,137).

Ces traumatismes entraveraient le développement du cortex orbitofrontal notamment au niveau des connexions avec le système limbique (régulant l'agressivité, l'impulsivité et la peur) (83) conduisant

certain auteurs à développer un modèle intégratif regroupant « l'ensemble des données empiriques cliniques, génétiques, neurobiologiques et psychosociales » sur le trouble borderline (18). M. Linehan estime ainsi que des « interactions entre facteurs développementaux invalidants et dysrégulation émotionnelle » pourraient être à l'origine d'un trouble borderline (84).

Devant l'importante proportion de ces traumatismes précoces, certains auteurs ont d'ailleurs été amenés à considérer l'état limite comme un trouble post-traumatique consécutif aux traumatismes chroniques vécus dans l'enfance (140), l'hémisphère cérébral droit de l'individu état limite comportant une fragilité (141,142). Ces sujets ont ainsi des difficultés pour réguler de façon appropriée leurs émotions de peur provoquées par les événements traumatiques. Les individus état limite ont donc un risque multiplié par deux de développer un état de stress post-traumatique qu'un sujet indemne de pathologie psychiatrique dans les suites d'un événement traumatique de même intensité (52,8 % versus 34,3 %) (140).

Il est également à noter que dans la grande majorité des cas les agressions subies durant l'enfance ne sont pas isolées mais se déroulent dans un contexte de vie familial déviant et dysfonctionnel empreint de violences, toxicomanie constituant un climat insécure (144).

Cependant, l'impact global du traumatisme n'est significatif que si l'on tient compte des prédispositions biologiques qui rendent le sujet plus sensible aux effets du traumatisme, et de l'impact d'une exposition chronique et répétée à de multiples risques (145,146).

Durant les dernières années, les travaux de recherches sur le trouble borderline se sont concentrés sur le début précoce de ce trouble (147), et en particulier sur la relation entre troubles précoces de l'attachement et émergence d'un trouble de personnalité limite. Du fait de traumatismes multiples durant l'enfance (abus sexuels, agressions physiques, négligence parentale...) se développe une désorganisation du système d'attachement (148). Cet attachement insécure constitue un facteur de risque du trouble limite, engendrant une « instabilité du soi » (149).

Il a en outre été constaté chez ces enfants une accélération de l'apoptose des neurones de la liaison système limbique-lobes frontaux réduisant leur capacité de régulation émotionnelle (150). Cette observation rejoint les travaux de M. Stone, qui a proposé « un modèle étiopathogénique biopsychosocial », insistant sur la présence d'une prédisposition intrinsèque à l'individu au niveau d'un « dysfonctionnement limbique » (151).

La personnalité limite est en définitive un trouble complexe dont l'étiologie serait multi-factorielle, fait d'interactions entre fragilité biologique d'origine génétique et environnement. Un enfant

génétiqnement prédisposé et exposé à des facteurs de risque aura plus de probabilité de développer une pathologie une fois adulte qu'un sujet non prédisposé ayant vécu les mêmes traumatismes.

Ces traumatismes de l'enfance ne peuvent donc pas être interprétés comme des causes directes car bien qu'ils soient fréquents chez les individus borderline, ils ne sont pas présents de façon systématique et leur existence ne constitue pas directement la cause du trouble borderline (152).

Sur la plan biologique, la recherche s'est portée sur la « vulnérabilité structurale, neurochimique et génétique ». Le taux d'héritabilité de l'impulsivité a ainsi été estimé à 80% (36).

L'étude menée par S. Torgersen (15) portant sur des jumeaux a mis en évidence que 69% des symptômes seraient génétiquement hérités, les 31% restant seraient le fait de l'impact environnemental sur l'individu et sa structure psychique.

Ainsi, certaines études pointent « une dimension tempéramentale, donc héritable de névrosisme (propension à éprouver des affects négatifs, comme la colère, la dépressivité, l'anxiété) » chez les patients état limite. D'autres auteurs soulignent « le rôle du néocortex dans la dysrégulation des affects et des impulsions, ainsi que la diminution d'activité du système sérotoninergique intracérébral » (18).

D'autres travaux comme celui de A. Caspi et al. (155) tendent à établir une corrélation entre le risque de dépression, les antécédents de maltraitance et l'allèle s du gène du transporteur de la sérotonine 5-HTT situé sur le chromosome 17 (36). Ces travaux montrent qu'il existe « un polymorphisme fonctionnel dans la région promotrice du gène du transporteur de la sérotonine (5-HTT) atténuant l'influence d'événements stressants de la vie sur les symptômes dépressifs ». Les individus avec une ou deux copies de l'allèle court du polymorphisme du promoteur 5-HTT présentent plus de symptômes dépressifs, d'épisodes dépressifs majeurs et de comportements suicidaires au cours de leur vie que les individus homozygotes pour l'allèle long. Cette étude met ainsi en évidence les interactions gène-environnement.

Concernant l'âge de début du trouble, bien que le DSM-5 recommande de ne pas poser de diagnostic de trouble de la personnalité avant l'âge de 18 ans, le diagnostic d'état limite est bien souvent évoqué avant par de nombreux cliniciens devant des symptômes clairs et durables dans le temps.

En ce qui concerne le profil évolutif de ses patients, le taux de rémission est important dans les études de suivi, de l'ordre de 74% après 6 ans ; 88% après 10 ans. Ces rémissions sont stables dans le temps, avec moins de 10% de recrudescence symptomatiques. Il est à noter que la rémission est vue au sens d'une réduction du nombre de symptômes passant sous le seuil diagnostique et non au sens d'une disparition complète du trouble (163).

Ainsi, moins de la moitié des individus état-limite présentent de manière continue un nombre de critères suffisant au diagnostic (156,158).

Ces auteurs ont classé les symptômes en deux parties, une première comprenant la colère et le sentiment d'abandon et étant continue et stable dans le temps et une seconde comprenant l'auto-agressivité et les tentatives de suicide, plus fluctuante et inconstante au cours de l'existence.

L'étude de suivi longitudinal *McLean Study for Adult Development* montre que les caractéristiques les plus stables dans le temps sont « les réponses affectives à la solitude », « l'insatisfaction liée aux soins » et « la dépendance vis-à-vis d'autrui », les symptômes comportementaux ayant tendance à s'amender avec le temps (158).

Concernant les diagnostics faits précocement, à l'adolescence, les taux de rémission sont également importants (159).

Le pic de fréquence de survenue du trouble borderline se situerait vers l'âge de 14 ans (160).

Durant leur existence le fonctionnement des sujets état-limite est perturbé de manière significative, empreint d'instabilité relationnelle, professionnelle avec de multiples pertes d'emploi, affective avec multiples ruptures sentimentales (162). Le trouble limite perturbe plus lourdement le fonctionnement global des individus que ne le font les autres troubles de la personnalité ou la dépression (163,164).

Des études font d'ailleurs état d'une surconsommation par les patients état limite de traitements médicamenteux psychotropes ainsi que de soins médicaux, en particulier de suivi et d'hospitalisation en milieu psychiatrique en comparaison d'autres patients psychiatriques (156).

### **1.3 Épidémiologie et comorbidités**

Dans la population générale, les données épidémiologiques font état d'une prévalence d'environ 2% pour l'état limite (15), avec un sex ratio femmes/hommes compris entre 2 et 3 (16).

Il est à noter que le trouble limite est le plus fréquent des troubles de personnalité retrouvés en population générale.

Dans la population psychiatrique, la proportion d'individus état limite est également très importante. Bien que les chiffres de prévalence varient en fonction des études, la majorité des travaux retrouvent une prévalence de 15 à 50% de patients état-limite parmi les patients psychiatriques qu'ils soient hospitalisés ou suivis en ambulatoire (16).

Les données sociodémographiques indiquent que le patient borderline vit souvent seul (célibataire ou divorcé), a un niveau de fonctionnement social plus faible que la moyenne avec « une importante incapacité fonctionnelle liée au trouble » comme en témoignent l'interruption fréquente des études, les pertes d'emploi multiples, la mise en invalidité...(163).

L'étude de M. Stone, portant sur plus de 200 patients borderline suivis sur près de 20 ans mentionne une grande hétérogénéité évolutive des patients (36).

L'étude de suivi de T.H. Mc Glashan portant sur 81 patients borderline suivis, fait mention d'un taux de mortalité prématurée important chez les patients état limite (environ 13%) (36).

Ce taux important résulte d'un risque élevé de décès par suicide (de l'ordre de 10%), constituant un des risques suicidaires les plus hauts de l'ensemble des pathologies du champ psychiatrique. Celui-ci est de surcroît majoré en cas de trouble de l'humeur ou de consommation de toxique comorbide.

Par ailleurs, l'état limite est très fréquemment comorbide d'un trouble psychiatrique de l'axe I et notamment d'un trouble de l'humeur, qu'il s'agisse d'un trouble bipolaire de type 1 ou 2, d'un épisode dépressif majeur, d'un trouble dépressif récurrent ou d'une dysthymie (167). Il est à noter que la présence d'un trouble de la personnalité comorbide tendra à complexifier la prise en charge du trouble de l'axe I et à en aggraver le pronostic.

Certains auteurs retrouvent dans leurs travaux des chiffres pouvant aller jusqu'à une prévalence de 83% d'épisodes dépressifs majeurs vie entière et 39% de dysthymies vie entière chez ces sujets (168).

Les patients état limite présentent également très régulièrement des comorbidités addictives avec nombreuses consommations de toxiques (abus d'alcool (23,5%) et abus de substance (8,2%)), ou

encore un trouble du comportement alimentaire associé (anorexie (40,2%), boulimie (32,9%)) (168).

D'autres travaux mentionnent des taux de prévalence sur la vie entière d'individus état limite de l'ordre de 96,9 % de troubles de l'humeur, 89 % de troubles anxieux, 62,5 % d'addictions, 58,3 % de troubles post-traumatiques et 53,8 % de troubles du comportement alimentaires (156).

L'état limite est en outre fréquemment comorbide d'autres troubles de la personnalité, et plus particulièrement de personnalités antisociale (22,3%) et évitante (21,2%) (170).

Nonobstant le fait que les critères diagnostiques de la personnalité borderline aient été ajustés dans le DSM IV afin de diminuer les chevauchements diagnostiques, il perdure encore communément une association (dans plus de 50% des cas) avec au moins un autre trouble de la personnalité chez les patients état limite. Ce chevauchement diagnostique concerne principalement les troubles de la personnalité du cluster B (antisociale, histrionique, narcissique), mais également dans une moindre mesure des clusters A et C (évitante, schizotypique, schizoïde) (168,170).

## **1.4 Clinique**

Il existe un polymorphisme dans la présentation clinique des patients état limite, mettant fréquemment les praticiens en difficultés quant à la question diagnostique (80). En effet, « tout symptôme psychiatrique peut être présent » chez ce type d'individus (35,68,173) et il est impératif que le psychiatre soit précis et rigoureux sur le plan clinique, s'astreignant à rechercher chacun des neuf critères constitutifs de la personnalité borderline, à savoir (18):

- perturbations affectives: fluctuations thymiques, sentiment de vide intérieur chronique, émotion de colère fréquemment ressentie
- perturbations cognitives: trouble de l'identité et de l'image de soi, méfiance et suspicion, symptômes dissociatifs transitoires

- perturbations relationnelles avec autrui: instabilité des relations interpersonnelles, efforts importants pour éviter l'abandon
- impulsivité: auto-agressivité à type d'automutilation, ou de tentative de suicide

L'angoisse fréquemment présente est flottante, fluctuante sur le nyctémère et marquée par la célérité avec laquelle elle envahit le patient. JD. Guelfi rapporte ainsi que « l'angoisse est constante mais d'intensité variable, allant de la crise aiguë à un sentiment de malaise existentiel diffus » (36). Elle se manifeste de manière paroxystique et est souvent accompagnée d'expériences de déréalisation, « de sensation de perte du sens de la vie et de la cohérence interne », ainsi que de « craintes d'impulsion, d'échec » (72).

Les symptômes d'allure névrotique sont présents de façon variable dans le temps (72).

Ils comprennent les symptômes d'allure phobique, fréquemment retrouvés dans le tableau état limite et concernant « le corps ou le regard de l'autre » à type de « phobie du regard, éreutophobie, phobie sociale », ou encore des « phobies à la limite des troubles obsessionnels compulsifs » (phobie de la saleté).

Les symptômes d'allure obsessionnelle consistent en des idées obsédantes et des rituels rationalisés par l'individu état limite, dont l'insight est très faible.

Les symptômes hypocondriaques concernent essentiellement des angoisses « envahissantes rationalisées, d'allure persécutive, stéréotypées (l'air, la pollution, les aliments) » (72).

Concernant les troubles thymiques, la prévalence des troubles dépressifs est considérable, de l'ordre de 83% d'épisodes dépressifs majeurs vie entière et 39% de dysthymies vie entière (168). Bergeret voit d'ailleurs dans la dépression la composante fondamentale de la structure de l'état limite (73).

Le syndrome dépressif est d'intensité variable, le risque suicidaire étant très important chez ces patients du fait de leur grande impulsivité. Il est caractérisé par la rareté du ralentissement psychomoteur et des sentiments de culpabilité, l'importance de la douleur psychique.

A noter également « une émotionnalité négative », des « tendances agressives et destructrices », ainsi qu'une désinhibition. Les émotions de l'individu borderline sont « associées à une dysrégulation cognitive », dont témoignent les jugements sous le mode « tout ou rien » ou en « noir et blanc », les avis tranchés sans position intermédiaire possible (36).

Un des traits caractéristique du sujet borderline est le sentiment de vide intérieur chronique. Ces individus se plaignent fréquemment de sensations de « d'ennui, de lassitude, d'incomplétude », de perte du sens et de l'intérêt à poursuivre leur existence, d'anesthésie affective (18). Il est intimement lié aux comportements d'abus de substances et aux actes auto-agressifs (auto-mutilation, gestes suicidaires) auxquels le sujet s'adonne afin de mettre un terme à ce vide vécu comme insupportable. En effet, les prises de toxiques leur permettent de ne plus ressentir le vide tandis que les scarifications sont l'expression de leur mal-être et leur offrent un soulagement en leur permettant de se concentrer sur les sensations ressenties au moment présent (82).

Ce vide intérieur est accompagné d'émotions négatives réactionnelles à type d'irritabilité et de sentiment de rage ou de colère, la tension interne quasi continue est émaillée d'épisodes de pics de colère inadaptes à la situation et difficilement contenus et maîtrisés par le sujet.

Il existe également un trouble de l'identité avec une image de soi « vague, très imprécise, pouvant varier d'un extrême à l'autre » (18).

Un stress aigu et de forte intensité peut faire émerger un épisode psychotique avec présence de symptômes transitoires à type de symptômes délirants de thématique persécutoire, de mécanisme intuitif et interprétatif, méfiance, hostilité avec hétéro-agressivité, syndrome de référence, ou encore dépersonnalisation et déréalisation (18).

L'individu borderline n'a pas conscience des « limites de soi et de l'autre » impactant ses relations interpersonnelles, relations instables souvent « chaotiques et conflictuelles » marquées par une « alternance entre idéalisation et dévalorisation, voire haine envers autrui ».

Il existe habituellement une oscillation entre demande excessive de considération et d'attention, de grande proximité et une attitude d'éloignement, d'isolement, voire de fuite (18).

Un autre trait central du trouble de personnalité borderline est la relation de dépendance de type anaclitique mise en place par le sujet, qui « attend de façon passive et avide » qu'un membre de son entourage résolve ses difficultés ou réponde à ses attentes. Si le proche ne répond pas à son attente de façon satisfaisante, « son angoisse d'abandon est réactivée » (18).

L'individu instaure avec son entourage une relation de soumission, quasi enfantine avec une vision manichéenne et pouvant être comparée à la relation parent-enfant. Il existe ainsi une alternance entre deux positions extrêmes avec idéalisation du proche et de ses capacités ne reflétant pas la réalité puis dévalorisation de celui-ci lorsqu'il n'a pas répondu correctement à ses attentes.

En outre, l'état de bien-être et de plaisir résultant de la consommation de toxiques ou de comportements compulsifs (boulimie, jeu pathologique, achats compulsifs) est idéalisé alors qu'il est délétère pour l'individu (72).

Les individus borderline décrivent souvent des relations où ils contrôlent, régissent tout, pour signifier qu'ils sont entourés. Il existe un important besoin de l'autre, de s'appuyer sur lui, « l'autre ayant une fonction anti-dépressive permettant de combler une faille narcissique ancienne » (55).

Ce besoin de l'autre coexiste avec la crainte d'une trop grande intrusion. André Green évoque d'ailleurs la présence de craintes archaïques renvoyant à une alternance entre angoisse de séparation et d'intrusion (153).

Les troubles du comportement de type impulsif ont un impact sur l'ensemble des champs de la vie du sujet (instabilité affective, sociale, professionnelle...).

L'impulsivité souvent considérable engendre de multiples passages à l'acte autoagressifs (tentative de suicide, automutilations avec scarifications des membres, ivresses aiguës, surdosage de toxiques ou de médicaments, accès boulimiques, accidents de la voie publique ou autres conduites à risque...) et hétéroagressifs (agressions physiques, bagarres, maniement d'armes blanche ou d'armes à feu, violences, vols...).

J.G. Gunderson considère que les automutilations (définies comme « un acte de se faire du mal de manière délibérée, répétée, de manière physique, sans intention consciente de se suicider ou ne menaçant pas directement le pronostic vital » (18)) sont un trait pathognomonique du trouble borderline. Cet auteur ajoute que la répétition des tentatives de suicide est la « spécialité comportementale du borderline » (80).

La grande impulsivité de ces sujets favorise en outre les conduites addictives avec consommations de toxiques (retrouvées chez plus de 50% des patients borderline, s'agissant aussi bien d'alcool que d'une autre drogue) ainsi que les conduites à risques pouvant être qualifiées d'équivalents suicidaires (sexualité désinhibée avec rapports sexuels non protégés, mise en danger durant la conduite automobile) et d'autres types de conduites pathologiques (vols, délits, destruction de biens, achats compulsifs, boulimie...) traduisant une absence de contrôle (18).

Les multiples passages à l'acte impulsifs affectent tous les champs de l'existence du sujet, engendrant ruptures sentimentales et professionnelles à répétition en dépit de la forte implication du sujet dans ces relations.

Kernberg a décrit le passage à l'acte comme étant « égodynamique » (69) en ce sens qu'au moment du passage à l'acte, l'individu est récompensé par un apaisement du fait d'« une satisfaction pulsionnelle », mais critiquera violemment son geste à distance. L'individu ne tire aucune conséquence dans les suites du passage à l'acte du fait d'une absence d'élaboration en intercritique, entretenant ainsi les répétitions (35).

Le groupe de travail en charge de la mise au point de la partie troubles de la personnalité dans le nouveau DSM-5 fonde ainsi sa réflexion sur « le double aspect du trouble borderline », à savoir d'une part une « altération du sens de l'identité de soi » et d'autre part « l'altération du fonctionnement » global se manifestant par une « instabilité des émotions », une « hyperréactivité émotionnelle » et un comportement imprévisible et inconstant selon les situations.

Les relations interpersonnelles sont marquées du sceau de la dépendance anaclitique à autrui, avec présence d'un attachement insécure, vécu abandonnique et peur de la solitude (18). Ces perturbations sur le plan émotionnel sont sous-tendues par des grilles de lecture de l'environnement selon un mode manichéen, en « tout ou rien » ou « noir et blanc ».

Du fait de la grande variabilité clinique du trouble limite, son diagnostic est un des plus difficiles de la nosographie psychiatrique. En témoigne une fidélité inter-juges (accord diagnostique entre deux praticiens examinant le même patient) médiocre (18).

Afin d'améliorer la validité de ce diagnostic peuvent être utilisés certains instruments standardisés, comme le DIB-R mis au point par Zanarini en 1989 (172).

En ce qui concerne la délimitation des états limites, seront développés ci-après les éléments sur lesquels se fait la différence avec les principaux diagnostics différentiels permettant ainsi de limiter les chevauchements diagnostiques.

Comme nous l'avons abordé plus haut dans ce chapitre, les individus état-limite sont très fréquemment en proie à des troubles thymiques, notamment dépressifs, pouvant parfois entraîner une confusion avec un épisode dépressif majeur.

Aussi le tableau suivant permet de faire la part des choses, mettant en exergue les divergences entre les symptômes présents dans le cadre d'une dépression unipolaire et ceux présents chez un état-limite :

<i>Dépression unipolaire</i>	<i>Caractères communs aux deux</i>	<i>Trouble de la personnalité état-limite</i>
-culpabilité -remords	-affect dépressif -sentiment d'absence de valeur personnelle -absence d'espoir	-vide -solitude
-ralentissement psychomoteur -tristesse, retrait/ agitation		-absence de ralentissement psychomoteur -colère, besoin
-idéations suicidaires sans passage à l'acte systématique		-gestes suicidaires répétés
-relations stables	-avidité de l'objet -dépendance	-relations exigeantes -hostilité -dépendance
-préoccupations de défaites et d'échecs	-fragilité de l'estime de soi	-préoccupation de pertes interpersonnelles -séparation
-bon accueil de l'aide (avec histoire d'indépendance)		-Autosuffisance illusoire (avec histoire de dépendance)

Tableau 2: comparatif des éléments cliniques du syndrome dépressif majeur et des éléments dépressifs retrouvés chez les patients états limites (72)

D'autre part, certains traits de la personnalité limite comme l'irritabilité, les sentiments de rage ou de colère ou encore les troubles du comportement de type impulsif engendrant des passages à l'acte auto et hétéroagressifs peuvent constituer un tableau clinique dont les frontières avec la psychopathie sont parfois minces.

Le tableau suivant fait état d'un comparatif entre ces deux entités cliniques souvent source de méprise:

	<i>Etat limite</i>	<i>Psychopathie</i>
symptômes	-dépression -mise en acte -appétences morbides -états psychotiques aigus	-mise en acte hétéro-agressive répétitive -désinsertion sociale -absence d'affects -utilité immédiate
angoisse	- de perte d'objet, de dépendance ou d'intrusion -de vide, de solitude, non élaborée	-peu d'angoisse -angoisse de surface
relation d'objet	-anaclitique -dépendante -ambivalente -incomplétude narcissique	-ne parvient pas à réparer l'objet -introjection conservatrice impossible
Moi	-un secteur adaptatif et un secteur anaclitique	-double secteur
Mécanismes de défense	-clivage -déli -régression pré-génitale -identification-projection -manipulation agressive de l'autre	-clivage
Conflits et instances	-stades intermédiaires -prégnance de fantasmes de différents niveaux -conflit Moi/Idéal du Moi	-idéal du Moi archaïque -Surmoi insuffisamment intériorisé avec carence

Tableau 3: Comparaison état limite, psychopathie(72)

Enfin la structure de personnalité limite, de par son polymorphisme clinique, peut présenter des traits similaires à ceux d'autres troubles de la personnalité, pouvant amener le clinicien à poser un diagnostic inexact.

Le tableau suivant liste ainsi les caractéristiques communes à l'état-limite et aux autres troubles de la personnalité, ainsi que celles qui les distinguent:

<i>Troubles de la personnalité</i>	<i>Etat-limite</i>
Histrionique	<p><b>traits communs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-recherche d'attention</li> <li>-comportement manipulateur</li> <li>-affects labiles</li> </ul> <p><b>traits divergents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-côté autodestructeur du patient borderline</li> <li>-rupture violente des relations proches</li> <li>-sentiment de vide profond et de solitude</li> </ul>
Schizotypique	<p><b>traits communs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-idées persécutives</li> <li>-illusions</li> </ul> <p><b>traits divergents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-symptômes transitoires dans les états limites</li> <li>-réactivité interpersonnelle</li> <li>-répondent à l'effet structurant de l'environnement</li> </ul>
Narcissique et paranoïaque	<p><b>traits communs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-réactions coléreuses à des stimuli mineurs</li> </ul> <p><b>traits divergents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-instabilité de l'image de soi</li> <li>-aspect autodestructeur</li> <li>-impulsivité et crainte de l'abandon</li> </ul>
Antisociale	<p><b>traits communs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-comportement manipulateur</li> </ul> <p><b>traits divergents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pas de recherche de profit, ni pouvoir, ni avantage matériel</li> <li>-défaut moins étendu du contrôle pulsionnel</li> <li>-recherche de l'attention de l'entourage</li> </ul>

Dépendante	<p><b>traits communs</b></p> <p>-peur d'être abandonné</p> <p><b>traits divergents</b></p> <p>-réaction à l'abandon par un sentiment de vide affectif, de rage et par des revendications chez le patient borderline</p> <p>-relations intenses et instables chez le patient borderline</p> <p>-personne dépendante réagit par attitude de soumission et recherche une relation de substitution</p>
------------	--

Tableau 4: Critères distinctifs entre personnalité borderline et autres troubles de la personnalité d'après le DSM-IV (72)

## 2. État limite et passage à l'acte

### 2.1 La clinique de l'acte :

La clinique de l'acte a fait l'objet de nombreuses études et analyses en psychiatrie, les praticiens s'intéressant grandement à ses mécanismes psychopathologiques (174). L'acte en lui-même peut être appréhendé sous différents angles, pouvant ainsi représenter une déviance par rapport à une norme socio-culturelle, ou encore constituer de part son caractère intrusif, envahissant et éventuellement répété un symptôme en lien avec une angoisse ou un état pathologique permettant de poser un diagnostic.

La terminologie de l'acte s'est progressivement étoffée au fil des travaux des différents courants jusqu'à l'obtention d'un champ sémantique très fleuri, contenant ainsi les notions d'agir, acte, action, passage à l'acte/par l'acte/ en acte, recours à l'acte, mise en acte, acting out/ acting in etc... dont les limites conceptuelles sont parfois floues. Ces multiples éléments complexifient la compréhension de la notion d'acte (175).

**L'agieren ou mise en acte de l'inconscient** est un terme allemand introduit en 1914 et relatif à l'agir durant la cure psychanalytique. Freud explique ainsi que l'agieren « vient à la place de la remémoration de ce qui est oublié et refoulé. L'analysant ne se remémore absolument rien de ce qui est oublié ou refoulé, mais l'agit. Il ne le produit pas sous forme de souvenir mais sous forme d'acte, il le répète, naturellement sans savoir qu'il le répète » (176,177).

En d'autres termes, il s'agit de la « mise en acte de pulsions afin d'obtenir une satisfaction immédiate » (178). Le sujet privilégie ainsi l'acte au fait de se souvenir, de mettre en mots. Pour Freud, la réalisation inconsciente de l'acte pendant les séances de thérapies ou entre ces séances permet au sujet d'esquiver et ainsi d'être exempté de la verbalisation du souvenir refoulé et du transfert avec le thérapeute.

Freud a par ailleurs décrit plusieurs entités mettant en exergue le fait que l'acte est l'expression d'une pensée bannie.

La notion d'**acte manqué** a ainsi été décrite en 1904 comme « permettant la décharge de la motion pulsionnelle dans et par l'acte même » (178). Il s'agit d'un acte d'allure inopinée mais en réalité motivé par des raisons inconscientes, situé en position intermédiaire entre la pensée consciente du sujet d'une part et le refoulé d'autre part.

En outre, la notion d'**action compulsive/ contrainte** décrite en 1907 concerne des actions dont la réalisation est irrépressible pour le sujet. La dynamique de répétition des actions compulsives constitue un rempart contre l'angoisse en lien avec un fantasme refoulé, contraignant l'individu à « répéter des expériences déplaisantes et traumatiques » (179).

Par la suite, la troisième entité clinique introduite est l'**acting-out**. Il s'agit d'un terme anglais non employé par Freud mais usité par les psychanalystes francophones et renvoyant au concept freudien de l'agieren qui, d'après la traduction française de Laplanche et Pontalis signifie « mise en acte » (178).

Plus précisément, l'expression « to act out » est une construction anglaise dans laquelle le suffixe « out » précise le caractère étendu de la signification du verbe « to act ». « To act » peut en effet signifier « jouer un rôle (to act a part) », ou encore « jouer une pièce (to act a play) » (177).

Le suffixe « out » ajoute l'idée d'extérioriser, d'exprimer, d'étaler au dehors ce que l'on a à l'intérieur de soi, ainsi que le fait de mener l'action à bien jusqu'à son achèvement. Cela comporte ainsi la notion d'aboutissement de l'action avec un sujet qui joue la pièce jusqu'à la fin. D'un point de vue psychanalytique, l'acting-out est un moyen pour le sujet de révéler au psychanalyste ses désirs inconscients et s'adresse toujours à l'Autre (180). Il peut être considéré comme « une parade » qui dévoile ce qui était dissimulé (181), comme un acte impulsif démonstratif fait dans le but d'interpeller.

Il permet d'éviter l'angoisse et « traduit la difficulté du sujet à élaborer le conflit angoissant qui met en scène son désir inconscient » (178). L'individu privilégie l'action à la verbalisation ou la pensée et met à jour, extériorise le conflit auquel il est en proie par son acte.

On distingue ainsi l'*acting-in* (acte dans le but d'interpeller durant la séance) et l'*acting-out* (acte dans le but d'interpeller en dehors des séances). Il est à percevoir comme un symptôme placé sous les yeux de l'Autre (monstration), et requiert ainsi un décryptage (demande de sens...).

Le premier cas d'acting-out est décrit par Freud. Il s'agit du cas d'une jeune homosexuelle sortant en public en compagnie d'une femme plus âgée qu'elle afin de dévoiler leur relation au grand jour, et ce dans le quartier où travaillait son père dans le but d'extérioriser le conflit oedipien dont la résolution était impossible pour elle.

Durant ce processus, l'individu n'est « pas conscient de ce qu'il donne à voir par son attitude » (182). L'acting-out perce à jour ce qui n'a pu se dire, ou être conçu et appréhendé par le psychanalyste. C'est un transfert, malgré le fait que l'individu ne montre rien de manière consciente et n'a aucune connaissance de ce qu'il montre.

Il peut s'agir d'une gêne, honte, inquiétude en lien avec ce qui est abordé en séance, de la recherche de la mise en place d'un cadre ou de limites par l'analyste. C'est ainsi à l'Autre de décoder le message de l'acting-out, qui doit être vu comme un symptôme (183). Roussillon décrit d'ailleurs l'acting out comme un « *langage adressé, adressé à soi (...) mais aussi adressé à l'autre, en attente peut-être que ce qu'il dit sans savoir, sans le dire, soit entendu par l'autre et reflété par celui-ci* » (184).

L'acting-out est à différencier de l'acte et du passage à l'acte. Ce constat a été fait par Lacan (183) après sa lecture de l'analyse de la jeune homosexuelle de Freud (185), écrit s'intéressant aux processus psychiques conduisant la jeune fille à prendre une orientation homosexuelle.

Pour Lacan, la distinction entre ces deux concepts est fondamentale et réside dans plusieurs points (183,186):

<i>acting-out</i>	<i>passage à l'acte</i>
Adressé à l'autre	Pas d'adresse
Le sujet est un jeu	Le sujet est l'enjeu
Conduite organisée	Acte impulsif
Symptôme	Acte impulsif
Se produit sur une erreur d'interprétation	Interprétation sauvage
Pas forcément action motrice	Action motrice

Tableau 5: critères distinctifs entre acting-out et passage à l'acte selon Lacan

Concernant le **passage à l'acte**, il s'agit d'un agir impulsif inconscient. Ce n'est pas un acte. Lacan indique en outre que le fait de « se laisser tomber », comme l'a fait la jeune homosexuelle de Freud en tombant du pont après l'acting-out dirigé vers son père est un élément essentiel de tout passage à l'acte.

Celui-ci survient dans un contexte de forte émotion où l'individu est brutalement renvoyé à ce qu'il est comme objet pour l'Autre, engendrant une forte et irrépressible angoisse ainsi qu'une grande impulsivité. Il peut ainsi succéder à un acting-out dans le cadre d'une angoisse massive en court-circuitant par là-même la pensée mentale dans le but de soulager l'angoisse.

Le sujet se précipite ainsi brutalement dans l'acte: « C'est alors que, de là où il est – à savoir du lieu de la scène où, comme sujet fondamentalement historisé, seulement il peut se maintenir dans son statut de sujet – , il se précipite et bascule hors de la scène» (187).

Barlier décrit en outre le passage à l'acte et cette sortie de la scène comme un moment de désubjectivation. Le sujet, alors confronté à un élément banal (un regard, une parole...) réactivant un élément inconscient, perd en effet ses caractéristiques et repères subjectifs propres expliquant par là-même que « le sujet n'est ni auteur ni acteur du scénario mais seulement un rouage, un mécanisme (...) réduit à n'être que l'instrument d'une scène qui se passe ailleurs » (188).

Ainsi, le sujet sort brutalement de la réalité suite à la confrontation avec un élément extérieur, déclencheur de l'acte. La désubjectivation est également accompagnée de désobjectalisation, processus selon lequel « les éléments provenant du réel (la victime) n'ont plus le statut de signifiant », la victime étant donc dépossédée de son statut d'humain (178).

La pulsion du sujet est accompagnée d'un sentiment de grande force et de toute puissance se manifestant sous la forme d'une violence intense et brutale faisant éclater les barrières psychiques (188).

Barlier traduit le passage à l'acte comme un processus permettant la « disparition d'une conflictualité inconsciente insupportable de par son intensité » et ainsi comme « une solution de survie psychique » à un instant donné, le sujet n'ayant d'autre choix que de recourir au passage à l'acte (188).

La pulsion du sujet est empreinte d'hallucinations, amenant à ce que des bribes de sentiments et d'événements passés similaires et confondants colonisent la réalité et dépossèdent la victime de son statut d'être humain.

Le passage à l'acte est par ailleurs souvent lié à une volonté de maintenir de façon inconsciente une attitude absolue de contrôle, l'individu étant prêt à mourir pour conserver la maîtrise des éléments.

Certains auteurs considèrent le passage à l'acte comme un acting-out impulsif (189). Il plonge brutalement l'individu dans une action comme une agression physique, un délit, un crime, une tentative de suicide...(175).

En outre, plusieurs auteurs mettent en exergue l'origine pluri-factorielle du passage à l'acte, pouvant ainsi être liée à une intolérance à la frustration et une tendance à l'impulsivité dans un contexte de tension interne, de stimuli environnementaux délétères, d'un investissement excessif de la relation avec autrui... (190).

Le passage à l'acte est d'autre part perçu comme un comportement psychomoteur, une « décharge motrice » dénuée de sens. Il s'agit d'une « réalisation achevée et répétitive, comme si l'énergie bloquée passait toute entière dans l'acte, de manière habituelle » (191). Il est le témoin d'une défaillance du système psychique étant « destiné à atteindre l'autre sans avoir à dévoiler (ni à se dévoiler à soi-même) les pensées profondes qu'on peut avoir ». Il constitue une « rupture entre parole et action » (17).

De plus le passage à l'acte, déferlement pulsionnel et voie de décharge comportementale, représente un axe d'économie psychique. Il s'agit d'une voie succincte court-circuitant la psyché et diminuant l'activité d'élaboration mentale.

Il constitue le signe d'une déficience des capacités de contrôle: « À défaut de s'écouler de façon adaptée, l'énergie risque alors d'emprunter des schémas comportementaux désirables mais sans objet (comportements à vide) ou orientés vers des substituts impropres. Si l'énergie stagne, elle peut subir une espèce de mutation psychosomatique et inonder le système neuro-végétatif. Elle peut aussi se transformer de façon telle qu'elle se mette au service de stratégies à long terme (ainsi, l'inhibition de la colère initiale entraîne un stockage de celle-ci sous une forme refroidie, à « catabolisme » lent, la vengeance) » (190).

Par ailleurs, cette tension interne empruntant une voie de décharge interagit avec le système cognitif, en ce sens que « ce qui est jugé d'une certaine façon quand le Moi n'est pas sous pression peut être apprécié très différemment sous la contrainte interne de l'impulsion: tel acte réprouvé en temps ordinaire devient bon et désirable lorsque le système de valeurs est remodelé par le sentiment

de nécessité et d'urgence » (190). Ainsi, le positionnement du sujet vis-à-vis d'un acte est versatile et se modifie en fonction de différents paramètres contextuels.

Il est à noter que le passage à l'acte n'est véritablement préjudiciable pour le sujet que dans sa modalité médico-légale, c'est-à-dire lorsqu'il y a manquement à la loi (commission de délits, crimes). Ainsi, le but de l'expertise psychiatrique est d'en déchiffrer la signification (186):

- passage à l'acte comme « abréaction »: dans un but de décharge des tensions internes et de l'angoisse massive
- passage à l'acte comme « mise en acte »: agieren
- passage à l'acte comme « mise en scène »: acting-out

L'élaboration du sujet après les faits est essentielle. Ainsi, une thérapie visant à « rétablir les conditions de l'analysabilité des processus psychiques ainsi que la chaîne associative et le processus de mentalisation » permettra de décoder le sens du passage à l'acte et par là-même de transformer un passage à l'acte en un acting-out ou un agieren (193).

## ***2.2 Le passage à l'acte chez l'état limite: psychopathologie de l'acte criminel***

Les passages à l'acte émaillent l'existence des individus état-limite, menant un combat perpétuel pour leur vie et contre la dépression. Ces passages à l'acte sont qualifiés de « violents », les distinguant des passages à l'acte « agressifs » des individus psychotiques (17).

D'un point de vue psychanalytique, l'individu état-limite interagit dans la période infantile précoce avec son environnement extérieur dans le champ familial, affectif, éducatif, permettant la genèse d'un imaginaire primitif. Cependant un blocage survenant au cours de ces interactions ne permet pas

à l'imaginaire oedipien normal d'être intégré de façon suffisante en ce qui concerne la violence et l'amour, engendrant une « fausse latence protectrice de tout acte violent ou sexuel » dont l'individu aura des difficultés à s'affranchir.

En d'autres termes, les individus ne vivent pas leur crise d'adolescence à l'âge normal et tentent d'éviter de la vivre en passant directement à l'âge adulte assorti de « fantasmes pulsionnels violents ».

Physiquement adultes, ces individus peuvent être considérés comme de « grands enfants » empreint d'importants doutes sur le plan des affects et d'une angoisse devant la difficulté du contrôle pulsionnel (17,194).

Ainsi, le passage à l'acte violent est utilisé comme outil de démonstration aux autres, démonstration destinée à donner l'illusion d'une personnalité solide, forte et indépendante sur le plan relationnel et affectif. Il n'en est rien, l'angoisse interne intense de l'individu ébranle les remparts de la tension et de l'excitation interne, dont la résultante est l'émergence fréquente de passage à l'acte violent.

Ces tentatives de gestion des pulsions et les déferlements violents font écho à des carences affectives et identificatoires précoces dans l'enfance, qui permettent normalement l'édification d'une structure stable de la personnalité. Les individus état-limite ont ainsi des difficultés à définir de façon autonome qui ils sont et quels sont leurs buts dans la vie (195).

Il existe un défaut du fonctionnement imaginaire, ne permettant pas d'ajuster le contenu des rêves à la réalité vécue par le sujet (196).

Par ailleurs, les individus état-limite sont caractérisés par un manque d'intégration de l'instinct violent du fait de l'absence de modèle dans leur environnement, souvent empreint de violence ambiante et vue comme seule réponse à de nombreux stimuli.

Ainsi, la grande majorité des passages à l'acte violents émaillant l'existence des état-limites sont relatifs à l'instinct violent naturel et brutal, et non à un acte agressif planifié et réfléchi par avance et incorporant la notion de plaisir par vengeance.

Les individus état-limite peuvent en outre avoir recours à des identifications projectives lors des passages à l'acte, en désignant par un exemple un individu comme persécuteur selon des arguments flous en lien avec des souvenirs de l'enfance (événements passés similaires ou confondants...). Il s'agit d'une « véritable construction hallucinatoire d'une néo-réalité destinée à justifier l'extériorisation de pulsions agressives non maîtrisables » (17).

Les individus état-limite fonctionnent ainsi principalement sur le mode de l'agir immédiat avec des passages à l'acte impulsifs violents plongeant brutalement l'individu dans une action comme un délit ou un crime (175). L'origine de ces passages à l'acte impulsifs est multi-factorielle, liée à une intolérance à la frustration et une grande tendance à l'impulsivité dans un contexte de tension interne ou de stimuli environnementaux délétères.

Ces passages à l'acte sont caractérisés par une désobjectivation et une désobjectalisation (cf infra) et constituent un axe d'économie psychique.

En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, ces passages à l'acte peuvent succéder à un acting-out dans le cadre d'une angoisse massive en court-circuitant par là-même la pensée mentale dans le but de soulager l'angoisse.

Les acting out sont en outre fréquents chez les états limites, s'agissant de demandes d'aide déguisées dans des actes impulsifs démonstratifs fait dans le but d'interpeller, ces individus ne parvenant pas à demander de l'aide différemment. Ces acting out doivent être considérés comme un symptôme auquel il est nécessaire de donner un sens (17,175,195).

Le mode de l'agieren (mise en acte) est par ailleurs rarement retrouvé dans le fonctionnement limite.

### 3. Expertise psychiatrique pénale de l'état limite

#### 3.1 Expertise psychiatrique pénale: cadre général

##### A- Notions générales préliminaires:

##### Infractions

Une infraction repose sur la présence simultanée de 3 éléments (239):

- un élément légal: l'infraction doit être prévue par la loi

Cet élément réside dans un des principes fondateurs du droit pénal français, à savoir le fait qu'on ne peut être poursuivi et condamné que pour une infraction définie dans un texte légal. C'est le « principe de la légalité criminelle », illustré dans l'article 111-3 du Code pénal, qui stipule: « nul ne peut être puni pour un crime ou un délit dont les éléments ne sont pas définis par la loi, ou pour une contravention dont les éléments ne sont pas définis par le règlement » (198). Il en découle qu'un juge se trouve dans l'obligation, afin d'engager des poursuites contre un individu, de chercher et de consulter le texte pénal applicable à la situation (« qualification des faits »).

- un élément matériel: l'auteur doit avoir commis les actes réprimés par la loi

« L'infraction doit être matérialisée par un acte ». Celle-ci peut être classée en « infraction de commission » (réalisation d'un acte interdit) et « d'omission » (omission de réaliser un acte prescrit par la loi). Le résultat de l'acte est également, la plupart du temps, pris en considération (1).

- un élément moral: l'infraction est nécessairement le résultat de l'intention coupable de son auteur ou d'une faute commise par ce dernier

Cet élément prend en compte la dimension intentionnelle ou non de la faute pénale commise, et donc « la notion de culpabilité » (197). Le lexique juridique Dalloz définit l'intentionnalité comme « la situation d'une personne qui se voit reprocher l'élément moral d'une infraction, soit au titre de l'intention, par hostilité aux valeurs sociales, soit au titre de la non intention, par indifférence aux dites valeurs » (199).

Mais pour être prise en considération, la faute pénale doit être imputable à l'individu concerné.

« L'imputabilité sera ainsi le fondement de l'élément moral » (1), et va de pair avec les notions de « libre arbitre » et de « discernement », l'individu devant avoir « une volonté libre et une conscience d'agir » (197,199).

C'est sur ces notions que les experts psychiatres sont amenés à statuer durant l'expertise psychiatrique pénale présentencielle de responsabilité.

Une fois l'imputabilité confirmée, on distingue différents degrés d'intentionnalité: on parle de faute intentionnelle ou non intentionnelle.

Cette distinction est illustrée dans l'article 121-3 du Code pénal, qui stipule qu' « il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui. Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait » (200).

Bon nombre de juristes parlent de « faute » pour caractériser l'élément moral des infractions non intentionnelles, et de « dol » pour l'élément moral des infractions intentionnelles (1).

Le dol implique « la volonté de commettre un acte que l'on sait être interdit », comprenant donc à la fois « la connaissance de l'interdiction et la volonté de commettre tout de même l'acte » (197).

On parle de dol spécial lorsque l'élément moral d'une infraction volontaire reflète que le sujet a été animé d'un mobile ou a poursuivi un but précis, par exemple tuer quelqu'un afin d'entraver son témoignage. Le dol spécial permet ainsi de faire la distinction entre le *meurtre*, retenu dans le cas où le sujet a agi dans le but de donner la mort, et les *coups et blessures volontaires* ayant entraîné la mort sans intention de la donner retenus dans le cas où le sujet a agi sans velléité homicide.

Lorsque l'infraction est préméditée, on parle de dol aggravé, la préméditation étant définie par l'article 132-72 du code pénal comme le « dessein formé avant l'action de commettre un crime ou un délit déterminé ». Le dol aggravé permet ainsi de différencier le *meurtre* et l'*assassinat* (homicide volontaire avec préméditation) (197).

La faute non intentionnelle est retenue « en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui », ou « en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement » (200). Il faut ainsi que l'auteur commette « une faute caractérisée », que cette faute fasse courir à autrui un risque élevé, lequel risque ne pouvant être méconnu par l'auteur (197).

## **Responsabilité**

### Définition:

Le terme responsabilité est défini selon le dictionnaire français Larousse comme « l'obligation ou la nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres ».

Dans la sphère juridique, elle représente « l'obligation de répondre d'un dommage devant la justice et d'en assumer les conséquences sur les plans civil, pénal et disciplinaire » (201).

Dans le domaine pénal, elle constitue « l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par le texte qui les réprime » (201).

### Caractéristiques de la responsabilité pénale:

Comme le dispose l'article 121-1 du Code pénal, « nul n'est responsable pénalement que de son propre fait » (202). La responsabilité pénale est de fait strictement personnelle, non assurable, et « faite d'imputabilité et de culpabilité » (197).

La notion d'imputabilité, définie selon le dictionnaire français Larousse comme le fait d'« attribuer à

un individu la responsabilité d'une infraction », est constituée par 2 éléments selon le droit pénal: « l'imputabilité matérielle purement objective, et l'imputabilité morale » (intérêt dans le cas de l'expertise psychiatrique pénale) (1,203).

Comme nous l'avons dit plus haut, pour qu'une faute puisse être imputable à un individu il faut que celui-ci « jouisse d'une volonté libre et d'une conscience d'agir » (197). Ces propos sont directement rattachés aux notions de libre arbitre et de discernement, notions sur lesquelles les experts psychiatres sont amenés à se prononcer dans le cadre des expertises psychiatriques pénales pré-sentencielles de responsabilité. Les experts psychiatres statuent donc en définitive sur la notion d'imputabilité (1).

Une fois l'imputabilité confirmée, la notion de culpabilité peut être envisagée. Elle apprécie le lien entre l'individu et ses actes avec différents degrés d'intentionnalité.

En dépit du principe juridique de présomption d'innocence qui « fait peser la charge de la preuve des éléments constitutifs de l'infraction sur le Ministère Public », le droit pénal français reconnaît une « présomption d'imputabilité » et donc « l'inversion de la charge de la preuve ». En revanche, la preuve de la culpabilité est à la charge du Ministère public (1,204).

#### Causes d'irresponsabilité pénale:

Les causes d'irresponsabilité pénale sont divisées en causes objectives et subjectives (197):

##### -causes objectives d'irresponsabilité pénale:

- le commandement de l'autorité légitime, sauf si l'acte est manifestement illégal (article 122-4 du Code pénal)
- l'ordre ou la permission de la loi ( article 122-4 du Code pénal)
- la légitime défense, accompagnée des critères liés à l'agression, devant être actuelle et injuste, et la réponse devant être nécessaire et proportionnée (articles 122-5 et 122-6 du Code pénal)
- l'état de nécessité, avec un danger devant être imprévisible, actuel ou imminent, et une action nécessaire et proportionnée (article 122-7 du Code pénal)

-causes subjectives d'irresponsabilité pénale:

- le trouble psychique ou neuropsychique (article 122-1 du Code pénal), incluant la possibilité d'une irresponsabilité pénale pour une personne « atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes », et comprenant une exigence temporelle et de causalité
- la contrainte, devant être irrésistible et imprévisible, pouvant être physique ou morale
- l'erreur de droit invincible (article 122-3 du Code pénal)
- la minorité ( article 122-8 du Code pénal), valable uniquement si l'enfant est incapable de discernement

Ces deux catégories d'irresponsabilité pénale donnent lieu à des suites différentes sur le plan pénal. En effet, les causes objectives « ne font pas obstacle à la constitution de l'infraction » du fait de la présence des trois éléments constitutifs mais annihilent les sanctions car l'infraction a eu lieu « dans des circonstances telles qu'elle se trouve justifiée » (204) .

Les causes subjectives sont en rapport avec la personne du délinquant ou du criminel. Elles « empêchent la constitution de l'infraction car il y a non imputabilité, donc absence de l'élément moral qui est nécessaire à la constitution de l'infraction » (1). En revanche, les complices éventuels de l'infractions pourront être condamnés, conservant leur responsabilité pénale.

Remarque importante, l'individu bénéficiant d'une irresponsabilité pénale pour cause de trouble psychique ou neuropsychique en vertu de l'article 122-1 du Code pénal demeure cependant condamnable dans le domaine civil. Sa responsabilité civile demeurant intacte, il est dans l'obligation de réparer le dommage causé à autrui comme stipulé dans l'article 414-3 du Code civil « celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation ».

## **Homicide**

### Définition:

L'homicide est défini selon le dictionnaire français Larousse comme l'« action de tuer volontairement ou non un être humain ». On parle de « meurtre » lorsqu'il est intentionnel, et

d'« homicide involontaire » lorsqu'il n'est pas intentionnel. Le meurtre prémédité est appelé « assassinat » (199).

Ce travail traite uniquement des meurtres (homicide volontaire non prémédité) et tentatives de meurtre.

#### Éléments constitutifs de l'homicide volontaire:

Le meurtre est défini dans le Code pénal (livre II: crimes et délits des personnes, titre II: atteintes à la personne humaine, chapitre Ier: atteintes volontaires à la vie de la personne, section I).

Les éléments constitutifs du meurtre sont les suivants (204,205):

**-un élément légal:** l'infraction doit être prévue par la loi

L'article 221-1 du Code pénal stipule que « le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de 30 ans de réclusion criminelle ».

**-un élément matériel:** sa caractérisation repose sur la démonstration de trois composantes:

- *Un comportement:* le meurtre constitue une infraction de commission par la réalisation d'un acte interdit par la loi
- *Un résultat:* le meurtre constitue une infraction matérielle ayant pour but un résultat précis, à savoir la mort d'autrui. La victime doit « être une personne humaine, autre que soi-même » (le différenciant du suicide) et « vivante au moment de l'acte ». Lorsque l'infraction n'entraîne pas la mort, ou si la victime était déjà décédée au moment des faits, la tentative d'homicide est retenue (comme stipulé dans l'Arrêt Perdereau, Cour de Cassation, du 16 janvier 1986). Par ailleurs, « le consentement de la victime n'est pas un fait justificatif entraînant la disparition de l'infraction », s'agissant alors d'euthanasie (1).
- *Un lien de causalité certain* entre le comportement réprimé par la loi et le résultat obtenu.

**-un élément moral:** l'infraction est nécessairement le résultat de l'intention coupable de son auteur ou d'une faute commise par ce dernier

Le meurtre constituant une infraction intentionnelle, il nécessite l'association des critères de dol général à savoir la « volonté de commettre un acte positif en ayant conscience de violer la loi pénale », et de dol spécial à savoir la « volonté tendue vers un résultat » (204), le résultat étant la mort d'autrui. Cela permet ainsi de faire la différence entre le meurtre et les coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, pourtant constitué d'un élément matériel identique (cf infra). Il est à noter en outre que les « différents mobiles (jalousie, euthanasie) » n'ont aucun impact sur l'élément moral. La preuve de la culpabilité est à la charge du Ministère Public (1).

#### Peines et sanctions encourues:

Elles diffèrent selon le type de meurtre perpétré.

En effet, en cas de meurtre dit *simple* (sans circonstances aggravantes), l'accusé encourt une peine de 30 ans de réclusion criminelle (article 221-1 du Code pénal).

Dans le cas d'un meurtre dit *aggravé*, la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité, et peut comporter, pour certaines circonstances aggravantes, « un allongement de la période de sûreté à 30 ans » ainsi qu'une « absence de possibilité d'aménagement de peine » (1).

Les circonstances aggravantes punies de la réclusion criminelle à perpétuité sont ainsi disposées dans le Code pénal:

- l'association avec un autre crime ou délit: « le meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime » ainsi que « le meurtre qui a pour objet soit de préparer ou de faciliter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité de l'auteur ou du complice d'un délit » (article 221-2 CP).

-la préméditation: « dessein formé avec l'action de commettre un crime ou un délit déterminé » (article 132-72 CP); « le meurtre commis avec préméditation ou guet-apens constitue un assassinat » (article 221-3 CP).

-la catégorie de victime (article 221-4 CP, alinéas 1 à 7):

- 1° Sur un mineur de quinze ans
- 2° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les pères ou mères adoptifs
- 3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur
- 4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes
- 4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition
- 6° A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à

une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée

- 7° A raison de l'orientation sexuelle de la victime

-le type d'auteur (article 221-4 CP, aliéna 8 et 9):

- 8° Par plusieurs personnes agissant en bande organisée
- 9° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité.

Après avoir détaillé ces quelques notions générales nécessaires à la compréhension de ce travail, nous tenterons dans le chapitre suivant d'établir l'historique de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle de responsabilité, en soulignant sa place au sein de l'histoire de la psychiatrie générale. Nous analyserons le cadre de la mission expertale présentencielle classique et son impact sur le plan médico-légal, avant d'aborder les responsabilités grandissantes confiées aux experts et le déplacement progressif vers une expertise post sententielle de dangerosité.

## **B- Historique**

### **Histoire de la psychiatrie**

Les préludes de la psychiatrie sont apparus durant l'Antiquité grâce au développement de la médecine.

G. Lantéri-Laura explique en effet que d'un point de vue anthropologique, « presque toutes les cultures connues comportent des représentations sociales de ce que, dans notre propre culture, nous entendons par folie », que cela ait attrait au « merveilleux, au surnaturel, divin ou diabolique » ou encore à des « banalités naturelles ». Il précise en revanche que si la folie est présente dans toutes les cultures, « de nombreuses cultures sont tout-à-fait dépourvues de ce que, de près ou de loin, on pourrait appeler psychiatrie ». Il en découle alors que « d'un point de vue à la fois logique et chronologique, les représentations sociales de la folie sont premières et la psychiatrie, quand elle existe, s'avère toujours seconde ». Cette représentation sociale de la folie est nécessairement antérieure à celle de la psychiatrie, qui n'a pu émerger et se développer que « dans des cultures où fonctionne quelque chose comme une médecine plus ou moins héritière de cette médecine grecque, hellénistique et romaine » (206,207).

Dans l'Antiquité, forces divines et surnaturelles occupaient une place considérable, et la médecine s'est rapidement destinée à prendre en charge les maladies, appartenant au domaine du naturel et non « le mal », relevant du surnaturel: « La médecine ne s'occupe que de la nature et, sans nier le surnaturel, elle le tient pour radicalement étranger à son domaine; elle a affaire avec la diversité irréductible des maladies, au pluriel, mais elle n'est pas concernée par le mal, au singulier » (206; 207).

La folie était jusqu'à lors considérée comme ayant une origine divine, comme l'illustrent les nombreux récits mythologiques. Les médecins remarquant que les maladies somatiques (infections fébriles, déshydratation...) pouvaient elles aussi faire apparaître des symptômes identiques à ceux de la folie, se mirent « à proposer une autre lecture de cette folie, une lecture médicale, sans s'opposer au modèle surnaturel et divin, pour lequel il se disent incompetents ». Il s'en suivra la co-existence de ces deux conceptions de la folie jusqu'au début du 19<sup>ème</sup> siècle (1).

Pour G. Lantéri-Laura, l'histoire de la psychiatrie peut être divisée en 3 paradigmes, se succédant au fil du temps (206):

### 1) L'aliénation mentale (1793, nomination de Pinel à l'hôpital de Bicêtre-1854):

Dans le contexte de la fin de la Révolution Française vont apparaître de manière concomitante asiles et prisons, deux entités qui auront « une histoire parallèle complexe » (208).

Le courant humaniste, alors en vogue à l'époque et ayant pour credo « la curabilité de l'aliénation mentale et de la criminalité », a permis l'apparition des asiles sous l'influence des aliénistes, alors que la prison entérinait la fin des supplices et châtiments corporels. Ceux-ci sont remplacés par l'incarcération qui devait permettre de « traiter le criminel comme on peut traiter les autres formes de folies », sans toutefois mettre folie et crime sur un plan d'égalité. Pinel explique d'ailleurs qu'« un fou est un malade et non un criminel, un criminel n'est pas un fou » (209).

Ainsi les aliénistes, premiers psychiatres, vont décrire la folie comme étant « l'aliénation mentale, qui est une maladie et qui, à ce titre, relève exclusivement de la médecine, de telle sorte que ceux qui en sont atteints sont des malades à traiter et à guérir et doivent échapper à la police et à la justice » (210).

La psychiatrie générale tire ainsi ses origines de la psychiatrie légale, qui consistait à observer et analyser les personnes dites « déviantes », qualifiées d'aliénées, placées dans les établissements publics comme les hôpitaux généraux de l'époque (Bicêtre, Salpêtrière...), les dépôts de mendicité, les maisons de force, sur Ordre royal en compagnie de divers criminels, indigents, tuberculeux, infirmes, prostituées et autres (1).

Les fous souffraient donc d'aliénation mentale, maladie unique aux présentations multiples (manie, démence, mélancolie, Pinel parlera également d'idiotisme) dont la prise en charge thérapeutique consistait en un « traitement moral de la folie », qui « cherche à s'appuyer sur ce qui reste de sain dans le plus aliéné des aliénés pour l'aider à restaurer sa raison » (206).

Le concept de caractère incomplet de l'aliénation mentale permettait de penser que la guérison des aliénés semblait possible, par le biais de ce traitement moral, s'appuyant sur la part de raison saine restante. La psychothérapie connaît ainsi ses débuts.

Pour être mené à bien, ce traitement devait être pratiqué dans un « environnement rationnel », à savoir des lieux comme les asiles, le plus souvent situés en zone rurale dans des endroits reculés permettant l'éloignement « du tumulte de la vie sociale et des passions » (206). Le terme asile vient en effet du grec *asulon*, signifiant lieu inviolable ou encore refuge.

Les aliénistes se rendaient donc dans les prisons et les hôpitaux généraux afin de repérer les aliénés, de les libérer (illustration bien connue de Pussin et Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes à la Salpêtrière et à Bicêtre), et de les placer dans les asiles.

C'est le psychiatre français Esquirol, élève et disciple de Pinel qui porta le projet de construire des bâtiments uniquement dédiés à la prise en charge et au traitement des aliénés. Il présenta à ce propos son écrit *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* en 1819 au ministre de l'Intérieur.

Dans ce contexte il permit la rédaction de la loi n°7443 du 30 Juin 1838, dite « loi sur les aliénés », restée en vigueur jusqu'en 1990. Ce texte fait mention de la création dans chaque département d'un asile d'aliénés et constitue la première loi de protection des patients atteints de troubles mentaux, permettant la mise en place d'un cadre légal strict fixant les règles juridiques de l'internement dans ces établissements, et précisant les droits des patients ainsi que leur possibilité de recours en cas de contestation de la décision d'internement.

Dans cet esprit humaniste et sous l'impulsion des aliénistes a également été rédigé l'article 64 du code pénal de 1810 relatif à l'irresponsabilité pénale des personnes souffrant d'un trouble mental, texte restant en vigueur jusqu'à la fin de XX<sup>ème</sup> siècle.

## 2) Les maladies mentales (1854, parution de l'article de Falret « De la non existence de la monomanie »-1926):

Au fil du développement de la médecine somatique et de l'accumulation des connaissances médicales et scientifiques, notamment dans les domaines cliniques et anatomopathologiques permettant la classification des pathologies, le concept de maladie mentale unique qu'est l'aliénation mentale paraît de moins en moins crédible et est désavoué par bon nombre d'auteurs de la communauté médicale.

Ceux-ci suggèrent de délimiter différentes entités pathologiques en fonction des signes cliniques et

du profil évolutif. C'est alors le plein essor de la séméiologie psychiatrique, comportant un nombre croissant de signes cliniques à rechercher afin d'établir un diagnostic donné et « conduisant à de multiples nosographies, sans considérer ni rechercher l'origine de ces maladies » (1). On assiste ainsi à la multiplication des maladies mentales sans vue d'ensemble, engendrant un nombre important de chevauchements diagnostiques.

### 3) Les grandes structures psychopathologiques (1926-1977):

Ce dernier paradigme démarre au congrès de Genève en 1926, où Bleuler y expose sa conception de la schizophrénie, insistant sur la dimension organique. Selon lui, la schizophrénie est due à « l'altération des processus associatifs et le repli autistique sur soi ».

Le début est également marqué par la *Gestalttheorie* (théorie de la forme) ainsi que le développement de la neurologie, des courants que sont la psychanalyse et la phénoménologie dont les membres vont proposer des modèles explicatifs des troubles mentaux (211).

E. Minkowski a durant cette période élaboré la notion de « diagnostics structuraux » grâce à son « approche phénoméno-structurale » novatrice pour l'époque. Il fut l'un des pionniers à utiliser la phénoménologie pour le diagnostic psychiatrique. Sa conception est fondée sur l'existence d'un noyau psychopathologique dans chaque maladie, sorte de base invariante entre les individus. La maladie est donc constituée d'un noyau psychopathologique commun à tous les individus qui en sont atteints et de symptômes cliniques spécifiques à chaque individu (212).

G. Lantéri-Laura estime que ce paradigme a pris fin lors de la disparition d'Henri Ey.

## **Histoire de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle de responsabilité**

L'histoire de l'expertise psychiatrique de responsabilité commence bien avant le premier paradigme précédemment décrit et précède donc la naissance de la psychiatrie. Elle débute au XVIII<sup>ème</sup> siècle avec Zacchias, un médecin légiste de l'époque, réclamant « un examen médical pour chaque fou ainsi qu'une exonération de peine rendant possible les soins » (5,213). Son souhait ne sera guère pris en compte par les magistrats qui pensaient être à même de repérer les troubles mentaux et de prononcer sans avis médical « des acquittements pour cause d'aliénation mentale », alors exceptionnels à l'époque (214).

L'expertise psychiatrique pénale va connaître un réel développement sous l'impulsion des aliénistes, par le biais d'une réflexion portant à la fois sur la curabilité de l'aliénation mentale et sur discernement et le libre arbitre ayant un impact sur le droit pénal de l'époque.

Comme décrit précédemment, les aliénistes se rendaient dans les prisons, dépôts de mendicité et hôpitaux généraux de l'époque afin de récupérer les aliénés et de les placer dans les asiles où il leur sera proposé un traitement moral.

Une conception binaire se met progressivement en place, opposant diamétralement « l'aliéné, malade mental, irresponsable et relevant d'une prise en charge psychiatrique, et le criminel, responsable donc punissable » par la justice (1,4).

Cette vision est illustrée par les propos de Pinel, déclarant « Ces aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante. Les aliénés, qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié, doivent être soignés dans des asiles spéciaux » (209).

Ce concept figurera grâce à l'influence des aliénistes dans l'article 64 du Code pénal de 1810, qui dispose: « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

Cet article entérine donc deux grands cas de figure, d'une part « le criminel conscient de ses actes (...) alors déclaré coupable et responsable, et puni en conséquences » et d'autre part l'individu dont

l'« état de démence est reconnu » et qui « à la différence de ce qui prévalait sous l'Ancien régime, ne peut être jugé » (215).

Viendra ensuite compléter cet article la loi de 1838 dite « loi sur les aliénés » portée par Esquirol, fixant les règles juridiques de l'internement des malades mentaux dans les asiles au lieu de les incarcérer.

Georget, également élève de Pinel à l'instar d'Esquirol appuiera « la nécessité d'une expertise psychiatrique pour évaluer la responsabilité de l'accusé dans toute affaire criminelle », procédure automatiquement appliquée depuis (213).

A ce moment-là, les enjeux autour de l'expertise psychiatrique sont considérables pour l'accusé puisque de ses conclusions va dépendre son orientation dichotomique « entre guillotine et asile » selon qu'il soit considéré ou non comme aliéné, ce qui a motivé un grand perfectionnement de la clinique, gagnant en rigueur et fiabilité au fil du temps.

Cela se manifeste par les « nombreux traités consacrés à l'expertise », mais aussi par « le développement de l'enseignement de la psychiatrie médico-légale au XIX<sup>ème</sup> siècle »(1,213).

L'affinement de la clinique et l'essor des connaissances sémiologiques vont amener les cliniciens et les juristes à progressivement désavouer cette conception manichéenne.

En effet, Falret (appartenant au 2<sup>ème</sup> paradigme selon G. Lantéri-Laura) a différencié et individualisé les maladies mentales selon une clinique et une évolution qui leur est propre, comportant des phases d'évolution cyclique et des phases dénuées de symptômes, provoquant d'importantes modifications nosographiques (216).

Par ailleurs, l'essor de la psychanalyse a produit une véritable avancée dans le domaine de la psychocriminologie, s'intéressant à l'impact des conflits internes sur les comportements des individus (4). Les nouveaux travaux mettent ainsi en évidence une « gradation de la maladie mentale », pathologies pouvant se manifester par des cortèges de symptômes d'intensité et de retentissement variables (217) amenant par voie de conséquence le droit pénal français à « prendre en compte la situation des « demi-fous », également qualifiés d'« anormaux mentaux » » (215). Emerge alors la difficulté de la manière de prendre en charge les « anormaux mentaux qui, sans être aliénés, ne peuvent pas pour autant être qualifiés de normaux » (219).

Un début de réponse fut donné avec un arrêt de la Cour de Cassation de 1885 disposant qu'« il n'y a

pas violation de l'article 64 du code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée » (220), permettant de « poser explicitement le principe d'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement » (215).

Par la suite, la circulaire Chaumié du 12 Décembre 1905 fut le premier texte impliquant les experts dans la procédure d'atténuation de la peine chez des sujets présentant un trouble mental avéré en leur confiant la mission d'évaluer leur degré de responsabilité: « à côté des aliénés proprement dit, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé ».

Le caractère partiel de la folie et le concept de responsabilité atténuée sont dès lors allègrement contestés, de même que le pouvoir donné à l'expert dans le cadre de ses missions. C'est dans ce contexte qu'en 1907, les médecins aliénistes réunis en congrès, demandent que « les magistrats dans leurs ordonnances, leurs jugements ou leurs arrêts s'en tiennent au texte de l'article 64 du Code Pénal et ne demandent pas au médecin expert de résoudre les dites questions qui excèdent sa compétence » (214).

La circulaire Chaumié donnera lieu dès sa mise en application à une majoration des peines prononcées, les psychiatres ayant notamment tendance à rédiger « des rapports responsabilisateurs par crainte que les individus dangereux obtiennent des réductions de peine » (208).

Les innovations thérapeutiques pharmacologiques des années 60 et l'émergence des traitements psychotropes et en particulier des neuroleptiques feront apparaître de nouveaux dilemmes et d'autres problématiques, par exemple dans la situation où la pathologie mentale est stabilisée au moment de l'infraction.

L'impact sur l'expertise psychiatrique sera notable puisque cela va amener les experts à se focaliser sur l'état mental au moment des faits reprochés, contrastant avec le dogme antérieur selon lequel « le simple fait que la personne soit porteuse d'une pathologie psychiatrique grave avait comme

corollaire la proposition d'une irresponsabilité pénale » (1,5).

L'article 64 du Code Pénal de 1810 est par la suite de plus en plus critiqué. En cause, son caractère manichéen, mais aussi le terme suranné de « démence » et sa formulation (« il n'y a ni crime, ni délit... »), discutant et mettant en doute la réalité des faits ce qui est à la fois source de confusion pour l'auteur mais aussi difficilement acceptable pour la victime et ses proches (221). Enfin, la question de l'état de démence n'était pas dissociée de celle de l'état de contrainte (216).

La prise en considération de ses critiques a conduit à substituer l'article 64 par l'article 122-1 (alinéa 1 et 2) traitant la question du discernement et du contrôle des actes dans le cas d'une pathologie psychiatrique, ainsi que par l'article 122-2 du nouveau Code Pénal de 1994, traitant de la notion de contrainte. La séparation entre ces deux notions est entérinée (222).

L'article 122-1 du code pénal de 1994 comprend deux alinéas, disposés comme suit:

*Article 122-1:*

*Alinéa 1: N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

Cet alinéa reprend le fond de l'article 64 du code pénal de 1810, y incorporant une modification de la formulation, tenant compte des contestations de l'époque (216,221). Le terme de « démence » a en effet été abandonné au profit des termes de « trouble psychique ou neuropsychique », permettant de ne pas mettre en doute la réalité des faits tout en considérant de tels troubles comme une cause éventuelle d'irresponsabilité pénale. Les critères permettant de retenir cet alinéa sont énoncés en fin de texte, à savoir l'abolition du discernement ou du contrôle des actes.

*Alinéa 2: La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.*

Les termes de cet alinéa conservent la dichotomie entre aliénés et anormaux mentaux inscrite dans la circulaire Chaumié mais modifient le rôle de l'expert qui doit dès lors évaluer la présence d'une altération du discernement et d'une entrave du contrôle des actes, l'évaluation du degré de responsabilité étant à la charge de la juridiction (216). La notion de responsabilité atténuée a en

revanche disparu du texte légal de 1994.

L'alinéa 2 a par la suite été modifié par la Loi n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 17 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. La modification reprend ainsi les termes précédemment énoncés et y ajoute:

*« Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».*

Cette seconde mouture entérine le principe d'atténuation de la peine prononcée en cas d'altération du discernement ou d'entrave du contrôle des actes de l'auteur. Le législateur a ainsi fixé de manière claire une diminution du maximum légal de la peine encourue d'un tiers, contrastant avec la version antérieure de l'alinéa 2.

Le législateur a en outre tenu à préciser la marche à suivre lorsque, après avis médical psychiatrique, la juridiction considère que des soins médicaux sont nécessaires. Celle-ci doit alors faire en sorte que le sujet bénéficie de « soins adaptés à son état », par la mise en place par exemple d'un suivi-socio-judiciaire, d'une contrainte pénale avec injonction de soin, ou d'un sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins.

La juridiction peut néanmoins refuser dans certains cas l'application de la diminution de la peine prononcée, les procédures étant différentes selon les tribunaux (Cf supra).

Cette nouvelle disposition de l'alinéa 2 constitue ainsi un progrès notable dans la prise en compte de l'altération du discernement et de l'entrave des actes de l'auteur d'une infraction, permettant une meilleure application du principe d'individualisation de la peine.

L'article 122-2 du Code Pénal de 1994 dispose:

*Article 122-2:*

*N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.*

## **C- Cadre et mission expertale présentencielle classique**

### **Cadre de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle**

Les fonctions premières de l'expertise psychiatrique pénale présentencielle sont d'une part, l'identification parmi les sujets expertisés des individus souffrant d'une pathologie mentale, afin de leur proposer les soins nécessaires et adaptés à leur état (2); et d'autre part, de statuer sur « l'incidence des maladies mentales comme abolition éventuelle du discernement au moment du passage à l'acte criminel » modifiant ainsi le devenir du sujet qui s'éloignera de la sphère judiciaire pour être pris en charge médicalement (5).

L'Audition Publique de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'expertise psychiatrique pénale du 25 et 26 janvier 2007 revient sur ce fondement de l'expertise, expliquant que « la justification première de l'expertise psychiatrique dans le procès pénal, depuis deux siècles, est de permettre à la société de repérer le fou qui n'aurait pas eu conscience de son acte, n'aurait pas été capable de le vouloir ni de le comprendre et ne justifierait donc pas d'être puni » (2).

L'expertise psychiatrique pénale constitue donc un « filtre entre hôpital et prison » (2,223), un « régulateur » du système justice-psychiatrie, permettant d'en « assurer l'équilibre » (1,224).

Cette notion est illustrée dans les propos de Senon et Manzanera, tous deux expliquant que chaque société fonde sa sécurité sur « un équilibre ténu » entre la justice (système punitif de sanction et de répression) et la psychiatrie (proposant des soins afin de diminuer la dangerosité des sujets) (1,6). Aussi, en France, un équilibre existe entre « le code pénal et le code de la santé publique, toute modification de l'un entraînant une modification de l'autre » (1,3,4,6).

Cet équilibre est rendu possible grâce à la définition claire de la responsabilité pénale, et à l'offre de soin proposée par les institutions hospitalières et pénitentiaires aux personnes irresponsabilisées ou non afin de limiter le risque de rechute et de récidive criminelle (6).

Un premier équilibre a été mis en place au XIX<sup>ème</sup> siècle entre le Code Pénal de 1810 et la loi du 30 Juin 1838 sur les aliénés. Le rôle de l'expertise était alors capital. A cette époque, les enjeux autour de l'expertise psychiatrique étaient considérables pour l'accusé puisque de ses conclusions

dépendait son orientation dichotomique « entre guillotine et asile » selon qu'il était considéré ou non comme aliéné. Une conception binaire était alors en vogue, opposant diamétralement « l'aliéné, malade mental, irresponsable et relevant d'une prise en charge psychiatrique, et le criminel, responsable donc punissable » par la justice (1,4).

Par la suite, un deuxième équilibre s'installe entre la loi du 27 Juin 1990 (relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation) et le nouveau Code pénal de 1994, avec une définition graduelle de « deux niveaux de responsabilité en fonction de la clinique au moment des faits » (1,6).

Néanmoins l'expertise psychiatrique pénale, bien qu'étant un pilier essentiel de cet équilibre ne dispose d'aucun cadre juridique spécifique (2,3).

En effet, parmi les articles donnant lieu à la pratique d'une expertise, peu de précisions spécifiques sont données à propos de l'expertise psychiatrique.

L'article 156 du code de procédure pénale fixe ainsi le cadre général pour l'ensemble des expertises, sans distinguer l'expertise psychiatrique pénale.

L'article 164 du même code l'évoque de manière floue et indirecte, stipulant que « les médecins ou psychologues experts chargés d'examiner la personne mise en examen, le témoin assisté ou la partie civile peuvent dans tous les cas leur poser des questions pour l'accomplissement de leur mission, hors la présence du juge et des avocats ». Seul le terme général de « médecins » est ainsi cité, sans préciser la qualification de psychiatre.

Constat identique au regard de l'article 122-1 du Code Pénal, occupant pourtant une place capitale dans le domaine de l'expertise psychiatrique pénale de responsabilité, où il est sous entendu qu'une expertise psychiatrique doit être pratiquée puisque le repérage des « troubles psychiques ou neuropsychiques » fait partie intégrante de la compétence des médecins psychiatres (2).

Ce n'est que dans l'article R117 du Code de procédure pénale, relatif aux rémunérations des expertises, qu'est explicitement mentionnée l'expertise psychiatrique pénale.

L'expertise psychiatrique pénale présentencielle est actuellement systématique en matière criminelle, mais également parfois en matière délictuelle (« délits d'une particulière gravité » ou « infractions à caractère sexuel ») en vertu des dispositions de l'article 706-47 du Code de Procédure Pénale, et ce dans un souci d'une meilleure application du principe d'individualisation des peines prononcées fondé sur le « degré de culpabilité » (3).

Ces missions doivent être réalisées par des psychiatres experts, permettant de « garantir une bonne

articulation justice-psychiatrie par le biais du rapport expertal » (1) rédigé en fin d'expertise dans lequel l'expert peut, dans ses conclusions, proposer par exemple une irresponsabilisation du sujet et la mise en place de soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) au titre de l'article 122-1 du code pénal lorsqu'il constate une abolition du discernement ou du contrôle des actes.

Cette conclusion expertale n'est en fait qu'une simple proposition que le magistrat peut suivre, ou pas.

Cependant depuis la loi du 25 Février 2008 (relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental), les magistrats ont la possibilité de retenir dans des centres fermés les criminels ayant été condamnés à des peines supérieures ou égales à 15 ans de réclusion et considérés comme encore dangereux à leur sortie de prison avec un risque persistant de récidive. Cette rétention de sûreté sera prononcée pour une durée d'un an renouvelable en cas de danger persistant. Dans ce cadre, le suivi des propositions des experts par la justice est de moins en moins systématique (1).

Dans un système justice-psychiatrie idéal, une proposition d'irresponsabilité pénale par l'expert serait suivie par le magistrat et impliquerait l'hospitalisation du sujet en psychiatrie afin qu'il bénéficie de soins adaptés à son état clinique. Cette orientation serait par la suite entérinée par les certificats médicaux des psychiatres le prenant en charge dans le service hospitalier (3,4).

L'expert psychiatre est ainsi un « technicien qui doit dire si l'intéressé est atteint d'un trouble mental et déterminer l'influence de ce trouble sur la responsabilité pénale mais aussi sur l'aptitude à subir une sanction » (3).

Il consigne toutes ces informations dans le rapport expertal transmis au magistrat, qui n'est « pas lié par ces conclusions » et qui apprécie « souverainement l'état mental » du sujet, décidant de l'impact en terme d'imputabilité et de responsabilité (218).

Une fois les éléments du rapport en sa possession, le magistrat pourra se prononcer en faveur d'une irresponsabilisation pénale totale du sujet (article 122-1 alinéa 1) et donc mettre en place une hospitalisation sous le mode SDRE; ou prononcer une peine, pouvant être réduite d'un tiers dans le cas d'une responsabilisation partielle du sujet et donc de l'application de l'article 122-1 alinéa 2, ou entière si l'accusé est reconnu coupable des faits qui lui sont reprochés (2,3).

Par voie de conséquence, l'expertise psychiatrique présentencielle de responsabilité est donc « centrée sur l'imputabilité; elle permet de qualifier l'élément moral de l'infraction » (1).

Comme disposé dans l'article 156 du Code de procédure pénale, l'expert psychiatre peut être

mandaté pour une mission présentencielle par « toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique (...) soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties » (1,2,4,225):

- dans le cadre d'une garde à vue, à la demande de l'Officier de Police Judiciaire agissant sous l'autorité du Procureur de la République
- dans le cadre d'une comparution immédiate, le juge demande de manière systématique une expertise en cas de délit sexuel pouvant permettre la mise en place d'une injonction de soin, ou s'il suspecte une pathologie psychiatrique
- au stade de l'instruction, à la demande du juge instructeur de manière systématique pour les crimes et les délits à caractère sexuel, et à la demande du magistrat, du procureur ou des parties pour tout autre délit
- lors du jugement, à la demande du tribunal correctionnel ou de police, ou plus fréquemment du président de la Cour d'Assises
- La chambre d'instruction pourra également mandater un expert en cas d'omission de l'expertise au stade de l'instruction, en cas de désaccord entre experts ou de faits nouveaux survenus en détention

Afin de pouvoir être mandaté, l'expert psychiatre doit être inscrit au préalable sur une liste d'experts. Cette inscription est encadrée par le décret du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires qui en précise les conditions et les procédures, en distinguant « les listes régionales dressées par les Cours d'appel », et « la liste nationale dressée par la Cour de cassation » (226).

L'inscription sur la liste régionale se fait dans un premier temps pour une période probatoire, puis pour 5 ans renouvelables, une fois les conditions suivantes remplies: âge inférieur à 70 ans, lieu de résidence ou d'activité professionnelle situé dans le domaine de ressort de la Cour d'Appel, qualification et expérience (durée préalable de pratique et d'exercice suffisante), indépendance, honneur et probité, absence de sanction disciplinaire et administrative de destitution, radiation, révocation, retrait d'agrément ou d'autorisation.

L'autorité judiciaire compétente mandate un expert unique inscrit sur une liste et établit le délai durant lequel l'expertise doit être pratiquée. A noter qu'il est possible dans certains cas complexes de recourir à une dualité d'experts.

De plus, et comme disposé dans l'article 167-1 du Code de procédure pénale, lorsque l'expert conclut à une abolition du discernement ou du contrôle des actes, la contre-expertise demandée par la partie civile est de droit, et réalisée par deux experts (1).

### **Mission expertale présentencielle classique**

Conformément à l'article C345 de la circulaire d'application du Code de procédure pénale de 1958, elle est invariablement composée des huit questions types décrites ci-dessous (2,227):

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

2- L'infraction qui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies?

3- Le sujet présente-t-il un état dangereux?

4- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale?

5- Le sujet est-il curable ou réadaptable?

6- Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement, aboli ou entravé le contrôle de ses actes?

7- Précisez l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire telle que définie par l'article 28 de la loi 98-468 du 17 Juin 1998

8- Faire toutes observations utiles à la manifestation de la vérité (non systématique)

A l'instar de ces questions classiques peuvent se rajouter des questions en rapport avec l'article 122-2 du Code Pénal, par exemple: « Le sujet a-t-il agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à

laquelle il n'a pas pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal? », ou « une question d'ordre technique, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties » (225).

La question 1 est une question d'ordre clinique et diagnostique, demandant à l'expert de lister et de décrire les symptômes observés, de les regrouper en syndromes, et de relier ceux-ci à une pathologie mentale avec un cadre nosographique clair. Cet exercice se révèle complexe puisqu'il faut à la fois se focaliser sur le trouble mental actuel présenté lors de l'expertise, mais également « en déduire l'existence au moment de l'infraction présumée » (227).

Plusieurs combinaisons sont alors possibles: troubles mentaux présents au moment de l'infraction et de l'expertise, uniquement lors de l'expertise (par exemple, en cas de décompensation en lien avec une incarcération), ou uniquement lors de l'infraction et absents au moment de l'examen psychiatrique (par exemple, en cas d'instauration d'un traitement psychotrope dans l'intervalle) (1).

La question 2 est un prolongement de la question 1, puisqu'après avoir diagnostiqué une éventuelle pathologie mentale, l'expert doit se livrer à une interprétation médico-légale en s'efforçant de mettre en relation la pathologie identifiée et l'infraction reprochée au sujet, tout en qualifiant le lien les rattachant. Ce lien peut en effet être qualifié de direct et exclusif, amenant l'expert à répondre positivement à la question 6 concernant l'abolition du discernement et du contrôle des actes, ou de partiel lorsque la pathologie a favorisé la commission de l'infraction. La pathologie peut également ne pas être en lien avec les faits reprochés au sujet.

La question 3 est relative à la distinction entre deux types de dangerosité:

- psychiatrique: patente, notable au moment de l'examen expertal, due à la maladie psychiatrique et aux symptômes qui en découlent (254)
- criminologique: latente, probabiliste, correspondant au penchant à commettre une infraction et à récidiver (255,262,263)

L'expert psychiatre est parfaitement compétent pour se prononcer sur la notion de dangerosité psychiatrique. En revanche, il lui faudra bénéficier d'une formation en psychocriminologie pour

pouvoir participer à l'évaluation multidisciplinaire de la dangerosité criminologique (4,227).

Cette notion doit en effet être appréciée à travers une évaluation pluridisciplinaire à laquelle le psychiatre se doit de participer, aux côtés de professionnels de l'univers du droit, de la sociologie...

L'audition publique sur L'Expertise Psychiatrique Pénale mentionne d'ailleurs dans ses recommandations que « la notion de dangerosité est une notion infiltrée de subjectivité qui ne se réduit pas à une analyse psychiatrique et qui nécessite une perspective pluridisciplinaire : en ce sens on peut parler de psychocriminologie » (228).

La question 4 amène l'expert à se prononcer sur « la capacité du sujet à comprendre le caractère répréhensible » des faits qui lui sont reprochés et à endurer la peine prononcée (228). Dans la formulation de sa réponse, l'expert peut rester vague ou se prononcer sur les diverses facettes de la sanction pénale.

Certains experts considèrent que « l'analyse de cette question est évolutive » (227) et qu'ainsi l'évaluation de cette capacité du sujet doit être répétée dans le temps avec une première évaluation présentencielle, puis une seconde évaluation avant le jugement permettant d'apprécier l'adaptation ou non du sujet en milieu carcéral (1).

La question 5 mêle la notion de curabilité, relative au champ médical, et celle réadaptabilité, relative au champ social et criminologique, association induisant selon M. David une absence de clarté.

Concernant la curabilité, l'expert psychiatre est amené à énumérer les différentes options thérapeutiques du trouble mental identifié à la question 1, devant permettre l'amélioration de l'état clinique du sujet.

La réadaptabilité est davantage relative au champ criminologique et n'est « pas opportune au temps de l'instruction », entraînant des réponses expertales pour la plupart « laconiques et binaires » ce qui témoigne d'un manque d'intérêt pour cette partie de la question (227).

La question 6 se rapporte directement à l'article 122-1 du Code Pénal et constitue le point capital de l'expertise présentencielle de responsabilité. Ainsi, elle « découle logiquement des questions précédentes dont elle fait la synthèse » (1). Le chapitre suivant de ce travail consacre une analyse précise à cette question.

La question 7 est relative à l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire, telle que définie dans la loi n° 98-468 du 17 Juin 1998. Ce dispositif consiste ainsi en un suivi judiciaire, social et médical ayant pour but la prévention de la récidive chez les délinquants sexuels. Il est instauré en complément ou à la place de la peine privative de liberté. Ce suivi n'est applicable que si le sujet est reconnu coupable et est effectivement condamné et n'intéresse donc pas les sujets bénéficiant d'une irresponsabilité pénale (cf supra).

Pour D. Zagury, la mission expertale présentencielle repose sur trois points (229):

- l'établissement du diagnostic actuel
- la reconstruction du diagnostic rétrospectif au moment des faits
- l'interprétation médico-légale de la relation entre l'état mental au moment des faits reprochés et l'infraction

A l'instar de cet axe rétrospectif, un axe prospectif compose également cette mission avec les notions de dangerosité criminologique, de curabilité, de réadaptabilité, et d'injonction de soins.

Les magistrats se plaignent souvent de la disparité des rapports d'expertise, notamment au niveau de la longueur des réponses et de la densité de leur contenu (2,5). Cela est principalement fonction de la formation et de l'orientation théorique des experts. En outre, il est à noter que le contenu des expertises psychiatriques pénales a évolué ces dernières années, passant d'une expertise de responsabilité à une expertise prospective centrée sur la compréhension de l'acte au moment des faits et les aspects psychocriminologiques (227).

Face aux nouvelles attentes du système judiciaire, plusieurs publications (2,4,223) tendent à étendre le terrain de la mission expertale présentencielle, distinguant ainsi 3 niveaux d'expertise:

- niveau 1: correspondant à la mission essentielle et fondamentale, à savoir l'identification des troubles et maladies mentales, la détermination du lien éventuel avec l'infraction reprochée, et la recherche d'une abolition, altération ou entrave du discernement et du contrôle des actes.

- Niveau 2: correspondant à une approche psychodynamique du passage à l'acte, en étudiant les rapports entre celui-ci, le parcours de vie et la personnalité du sujet. Ce champ de l'expertise est proche de l'examen médicopsychologique.
- Niveau 3: correspondant à une analyse psychocriminologique du passage à l'acte, permettant d'évaluer le risque de récidive dans le cadre de la dangerosité criminologique. Pour participer à ce champ multidisciplinaire de l'expertise, comme nous l'avons vu précédemment, l'expert doit justifier d'une formation en psychocriminologie.

Les experts psychiatres sont divisés concernant l'extension des champs de la mission expertale, la plupart se prononçant uniquement sur le niveau 1, d'autres moins nombreux sur le niveau 1 et 2, et certains, plus rares, sur les 3 niveaux (1,4).

## **D- Impact médicolégal de l'article 122-1 alinéa 1 et 2 du Code pénal**

### **Termes de l'article 122-1 du Code Pénal**

L'article 122-1 du Code Pénal est composé de deux aliéna, disposés comme suit:

*-Alinéa 1: « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».*

*-Alinéa 2: « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis*

*médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».*

Comme l'explique M. Schweitzer, cet article est un « chaînon linguistique à 4 termes », 2 appartenant à la sphère clinique, et 2 autres à la sphère judiciaire (233).

Les experts psychiatres sont en effet amenés à donner leur avis sur le discernement et le contrôle des actes, puis les magistrats, consultant le rapport expertal, tranchent sur l'imputabilité et la responsabilité. Ces 4 termes sont tous liés les uns aux autres. Afin de garantir une procédure de qualité, chaque protagoniste doit se cantonner aux questions situées dans son champ de compétence.

Examinons les termes de cet article:

*-troubles psychiques ou neuropsychiques:*

A noter que les termes de « troubles psychiques et neuropsychiques » se substituent à celui de « démence » de l'article 64 de l'ancien Code pénal de 1810. Néanmoins cette formulation reste vague et ses contours sont flous, les capacités cognitives de même que le rapport à la loi, aux règles et aux interdits sociaux n'étant pas systématiquement altérés chez les sujets atteints de pathologies psychiatriques ou neurologiques (233).

*-discernement:*

Ce terme tire ses racines du mot latin discernere (trier en séparant). Il est utilisé jusqu'au 18<sup>ième</sup> siècle en théologie et en droit comme étant « la faculté de distinguer le bien du mal ».

La définition se modifie progressivement au fil du temps, et le dictionnaire Larousse le définit aujourd'hui comme « la faculté de juger et d'apprécier avec justesse, d'avoir du sens critique » (1).

Bien que ce terme se rapporte davantage aux sphères théologiques et juridiques qu'à celles de la clinique psychologique et psychiatrique, c'est aux experts psychiatres qu'il revient de statuer sur le sujet, « mettant en relation l'éventuelle pathologie mentale avec le discernement » du sujet (233).

Justice et psychiatrie ont des conceptions différentes de la notion de discernement. Pour les juristes,

la définition est restée « la faculté de distinguer le bien du mal », alors que les psychiatres n'ont pas de définition claire, s'intéressant davantage au jugement.

Jugement et discernement sont des notions séparées faisant intervenir différents processus cognitifs. M. Schweitzer explique par là-même que « le discernement ne concerne pas seulement la chose mais encore les circonstances qui l'environnent (...) pour ne pas la confondre avec d'autres. Le jugement regarde la chose en elle-même pour en pénétrer le vrai, il se borne aux choses présentes; le discernement sent le rapport et les conséquences des choses, en prévoit les suites et les effets, renvoyant à l'anticipation » (234).

Le discernement peut donc être conceptualisé comme un « processus de synthèse, une composante de l'activité de pensée et de la personnalité » se construisant depuis l'enfance (233).

Ce concept comprend plusieurs composantes: « la volonté d'accomplir un acte », « la compréhension de sa finalité », « l'anticipation des conséquences pour un tiers ou la collectivité », et « la conscience de l'interdit moral ou social d'accomplir cet acte » (234,235).

#### -contrôle des actes:

Il est le fait de multiples éléments, certains intrinsèques à l'individu (facteurs psychiatriques: impulsions catatoniques, injonctions hallucinatoires; psychiques: fantasmes, angoisses archaïques), d'autres extrinsèques (environnementaux: effet du groupe; physiques: prise de toxiques et produits stupéfiants).

Les experts vont s'intéresser au fait que l'individu ait ou non conscience de ses actes, ainsi qu'à sa capacité à en limiter et anticiper les retentissements. En définitive, « l'acte est donc analysé par rapport à la capacité d'anticipation » (233).

L'article 122-1 stipule de manière claire qu'une irresponsabilisation totale ou partielle d'un sujet ne peut être prononcée qu'après évaluation de la qualité du discernement ou du contrôle des actes.

M. Schweitzer considère que la mission confiée à l'expert concerne davantage la prise en compte de l'interaction entre les troubles psychiques au moment des faits et le discernement ou le contrôle des actes, que la détermination du degré de discernement ou de contrôle des actes (233).

Ainsi sont énoncés, afin de qualifier le résultat de cette interaction, les termes abolition, altération et entrave.

-abolition (article 122-1 alinéa 1):

La présence d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant donné lieu à une abolition du discernement ou du contrôle des actes a pour conséquence l'irresponsabilité pénale du sujet. Il s'agit d'un contexte d'effacement total, d'extinction d'une faculté mentale. M. Schweitzer explique d'ailleurs qu'« en pratique, on ne peut proposer une abolition qu'en cas de défaillance majeure et rarement transitoire du discernement ou du contrôle des actes » (233).

-altération (article 122-1 alinéa 2):

Telle que disposée dans l'article 122-1, cette notion traduit « un changement mais aussi quelque chose qui fausse, falsifie » (233). Ainsi, elle résulterait plus « d'atteintes transitoires du fonctionnement psychique que d'un diagnostic psychiatrique » (1). Cependant, les troubles psychiatriques chroniques stabilisés peuvent eux aussi entraîner une altération du discernement (219).

-entrave du contrôle des actes (article 122-1 alinéa 2):

Ce terme renvoie à la notion de freiner, d'empêcher, ou encore de faire obstacle au contrôle des actes.

## **Incidences médico-légales**

Les pays dont la législation permet de prononcer une abolition du discernement ne définissent aucune pathologie irresponsabilisante, ni aucune clinique de cette abolition.

Cependant, de nombreuses publications tendent à établir une liste non exhaustive de pathologies mentales pouvant conduire à une irresponsabilité pénale, citant les psychoses chroniques (schizophrénie en phase de décompensation), les bouffées délirantes aiguës, et les troubles thymiques en phase aiguë (2,4,219,236,237).

Cependant, la condition sine qua non est que ce trouble doit être « le seul tableau clinique qui puisse rendre compte de l'infraction » (236).

Effectivement, afin de pouvoir statuer sur une éventuelle abolition ou altération du discernement ou du contrôle des actes, l'expert devra en premier lieu poser un diagnostic précis au moment des faits puis se livrer à une interprétation médico-légale en s'efforçant de mettre en relation la pathologie identifiée et l'infraction reprochée au sujet, tout en qualifiant le lien qui les rattache.

L'expert doit ainsi mettre en évidence un rapport direct et exclusif entre l'infraction et l'état mental, revenant à établir que le passage à l'acte est exclusivement le fait du trouble mental ayant aboli le discernement (2,219,223,236,237).

Cela contraste ainsi avec l'ancien Code Pénal, dont l'article 64 permettait « de conclure à une abolition du discernement sur la simple présence d'une pathologie au temps de l'action » (1).

Une double exigence est ainsi nécessaire pour proposer une irresponsabilité pénale:

- exigence temporelle: disposée dans l'article 122-1 (« atteinte au moment des faits »).
- exigence de causalité (239,240): comme indiqué par l'audition publique, il faut impérativement « un lien direct et exclusif entre la pathologie et les faits » (2,219,223,229,237).

Cette exigence est également retrouvée dans l'article C.35 de l'instruction générale pour l'application du Code de procédure pénale appelant le juge à questionner l'expert sur les liens entre la pathologie et l'infraction. Cette demande se fait par le biais de la question 2 de la mission présentencielle de responsabilité (1,240).

A noter qu'une « condition de gravité » du trouble mental existe également (1), la pathologie du sujet devant être assez décompensée lors du passage à l'acte pour être à même d'entraîner une abolition du discernement ou du contrôle des actes. Dans ce contexte, la liste non exhaustive de pathologies mentales développée précédemment comportant les psychoses chroniques (schizophrénie en phase de décompensation), les bouffées délirantes aiguës et les troubles thymiques en phase aiguë semble plus susceptible de conduire à une irresponsabilité pénale.

En outre, M. Schweitzer explique que le retentissement de la pathologie mentale sur le discernement ou le contrôle des actes doit être discuté individuellement pour chaque sujet, en

considérant l'état clinique lors des faits mais également les facteurs contextuels (consommation de toxiques, environnement délétère...) pouvant jouer un rôle dans le passage à l'acte et par là-même annihiler le lien direct et exclusif entre infraction et pathologie mentale (233).

Il existe ainsi une grande variabilité interindividuelle de l'état clinique au moments des faits chez des sujets souffrant de pathologies psychiatriques pourtant identiques. A cela se rajoute l'interaction entre le fonctionnement pathologique du sujet et les facteurs contextuels, également source de grande variabilité.

Dans ces circonstances, mettre au point une liste exhaustive de pathologies mentales irresponsabilisantes a priori est impossible, bien que certaines plus en mesure que d'autres de conduire à une irresponsabilité pénale aient été identifiées (219).

Nous citerons l'exemple de la schizophrénie, dans lequel l'expert doit réfléchir sur le fait que le sujet a ou non agi exclusivement sous l'effet du délire ou du processus dissociatif. D. Zagury explique alors que s'il existe une « dimension caractéropathique dans le passage à l'acte d'un sujet schizophrène », le lien direct et exclusif entre schizophrénie et infraction disparaît.

Dans ce contexte, ce ne serait pas l'abolition mais l'altération du discernement qui serait retenue (236,237).

L'expert est en définitive interrogé sur « la part attribuable à la maladie mentale dans le passage à l'acte », mission qui se complexifie en cas de troubles comorbides (addiction, psychopathie et trouble de la personnalité) surajoutés (192,241).

L'expert doit donc en premier lieu déterminer de manière rétrospective l'état clinique du sujet au moment des faits puis se livrer à une interprétation médico-légale en s'efforçant de mettre en relation la pathologie identifiée et l'infraction reprochée au sujet, tout en qualifiant le lien les rattachant, éventuellement de « direct, indirect, exclusif, partiel » (219).

A l'heure actuelle en France, la loi laisse « une latitude interprétative à l'expert psychiatre ». Le système est différent dans d'autres pays, comme en Angleterre avec les règles de Mc Naghten ou encore dans des Etats où la seule existence d'une pathologie mentale permet de retenir une irresponsabilisation. Cette procédure est similaire à celle de l'époque de l'article 64 de l'ancien Code Pénal qui avait comme conséquence « un internement asilaire » à long terme (237).

Pour Zagury, ces différences sont expliquées par l'existence en France d'« un mouvement de désaliénation, d'ouverture de la psychiatrie sur la cité par trois générations de psychiatres depuis la guerre » (237).

La démarche expertale a donc beaucoup évolué au fil du temps, permettant à l'expert par « une rigueur médicolegale » de statuer sur une éventuelle abolition ou altération du discernement ou du contrôle des actes.

### **Conséquences des conclusions de l'expert**

#### **1) L'expert se positionne en faveur d'une abolition du discernement ou du contrôle des actes, en faveur d'un alinéa 1:**

Les suites données à ce positionnement de l'expert ont été modifiées par le législateur.

En effet, jusqu'en 2008 cette conclusion de l'expert donnait lieu dans la plupart des cas à l'hospitalisation du sujet sous le mode HO 122-1, permettant une bonne articulation entre la sphère judiciaire et la sphère sanitaire avec un placement quasi immédiat du sujet.

La loi du 25 Février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, marque une rupture en complexifiant la procédure.

Ce texte donne en effet aux magistrats la possibilité de retenir dans des centres socio-médico-judiciaires fermés les mineurs de 15 à 18 ans et tous les auteurs de « crimes aggravés » ayant été condamnés à des peines supérieures ou égales à 15 ans de réclusion et considérés comme encore dangereux à leur sortie d'incarcération avec un risque persistant de récidive. Il s'agit donc d'une privation de liberté intervenant dès la fin de la purge de la peine.

Cette rétention de sûreté sera prononcée pour une durée d'un an renouvelable en cas de danger persistant et ne peut excéder 20 ans en matière criminelle et 10 ans en matière correctionnelle.

Dans ces circonstances, les magistrats suivent de moins en moins systématiquement les conclusions des experts et le relais justice-psychiatrie a perdu en fluidité (1).

Cette loi a instauré la possibilité d'une audience spéciale publique et contradictoire devant la Chambre de l'Instruction, à laquelle comparait l'accusé, et au cours de laquelle la juridiction a la liberté de prononcer des mesures de sûreté si l'irresponsabilité pénale est retenue.

Le décret du 16 avril 2008, relatif notamment aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental stipule en effet que lorsqu'un sujet est irresponsabilisé pénalement du fait d'un « trouble mental qui nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public », le procureur de la République doit en informer le préfet.

Cela résulte d'une double exigence. Tout d'abord du côté de la victime et de sa famille, la nécessité de prendre en compte le fait que le travail de deuil est essentiel et qu'il passe par la mise en place de cette audience publique et contradictoire; mais également une exigence sécuritaire avec les mesures de sûreté dans un réflexe de défense sociale par l'enfermement et la mise à l'écart des éléments perturbateurs de la société (210).

On peut cependant s'interroger sur l'intérêt d'une telle audience, alors que le sujet mis en examen souffre d'un trouble mental entravant la compréhension de ses actes et de son procès. Bien que la loi prévoit que la comparution de l'accusé souffrant d'une pathologie mentale n'est envisageable que "si son état le permet", cette formulation demeure floue.

Une irresponsabilité pénale peut ainsi être retenue aux stades suivants de la procédure pénale (210):

- Stade de l'instruction:

En vertu de l'article 706-119 du Code de procédure Pénale créé par la loi n° 2008-174 du 25 Février 2008, « si le juge d'instruction estime (...) qu'il est susceptible d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal » et donc retenir l'irresponsabilité pénale d'un sujet pour cause de trouble mental « il en informe le Procureur (...) ainsi que les parties » (242). Lorsqu'il n'y a aucune contestation de la part du Procureur et des parties concernant la commission de l'infraction et la décision d'irresponsabilisation pénale, le juge rend une ordonnance d'irresponsabilité pénale sans avoir la possibilité de prononcer des mesures de sûreté. Il lui faudra justifier son ordonnance, en déclarant qu'il « existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits reprochés » (210). Dans le cas où le sujet est atteint d'un trouble mental qui « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public », le juge d'instruction informe

le Procureur de la République de la date à laquelle l'ordonnance d'irresponsabilité pénale va être rendue. Celui-ci se mettra en relation avec le représentant de l'Etat dans le département, afin de mettre en place une hospitalisation contrainte sous le mode SDRE (Soins à la Demande du Représentant de l'Etat) 122-1 (243).

- Devant la Chambre de l'Instruction:

L'affaire peut être envoyée devant la Chambre de l'Instruction, soit à la demande du juge d'Instruction lui-même, soit à celle du Procureur ou des parties. Cela donne lieu à une « audience publique et contradictoire » à laquelle l'accusé doit comparaitre « si son état clinique le lui permet ». Deux notions sont alors examinées: « la réalité des charges pesant contre la personne mise en examen, et l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement et le contrôle des actes de l'accusé » (210).

Les auditions commencent par l'accusé, puis se poursuivent par les experts et se terminent par les témoins.

De ces débats s'ensuivent trois décisions éventuelles (1,210):

- absence de charges suffisantes contre l'accusé: un non-lieu classique est alors prononcé.

-existence de charges suffisantes contre l'accusé, mais celui-ci ne relève pas des dispositions de l'article 122-1 alinéa 1: renvoi de l'affaire devant une juridiction de jugement.

-existence de charges suffisantes contre l'accusé et dispositions de l'article 122-1 alinéa 1 applicables: la Chambre d'Instruction rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale, mentionnant la présence de charges suffisantes contre l'accusé. Peuvent alors être prononcées des mesures de sûreté telles qu'un placement en hospitalisation SDRE (Soins à la Demande du Représentant de l'Etat)122-1, ou d'autres interdictions diverses (fréquentation de personnes, de lieux...) pouvant entraîner l'incarcération du sujet en cas de non respect.

- Devant la juridiction de jugement:

Lors d'une audience classique, une irresponsabilité pénale pourra être retenue par la Cour d'Assises par le biais d'un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale, ainsi que par

celui d'un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale par le Tribunal Correctionnel. Ces dispositions pourront être complétées par les mesures de sûreté détaillées précédemment.

**2) L'expert se positionne en faveur d'une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes, en faveur d'un alinéa 2:**

Là encore, les conséquences de cette proposition des experts ont été modifiées par le législateur.

Avant la loi n°2014-896 du 15 août 2014, la proposition de l'alinéa 2 donnait lieu à une majoration de la peine du sujet du fait d'un réflexe de défense sociale (2,5,6,203,244,245,246), bilan allant à l'encontre de l'orientation législative. Il était en effet plus profitable pour l'accusé d'être reconnu totalement responsable des faits reprochés plutôt que de bénéficier d'un alinéa 2 (6,203,215).

Bénézech décrit d'ailleurs cette situation de manière brève, par l'expression « demi fou, double peine » (245).

L'alinéa 2 a par la suite été modifié par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 - art. 17 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. La modification reprend ainsi les termes de l'alinéa 2 précédemment énoncés et y ajoute:

*« Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».*

Cette seconde mouture entérine le principe d'atténuation de la peine prononcée en cas d'altération du discernement ou d'entrave du contrôle des actes. Le législateur a ainsi fixé de manière claire une diminution du maximum légal de la peine encourue d'un tiers, contrastant avec la version antérieure de l'alinéa 2. La juridiction peut néanmoins refuser dans certains cas l'application de la diminution de la peine prononcée, les procédures étant différentes selon les tribunaux.

Concernant le tribunal correctionnel, il doit spécialement motiver sa décision lorsqu'il décide de ne pas appliquer la diminution de la peine et de prononcer une peine supérieure aux deux tiers de la peine d'emprisonnement encourue.

Le tribunal correctionnel pourra en outre écarter la diminution de peine lorsque l'auteur de l'infraction présente une dangerosité sur le plan social et criminologique, en vertu de l'article 130-1 du Code Pénal, disposant:

« Afin d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime, la peine a pour fonctions:

1° De sanctionner l'auteur de l'infraction;

2° De favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion » (247).

Le nouvel article 130-1 du Code Pénal donne en effet la possibilité, en cas de dangerosité criminologique (définie comme une forte probabilité de commettre une infraction contre les biens et les personnes et de récidiver donc de commettre des actes avec conséquences sociales), de protéger la société en sanctionnant l'auteur des faits.

Concernant la Cour d'Assise, si la Cour considère la présence d'une altération du discernement ou d'une entrave du contrôle des actes, celle-ci garde la capacité de ne pas appliquer le principe de diminution de la peine.

Contrairement au Tribunal Correctionnel, la Cour d'Assises n'a aucune obligation de motiver spécialement sa décision, du fait que la motivation des arrêts d'assises ne portent que sur la culpabilité et non sur la peine (article 365-1 du Code de Procédure Pénale).

Cependant, dans un souci de renforcement du principe d'individualisation de la peine, le législateur a également modifié par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 -art. 17 l'article 362 du Code de Procédure Pénale afin de prévoir qu'une peine privative de liberté supérieure ou égale aux deux-tiers de la peine encourue ne puisse être adoptée qu'à la majorité de 6 voix au moins en première instance et 8 voix au moins en appel.

Cet article dispose ainsi: « *La décision sur la peine se forme à la majorité absolue des votants. Toutefois, le maximum de la peine privative de liberté encourue ne peut être prononcé qu'à la majorité de six voix au moins lorsque la cour d'assises statue en premier ressort et qu'à la majorité de huit voix au moins lorsque la cour d'assises statue en appel. Si le maximum de la peine encourue*

*n'a pas obtenu cette majorité, il ne peut être prononcé une peine supérieure à trente ans de réclusion criminelle lorsque la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité et une peine supérieure à vingt ans de réclusion criminelle lorsque la peine encourue est de trente ans de réclusion criminelle(...) » (248).*

### **3) Les malades mentaux en milieu carcéral:**

Ce dernier point concerne 3 catégories d'individus (1): les malades mentaux reconnus totalement responsables, ceux reconnus partiellement responsables pour lesquels l'alinéa 2 a été retenu, et ceux qui seront par la suite irresponsabilisés mais devant attendre l'expertise ou la contre expertise en milieu carcéral (246).

Ce milieu est extrêmement éprouvant pour l'ensemble des détenus, et d'autant plus pour ceux souffrant de pathologie mentale dont les capacités d'adaptation sont amoindries.

Ils se retrouvent dans un climat hostile et malveillant, où règnent de multiples contraintes et « règles de vie imposées, intrusives et non discutables, sous surveillance permanente des gardiens pénitentiaires, pouvant aller jusqu'à des fouilles à corps » (1).

En outre, les conditions de vie de cet environnement sont précaires, avec un espace de vie réduit à une cellule d'environ 10 m<sup>2</sup> habituellement partagée entre 2 ou 3 détenus et insalubre dans la majorité des cas. Concernant l'hygiène, les douches sont communes et sans eau chaude le plus souvent.

Enfin, les interactions entre les détenus « se déroulent sous le primat de rapports de force » (246).

Il est à noter que d'autre part les malades mentaux, de part leur manière de vivre et d'évoluer dans ce milieu sont souvent stigmatisés par leurs codétenus et le personnel pénitentiaire (2).

Ce cadre constitue malheureusement un terreau favorisant les décompensations des sujets atteints de maladie mentale, nécessitant alors la mise en place de soins psychiatriques.

Le dispositif de soins proposés est le suivant (1):

- au niveau local: le SMPR (Service MédicoPsychologique Régional) et les secteurs de psychiatrie générale mettent en place des soins ambulatoires au sein des établissements pénitentiaires.

- au niveau régional: les SMPR proposent des soins intensifs sous forme d'hôpital de jour.
- en milieu hospitalier: les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) proposent des hospitalisations temps plein, libres ou sans consentement. Celles-ci sont en cours d'établissement, et dans l'attente de leurs ouvertures, le détenu présentant des troubles mentaux rendant impossibles son consentement et constituant un danger pour lui même ou pour autrui est extrait de l'établissement pénitentiaire puis transféré dans un service de psychiatrie générale de secteur sous le mode SDRE D 398 (Code de procédure pénale).

Néanmoins une des dérives de ce dispositif de soins est, pour reprendre l'expression de C. Paulet, d'« incarcérer pour soigner y compris les plus malades » (246).

Le risque est majoré en ce qui concerne les UHSA, vues par certains auteurs comme des « lieux d'hospitalisations durables » pouvant accueillir en hospitalisation longue durée les individus ayant bénéficié d'un alinéa 2 (2,249). Pour C. Paulet, il faut à l'inverse travailler en coopération avec les secteurs de psychiatrie générale afin de mettre au point « les projets de sortie des malades détenus pour que le relai avec l'extérieur se fasse avec succès » (246).

### **3.2 Glissement d'une expertise de responsabilité à une expertise de dangerosité**

#### **A- Concept de dangerosité**

Afin de pouvoir appréhender au mieux ce concept, il convient tout d'abord de le situer au sein de la psychiatrie contemporaine. En effet, en quelques années sont survenues de nombreuses mutations ayant influencé la psychiatrie moderne, classées en 3 principaux axes par N. Cano (250):

- Une orientation neuroscientifique et médicotekhnique, avec une recherche « d'objectivation de la part des soignants et une réduction de l'expérience de la maladie à des symptômes cibles », mettant de côté le vécu personnel de chaque patient (1).
  
- Une « dimension citoyenne et santé mentale », les patients souffrant d'une maladie mentale connaissant à la fois une stigmatisation inhérente à leur maladie mais aussi « une vraie aliénation sociale ». A ainsi émergé une psychiatrie citoyenne, visant à encourager le « désaliénisme » et à reconnaître toute « la dimension citoyenne » du patient (251). La santé mentale s'étend de fait progressivement hors du champ de la psychiatrie traditionnelle, associant la discipline à de nombreux autres domaines.
  
- Une orientation sécuritaire, ayant vue le jour à partir de la fin des années 90 suite à plusieurs affaires criminelles médiatiques mêlant des malades mentaux et par la suite instrumentalisées par les politiques de l'époque. Ce penchant sécuritaire a fait du patient psychiatrique un sujet dangereux pour les pouvoirs publics mais également pour la communauté soignante qui a considérablement remanié son exercice professionnel et ses conduites à tenir. Il en a résulté en effet, comme décrit dans un rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté, une augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement ainsi que des recours aux chambres d'isolement, aux unités fermées, et à la contention physique. Une politique de sécurisation des bâtiments hospitaliers psychiatriques a également été mise en place, ainsi que des constructions de nouveaux quartiers d'isolement et d'Unités pour Malades Difficiles (1,252).

Par ailleurs l'instrumentalisation de la psychiatrie par la justice n'a jamais cessé de croître durant ces dernières années, entraînant des modifications successives dans les missions confiées aux experts psychiatres.

La loi n° 98-468 du 17 Juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, a initié la mouvance en permettant l'instauration d'un suivi judiciaire et social éventuellement assorti d'une injonction de soins ayant pour but la prévention de la récidive chez les délinquants sexuels.

Ce suivi peut être mis en place en complément ou à la place de la peine privative de liberté et n'est applicable que si le sujet est reconnu coupable et est effectivement condamné et n'intéresse donc pas les sujets bénéficiant d'une irresponsabilité pénale.

Il débute à la libération du condamné et sa durée est fixée par la juridiction de jugement (tribunal correctionnel ou cour d'assise). Une expertise psychiatrique étant nécessaire pour décider d'une injonction de soins, une nouvelle mission confiée à la psychiatrie voit alors le jour: celle de la prévention de la récidive criminelle et délictuelle.

En outre, ce dispositif de suivi sociojudiciaire/injonction de soins, originellement prévu pour des infractions strictement définies et considérées comme graves (infractions à caractère sexuel initialement puis meurtre, assassinat avec viol et barbarie...) a vu son champ d'application s'étendre au fil du temps, notamment par le biais de la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, élargissant les catégories de délits dont la récidive doit être prévenue. Cette loi a pour but le durcissement de la répression de la récidive.

Le suivi socio-judiciaire a ainsi progressivement concerné de nombreux autres types de manquement à la loi (dégradations de biens matériels public, violences conjugales...), faisant converger bon nombre de délinquants vers la prise en charge psychiatrique.

A l'instar de ces processus, le nombre d'obligations de soins dans les contextes de contrôle judiciaire ou de sursis-mise à l'épreuve s'est majoré de façon importante, les juges s'affranchissant de l'avis des experts psychiatres dans ces cas là. Il s'ensuit alors des situations dans lesquelles les psychiatres sont tenus d'assurer des suivis d'individus ne présentant pas systématiquement des troubles psychiatriques (fréquent dans le cas des obligations de soins), suivis dont la durée et l'indication sont décidées par le juge (1).

Si ces soins sont arrêtés avant l'heure, le médecin psychiatre devra en alerter le magistrat, pouvant entraîner l'incarcération du sujet.

Cette orientation sécuritaire touche également le versant expertal de la pratique psychiatrique avec

une large augmentation du nombre de missions expertales post sententielles prospectives, visant à évaluer la dangerosité du sujet mais aussi le risque de récidive (2).

La justice pousse ainsi la psychiatrie à effectuer des missions qui ne lui sont pas dévolues, comme l'évaluation et la prévention de la récidive.

Ceci est ostensible dans la loi du 25 février 2008 (relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental), donnant aux magistrats la possibilité de retenir dans des centres socio-médico-judiciaires fermés dit « de sûreté » des mineurs de 15 à 18 ans et tous les auteurs de « crimes aggravés » ayant été condamnés à des peines supérieures ou égales à 15 ans de réclusion et considérés comme encore dangereux à leur sortie d'incarcération, présentant « une particulière dangerosité, caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'ils souffrent d'un trouble grave de personnalité ». Il s'agit donc d'une privation de liberté intervenant dès la fin de la purge de la peine. Cette rétention de sûreté sera prononcée pour une durée d'un an renouvelable en cas de danger persistant et ne peut excéder 20 ans en matière criminelle et 10 ans en matière correctionnelle.

Ce texte fait fi de la notion de culpabilité, pilier fondamental du droit pénal, puisque qu'aucune charge n'est imputable au sujet lors de la mise en place de la rétention de sûreté, la peine prononcée ayant été purgée.

Bien que le législateur et le Conseil Constitutionnel expliquent qu'il s'agit non pas d'une peine mais d'une mesure de prévention, le sujet concerné y verra bien une peine supplémentaire et non prévue lors de la condamnation initiale.

Ce dispositif de rétention de sûreté s'appuie particulièrement sur les experts psychiatres puisque sa mise en place requiert au préalable une expertise médicale réalisée par deux experts, ainsi qu'une évaluation dans un service spécialisé comprenant des médecins qui seront également présent dans le centre socio-médico-judiciaire de sûreté, assurant le suivi des sujets et pouvant mettre fin à la mesure (253).

Pour de nombreux auteurs, tous ces dispositifs concourent à « une médicalisation de la justice », résultat d'un « glissement d'une responsabilité du corps politique, législatif puis judiciaire vers une responsabilité du corps médical », notamment psychiatrique (253).

Cette observation de la situation contemporaine permet d'appréhender l'histoire de la psychiatrie légale et de la psychiatrie en général, laquelle a été animée par deux principales orientations:

humaniste puis sécuritaire.

La psychiatrie générale tire ses origines de la psychiatrie légale qui s'inscrivait originellement dans un courant humaniste sous l'influence des aliénistes (premiers psychiatres), ayant pour credo « la curabilité de l'aliénation mentale et de la criminalité ». Comme nous l'avons vu précédemment, les aliénistes se rendaient dans les prisons et les hôpitaux généraux de l'époque afin de repérer les aliénés et de les libérer afin de les placer dans les asiles. Le concept de caractère incomplet de l'aliénation mentale alors en vogue permettait de penser que la guérison des aliénés semblait possible. C'est dans ce but qu'étaient pratiquées les premières expertises dans le contexte de l'article 64 du Code Pénal de 1810, relatif à l'irresponsabilité pénale des personnes souffrant d'un trouble mental.

Depuis plusieurs années un tournant sécuritaire a progressivement été pris et la psychiatrie, continuant la prise en charge des malades mentaux, se voit dévolue des missions supplémentaires au service de la justice.

C'est dans ce climat sécuritaire qu'émerge une « réactualisation du concept de dangerosité » (1).

Celui-ci est une entité difficile à appréhender, ayant vu le jour à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec les travaux de Raffaele Garofolo (école positiviste italienne), concernant alors la maladie mentale (254).

Comme nous l'avons dit plus haut dans ce travail, la psychiatrie générale tire ses origines de la psychiatrie légale et de l'expertise médico-légale. J.L. Senninger explique même que la « dangerosité du malade mental est un mythe fondateur de la psychiatrie ».

La loi de 1838 va par la suite dans ce sens, faisant allusion au « danger imminent » que représentent certains troubles mentaux (210).

La relation dangerosité-maladie mentale sera ultérieurement critiquée et désapprouvée du fait du caractère faiblement efficace des expertises psychologiques et psychiatriques dans l'évaluation et la prédiction de la dangerosité (255).

Tombé dans l'oubli dans bon nombre de pays, le concept de dangerosité réapparaît depuis quelques années en France par le biais de déclarations politiques ou de textes de loi (256,257).

Cette réactualisation survient dans le cadre du délaissement du modèle « welfare de justice pénale » se voulant « paternaliste à vocation préventive et éducative, marquée par la solidarité, l'assistance et le contrôle », pour l'adoption d'un modèle « néolibéral » qui « surinvestit la problématique

sécuritaire, prend distance avec la prévention, se contentant de cibler les populations à risques telles que les mineurs ou les malades mentaux ».

Ainsi, l'accent est mis non plus sur la réadaptation et la réhabilitation du sujet au sein de la société, « considérées comme utopiques et économiquement non rentables », mais sur la gestion du risque de récidive potentiel des individus. Ceci du fait de logiques électoralistes allant dans le « sens des exigences populaires qui réclament la protection des citoyens par la réduction des risques et la tolérance zéro » (255).

Ainsi, on constate l'émergence en France depuis une dizaine d'années de lois sécuritaires successives traitant de la « prévention de la délinquance » et de la « lutte contre la récidive », instaurant une utilisation accrue de la comparution immédiate et de la détention provisoire, une diminution de l'âge de la responsabilité pénale et impulsant la création de nouvelles infractions (258). Il s'agit d'un système à « double peine », à savoir une peine d'emprisonnement dans un premier temps puis la mise en place de mesures de sûreté dès la sortie d'incarcération (255).

Dans ce modèle, l'individu souffrant d'une pathologie mentale et auteur d'un crime « est perçu au croisement d'un déni de vulnérabilité et d'une exigence de responsabilité » se concrétisant par le fait que l'« irresponsabilité pénale est de moins en moins acceptée aujourd'hui », par un changement des pratiques du personnel soignant psychiatrique (majoration de l'utilisation des traitements médicamenteux, mise en place de soins psychiatriques en milieu carcéral), par des modifications des mentalités sociétales (reconnaissance, considération et recherche de réparation du préjudice causé aux victimes et à leur famille) ainsi que par l'augmentation parallèle des propositions d'alinéa 2 très fréquemment assorties, avant la modification de cet alinéa par la loi n°2014-896 du 15 août 2014, d'une majoration de la peine prononcée dans une logique de sanction de « la dangerosité psychiatrique sous-jacente en oubliant la part infime des malades mentaux dans la criminalité » sur le modèle « demi fou, double peine » (259).

Il semble important de distinguer deux périodes.

Avant l'année 2008, le concept de dangerosité ne concernait que certains individus préalablement reconnus pénalement responsables du fait de leurs actes et comportements antérieurs. Ces personnes étaient alors qualifiées de « dangereuses » et les textes législatifs justifiaient la mise en place d'une mesure de sûreté devant la « nécessité de prévenir la récidive », requérant juridiquement une première condamnation.

Cette mesure était sous-tendue par le risque à venir de récidive, et non par l'infraction antérieure.

Ainsi, la conduite à tenir devant la dangerosité « demeurerait rattachée à une responsabilité pénale antérieurement reconnue dont elle constituait le prolongement » (260).

La loi du 25 février 2008 (relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental) marque un point de rupture avec le système antérieur, permettant qu'une mesure de sûreté soit prononcée « à l'encontre de celui qui a été jugé irresponsable pénalement pour cause de trouble psychique ou neuropsychique ».

Ainsi, les malades mentaux irresponsabilisés peuvent être soumis à des mesures de sûreté sans avoir été condamnés au préalable. Dans ce contexte, Leturmy parle d'un phénomène d'« autonomisation du droit de la dangerosité de celui de la responsabilité » (260).

Il en résulte que la prévention du risque futur de récidive se justifie désormais par la seule existence d'une maladie mentale, et non plus sur le statut de délinquant reconnu coupable et condamné par la justice.

Leturmy explique par ailleurs que dans les nombreux écrits, le risque de récidive est aussi bien en lien avec une maladie mentale qu'avec un trouble de la personnalité, créant une confusion entre ces deux entités sémiologiques et incluant la dangerosité dans la sphère psychiatrique dont le champ d'action s'élargit progressivement.

Par conséquent, les experts psychiatres se retrouvent mêlés à des réflexes de « défense sociale » (257).

Afin de limiter les confusions entre maladies mentales, troubles de la personnalité et dangerosité, une distinction majoritairement franco-française (261) a émergé, celle de la dangerosité psychiatrique et de la dangerosité criminologique (262).

*La dangerosité psychiatrique* fait l'objet d'un consensus large concernant sa définition, décrite comme « une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » (224,249,254,255,257,258,262). Elle fait partie intégrante du champ psychiatrique.

*La dangerosité criminologique* en revanche divise les auteurs (255,257).

Certains psychiatres mettent l'accent sur l'absence de définition recevable, expliquant qu'il « n'y a aucune définition médico-légale valable de la dangerosité » (263).

D'autres en mentionnent des définitions diverses (224,255,262), différenciant les situations dangereuses survenant « lorsqu'un individu ou groupe d'individus se sentent menacés de façon réelle ou imaginaire par une agression interne ou externe contre l'intégrité de leur structure » des états dangereux, décrits comme des « complexes de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette une délit » (255,257).

Le concept de dangerosité criminologique comporte également la notion de « probabilité que présente l'individu de commettre une infraction contre les biens et les personnes » et de récidiver (255,257), donc la présence concomitante d'un « risque et de ses conséquences sociales » du fait d'« un ensemble de facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence d'un passage à l'acte » (2).

Cette dangerosité a pour caractéristiques d'être latente, probabiliste, transversale et multidisciplinaire, concernant diverses disciplines comme la psychiatrie, la sociologie, le droit... (1). Elle est « liée à de multiples facteurs qui n'ont aucune relation avec une quelconque pathologie » (258). Par conséquent, la psychiatrie ne peut se poser en protagoniste principal et exclusif dans l'évaluation de celle-ci.

L'expert psychiatre est par ailleurs le seul acteur à même d'évaluer la dangerosité psychiatrique, patente, relative à un sujet et à un moment spécifique (1).

Cette dichotomie entre dangerosité psychiatrique et criminologique est jugée peu efficace dans la pratique courante par de nombreux auteurs, considérant qu'il peut y avoir des zones de floue et de superposition ( 257,261). Il faudrait selon eux remplacer le concept de dangerosité par la notion de risque de violence (255,261) comprenant des facteurs contextuels et donnant la possibilité de se focaliser sur les facteurs de risque inhérents au sujet afin de proposer une prise en charge adaptée au mieux à chacun (262).

Cependant, dans une logique de réduction des amalgames précédemment décrits, il paraît indispensable que cette distinction soit maintenue afin de « continuer à faire la différence entre les sujets qui sont redevables d'un soin psychiatrique dans un milieu adapté et ceux qui seraient avant tout redevables d'un regard social, d'une confrontation aux conséquences de leurs actes pour pouvoir s'engager dans un processus réflexif » (256).

Cette différenciation permettra également que les missions confiées aux experts psychiatres

demeurent dans leur champ de compétence, à savoir l'évaluation de l'état mental du sujet à un instant précis, l'établissement d'un éventuel diagnostic et la corrélation avec la responsabilité pénale de celui-ci. Cela constitue en outre un rempart contre l'instrumentalisation des experts par la justice et les politiques dans le but d'instaurer des mesures de défense sociale sous couvert du soin.

## **B- L'expertise de dangerosité**

La réactualisation du concept de dangerosité a eu une incidence sur les missions confiées par les magistrats aux experts psychiatres auxquels il est actuellement demandé de se prononcer sur la dangerosité et le risque de récidive des sujets (1). A en effet émergé un aspect de l'expertise actuellement en vogue, l'expertise pénale post sententielle prélibératoire de dangerosité (2).

A noter l'accroissement du nombre de textes de lois imposant de faire appel à ce type d'expertise. Elle est à présent nécessaire dans le cas des injonctions de soins afin de mettre en place des soins adaptés, pour permettre l'instauration, selon le degré de dangerosité et de risque de récidive, d'une mesure de sûreté (rétention de sûreté, mesure de surveillance judiciaire, surveillance électronique mobile...), ou encore dans le cadre d'un aménagement de peine (suspension de peine, liberté conditionnelle, mise en semi liberté...).

Il en résulte qu'actuellement il est surtout demandé aux experts de se prononcer en post sententiel sur des problématiques d'ordre prospectif de risque de récidive ou de degré de dangerosité. Les problématiques rétrospectives diagnostiques et de responsabilité sont ainsi reléguées au second plan (2,256,257,264,265).

En outre la plupart des affaires pour lesquelles le législateur exige une expertise psychiatrique, qu'elle soit simple ou duelle, concerne ce type d'expertise psychiatrique. Ainsi, l'article 712-21 du code de procédure pénale modifié par la loi n° 2014-896 (Août 2014) dispose qu'une expertise psychiatrique préalable est nécessaire avant tout aménagement de peine pour « une personne qui a été condamnée à un suivi socio-judiciaire. Cette expertise est réalisée par deux experts lorsque la

personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de quinze ans ».

À l'heure actuelle, il semble que « le législateur valorise ainsi l'expertise de dangerosité au détriment de l'expertise de responsabilité » et ce en dépit du fait qu'il n'y a aucune confirmation d'une relation de causalité entre « expertise de dangerosité et prévention de la récidive » et que la notion de risque de récidive en période pré-libératoire doit être considérée en prenant en compte une pluralité d'éléments d'ordre « pénitentiaire, policier, sociale, voire économique » en complément des éléments psychiatriques (2).

Dans ces circonstances, l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale du 25 et 26 Janvier 2007, du fait de l'amenuisement du nombre d'experts d'une part, et de la hausse des recours à l'expertise de dangerosité d'autre part, recommande aux experts psychiatres de favoriser l'expertise présentencielle de responsabilité (1).

## **C- Implications légales: les différentes mesures de sûreté**

Le **suivi socio-judiciaire** est une mesure de sûreté mise en place par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, afin de prévenir la récidive et améliorer l'insertion sociale des individus par le biais de dispositifs de surveillance et d'assistance éventuellement accompagnés d'une injonction de soins.

Depuis sa création en 1998, de nombreuses modifications ont été faites au fil de lois successives. A l'origine de la loi, le suivi socio-judiciaire était destiné aux auteurs d'infractions sexuelles sur mineurs; il est aujourd'hui relatif aux criminels violents.

Les mesures de surveillance pouvant être instaurées sont similaires à celles du sursis avec mise à l'épreuve, de l'injonction de soins et du placement sous surveillance électronique mobile. Elle sont disposées dans l'article 132-44 du Code Pénal et peuvent prendre la forme d'une obligation de répondre aux convocations du juge d'application des peines ou du travailleur social désigné par la juridiction de jugement, l'obligation de recevoir les visites du travailleur social et de le prévenir en cas de changement d'adresse, d'emploi ou de déplacement d'une durée supérieure à 15 jours.

D'autres mesures de contrôle sont disposées dans l'article 132-45 du Code Pénal et peuvent

comporter l'interdiction de fréquenter certains lieux ou individus définie lors du jugement, l'obligation d'exercer une activité professionnelle ou de suivre un enseignement ou une formation professionnelle continue, ou encore une injonction de soins.

Le respect du suivi des mesures est contrôlé par le juge d'application des peines en charge du dossier ou un médecin coordonateur. Il constitue dans la plupart des cas une peine complémentaire mais peut être prononcé en peine principale dans un contexte de délit. Il ne peut être mis en place simultanément à une incarcération (266). En effet, s'il est prononcé conjointement à une peine privative de liberté, il débutera dès la fin de cette peine. De même, il sera interrompu par toute incarcération survenant pendant son déroulement.

Sa durée est fixée lors du jugement pour un maximum de 10 ans pour un délit et de 20 ans pour un crime sauf si celui-ci est puni de 30 ans de réclusion criminelle, et sans limitation de durée pour les crimes punis de réclusion criminelle à perpétuité (267). Son non respect par le condamné peut conduire à une peine d'emprisonnement fixée au préalable dans la décision de condamnation à un maximum 3 ans en cas de délit et 7 ans en cas de crime.

Le suivi socio-judiciaire peut être assorti d'une **injonction de soins**. Ce dispositif a vu le jour dans la loi du 17 juin 1998 et concernait initialement les délinquants sexuels avant de s'étendre aux crimes et délits pour lesquels le suivi socio-judiciaire est encouru.

Cette injonction est prononcée dans les suites d'une expertise psychiatrique pénale à l'issue de laquelle l'expert psychiatre met en exergue le fait que le condamné est prompt à bénéficier d'un suivi médical. Cette expertise doit être « réalisée par deux experts en cas de poursuite pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie » (268).

Le magistrat informe alors le sujet que son consentement est nécessaire et indispensable à la mise en place d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Le refus de consentement entrainera alors l'incarcération du sujet (269). Il peut être prononcé comme peine principale en matière délictuelle. Dans le cas d'une peine privative de liberté, ce dispositif débute dès la fin de la privation de liberté (270). Le magistrat désigne alors un médecin coordonateur chargé de mettre en place la mesure et de veiller à son bon déroulement. Il est l'articulation entre justice et psychiatrie.

Le suivi socio-judiciaire peut en outre être assorti d'une mesure de **placement sous surveillance électronique mobile** à titre de mesure de sûreté (271) instauré par la Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005. Cette disposition est mise en place dans le cas d'un sujet majeur condamné à une peine privative de liberté d'une durée supérieure ou égale à 7 ans et ayant subi une expertise psychiatrique pénale ayant mis en exergue une dangerosité, afin de prévenir la récidive (272).

Cette évaluation expertale est pratiquée au moins un an avant la fin de la peine privative de liberté et débute dès la fin de celle-ci (273). Le juge d'application des peines en charge du dossier peut également demander l'avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté et du représentant de l'administration pénitentiaire. A la vue de tous les éléments, il fixe la durée de placement sous surveillance électronique (273).

Cette mesure impose au condamné de porter un bracelet émetteur afin de le localiser à distance sur l'ensemble du territoire français et ce pour une durée de 2 ans renouvelable une fois en cas de délit, et à deux reprises en cas de crime (274). Ce bracelet est installé de façon standardisée au moins une semaine avant la libération, dans le respect de la dignité, de l'intégrité et de la vie privée du sujet (275).

Le juge informe là encore le sujet du caractère indispensable de son consentement, et de la possibilité de prononciation d'une peine d'emprisonnement en cas de refus ou non respect de la mesure (269).

Six mois avant la fin de la mesure, le juge d'application des peines peut décider de mettre fin à la mesure ou du renouvellement de celle-ci pour une durée de deux ans supplémentaires.

Un individu peut être assujéti à des **soins pénalement ordonnés** pouvant être prononcés dans différents cadres (suivi socio-judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, sursis avec l'obligation d'accomplir un travail d'intérêt général...) (276).

L'**obligation de soins** disposée dans l'article 132-45 du Code Pénal impose au condamné d'être soumis à divers examen médicaux, hospitalisations, prise de traitement, soins... et peut être mise en place à différents stades de la procédure pénale.

Cette obligation de soins peut prendre la forme d'une **injonction thérapeutique** (277), prononcée à l'encontre de personnes ayant « une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques » et/ou faisant usage de produits stupéfiants, reconnaissant les faits et donnant leur accord pour la prise en charge.

Ce dispositif d'injonction thérapeutique a vu le jour avec la loi du 31 décembre 1970 et a connu de multiples révisions depuis, dont la modifications dans la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Ainsi, le procureur de la République ou le juge d'instruction peuvent être amenés à mettre en place un tel dispositif de contrainte pour l'individu au stade pré-sentenciel, entraînant ainsi l'abandon des poursuites judiciaires et constituant une alternative aux poursuites. Le magistrat demande alors l'avis d'un médecin ou psychologue concernant le bénéfice éventuel de cette mesure médicale.

La durée d'une injonction thérapeutique est de 6 mois renouvelable à trois reprises. La loi de mars 2007 a instauré la fonction de « médecin relais », chargé de la coordination de l'injonction thérapeutique. Ces médecins sont ainsi positionnés à la frontière entre système judiciaire et équipe soignante (277) et sont inscrits par département sur une liste établie par l'ARS.

Concernant les prévenus en attente de jugement, le magistrat peut mettre en place une mesure de **contrôle judiciaire** sous forme de diverses obligations devant être respectées jusqu'à la comparution devant le tribunal (suivi médical, restriction des déplacements, suivi socio-éducatif (obligation d'exercer une activité professionnelle ou de suivre une formation...)).

La personne prévenue peut également faire l'objet d'une **assignation à résidence sous surveillance électronique**, si le contrôle judiciaire est jugé insuffisant ou si l'individu encourt une peine d'emprisonnement correctionnel supérieure ou égale à 2 ans.

En cas de non respect de telles mesures mises en place pour le prévenu ou en cas de peine d'emprisonnement correctionnel supérieure à 3 ans, le magistrat peut décider le placement en **détention provisoire**. A noter qu'un individu placé en détention provisoire n'est assujetti à aucune obligation.

Ainsi au stade pré-sentenciel, l'individu doit entrer régulièrement en contact avec son conseiller d'insertion et de probation (SPIP), chargé de contrôler le bon déroulement de la mesure de sûreté. Lors du jugement, le magistrat prend connaissance du déroulement de la mesure, son non respect ayant des conséquences directes sur la peine prononcée.

Lorsque l'individu est considéré comme « particulièrement dangereux » le magistrat peut mettre en place, au moment de la libération prévue par le jugement, des mesures de sûreté préventives des passages à l'acte dangereux ou de la récidive.

Ainsi, la **surveillance judiciaire** est une mesure obligeant des individus ayant purgé leur peine carcérale à se soumettre à diverses mesures de contrôle en milieu ouvert durant le temps de leur réduction de peine (278).

Cela concerne les personnes ayant été condamnées à une peine carcérale supérieure ou égale à 7 ans pour un crime ou un délit et présentant un risque élevé de récidive. Le risque de récidive doit être évalué par la commission multidisciplinaire des mesures de sûreté lors d'un placement de l'individu dans un service spécialisé durant plusieurs semaines (279). Ce dispositif prend effet dès la libération et comporte des obligations identiques à celles prévues dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

La surveillance judiciaire est mise en place par le SPIP et le juge d'application des peines. En cas de non respect du cadre de la surveillance, l'individu pourra être réincarcéré pour une durée correspondant à la réduction de peine octroyée (280).

Si ce dispositif a été mis en place pour un individu condamné à une peine supérieure ou égale à 15 ans de réclusion criminelle (assassinat, meurtre, torture, viol, enlèvement, séquestration sur personne mineure ou majeure avec circonstance aggravante...), le magistrat peut prolonger la surveillance en plaçant l'individu sous surveillance de sûreté (281).

La **surveillance de sûreté** est un dispositif donnant la possibilité de soumettre un criminel, dont le risque de récidive est important, à diverses mesures obligatoires ou à des interdictions (282). Ce type de surveillance est mis en place dans les suites d'un suivi socio-judiciaire, d'une surveillance judiciaire, d'une rétention de sûreté ou encore d'une liberté conditionnelle.

Cette mesure concerne ainsi les criminels punis d'au moins 15 ans de réclusion criminelle pour des faits identiques à ceux du cas de la rétention de sûreté et dont l'inscription dans le fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes a une efficacité limitée sur la prévention de la récidive. Les obligations devant être respectées sont identiques à celles instaurées

dans le cadre du suivi socio-judiciaire ou de la surveillance judiciaire.

En outre, la **rétenion de sûreté** est une mesure de sûreté permettant le placement d'un criminel, ayant purgé sa peine et dont la dangerosité est estimée importante, dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté (283).

Cela concerne les individus punis de 15 ans de réclusion criminelle (assassinat, meurtre, torture, viol, enlèvement, séquestration sur personne mineure ou majeure avec circonstance aggravante...), présentant un trouble grave de la personnalité et dont la dangerosité criminologique est élevée avec forte probabilité de récidive.

Ce dispositif prend effet dès la fin de peine du sujet ou lors du non respect des mesures de surveillance de sûreté. En effet, au moins un an avant la fin de la réclusion, l'individu passe devant la commission des mesures de sûreté qui évalue, de manière multidisciplinaire (dont psychiatrique) et dans un service d'observation durant 6 semaines, le dossier de l'individu. Cette commission entérine la mesure en cas de niveau élevé de dangerosité et si celle-ci représente la seule possibilité permettant la prévention de la récidive, les autres dispositifs étant jugés peu efficaces.

La rétenion de sûreté est mise en place pour une période d'un an, renouvelable en cas de persistance de la dangerosité de l'individu d'après la commission.

Si le placement en rétenion n'est pas renouvelé, la personne peut être placée sous surveillance de sûreté durant 2 ans si la probabilité de récidive est forte (282).

La loi du 15 août 2014 dite loi Taubira a mis en place la notion de **contrainte pénale** comme sanction alternative à l'incarcération. Elle concerne les auteurs d'infractions (à l'exception des crimes et des contraventions) encourant une peine carcérale, leur permettant d'effectuer leur peine en dehors de la prison en étant soumis à des restrictions de liberté. Afin d'y être éligible, l'individu doit être majeur et ne doit pas présenter de dangerosité, tout en ayant des possibilités de réinsertion sociale suffisantes (structure familiale étayante, formation professionnelle ou emploi...).

Cette contrainte peut être prononcée pour une durée de 6 mois à 5 ans selon le dossier et est réévaluée par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et le juge d'application des peines de manière annuelle. En cas de non respect des obligations fixées, celles-ci peuvent se voir augmenter en nombre ou encore se durcir et gagner en sévérité. Si en dépit de ces modifications le non respect perdure, l'individu encourt une incarceration dont la peine est établie lors du procès (284; 285).

## **4. Enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence**

### **Introduction**

Comme nous l'avons mentionné plus haut dans ce travail, le nombre d'homicides et de tentatives d'homicides est important en France (environ 1600/an) et ce depuis de nombreuses années (7). Les auteurs d'homicides peuvent par ailleurs bénéficier d'une déclaration d'irresponsabilité pénale totale ou d'une atténuation de la responsabilité, dont le motif le plus courant est le trouble mental entraînant respectivement l'abolition ou l'altération du discernement (8). Les troubles mentaux graves susceptibles d'avoir un impact sur le discernement sont principalement les troubles psychotiques dont la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles graves de la personnalité dont l'état-limite (9). Cependant, bien que les troubles psychotiques (1,9,10,11,12) et les troubles de l'humeur (9,13,14) aient fait l'objet de multiples travaux d'étude dans ce domaine, les données sont bien moindres en ce qui concerne l'état-limite, diagnostic pourtant très fréquemment posé au sein de la population générale (prévalence de 2%) (15) et psychiatrique (prévalence de 15-50%) (16) et très largement impliqué dans les passages à l'acte et l'agir immédiat (17).

Quelle place occupe l'état-limite dans le passage à l'acte homicide? Quelles sont les considérations expertales de l'état-limite en terme de responsabilité et de dangerosité?

Nous avons tenté d'apporter une réponse à ces interrogations en nous focalisant sur l'étude de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire dans une population clairement délimitée, celle des experts inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.

## **Objectif**

Analyse des pratiques professionnelles des experts psychiatres inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, dans le cas de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle chez le sujet état limite accusé d'homicide volontaire.

## **Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale auprès des experts inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence par le biais d'un entretien semi-directif durant lequel l'enquêteur leur soumet un questionnaire.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont les suivants: tout médecin psychiatre expert inscrit sur la liste des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.

Les critères de non inclusion dans l'étude sont le refus de la part des experts d'y participer, et la non réponse des experts à l'e-mail et à l'appel téléphonique de l'enquêteur (cf. supra).

Ce travail d'étude ne comporte pas de critère d'exclusion.

La population cible de cette enquête sont les experts psychiatres dans leur globalité.

Afin de sélectionner la population source de l'étude, nous avons consulté l'annuaire des experts judiciaires inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence de l'année 2018 par le biais du site internet de la Cour de Cassation, disponible sur le lien suivant: [https://www.courdecassation.fr/IMG/2018-04-25\\_CA\\_Aix\\_liste\\_experts.pdf](https://www.courdecassation.fr/IMG/2018-04-25_CA_Aix_liste_experts.pdf).

Sur l'annuaire figure la liste des experts psychiatres inscrit à la Cour d' Appel d'Aix-en-Provence, soit une population source de 15 experts (16 experts mentionnés sur la liste dont un décédé dans l'intervalle).

Le questionnaire de l'entretien semi-directif constitue le matériel de cette enquête. Il a été établi à partir des données de l'Audition Publique du 25 et 26 Janvier 2007 sur l'Expertise Psychiatrique Pénale (2), du questionnaire de thèse du Dr. J. Guivarch (1), et des connaissances personnelles

acquises au fil des lectures sur le sujet (2,4,5,203,219,223,229,233,244,287,288).

L'ensemble des 16 experts de la population source a reçu en premier lieu un e-mail envoyé par l'enquêteur, présentant le travail de thèse, l'objet de l'étude et les invitant à nous recevoir dans le cadre d'un entretien semi-directif durant lequel leur sera soumis le questionnaire. Dans un second temps et uniquement en cas de non réponse de l'expert, un appel téléphonique est effectué permettant d'expliquer le contenu de l'e-mail et le déroulement de l'étude afin de les inclure dans ce travail.

Une fois l'accord de l'expert obtenu, un rendez-vous est fixé sur le lieu de travail de chaque expert (service hospitalier, cabinet libéral) afin de leur soumettre le questionnaire lors d'un entretien semi-directif dont la durée de passation est d'environ 45 minutes. Cet entretien est réalisé en face-à-face avec l'expert. Lors de cette relation duelle est progressivement évoquée la totalité des questions, dont les réponses sont simultanément retranscrites sur ordinateur par l'enquêteur.

Une fois l'ensemble des entretiens réalisés, les données collectées sont analysées par l'enquêteur en regroupant les réponses similaires au sein d'une même catégorie permettant le calcul de pourcentages et la réalisation de tableaux améliorant la lisibilité des résultats de l'étude.

Dans un souci de clarté dans l'analyse et la présentation des résultats, les questions ont été regroupées en 4 rubriques principales:

**Éléments socio-démographiques concernant l'expert psychiatre** (feuille d'introduction; questions (Q) 1 à 4)

### **Conception expertale de l'état-limite**

***A. Caractérisation de l'état-limite (Q 5, 7, 10 et 11)***

***B. Diagnostic différentiel de l'état-limite (Q 8 et 9)***

## **Expertise psychiatrique pénale d'un sujet état-limite**

**A. Généralités (Q 12 à 20, 23 et 24)**

**B. Spécificités (Q 21 et 22)**

**C. Implications médico-légales:**

- C.1: soins (Q 25 et 26)
- C.2: impact juridique (Q 27 à 29, 37)
- C.3: situations expertales particulières (Q30 à 36)
- C.4: aspects éthiques (Q 38-40)

**Réflexions sur la pratique de l'expertise psychiatrique pénale** (Q 41 et 42)

## **Résultats:**

### **Éléments socio-démographiques concernant l'expert psychiatre:**

A partir de la population source et par le biais de la méthode précédemment décrite a été sélectionné l'échantillon de population de l'étude, à savoir 10 experts psychiatres soit un taux de réponse de 66,66% : 40% d'inclusion suite à l'envoi de l'e-mail simple; 26,66% d'inclusion ayant nécessité l'envoi de l'e-mail et secondairement l'appel téléphonique.

33,33% des experts contactés par e-mail puis par appel téléphonique n'ont ainsi pas été inclus du fait de non réponse.

D'un point de vue socio-démographique, l'échantillon de l'étude est une population majoritairement masculine (90% d'hommes, 10% de femmes), dont l'âge moyen est de 58,6 ans.

Dans cette population, le nombre moyen d'années d'exercice du métier de psychiatre (internat compris) est de 34,6 ans.

Concernant l'orientation clinique et thérapeutique:

- 30% des experts questionnés indiquent être généralistes
- 20% expliquent avoir une orientation psychanalytique couplée à une pratique généraliste
- 20% déclarent avoir une orientation pharmacologique et cognitivo-comportementaliste
- 10% indiquent avoir une orientation à la fois psychanalytique et pharmacologique
- 10% précisent avoir une orientation à la fois psychanalytique et phénoménologique
- 10% indiquent avoir une orientation pharmacologique pure

La moitié des experts sollicités confie ne pas avoir bénéficié d'une formation en psychiatrie médico-légale avant de demander leur inscription sur la liste des experts. Ainsi, 50% des experts disposent d'une formation spécifique en psychiatrie légale et parmi les formations effectuées, on retrouve:

- 20% de CESU et DU de psychiatrie légale; master II et thèse de droit à Poitiers; divers formations de congrès de droit

- 20% de DU réparation juridique du préjudice corporel
- 20% de DESU législation et expertise psychologique et psychiatrique
- 40% de DES médecine légale; DES médecine pénitentiaire; DU réparation juridique du préjudice corporel

L'échantillon de population interrogé pratique l'expertise psychiatrique pénale depuis en moyenne 12,7 ans. Plus précisément, la proportion d'experts exerçant cette discipline depuis moins de 5 ans est de 20%. Cette proportion est de 40% pour une durée d'exercice située entre 5 et 10 ans et de 20% entre 10 et 20 ans. Seul un expert pratique l'expertise psychiatrique pénale depuis une durée comprise entre 20 et 30 ans. Enfin, un des experts indique pratiquer l'expertise pénale depuis plus de 40 ans.

Les experts de l'échantillon d'étude réalisent en moyenne 59,5 expertises psychiatriques pénales/an. Ainsi, 10% des experts déclarent en faire moins de 10/an, 30% entre 10 et 30/an et 30% entre 30 et 50/an. Seul un expert indique pratiquer entre 50 et 100 expertises psychiatriques pénales/an. Par ailleurs, 20% des experts mentionnent en pratiquer plus de 100 annuellement.

Parmi les motivations indiquées par la population d'étude concernant l'inscription sur la liste d'experts, 80% des experts interrogés mettent en avant la diversification de la pratique et 70% pointent l'intérêt pour la pratique et la méthodologie, un expert ayant confié à l'enquêteur être « entré en psychiatrie pour faire de l'expertise » depuis que le père d'un ami expert de l'époque lui a donné « le goût de l'expertise psychiatrique pénale » ce qui a entraîné « une hésitation entre droit et médecine lors du choix du cursus professionnel ».

En outre, 50 % des experts mettent en exergue l'intérêt financier, 20% déclarent considérer l'expertise psychiatrique pénale comme une des missions des psychiatres hospitaliers. Enfin, 10% des experts mentionnent le fait de pouvoir enseigner l'expertise psychiatrique pénale à la faculté de médecine.

## **Conception expertale de l'état-limite:**

### **A. Caractérisation de l'état-limite**

Chacun des 10 experts sollicités a donné sa définition de l'état-limite, consignées dans le tableau ci-après:

#### **Expert 1:**

-trouble de la personnalité caractérisé par une instabilité et des troubles affectifs, des troubles du comportement à type d'impulsivité, des éléments dépressifs, des moments psychotiques, des gestes auto-agressifs (automutilation, tentatives de suicide multiples, scarifications); prédominance féminine nette du trouble; personnalité fixée très tôt (fin adolescence); antécédents d'évènements traumatiques dans l'enfance (maltraitance, agressions physiques et sexuelles)

#### **Expert 2:**

-diagnostic trop rapidement posé après une heure d'expertise, requérant une évaluation dans la durée; diagnostic fait grâce aux 9 items du DSM 5; part importante des troubles de l'affectivité et du manque d'empathie qui fait la dangerosité; présence d'une impulsivité préjudiciable pour l'individu (mise en danger de lui-même et d'autrui); notion d'abandon; aspect utilitaire qui n'existe pas dans la pathologie; traits apparus très jeune (17-18ans)

#### **Expert 3:**

- question très complexe car il est difficile de faire la part des choses entre personnalité antisociale et état-limite; la personnalité limite regroupe personnalité antisociale, dimension perverse et mécanismes de défense de type psychotique (tendance à l'interprétation) presque archaïques; proximité avec la maladie mentale au sens des mécanismes; ce sont des personnalités archaïques et abandonniques (dimension anaclitique) avec émergence de violences lors des situations de ruptures

#### **Expert 4:**

-trouble grave de la personnalité dont le noyau psychopathologique est suffisamment fort pour qu'il puisse s'apparenter à une pathologie mentale; trouble caractérisé par le vécu d'abandon et un profond sentiment de vide intérieur conduisant parfois à une désinhibition et à de l'agressivité

#### **Expert 5:**

-absence d'organisation structurée de la personnalité; pauvreté des affects, tendance aux passages à l'acte par l'impulsivité; difficulté d'élaboration; carences éducatives et affectives

#### **Expert 6:**

- utilisation des 9 items du DSM 5; trouble de la personnalité caractérisé par un vide intérieur important ainsi que des troubles du comportement du fait d'une grande impulsivité (passages à l'acte auto et hétéro-agressifs; accès de violences; actes de délinquance); trouble souvent hérité de traumatismes dans l'enfance avec de grandes carences parentales et éducatives; apparition très tôt, souvent avant 18 ans

**Expert 7:**

-définition du DSM 4-5: vécu abandonnique, sentiment de vide intérieur, instabilité relationnelle avec autrui, impulsivité avec pics de colère importants et tentatives de suicide, automutilations et scarifications à répétition; présence intermittente d'éléments délirants

**Expert 8:**

-état se présentant à la fois sous forme névrotique et psychotique, traversant tout le champ de la sémiologie; rapport à la loi particulier: transgression, intolérance à la frustration; tendance au passage à l'acte; éléments dépressogènes

**Expert 9:**

-items du DSM 5: vécu abandonnique, instabilité relationnelle et affective, sentiment de vide intérieur chronique, grande impulsivité avec tentatives de suicide ou automutilations à répétition

**Expert 10:**

-définition de Bergeret: astructuration: personnalité mal structurée, dans un entre deux entre névrose et psychose

**Tableau 1: Définition de l'état-limite de chacun des experts de l'échantillon d'étude**

En observant ces définitions, on peut constater qu'il existe un socle commun à tous les experts. En effet, on retrouve un cortège de signes fréquemment mentionnés comme les troubles du comportement à type d'impulsivité, d'intolérance à la frustration, de passage à l'acte auto-agressifs (auto-mutilations, tentatives de suicide et/ou scarifications à répétition) et hétéro-agressifs (90% des experts); la dimension anaclitique et la notion de vécu abandonnique (50% des experts); les troubles de l'affectivité et de la régulation émotionnelle (40% des experts); le sentiment de vide intérieur intense (40% des experts); l'instabilité relationnelle, la présence d'évènements traumatiques dans l'enfance (carences affectives et éducatives, maltraitance...) et le caractère précoce de l'apparition des traits (30% des experts).

Autour de ce socle commun gravitent d'autres éléments cités par certains experts, comme la

présence d'éléments dépressifs ou psychotiques intermittents (20% des experts), le caractère transversal de la symptomatologie entre névrose et psychose (20% des experts), l'absence d'organisation structurée de la personnalité (20% des experts), le caractère archaïque de la personnalité (10% des experts).

Afin de décrire l'état-limite, la moitié des experts indique utiliser le DSM 4-5. 20% des experts expliquent faire une utilisation conjointe DSM 4-5 et psychanalyse, 20% rapportent utiliser uniquement la psychanalyse dans leur descriptif de l'état-limite et enfin 10% mentionnent utiliser la CIM 10.

Par ailleurs, 90% des experts de l'échantillon de population considèrent l'état-limite comme synonyme d'une personnalité borderline. Seul un expert distingue ces deux entités, expliquant qu'il y a des différences dans les conceptions historiques.

90% des experts interrogés considèrent l'état-limite comme un facteur de risque de violence, expliquant unanimement que tous les types de violences sont concernés et qu'il existe un polymorphisme de la violence liée à l'état-limite. Un des experts ne considère pas ce trouble comme un facteur de risque de violence accrue.

Plus de la moitié des experts sollicités (60%) ne considère pas le trouble de personnalité état-limite comme une pathologie mentale, expliquant:

**Expert 1:**

-Dans le DSM-IV-TR, l'état-limite fait partie de l'axe II et n'est donc pas une pathologie au sens strict; cependant la limite avec la pathologie est floue dans les moments psychotiques aigus causés par un stress sans prise de toxique associée

**Expert 2:**

- dans l'état-limite il n'y a pas d'abolition totale de la conscience, la responsabilité reste entière à la différence d'une pathologie mentale

**Expert 3:**

-l'état-limite est un ensemble de traits de caractères constituant un tempérament un peu archaïque donnant lieu à des comportements donnés; il y a un caractère non curable à ce trouble qui n'entraîne pas ailleurs pas d'abolition du discernement: « sinon on serait tous irresponsabilisés! »

**Expert 4:**

- l'état-limite est un trouble de la personnalité et est donc de fait difficilement curable car cela nécessiterait de modifier les traits inhérents au caractère et au tempérament de l'individu

**Expert 5:**

-l'état-limite est un trouble de la personnalité qui n'abolit pas le discernement, l'individu est donc responsable de ses actes

**Expert 6:**

-les pathologies mentales renvoient aux pathologies mentales graves; ici cela relève plus d'une personnalité que d'une maladie

Tableau 4: Divergences entre état-limite et maladie mentale selon les experts interrogés

Ainsi, 2/3 de ces experts mettent en avant l'absence d'abolition du discernement dans le cas d'un état-limite, ce qui différencie ce trouble d'une maladie mentale. De plus, 1/3 de ces experts mettent en exergue l'appartenance de l'état-limite à l'axe II du DSM-IV-TR, ce qui le place dans une catégorie à part des pathologies mentales. Enfin, 1/3 de ces experts expliquent qu'il s'agit d'un ensemble de traits de caractères constitutifs d'un tempérament, de fait non curable, en opposition à une maladie mentale.

Par ailleurs, 20% des experts estiment que le trouble de personnalité état-limite est une maladie mentale, indiquant que « la cohérence interne des traits qui le caractérisent renvoie à un noyau psychopathologique consistant au sens médico-légal du terme ».

En outre, 20% des experts ont eu un avis nuancé sur la question, répondant à la fois « oui et non ». Ils expliquent en effet que du point de vue du psychiatre, l'état-limite doit sans aucun doute être considéré comme une maladie mentale puisque ces sujets sont pris en charge en psychiatrie du fait de leur souffrance, intermittente soit-elle.

En revanche du point de vue de l'expert, considérer ce trouble comme une pathologie revient à proposer un alinéa 2 faisant considérer le trouble limite comme une maladie non curable. Or, selon eux, la loi prévoirait en cas d'alinéa 2 une réduction de peine sauf pour les cas particuliers et la notion de non curabilité serait comprise dans les cas particuliers entraînant de fait une majoration de la peine: il faut donc utiliser le terme de personnalité « mal structurée » afin de ne pas porter préjudice aux patients.

## **B. Diagnostic différentiel de l'état-limite**

D'autre part, 30% des experts confient ne pas avoir connaissance du concept « d'organisation limite à expression psychopathique » utilisé dans une recommandation de la HAS.

70% des experts déclarent connaître ce concept, leur position est consignée dans le tableau suivant:

<p><b><u>Expert 1:</u></b></p> <p>-vieux concept désuet regroupant le trouble de personnalité limite et le trouble de la personnalité antisociale/dysociale; cependant les limites entre ces entités sont très floues et cela témoigne de notre bas niveau de compréhension des choses</p>
<p><b><u>Expert 2:</u></b></p> <p>- concept regroupant les personnalités antisociale ou dyssoziale</p>
<p><b><u>Expert 3:</u></b></p> <p>-concept qui ne veut rien dire car le terme de psychopathe est délétère par son imprécision et par la stigmatisation qu'il entraîne (appliqué parfois aux pervers ou aux personnalités antisociales, dont on peut se demander si elles représentent une réalité clinique): témoigne de préjugés psychopathologiques</p>
<p><b><u>Expert 4:</u></b></p> <p>-vieux concept très peu utilisé aujourd'hui en pratique clinique, regroupant personnalité borderline et antisociale</p>
<p><b><u>Expert 5:</u></b></p> <p>-psychopathe=état limite</p>
<p><b><u>Expert 6:</u></b></p> <p>-peu utilisé en pratique courante; regroupant trouble borderline et traits psychopathiques</p>
<p><b><u>Expert 7:</u></b></p> <p>-concept situé entre la psychopathie et l'état-limite</p>

Tableau 2: Position des experts de l'échantillon d'étude sur le concept « d'organisation limite à expression psychopathique »

Ainsi le positionnement des experts à propos de ce concept est très hétéroclite, chacun d'entre eux mentionnant un avis différent et une définition propre. 57% des experts ayant déclaré avoir connaissance de celui-ci mettent d'ailleurs en exergue le caractère très flou et imprécis de ses limites. En outre, 43% de ces experts voient dans ce concept une vieille entité clinique dont

l'utilisation en pratique courante est peu fréquente.

Ce concept est ainsi largement méconnu de l'ensemble des experts interrogés.

A propos du diagnostic différentiel avec la psychopathie, 30% des experts questionnés expliquent n'éprouver aucune difficulté à faire la distinction avec l'état-limite, indiquant que ces deux entités sont similaires.

En revanche, 70% des experts déclarent que la distinction entre état-limite et psychopathie se fait difficilement. Les éléments sur lesquels se fonde selon eux cette différence sont consignés dans le tableau ci-après.

**Expert 1:**

-la différence réside dans le développement dans l'enfance, les individus état-limite n'ont pas reçu d'amour et leur enfance est empreinte de carences affectives majeures; les psychopathes ont été «mal élevés» dans un contexte de délinquance; ce sont des personnalités frustrées dans lesquelles on retrouve une forte prévalence d'illettrisme, leur niveau culturel est souvent très faible.

**Expert 2:**

-l'état limite regroupe la psychopathie, la dimension perverse et des mécanismes de défense archaïques; c'est un état instable pouvant aboutir à une décompensation

**Expert 3:**

-la psychopathie n'est pas une catégorie suffisamment consistante pour pouvoir l'utiliser; cela fait partie d'une conception nosologique héritée des années 50 (classification d'Henry EY)

**Expert 4:**

-les sujets état limite ressentent des angoisses plus fréquentes et sont marqués par un vide existentiel; les psychopathes n'ont aucune empathie contrairement aux état-limites; la psychopathie est ainsi une forme d'état-limite avec moins de troubles affectifs

**Expert 5:**

-les psychopathes semblent plus détachés lors du passage à l'acte, ils ont beaucoup moins d'empathie que les état-limite; on ne retrouve pas chez le psychopathe le sentiment de vide intérieur mais plutôt une dimension perverse

**Expert 6:**

-les limites entre ces deux entités sont floues, la différence se fonde sur l'absence d'angoisse et d'empathie du psychopathe, sur l'histoire du sujet avec souvent la présence de

carences maternelles précoces chez l'état-limite, d'où le vécu abandonnique

**Expert 7:**

-les limites peuvent être floues mais la distinction se fait sur la clinique: vécu abandonnique, troubles de régulations des affects et des émotions mais présence d'affects et d'empathie chez l'état-limite, qui ne sont pas présents chez les psychopathes, indifférents à l'autre

Tableau 3: Différences entre état-limite et psychopathie selon les experts interrogés

Ainsi, les principales différences entre état-limite et psychopathie mises en évidence par les experts résident dans le développement infantile (43% des experts), dans un milieu empreint de délinquance pour le psychopathe et de carences affectives et éducatives importantes engendrant la notion de vécu abandonnique en ce qui concerne l'état-limite. Les divergences résident également dans la clinique (43% des experts), avec présence d'une angoisse parfois importante, d'un trouble des affects et d'un sentiment de vide intérieur intense chez l'individu état-limite, symptômes non retrouvés chez le psychopathe caractérisé par un manque d'empathie et un détachement affectif.

**Expertise psychiatrique pénale d'un sujet état-limite:**

**A. Généralités**

La totalité des experts interrogés indique avoir déjà pratiqué une expertise psychiatrique pénale chez un sujet état-limite.

Ainsi, 40% d'entre eux mentionnent que l'expertise a été réalisée pour violences volontaires aggravées (dérapages de bagarres, violences conjugales, braquages à main armée), 20% énumèrent tous les contextes cités expliquant que « ce qui caractérise les état-limite, c'est le polymorphisme de la délinquance ». De plus, 20% des experts mettent en avant le motif d'agression sexuelle (commise par un adolescent sur une majeure; commise par le sujet sur sa compagne), un expert évoque le viol sur compagne avec violences conjugales, et enfin un expert fait mention de l'homicide involontaire (accident de voiture) et de trafic d'armes et de stupéfiants.

La quasi-totalité des experts (90%) explique que le sujet état-limite était incarcéré lors de l'expertise, seuls 10% indiquent avoir déjà vu les sujets dans leur cabinet libéral.

L'intégralité des experts déclare être régulièrement amenés à examiner en expertise pénale des sujets état limite, ce type d'expertises représentant près de 40% du nombre total d'expertises psychiatriques pénales pratiquées annuellement par les experts interrogés. Ainsi 20% des experts ont déclaré que la pratique des expertises pénales sur les sujets états-limites représente un ratio inférieur à 15% du nombre total de leurs expertises annuelles, 30% des experts font mention d'un ratio situé entre 15% et 30% de leur activité expertale, 20% des experts annoncent un ratio compris entre 30 et 50% et 30% des experts indiquent un ratio supérieur à 50% de leur activité.

L'ensemble des experts questionnés indique avoir déjà considéré l'existence d'un lien entre infraction et état-limite.

Interrogés sur la qualification de ce lien, 40% des experts déclarent considérer ce lien comme indirect, expliquant:

- « les sujets état-limite sont dans la marge et oscillent entre la loi et la société. Ils transgressent souvent les règles. Ce mode de fonctionnement facilite le passage à l'acte »
- « lors d'un braquage à main armée ou dans le cas d'un trafic de stupéfiants il est évident que l'impulsivité joue un rôle, néanmoins le sujet doit contrôler son comportement »
- « ce trouble de la personnalité constitue une prédisposition à l'impulsivité, la colère, l'agressivité. Ces individus sont très influençables au sein d'un groupe du fait du vécu abandonnique, ils s'identifient au groupe pour ne pas être délaissés (cf item du DSM: efforts effrénés pour éviter l'abandon...) entraînant une fréquence plus importante de survenue de bagarres, braquages, trafic de drogues, violences...»
- « il est clair que le fonctionnement de l'état-limite génère plus de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, de transgression des règles et des lois, de conduites addictives et polytoxicomanes que dans la population générale indemne de troubles psychiatriques».

En outre, 30% des experts considèrent ce lien comme indirect et partiel, mentionnant plusieurs exemples:

- « sujet état-limite en phase dépressive ou dans un état clinique de décompensation aiguë engendrant une altération du discernement »
- « sujet état-limite ayant consommé des toxiques »

- « jeune adolescent ayant violé une femme de 50 ans et présentant une astructuration limite; statut de réfugié ayant fuit son pays d'origine et ayant perdu sa mère jeune, consommant des toxiques (cannabis, OH, BZD) ».

Par ailleurs, 30% des experts disent pouvoir qualifier ce lien de direct, précisant que les alcoolisations/ violences volontaires/ braquages/ deal de produits stupéfiants/ récidives/ viols à répétition sont fortement liés au trouble limite et aux conduites addictives qui en découlent.

Dans le cas d'un sujet état-limite accusé d'un crime, les possibilités de réponses rapportées par les experts psychiatres sollicités concernant l'évaluation du discernement et du contrôle des actes sont les suivantes:

<i>Pourcentage d'expert</i>	<i>Possibilités de réponse</i>
50,00%	ni altération ni abolition du discernement
30,00%	ni altération ni abolition du discernement/altération du discernement et entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2
10,00%	abolition du discernement et du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1/ altération du discernement et entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2
10,00%	abolition du discernement et du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1/ altération du discernement et entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2/ ni altération ni abolition du discernement

Tableau 5: Possibilités de réponse des experts psychiatres dans le cas d'un sujet état-limite accusé d'un crime, concernant l'évaluation du discernement et du contrôle des actes

Dans le cas d'un sujet état-limite, 60% des experts interrogés indiquent ne jamais avoir proposé une abolition du discernement et du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1.

Ainsi, 40% des experts pourraient être amenés à proposer une abolition du discernement et du

contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1. La totalité de ces experts mentionne les conditions de décompensation psychotique transitoire et réversible avec hallucinations acoustico-verbales et délire et l'état psychotique bref. La moitié de ces experts a évoqué la pharmacopsychose.

Dans le cas d'un sujet état-limite, les conditions retenues par les experts interrogés afin de proposer une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2 sont consignées dans le tableau suivant:

<i>Pourcentage d'expert</i>	<i>Conditions retenues pour proposer un alinéa 2</i>
50,00%	jamais proposé
20,00%	psychose cannabique; personnalité abandonnique dans un contexte de rupture affective ou sentimentale
10,00%	décompensation psychotique avec HAV/délire mais symptomatologie moins intense que celle relevant de la proposition d'un alinéa 1, avec persistance d'un contact partiel avec la réalité et d'une certaine conscience des troubles; dans les cas trop graves/trop compliqués: demande d'un collègue d'experts
10,00%	éléments objectifs attestant d'un état pathologique antérieur
10,00%	mode de fonctionnement insécure chez un sujet vivant dans un contexte de violence: pas d'autres moyens pour le sujet que d'agir comme il l'a toujours fait, sans possibilité pour lui d'anticiper les éventuelles conséquences négatives et préjudiciables

Tableau 6: Conditions retenues par les experts interrogés afin de proposer une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2

La quasi-totalité des experts sollicités (90%) a indiqué ne jamais avoir demandé la mise en place d'une hospitalisation pour un patient état-limite au décours d'une expertise psychiatrique pénale. Seul un expert déclare l'avoir déjà fait, « dans des cas d'addictions décompensées ou d'état psychotique transitoire ».

La moitié des experts indique que le sujet état-limite ne bénéficie pas dans la majorité des cas d'un suivi psychologique ou psychiatrique en milieu carcéral.

Ainsi, 80% de ces experts ont évoqué l'insight très faible de ces sujets, qui ne les entraîne pas vers la prise en charge. D'autre part, 60% des experts ont mis en exergue le caractère non systématique du suivi, ce faisant à la demande du sujet ou par le biais d'une démarche indirecte à visée utilitaire qui le fait parvenir jusqu'au SMPR (procédure pour l'obtention de la garde d'enfant; obtention de réduction de peine; troubles du sommeil et fléchissement thymique liés au contexte carcéral privatif de liberté). Enfin, 40% de ces experts ont énoncé le refus catégorique des soins des sujets état-limite.

Par ailleurs, l'autre moitié des experts indique que le sujet état-limite bénéficie le plus souvent d'un suivi, qu'il soit d'ordre psychologique ou psychiatrique.

Concernant le type de suivi, la totalité de ces experts a précisé qu'il s'agit d'un suivi au SMPR soit sous la forme de consultations psychiatriques parfois assorties d'une prescription thérapeutique à visée sédatrice et anxiolytique, soit sous la forme de consultations psychologiques avec un suivi psychothérapeutique.

Concernant le(s) motif(s) de suivi, 60% de ces experts ont fait mention de passages à l'acte auto-agressif en milieu carcéral (tentative de suicide), 60% ont mis en avant les troubles du sommeil et les symptômes dépressifs secondaires à l'incarcération et enfin 20% de ces experts ont évoqué la prise en charge addictologique de ces sujets, souvent polytoxicomanes.

Concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique du sujet, la totalité des experts questionnés déclare répondre systématiquement à la question.

L'ensemble des experts interrogés a exposé que l'évaluation de la dangerosité psychiatrique fait partie intégrante de la profession de psychiatre.

70% des experts ont en outre mis en exergue le fait que ce type de dangerosité est rarement retrouvé chez le sujet état-limite, ne concernant que les pathologies psychiatriques avérées relevant d'un alinéa 1 (présence de symptômes de décompensation psychiatrique: décompensation psychotique délirante; délire de thématique persécutoire, mystique; symptomatologie maniaque; hallucinations

acoustico-verbales avec injonctions hallucinatoires, automatisme mentale, syndrome d'influence; comorbidité addictives).

30% des experts ont par ailleurs indiqué prendre en compte le type d'acte et son caractère itératif ou non (matricide: impossibilité de répétition de l'acte du fait du caractère unique d'une mère; viols répétés; actes violents itératifs) ainsi que la banalisation de l'acte et la consommation de toxiques comme facteur de risque de dangerosité psychiatrique chez des sujets atteints de pathologie mentale avérée.

En ce qui concerne l'évaluation de la dangerosité criminologique, 60% des experts indiquent répondre systématiquement à la question, prenant en compte les éléments mentionnés dans le tableau suivant:

<p><b><u>Expert 1:</u></b></p> <p>- niveau d'impulsivité, présence d'addiction, contexte social/professionnel/familial</p>
<p><b><u>Expert 2:</u></b></p> <p>- récidive, ayant un mauvais pronostic sur le plan criminologique</p>
<p><b><u>Expert 3:</u></b></p> <p>- données d'ordre criminologique (trouble de la personnalité notamment narcissique; motivations compréhensibles; degré de jouissance; absence d'empathie; caractère utilitaire) pouvant donner lieu à une récidive</p>
<p><b><u>Expert 4:</u></b></p> <p>- sujet « dangereux sur le plan social » : risque de récidive, antécédent de récidive; consommation de toxiques; parcours de vie; milieu de vie délétère; traits de personnalité (peu d'insight; utilisation des psychiatres et psychologues dans un faux engagement pour attendrir les jurés)</p>
<p><b><u>Expert 5:</u></b></p> <p>- contexte de vie global de l'individu, mode et milieu de vie délétère, structure familiale, antécédents de passage à l'acte, consommation de toxique</p>
<p><b><u>Expert 6:</u></b></p> <p>- dangerosité transversale impliquant plusieurs regards qui doivent être croisés et une formation en psychocriminologie pour pouvoir se prononcer</p>

Tableau 7: Eléments pris en compte par les experts dans l'évaluation de la dangerosité criminologique des sujets

Ainsi, un individu peut être considéré comme « dangereux » sur un plan criminologique selon ces experts en cas de présence d'un parcours de vie et d'un contexte social/professionnel/familial délétère (50% des experts), d'addictions et de consommations de toxiques régulières (50% des experts), de traits de personnalité (insight faible, caractère utilitaire du suivi psychiatrique...), s'il s'agit d'une récidive avec de fait un ou plusieurs antécédents de passages à l'acte (50% des experts), ou encore si l'individu est impulsif (17% des experts).

A noter que parmi ces experts, 83,3% ont bénéficié d'une formation en psychocriminologie.

A l'inverse, 40% des experts sollicités expliquent ne pas répondre à la question concernant l'évaluation de la dangerosité criminologique.

Parmi ces experts ayant répondu par la négative, 75% ont exprimé le fait de ne pas savoir évaluer ce type de dangerosité, cette évaluation sortant du champ de compétence du psychiatre expert. Ces mêmes experts pointent la nécessité d'une discussion avec d'autres intervenant des différents champs sociaux et judiciaires, le psychiatre pouvant apporter un élément de réponse mais ne pouvant pas se prononcer seul sur ce point.

Les 25% restants de ce contingent d'experts ont par ailleurs expliqué ne pas répondre, « sauf si le tableau borderline est typique avec présence d'un cortège symptômes ».

Les experts ont par ailleurs identifié de nombreux facteurs de risque de passage à l'acte violent chez les état-limite, inscrit dans le tableau suivant:

<i>Pourcentage d'expert</i>	<i>Facteurs de risque de passage à l'acte violent</i>
90,00%	addictions et prises régulières de toxique (effets directs : désinhibition/agressogène; effets indirects: nécessité de diminuer les symptômes de manque et de s'approvisionner en dépit de mise en danger et de conséquences négatives pour le sujet...)
50,00%	traits caractériels à type d'impulsivité, d'irritabilité, d'intolérance à la frustration et de susceptibilité relationnelle

50,00%	influence du contexte et du parcours de vie, du milieu social souvent précaire et rude, empreint de violence et marqué par l'absence de cadre contenant et de personne recours ou référente favorisant l'apprentissage de comportement agressifs archaïques et primaires
30,00%	traits abandonniques (vécu abandonnique, sentiment d'abandon et de rejet de la part de l'autre) exacerbés lors d'une rupture et séparation affective récente
20,00%	antécédents de passage à l'acte auto et hétéro-agressifs chez le sujet état-limite
20,00%	rôle de l'effet de groupe, le sujet état-limite étant fréquemment stimulé et influencé par le groupe, auquel il s'identifie et qui lui sert de repère
20,00%	Décompensation psychotique ou dépressive

Tableau 8: Facteurs de risque de passage à l'acte violent identifiés par les experts chez les sujets état-limite

### **B. Spécificités**

Plus de la moitié (60%) des experts questionnés indique qu'il n'y a pas de particularités dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite.

Parmi les experts ayant répondu par l'affirmative (40%), 25% ont mis en évidence l'« inconfort lié à l'obligation éthique de ne pas mettre l'accent sur la dimension pathologique de l'état-limite (alinéa 2) afin de ne pas pénaliser le patient », 25% ont précisé que ce type d'expertise est « caractérisé par

une présence forte d'intolérance à la frustration de la part du sujet », et 25% ont insisté sur l'importance du diagnostic différentiel de l'état-limite notamment savoir « faire la différence avec les sujets pervers et distinguer les moments de décompensation psychotique d'une psychose avérée ». Enfin, 25% ont évoqué des particularités de « contact » avec le sujet état-limite, présentant une « personnalité instable sans pour autant que l'on soit face à un malade mental ».

La majorité des experts (80%) estiment qu'il n'y a pas de précautions à prendre dans ce type d'expertise.

Parmi les experts ayant répondu favorablement (20%), 50% ont expliqué la nécessité de « bien lire le dossier avant de rédiger le rapport expertal », alertant sur « la tendance des état-limite à transformer leur histoire et à la manipulation, induisant de l'empathie chez l'expert qui en arrive même parfois à douter de leur culpabilité ». L'autre moitié de ces experts a explicité le fait de « savoir et pouvoir différer l'expertise en cas d'agressivité du sujet ».

### ***C. Implications médico-légales***

#### **- C.1: impact sanitaire**

En ce qui concerne la mise en place de soins pénalement ordonnés, 40% des experts interrogés ont précisé le fait que l'injonction de soin est en général justifiée devant la présence de trois critères:

- l'insight du sujet est bon
- le sujet est d'accord pour suivre les soins
- les soins sont possibles (ce dernier critère n'étant pas rempli dans le cas des état-limites)

En outre, 20% des experts ont déclaré faire une proposition systématique de soins pénalement ordonnés afin de fournir un cadre de soins chez ses individus qui justement manquent de cadre. 20% des experts ont d'autre part expliqué prendre en compte la possibilité d'élaboration psychique et de verbalisation du sujet à propos de son histoire, de ses émotions et cognitions.

10% des experts ont par ailleurs considéré la question comme très complexe, indiquant prendre principalement en compte la notion de souffrance du sujet.

Enfin, 10% des experts ont déclaré vouloir mettre en place ce type de soins en cas de présence d'une

pathologie reconnue et clairement identifiée.

Cependant, 60% des experts interrogés ont expliqué ne jamais proposer de soins pénalement ordonnés en pratique dans le cas du sujet état-limite du fait de leur inefficacité et de l'absence de justification (critère de possibilité des soins non rempli), a fortiori si celui-ci les refuse (deuxième critère non rempli sur les trois précédemment cités).

Par ailleurs 40% des experts consultés ont révélé proposer les soins pénalement ordonnés si les critères sont remplis même en cas de refus de la part du sujet du fait de leur efficacité dans un petit nombre de cas, permettant ainsi de contrôler et d'apprécier l'évolution de l'état du sujet.

L'ensemble des experts sollicités a de plus précisé que le type de soins pénalement ordonnés pouvant être mis en place pour un sujet état-limite est l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire.

60% des experts indiquent cependant ne jamais proposer de soins pénalement ordonnés chez un sujet état-limite, dont l'insight est souvent faible et la possibilité de soins limitée, sauf si la motivation du sujet est importante (sujet souvent motivé par un ultimatum à type de divorce, risque de perte de garde d'enfant...) : « il ne faut pas proposer d'opportunités thérapeutiques « angéliques » car cela ne va pas fonctionner dans le cas des état-limites ».

Il est à noter que 20% des experts déclarent faire une proposition d'injonction de soins systématique chez le sujet état-limite, quel que soit le cas.

10% des experts trouvent une utilité des soins pénalement ordonnés en cas de début d'engagement, de motivation minimale et de souffrance du sujet.

Enfin, 10% des experts estiment utile la mise en place de soins pénalement ordonnées dans les cas de cure de sevrage dans un contexte de toxicomanie importante, et de possibilité de verbalisation sur les affects dans un cadre contenant et étayant.

## **- C.2: impact juridique**

Pour la majorité de experts interrogés (70%), la proposition d'un alinéa 1 conduit de facto à un jugement d'irresponsabilité pénale ainsi qu'à une hospitalisation du patient sous le mode SDRE 122-1, indiquant que le juge suit dans la grande majorité des cas l'avis de l'expert, a fortiori en cas d'audition de l'expert lors du procès.

20% des experts déclarent n'avoir aucune connaissance des conclusions du juge et des délibérations en fin de procès quant au suivi de leur proposition d'un alinéa 1.

Un seul expert mentionne que le suivi de la proposition d'un alinéa 1 par les juges n'est pas systématique depuis la loi de 2008 sur l'irresponsabilité pénale, le juge d'instruction pouvant renvoyer le dossier devant la chambre de l'instruction.

Concernant la proposition d'un alinéa 2, 40% des experts estiment que cela a tendance à induire une majoration de la peine encourue par le sujet état-limite.

A propos des raisons données par ces experts, 75% ont exposé le caractère peu compréhensible et quelque peu effrayant de l'alinéa 2 pour les jurés, alinéa considéré comme le reflet d'une hésitation de l'expert (reflet qu'il faudrait responsabiliser la personne mais atténuer la peine), engendrant une mauvaise maîtrise de la notion d'altération du discernement.

En outre, 25% de ces experts expliquent que cette majoration de la peine est profondément liée à la notion de curabilité: une faible perspective de curabilité entraînera une augmentation de la charge contre le sujet, la curabilité faisant selon eux partie des « cas particuliers » mentionnés dans la loi de 2014.

En revanche, 60% des experts questionnés expliquent n'avoir aucun retour des magistrats au sujet de l'effet de la proposition d'un alinéa 2 sur la peine encourue par le sujet état-limite et ne pas avoir connaissance du résultat des audiences, ajoutant que depuis la réforme de 2014 le recul n'est pas encore suffisant pour se prononcer sur la question.

La totalité des experts sollicités explique faire la différence entre dangerosité psychiatrique et criminologique:

***Expert 1:***

-dangerosité psychiatrique: celle qui entraînera une altération ou une abolition du discernement du fait de la présence d'une maladie mentale

-dangerosité criminologique: ne concerne pas les psychiatres, qui ne sont pas des sociologues et sont donc incompétents en la matière

**Expert 2:**

- dangerosité psychiatrique: en rapport avec la pathologie mentale et concernant à la fois le sujet et les tiers
- dangerosité criminologique: en rapport avec la trajectoire du sujet, nécessitant des informations sur le sujet et sur son parcours de vie

**Expert 3:**

- dangerosité psychiatrique: fait référence aux maladies mentales et est intermittente
- dangerosité criminologique: dans le cas de l'absence de maladie irresponsabilisante

**Expert 4:**

- dangerosité psychiatrique: liée uniquement à une maladie mentale, contexte spécifique d'un processus psychopathologique
- dangerosité criminologie: en lien avec un processus criminologique (tous les hommes sont capables de commettre un crime)

**Expert 5:**

- dangerosité psychiatrique: liée à la maladie mentale
- dangerosité criminologique: propension à récidiver, concerne le champ social et sociétal

**Expert 6:**

- dangerosité psychiatrique: liée à la décompensation d'une pathologie psychiatrique avérée
- dangerosité criminologique: liée à un ensemble de facteurs, a pour but de prédire la récurrence, liée au contexte de vie, à l'histoire de l'individu

**Expert 7:**

- dangerosité psychiatrique: relative à la maladie mentale: décompensation psychiatrique sur un mode délirant de thématique persécutoire, mystique ou d'influence; HAV; décompensation maniaque
- dangerosité criminologique: ce qui fait qu'un individu quel qu'il soit puisse récidiver et passer à l'acte; analyse du sujet dans sa globalité: en lien avec le contexte de vie global de l'individu, sa place dans la société, mode et milieu de vie délétère, structure familiale, antécédents de passage à l'acte, consommation de toxique

**Expert 8:**

- dangerosité psychiatrique: en rapport avec la maladie psychiatrique et ses symptômes
- dangerosité criminologique: relève du champ social

**Expert 9:**

- dangerosité psychiatrique: en lien avec un état mental justifiant une hospitalisation en psychiatrie

- <u>dangerosité criminologique</u> : probabilité de commettre une infraction
<b><i>Expert 10:</i></b>
- <u>dangerosité psychiatrique</u> : relative à la maladie mentale et sa décompensation sous divers modes
- <u>dangerosité criminologique</u> : en rapport avec le droit, la société en général

Tableau 9: Différences identifiées par les experts entre dangerosité psychiatrique et criminologique

Ainsi, la totalité des experts de l'échantillon d'étude explique que la dangerosité psychiatrique est en rapport avec la pathologie psychiatrique et sa décompensation. La dangerosité criminologique est quant à elle relative à la propension à commettre un crime et à récidiver (50% des experts) ainsi qu'au parcours, à l'histoire et au milieu de vie de l'individu (30% des experts). La dangerosité criminologique concerne ainsi le champ social, sociétal et juridique (40% des experts).

50% des experts interrogés révèlent ne jamais avoir eu un avis divergent de celui d'autres experts au décours d'une expertise psychiatrique pénale de sujet état-limite.

L'autre moitié des experts fait mention de divergences entre experts dans ce cadre.

Parmi ces experts, 60% estiment que ces divergences portent sur la question de l'irresponsabilisation partielle ainsi que sur des questions d'ordre diagnostique: concepts proches de l'état-limite auxquels ils ne « reconnaissent pas une validité suffisante » (psychose blanche), schizophrénie simple (hébéphrénie) versus état-limites, psychopathie versus état-limite... Ces experts expliquent que certains praticiens posent un diagnostic d'état-limite lorsqu'ils « pensent à la psychose mais qu'ils ne la retrouvent pas», alors qu'il s'agit d'un diagnostic positif.

De plus, 20% des experts ont identifié la terminologie employée par les experts comme principal point de divergence (personnalité antisociale/dyssociale/limite), ajoutant que les discordances entre experts demeurent mineures.

Enfin, 20% des experts considèrent qu'il existe des divergences concernant les propositions d'injonctions de soins ainsi que sur la rédaction (expert insistant sur les aspects biographiques ou uniquement cliniques...).

### - C.3: situations expertales particulières

Pour la totalité des experts interrogés, la consommation d'alcool au moment des faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite.

En effet, 70% des experts considèrent cette consommation d'alcool comme un « choix personnel » du sujet, expliquant qu'« il n'existe pas de pathologie où on ne peut s'empêcher de consommer », le sujet devant « en assumer seul les conséquences » et pouvant « se contrôler ». Ils indiquent ainsi que « la responsabilité du sujet reste entière, tout le monde est responsable de ses consommations ».

20% des experts interrogés ont de plus précisé décrire les effets désinhibiteurs et agressogènes de l'alcool afin de les expliquer aux jurés lors de l'audition.

20% des experts ont néanmoins nuancé leur propos, citant une exception à savoir le cas rare de l'ivresse pathologique chez un sujet ayant consommé de l'alcool pour la première fois. Ils expliquent qu'il existe en effet pour eux, dans ce cas précis, une jurisprudence expertale conduisant à une irresponsabilité pénale puisque le sujet ne connaît pas les effets de l'alcool sur son organisme du fait de son caractère de primo-consommateur. Cependant l'individu ayant connaissance des répercussions de l'alcool sur son organisme car ayant déjà consommé de l'alcool auparavant ne sera pas irresponsabilisé.

Pour la grande majorité des experts questionnés (80%), la consommation de toxiques (cannabis, drogues dures, benzodiazépines sur auto-médication...) au moment des faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite. Ces experts expliquent en effet qu'une telle consommation résulte d'un « choix personnel et délibéré de la part du sujet » qui connaît, pour en avoir déjà consommé, les effets des toxiques sur son organisme notamment au niveau comportemental. Le sujet doit ainsi « assumer pleinement les conséquences de ses choix », ne s'agissant pas d'une « consommation irrépressible du fait d'une maladie mentale ». Les experts déclarent mentionner cette consommation de toxiques dans leur rapport d'expertise, expliquant aux jurés que « bien que le trouble de personnalité limite prédispose aux conduites addictives, l'individu peut et doit se contrôler », tout individu étant « responsable de ses consommations ».

20% des experts ont cependant émis un avis plus nuancé sur la question de l'impact de la

consommation de toxiques au moment des faits reprochés sur leur décision relative à la responsabilité pénale du sujet état-limite.

En effet, parmi ces experts, 50% ont exprimé le fait que leur décision est susceptible de varier selon la dose de toxiques consommés. Ils confient avoir tendance à se positionner en faveur d'une diminution de la responsabilité pénale du patient en cas de « consommation de doses massives de toxiques » pouvant selon eux conduire à l'altération du discernement du sujet. En revanche, ils indiquent ne pas modifier leur décision en cas de « consommation chronique et régulière de toxiques » chez un sujet connaissant de fait les effets de tels produits sur son corps et son comportement.

Enfin, 50% des experts ayant pondéré leur avis ont indiqué que la consommation de toxique ne modifiait généralement pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite, sauf dans les rares cas de survenue d'une pharmacopsychose lors d'une première consommation de produit stupéfiant. Ce cas précis amènera ces experts, du fait de l'ignorance du sujet concernant l'impact des toxiques sur sa personne tant au niveau physique que psychique, à se positionner en faveur d'une diminution de la responsabilité pénale.

La plupart des experts interrogés (80%) mentionnent que l'arrêt d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement psychotrope avant les faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire. Ils insistent sur le fait que les sujets sont « responsables de leur choix et de leurs actes ». Cet arrêt dans le processus thérapeutique constitue selon eux « une décision personnelle » du sujet état-limite « ayant choisi d'arrêter les soins sans accord médical préalable».

Ainsi, bien que « l'arrêt d'un traitement anti-caractériel » puisse entraîner une « augmentation de l'impulsivité », elle constitue un choix personnel du sujet. Ce choix est le témoin qu'« un parcours de soin antérieur a été arrêté par la volonté du sujet », parcours dont l'existence est néanmoins signalée dans le rapport expertal. Il semble en effet important pour les experts de mentionner qu'une accroche thérapeutique a été possible à un instant donné.

Par ailleurs, 20% des experts sollicités déclarent que l'arrêt d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement psychotrope avant les faits reprochés modifie leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite, citant le cas d'un sujet dont le traitement permettait une amélioration cliniquement significative. Ces experts se positionneraient alors en faveur d'une altération du discernement et donc d'une diminution de la responsabilité pénale du sujet.

L'intégralité des experts a précisé ne jamais avoir observé d'homicides avec préméditation chez un sujet état-limite, expliquant que les préméditations sont très rares chez ces sujets qui agissent « dans l'immédiateté le plus souvent ».

20% des experts ont de plus affirmé que si préméditation il y a, elle n'est alors « pas à mettre en relation avec le trouble limite », ajoutant qu'il peut exister chez ces sujets des « passages à l'acte différés dans le temps », dans un contexte de colère et d'impulsivité qui n'ont pas diminué après un laps de temps court comme c'est le cas lors d'une rupture sentimentale par exemple. Cela ne rentre cependant pas d'après eux dans le cadre de la préméditation, mais dans celui d'une « impulsivité qui n'aurait pas refroidie ».

La plus grande partie des experts sollicités (70%) n'ont pas été confrontés à la présence d'éléments psychotiques chez un sujet état-limite accusé d'homicide volontaire au décours d'une expertise. Ces mêmes experts expliquent que cela n'aurait aucun impact sur leurs décisions quant à la responsabilité pénale du sujet s'ils étaient amenés à y être confrontés.

Parmi ces experts, 71,4% ont par ailleurs ajouté que l'anamnèse permet de faire la différence entre les éléments psychotiques transitoires d'un trouble de la personnalité état-limite en période de stress aigu et intense et les symptômes d'un trouble psychotique chronique (histoire familiale du sujet, parcours de vie, contexte social et professionnel (insertion), antécédents médicaux et psychiatriques).

Ils indiquent que le diagnostic différentiel se fait également par le biais d'un examen clinique complet analysant notamment le contact, la présentation du sujet, la manière dont il relate les faits (éventuels éléments délirants...), en gardant à l'esprit que les symptômes psychotiques de l'état-limite sont brefs et transitoires et qu'il sera fréquemment retrouvé chez eux un « développement affectif dysharmonieux, des scarifications, des carences affectives ».

L'autre partie de ces experts (29,6%) n'ont pas donné de précisions, ayant répondu par la négative à la question posée.

D'autre part, 30% de la totalité des experts interrogés ont été confrontés à la présence d'éléments psychotiques lors de l'expertise d'un sujet état-limite accusé d'homicide volontaire. Ces experts ont ainsi énuméré des symptômes à type d'hallucinations acoustico-verbales et de syndrome d'influence, d'éléments délirants constitutifs d'un délire paranoïaque de thématique persécutoire avec un mécanisme interprétatif prédominant. Ils ont également mis en évidence, tout comme le groupe

d'experts ayant répondu par la négative à la question, l'importance de l'anamnèse et de l'examen clinique dans le diagnostic différentiel avec le trouble psychotique et indiqué que la présence éventuelle de ces éléments n'aurait aucun impact sur leurs conclusions expertales, faisant partie intégrante du fonctionnement état-limite.

Le concept de psychose carcérale est connu de l'intégralité des experts interrogés.

80% des experts expliquent que ce concept regroupe des individus qui, pour de raison conjoncturelles (contexte carcéral, privation de liberté à long terme), se trouvent confrontés à une hostilité ambiante pouvant constituer un stress suffisamment intense pour déclencher un épisode psychotique transitoire, ou plus largement faire décompenser des troubles mentaux.

Parmi ces experts, 12,5% confient ne jamais avoir observé un tel trouble chez un sujet.

20% des experts sont cependant en désaccord avec ce concept, expliquant de manière manichéenne qu'« il n'y a pas de psychose situationnelle, soit c'est une psychose soit ça n'en est pas une ». Autrement dit, l'individu est soit psychotique, soit non psychotique, bien que la prison puisse « être un facteur d'expressivité d'éléments sous-jacents prédisposants ».

Interrogés sur la conduite à tenir lorsque le sujet état-limite nie les faits qui lui sont reprochés, 60% des experts confient que cette situation est fréquente au décours de la pratique expertale.

Cependant, 90% des experts expliquent que cette situation ne change en rien la pratique de l'entretien d'expertise. Ils s'astreignent ainsi à constater la négation des faits reprochés au début de l'exposé des faits et à retranscrire dans leur rapport l'intégralité des dires de celui-ci entre guillemets, la mention des faits relatés étant faite au conditionnel.

Les experts expliquent en outre indiquer dans leur rapport la présence d'éléments pouvant être concordant avec les faits reprochés, permettant de mettre en évidence un éventuel manque de cohérence dans le discours. Ils insistent sur le fait que l'expert se doit d'« être transparent avec la justice », devant retranscrire le contenu de l'entretien dans son rapport sans rien omettre.

D'autre part, un des experts considère en outre ce comportement comme une « façon adaptée de se défendre par un mécanisme infantin » souvent retrouvée dans les troubles de la personnalité. Il se positionne ainsi en faveur d'une responsabilisation du sujet « dans l'hypothèse de sa culpabilité » du fait de l'absence d'altération et d'abolition du discernement, ajoutant qu'« un schizophrène aura à l'inverse tendance à relater les faits de façon inadaptée et exubérante, voire délirante ».

#### - C.4: aspects éthiques

Interrogés sur la conduite à tenir lorsque les faits sont reconnus par l'expertisé durant l'expertise psychiatrique pénale alors qu'ils ont été niés devant le juge jusqu'à lors, 90% des experts sollicités expliquent que cette situation ne change en rien la pratique de l'entretien d'expertise.

Les experts doivent en effet s'en tenir à consigner dans leur rapport l'intégralité des dires du sujet entre guillemets en restant factuels, la mention des faits relatés étant faite au conditionnel. Ils insistent sur le fait que l'expert n'est pas astreint au secret médical durant l'expertise et se doit d'«être transparent avec la justice». Il doit en effet retranscrire le contenu de l'entretien sans rien omettre et ne doit ainsi pas « se substituer à la justice ».

Les experts font de plus mention de formulations types qu'ils utilisent fréquemment dans cette situation, écrivant « la version des faits qui m'est proposée permet d'établir que... », « dans l'hypothèse où la personne a commis les faits reprochés », ou encore établissant deux parties au sein du rapport expertal: rappel des faits objectifs et rappel des faits selon l'intéressé (mentionnés entre guillemets).

D'autre part, seul un expert a indiqué ne pas mentionner la reconnaissance des faits par le sujet dans son rapport, afin de ne pas « constituer un élément à charge » contre celui-ci.

L'ensemble des experts questionnés déclare toujours devoir mentionner le diagnostic de trouble de personnalité limite dans leur rapport, y compris dans le cas le sujet état limite nie les faits et que son trouble de personnalité n'a aucun lien avec l'infraction reprochée, et ce au risque qu'il constitue un élément à charge contre l'accusé au moment du procès.

Les experts considèrent de manière unanime qu'il se doivent de réponse strictement et littéralement aux questions posées par le magistrat en faisant une analyse psychiatrique fine et insistent sur l'importance du « devoir de transparence » qui leur incombe. L'expert ne doit ainsi pas faire de la « rétention d'information » ni « se substituer à la justice ».

Il ne doit pas « faire d'entrave » à la justice et doit éclairer le magistrat et les jurés, d'autant que la description des traits de personnalité du sujet peut constituer un élément important pour la compréhension du dossier. L'ensemble de la sémiologie psychiatrique retrouvée lors de l'examen expertal doit être présente dans le rapport: « le travail d'expertise, c'est faire un examen clinique psychiatrique complet du sujet et mettre en relation le trouble identifié avec les faits ».

La moitié des experts sollicités considère que le fait d'évoquer un diagnostic d'état-limite devant la cour majore la peine infligée au sujet. En cause pour 80% de ces experts, le manque de connaissance et de compréhension du concept d'état-limite par les jurés. Ceux-ci ont en effet tendance à confondre état-limite, psychopathe et pervers (pathologies synonymes de danger du point de vue sociétal) ce qui les effraye et entraîne une majoration de la peine dans un réflexe de défense sociale. Ces experts utilisent ainsi préférentiellement le terme de « personnalité mal structurée » pour désigner l'état-limite afin de limiter l'impact sur les jurés.

Les 20% restant de ces experts n'ont pas donné de précisions à leur réponse.

A l'inverse, 40% de la totalité des experts estiment que l'évocation du diagnostic d'état-limite devant la cour ne majore pas la peine infligée au sujet. Ainsi, 75% de ces experts expliquent que « les jurés s'en tiennent aux faits » et « se concentrent sur les faits objectifs présents dans le dossier », tandis que les 25% restant mettent en avant la méconnaissance du trouble de personnalité limite par les jurés, se focalisant davantage sur les sociopathes et psychopathes.

Enfin, un expert a confié ne pas savoir répondre à la question.

### **Réflexions sur l'état des lieux actuel de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale**

Pour les experts questionnés, les facteurs explicatifs de la diminution progressive du nombre d'experts psychiatres inscrits sur les listes au fil du temps sont les suivants:

- 60% des experts ont pointé la trop faible rémunération et le caractère chronophage des expertises pénales, dont les honoraires sont trop faibles par rapport à la quantité de travail devant être fournie et le temps devant y être consacré (organisation, temps d'entretien expertal, rédaction du rapport, témoignage en Cour d'Assises...). Cette pratique nécessite ainsi une charge de travail importante, jugée « mal compatible avec une activité de psychiatre en libéral ». L'expertise constitue une perte de revenu pour un praticien libéral, et

se trouve par conséquent davantage dévolue aux psychiatres hospitaliers.

- la moitié des experts sollicités a mis en exergue le manque de formation des psychiatres à la médecine légale et à la pratique de l'expertise psychiatrique pénale. En effet, la proportion des psychiatres formés à la psychiatrie légale dans l'ancien régime des années 1950 était largement supérieure (60 internes par an versus 25 actuellement). L'expertise est selon eux une activité mal connue des jeunes psychiatres, d'autant que les nouvelles générations ont une formation d'orientation moins psychanalytique et plus rigoureuse sur le plan scientifique, ce qui n'attire pas vers la pratique expertale.
- 30% des experts ont mis en cause des procédures de travail complexes du fait de la « mauvaise organisation des procédures engendrant une perte de temps et d'importants problèmes de paiements » (logiciel difficile d'utilisation et peu ergonomique, délais de paiement de 8-10 mois...). Ils dénoncent la « maltraitance de l'institution judiciaire » envers le corps expertal.
- 30% des experts ont énoncé la responsabilité grandissante des experts au décours de la pratique expertale pénale, mentionnant « la peur des implications médico-légales du rapport expertal » ressentie par les confrères.
- 20% des experts ont souligné le nombre important de départs à la retraite de psychiatres d'anciennes générations, processus non compensé par le nombre de jeunes confrères diplômés chaque année entraînant une raréfaction des psychiatres en général et notamment des experts.

Les experts souhaiteraient ainsi voir émerger bon nombre de modifications et d'améliorations dans le champ de l'expertise psychiatrique pénale, parmi lesquelles:

- Une formation plus répandue à l'expertise au niveau des facultés de médecine, proposée par 70% des experts interrogés afin d'augmenter la visibilité du travail d'expertise auprès des jeunes confrères et ainsi les sensibiliser à ce domaine professionnel. Les experts aspirent à la mise en place d'une formation plus intense, voire obligatoire à l'expertise pour tous les jeunes psychiatres inscrits en DES afin de former les jeunes générations de praticiens en les

confrontant dès leurs stages hospitaliers à cette pratique.

- 40% des experts réclament une fluidification des procédures au niveau du traitement des documents, de la rémunération. Ils souhaitent l'instauration de systèmes simplifiés (procédures, logiciels) permettant de gagner en célérité.
- 30% des experts suggèrent une revalorisation des tarifs de l'expertise psychiatrique pénale.
- 30% des experts revendiquent une plus grande considération du rôle de l'expert, par le biais de l'amélioration de leur conditions de travail (changement de la mentalité des gardiens de prison à leur égards, bureaux disponibles pour les entretiens experts en lieu et place des parloirs avocats actuellement utilisés à cet effet, emploi du temps des détenus actuellement mal coordonné avec les heures possibles d'entretiens experts générateur de nombreuses absences des détenus aux entretiens...). Ils estiment qu'il faut « arrêter de considérer les experts médicaux comme des experts immobiliers ou d'assurance (procédures de paiement identiques; formations mal faites et peu intéressantes...) ».
- Enfin, un expert estime que « tout psychiatre hospitalier devrait pouvoir être réquisitionné » afin d'éviter le glissement vers des psychiatres dont la pratique est exclusivement expertale et qui ne gardent plus de part clinique à leur activité professionnelle. Cet expert considère en outre que « cela fait partie du service public que de travailler avec la justice ».

## **Discussion**

Plusieurs points vont être discutés compte tenu des résultats précédemment décrits.

### **Principaux résultats**

Nous avons mis en évidence que les **critères de définitions** de l'état-limite donnés par les experts étaient homogènes, et ce quels que soient leur orientation clinique et leur type de formation. Nous avons pu en effet observer un socle commun de critères comportant principalement les items du DSM-5 assortis de quelques éléments de l'histoire de vie du sujet (événements traumatiques vécus dans l'enfance, apparition précoce du trouble...), ainsi que d'autres éléments cités par certains experts en fonction de leur orientation clinique (caractère transversal allant de la névrose à la psychose, absence d'organisation structurée de la personnalité, personnalité archaïque...).

En revanche, les experts interrogés n'avaient pas les mêmes **conceptions théoriques** du trouble limite.

Si la majorité des experts décrivaient l'état-limite à travers le prisme du DSM 4-5, certains l'utilisaient conjointement avec la psychanalyse alors que d'autres utilisaient la psychanalyse seule. D'autre part les positions des experts concernant leur conception de l'état-limite comme une maladie mentale étaient disparates, plus de la moitié des experts sollicités ne considérait pas ce trouble comme une maladie.

Par ailleurs, les experts étaient divisés concernant le concept « d'organisation limite à expression psychopathique » utilisé dans une recommandation de la HAS. Alors que près d'un tiers de la population de l'échantillon d'étude confiait ne pas en avoir connaissance, les définitions données par le reste des experts à ce sujet sont floues et hétérogènes, traduisant une méconnaissance de ce concept par les experts interrogés.

Il est à noter que plus de 2/3 des experts éprouvaient des difficultés concernant le diagnostic différentiel entre état-limite et psychopathie. Les éléments distinctifs cités étaient homogènes.

Les résultats étaient par ailleurs homogènes concernant le concept de psychose carcérale, connu de l'intégralité des experts interrogés. Cependant sa validité divisait les experts. La majorité de la population de l'échantillon d'étude en donnait une définition unique alors qu'un seul expert expliquait être en désaccord avec ce concept.

La position des experts était également hétéroclite concernant la *pratique expertale* chez le sujet état-limite.

La totalité des experts interrogés indiquait avoir déjà pratiqué une expertise psychiatrique pénale chez un sujet état-limite. Interrogés sur les particularités éventuelles de l'expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite, les experts étaient divisés. Plus de la moitié des experts questionnés a indiqué qu'il n'y avait pas de spécificité dans ce type d'expertise. Les autres experts ont mentionné des éléments hétérogènes. En outre, la grande majorité des experts estimait qu'il n'y avait pas de précaution à prendre dans ce type d'expertise.

Concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique, les réponses des experts interrogés étaient harmonieuses et homogènes, la totalité des experts questionnés déclarait répondre systématiquement à la question et faisaient mention de critères d'évaluation semblables.

Les points de vue étaient cependant partagés concernant l'évaluation de la dangerosité criminologique. En effet, plus de la moitié de la population de l'échantillon d'étude indiquait répondre systématiquement à la question. Parmi ces experts, la grande majorité déclarait avoir bénéficié d'une formation en psychocriminologie. Les critères d'évaluation donnés par ces experts étaient néanmoins hétéroclites. Par ailleurs, le reste des experts indiquaient ne jamais répondre à cette question, sortant de leur champ de compétence.

La totalité des experts faisait par ailleurs la distinction entre les deux grands types de dangerosité, psychiatrique et criminologique. Ils expliquaient ainsi de manière homogène que la dangerosité psychiatrique renvoyait à la maladie mentale et à sa décompensation. En revanche, la définition de la dangerosité criminologique a été plus difficile à établir, faite d'arguments hétérogènes voire flous.

Les facteurs de risque de passage à l'acte violent chez les états-limite mentionnés par les experts étaient nombreux et similaires en majorité.

Les homicides avec préméditation chez un sujet état-limite étaient rares puisque qu'aucun des experts de l'échantillon d'étude n'y a été confronté durant la carrière.

Il en était de même des éléments psychotiques pouvant être observés au décours d'une expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite, la majorité des experts interrogés n'y ayant jamais été confronté. La totalité des experts précisait par ailleurs que ces éléments n'auraient aucun impact sur leurs décisions quant à la responsabilité pénale du sujet.

La négation des faits reprochés par le sujet état-limite était fréquente. La totalité des experts déclarait de manière homogène que cette situation ne changeait en rien la pratique de l'entretien d'expertise.

Les avis experts étaient de plus homogènes concernant la conduite à tenir lorsque les faits sont reconnus par l'expertisé durant l'expertise psychiatrique pénale alors qu'ils ont été niés devant le juge jusqu'à lors. En effet, la quasi-totalité des experts sollicités expliquait que cette situation ne changeait en rien la pratique de l'entretien d'expertise.

Les positions expertales étaient par ailleurs unanimes concernant le fait de mentionner le diagnostic de trouble de personnalité limite dans le rapport. Les experts ont insisté sur le fait qu'ils sont au service de la justice et qu'en tant que tel ils ne peuvent se substituer à elle, ni lui faire entrave par le biais de la rétention d'information.

Les experts étaient divisés concernant le fait que l'évocation du trouble de personnalité limite devant la Cour majorait la peine encourue par le sujet. Alors que la moitié des experts indiquait que l'évocation de ce trouble avait tendance à majorer la peine, une minorité d'experts indiquait ne pas savoir répondre à la question tandis l'autre partie de l'échantillon indiquait à l'inverse que l'évocation de ce diagnostic n'augmentait pas la peine encourue.

Par ailleurs, les divergences entre experts dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale de sujet état-limite étaient fréquentes. En effet, seule la moitié des experts indiquait n'avoir jamais eu de divergences avec un confrère expert.

Il existait également des discordances entre experts concernant les *implications médico-légales* de l'expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite.

L'intégralité des experts questionnés indiquait avoir déjà considéré l'existence d'un lien entre infraction et état-limite. La majorité des experts considéraient ce lien comme indirect et partiel, expliquant que le trouble de personnalité limite constitue un mode de fonctionnement prédisposant aux passages à l'acte, à l'impulsivité et aux conduites addictives. Une minorité d'experts qualifiait par ailleurs ce lien de direct.

Dans le cas d'un sujet état-limite accusé d'un crime, le positionnement des experts était hétérogène. La moitié de la population d'étude considérait que l'expert ne doit se positionner en faveur ni d'une altération, ni d'une abolition du discernement. L'autre moitié considérait que l'expert a le choix, qu'il peut aussi bien se placer en faveur d'un alinéa 1, d'un alinéa 2, ou d'une responsabilisation complète du sujet en fonction du cas.

En pratique cependant, plus de la moitié des experts questionnés confiait ne jamais s'être positionnée en faveur d'un alinéa 1.

Il est à noter par ailleurs que les conditions retenues par les experts sollicités afin de proposer une abolition du discernement ou du contrôle des actes (alinéa 1) étaient homogènes dans l'échantillon de population étudié.

En revanche, les conditions retenues par les experts en vue de proposer une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2 étaient très composites.

La moitié des experts indiquait par ailleurs n'avoir jamais retenu une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2.

Les avis experts étaient partagés concernant le suivi sur le plan psychologique et psychiatrique des sujets état-limite en milieu carcéral. La moitié des experts a pointé le caractère erratique et utilitaire du suivi chez ces sujets à l'insight faible, refusant très souvent les soins proposés. L'autre moitié de l'échantillon expliquait à l'inverse que le suivi de ces sujets était très souvent mis en place via le SMPR sous la forme de consultations psychologiques ou psychiatriques.

En ce qui concerne les éléments pris en compte pour la mise en place de soins pénalement ordonnés pour le sujet état-limite, les avis experts étaient hétérogènes: alors que la majorité des experts énumérait des critères disparates, une partie de la population de l'échantillon interrogé déclarait en

faire une proposition systématique.

D'autre part, alors que plus de la moitié des experts sollicités confiait ne jamais proposer de soins pénalement ordonnés en pratique dans le cas du sujet état-limite du fait de leur inefficacité et de l'absence de justification a fortiori en cas de refus du sujet, le reste des experts indiquait faire une proposition de tels soins même en cas d'opposition du sujet.

Les experts questionnés avaient en revanche un avis unanime en ce qui concerne le type de soins pénalement ordonnés pouvant être mis en place pour un sujet état-limite, à savoir l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, mais étaient partagés concernant son utilité.

En effet, plus de la moitié des experts composant l'échantillon d'étude déclarait ne jamais proposer de tels soins en pratique du fait du faible insight des sujets état-limite, qui ne s'engageront pas dans le processus de soins.

A l'inverse, un petit contingent d'experts expliquait faire une proposition systématique de ces soins chez un sujet état-limite, et ce quel que soit le contexte.

A propos des conséquences de la proposition d'un alinéa 1 pour le sujet, les réponses de la population d'étude étaient homogènes. D'après la majorité de experts interrogés, le magistrat suit volontiers l'avis expertal puisque la proposition d'un alinéa 1 est systématiquement suivi d'un jugement d'irresponsabilité pénale ainsi que d'une hospitalisation du patient sous le mode SDRE 122-1. En outre, certains experts confiaient ne pas s'enquérir des suites données à leur positionnement expertal.

Les experts étaient cependant partagés concernant l'impact d'une proposition d'un alinéa 2 sur la peine encourue par le sujet.

Plus de la moitié des experts sollicités indiquait ne pas avoir connaissance des effets d'une telle proposition, ne s'enquérant pas du résultats des audiences et précisant que le recul n'est pas suffisant depuis la réforme de l'article 122-1 du code pénal d'août 2014. L'autre partie du contingent d'experts expliquait que la proposition d'un alinéa 2 avait, malgré la réforme législative de 2014, tendance à entraîner une majoration de la peine encourue par le sujet état-limite.

Les réponses des experts étaient d'autre part similaires et homogènes concernant le fait que la consommation d'alcool ou de toxiques (cannabis, drogues dures, benzodiazépines sur auto-médication...) au moment des faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite.

Cependant une partie des experts a complété leur réponse en mentionnant une exception dans ce domaine, à savoir le rare cas de l'ivresse pathologique chez un sujet ayant consommé de l'alcool pour la première fois ou celui de la survenue d'une pharmacopsychose lors d'une première consommation de produit stupéfiant, cas pour lesquels les experts ont évoqué une jurisprudence expertale conduisant à une irresponsabilité pénale.

L'avis des experts était en outre uniforme concernant le fait que l'arrêt d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement psychotrope avant les faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire.

Enfin, les experts interrogés ont fait part d'une analyse claire et univoque sur **l'état actuel de la pratique expertale**, donnant un avis consensuel en ce qui concerne les facteurs explicatifs de la diminution progressive du nombre d'experts psychiatres inscrits sur les listes au fil du temps et identifiant de nombreux facteurs qui rendent selon eux ce domaine professionnel peu attractif.

Dans ce contexte de raréfaction des experts, les experts composant l'échantillon d'étude souhaiteraient ainsi voir émerger bon nombre de modifications et d'améliorations dans le champ de l'expertise psychiatrique pénale afin d'en augmenter la visibilité auprès des jeunes confrères et ainsi de les sensibiliser à ce domaine professionnel, et de le rendre plus attractif afin d'attirer de nouveaux praticiens.

### **Discussion de la population d'étude:**

L'échantillon de population est composé de 10 experts sur les 15 composant la population source, 2/3 des experts ont pu être inclus à l'étude ce qui constitue un taux de réponse satisfaisant. La population de l'étude est certes faible, mais compte tenu du petit nombre d'experts psychiatres en France, on peut considérer qu'il s'agit d'un ratio satisfaisant. Ainsi, le nombre d'experts psychiatres est en constante diminution depuis de nombreuses années en France, étant passé de 1400 en 2004 à

800 en 2007, puis à 500 en 2013 pour avoisiner les 300 à ce jour (289,290,291).

D'un point de vue socio-démographique, le « profil type » des experts interrogés est un homme âgé d'en moyenne 58,6 ans, expérimenté dans la pratique de la médecine psychiatrique et avancé sur un plan de carrière. Les experts questionnés pratiquent l'expertise psychiatrique pénale depuis un temps long, représentant en moyenne près du dernier tiers de leur carrière. Par ailleurs, le nombre moyen d'expertises psychiatriques pénales réalisées annuellement par les experts est élevé (environ 60/an).

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon d'étude correspondent ainsi à celles retrouvées dans la littérature. L'inscription tardive sur la liste des d'experts est relative à l'exigence d'un niveau d'expérience professionnelle suffisant prévue par le législateur (226) mais également au choix des experts d'exercer en premier lieu leur métier de psychiatre dans le domaine du soin avant de se tourner vers l'expertise une fois leur sens clinique aiguisé.

Ainsi, la majorité des experts était en fin de carrière, témoignant du problème démographique posé par la baisse progressive et continue du nombre d'expert sur le territoire (2,5,226).

Par ailleurs, tous les experts interrogés avaient une activité mixte alliant clinique et expertise, donnant tout son sens à la fonction d'articulation entre psychiatrie et justice de la pratique expertale. Il est à noter que les orientations cliniques et thérapeutiques sont hétérogènes au sein de l'échantillon de la population étudié.

D'autre part, seule la moitié des experts sollicités a déclaré avoir bénéficié d'une formation en psychiatrie médicolégale préalable à l'inscription sur la liste des experts. Les formations effectuées étaient elles aussi hétérogènes (formation en psychiatre légale, à la réparation du préjudice corporel, à l'expertise psychiatrique proprement dite...) et étaient mentionnées sous la forme de divers diplômes (CEU, DESU, DU, DES...). Cela permet ainsi d'objectiver le caractère imprécis et nébuleux du parcours préalable à l'inscription sur une liste d'expert, puisqu'il n'existe ni formation standardisée à l'expertise, ni formation obligatoire.

Les deux motivations principales des experts à s'inscrire sur la liste et ainsi pratiquer l'expertise étaient en premier lieu l'intérêt intellectuel du fait de la diversification de la pratique professionnelle grâce à cette nouvelle posture que prend le praticien, suivi de l'intérêt financier, expliquant la poursuite de la pratique expertale en dépit de la rémunération faible et tardive des experts (4,219,226).

## **Discussion des principaux résultats:**

Les *critères de définitions* de l'état-limite donnés par les experts étaient homogènes, et ce quels que soient leur orientation clinique et leur type de formation. Nous avons pu en effet observer un socle commun de critères comportant principalement les items du DSM-5 assortis de quelques éléments de l'histoire de vie du sujet (événements traumatiques vécus dans l'enfance, apparition précoce du trouble...), ainsi que d'autres éléments cités par certains experts en fonction de leur orientation clinique (caractère transversal allant de la névrose à la psychose, absence d'organisation structurée de la personnalité, personnalité archaïque...).

Cela témoigne d'une standardisation des critères diagnostiques et d'une grande rigueur dans l'examen clinique des experts afin de pouvoir déceler les symptômes.

Nous nous attendions, d'après les données présentes dans la littérature, à des discordances à ce niveau. En effet, les études montrent qu'il existe un polymorphisme dans la présentation clinique des patients état limite, mettant fréquemment les praticiens en difficultés quant à la question diagnostique (80). Il est à noter que « tout symptôme psychiatrique peut être présent » chez ce type d'individus (35,68,173). La grande variabilité clinique du trouble limite fait de son diagnostic un des plus difficiles de la nosographie psychiatrique, dont la fidélité inter-juges (accord diagnostique entre deux praticiens examinant le même patient) est médiocre (18).

Nous avons pu en outre observer que la quasi-totalité des experts considérait le trouble de personnalité borderline et état-limite comme synonymes. L'amalgame entre ces deux termes est fréquent et bien que leurs conceptions historiques soient différentes, ils recouvrent à ce jour le même champ sémiologique (18,36,108).

De plus, la totalité des experts considère de façon homogène le trouble limite comme un facteur de risque de tous types de violence comme cela est évoqué à de multiples reprises dans la littérature, expliquant la formulation de « polymorphisme de la violence » comme caractéristique des individus état-limite utilisée par un expert (2,18,72,294).

En revanche, des discordances entre experts étaient présentes concernant leurs conceptions théoriques du trouble limite.

Les experts interrogés n'utilisaient pas tous le même référentiel pour décrire l'état-limite, et ce en fonction de leur orientation clinique et de leur type de formation. Si la majorité des experts décrivait l'état-limite à travers le prisme du DSM 4-5, certains l'utilisaient conjointement avec la psychanalyse alors que d'autres utilisaient la psychanalyse seule.

D'autre part les positions des experts concernant leur conception de l'état-limite comme une maladie mentale étaient disparates. En effet, les résultats de l'étude rapportent que plus de la moitié des experts sollicités ne considère pas le trouble de personnalité état-limite comme une pathologie mentale, mentionnant de manière uniforme qu'il s'agit d'un trouble difficilement curable car englobant un ensemble de traits de caractères, faisant partie de l'axe II du DSM-IV-TR et n'engendrant pas, à l'inverse des pathologies mentales, d'abolition du discernement, et n'ayant aucun impact sur l'atténuation de la responsabilité pénale du sujet.

Une minorité des experts interrogés estime qu'il s'agit bien d'une pathologie mentale dans la conception psychanalytique du terme.

Les autres experts ont tenu à nuancer leur propos, expliquant que d'un point de vue psychiatrique le trouble limite est à considérer comme une maladie mentale puisque ces individus sont pris en charge en psychiatrie du fait de leur souffrance. En revanche, d'un point de vue expertal ce trouble ne peut être considéré comme tel car cela risque de majorer la peine encourue par le sujet. Ces experts confient donc leur propre interprétation du droit pénal, expliquant que les troubles non curables font partie des « cas particuliers » prévus dans la loi en cas de proposition d'un alinéa 2, empêchant ainsi la réduction d'un tiers de la peine. Il est à noter que l'alinéa 2 de l'article 122-1 du Code Pénal ne fait mention d'aucun cas particulier.

La considération du trouble limite comme une maladie mentale fait l'objet de débats actuels.

En effet, si l'on se place d'un point de vue psychanalytique, le noyau psychopathologique de ce trouble est suffisant pour pouvoir le considérer comme une entité pathologique à part entière, à l'instar d'autres pathologies mentales comme la schizophrénie ou le trouble de l'humeur (45,59,295). En revanche, le DSM-IV-TR dans son approche catégorielle classe les troubles de personnalité dont l'état-limite dans une catégorie à part, l'axe II, séparée des maladies mentales classées dans l'axe I. Cette classification décrit en effet les troubles de la personnalité comme des « modalités durables de

l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu» (108), se rapprochant de « l'ensemble des traits de caractères » évoqués par les experts.

Il est à noter que de nombreux débats ont eu lieu au sein des commissions en charge de la rédaction du nouveau DSM-5 autour de la personnalité borderline, dont le principal sujet était le maintien ou non de celui-ci au sein de l'axe II ou son classement dans l'axe I (18).

La frontière entre les pathologies de l'axe I et les troubles de la personnalité est confuse et imprécise pour de nombreux auteurs, nécessitant un nouvel agencement nosographique (104,107,163). Gunderson a d'ailleurs plaidé sans succès pour le transfert de ce trouble sur l'axe I du DSM-5, sur le même plan que les pathologies mentales (106). En ce sens, le point de vue hétéroclite des experts interrogés reflète la division internationale des psychiatres sur la question du trouble limite comme maladie mentale.

D'autre part, il existe indéniablement chez les experts psychiatres interrogés des préjugés et une idéologie propres à chacun en lien avec la formation théorique et l'école de pensée à laquelle ils appartiennent, pouvant donner lieu à des divergences inter-experts concernant la manière d'appréhender le trouble de personnalité limite (2,229,296).

La part imputée au trouble limite dans les faits reprochés varie en outre entre les experts et toutes les divergences observées sont évidemment préjudiciables pour le sujet (229,237).

Par ailleurs, les experts étaient divisés concernant le concept « d'organisation limite à expression psychopathique » utilisé dans une recommandation de la HAS.

Alors que près d'un tiers de la population de l'échantillon d'étude confiait ne pas en avoir connaissance, les définitions données par le reste des experts à ce sujet sont floues et très hétérogènes, traduisant une méconnaissance de ce concept et un caractère confusogène pour la population d'experts. En effet la place de ce concept au sein de la sémiologie psychiatrique est différente et imprécise pour chacun des experts sollicités, certains pointant son caractère suranné et incohérent.

Ce résultat est surprenant car il met en avant un manque de connaissance des professionnels de l'expertise sur un sujet ayant fait l'objet d'une recommandation de la HAS (297). En effet, seul un expert interrogé semble avoir effectivement lu cette recommandation, établie en premier lieu pour aider les experts dans leur pratique professionnelle. Ce constat peut être mis en lien avec un manque d'information ou des difficultés de diffusion de celle-ci et invite à réfléchir à la mise au point d'un

meilleur système d'information des experts sur de tels travaux.

Il est à noter que plus des 2/3 des experts éprouvaient des difficultés concernant le diagnostic différentiel entre état-limite et psychopathie. Cette donnée était attendue puisque certains traits de la personnalité limite comme l'irritabilité, les sentiments de rage ou de colère ou encore les troubles du comportements de type impulsif engendrant des passages à l'acte auto et hétéro agressifs peuvent constituer un tableau clinique dont les frontières avec la psychopathie sont parfois minces (72,297,298).

Les éléments distinctifs cités étaient homogènes et regroupent le manque d'empathie et le détachement affectif du psychopathe; les carences affectives précoce, les troubles de la régulation des affects, l'angoisse et le sentiment de vide intérieur profond de l'état-limite. Ces critères sont en accord avec les données décrites dans la littératures (297,298).

Les résultats étaient par ailleurs homogènes concernant la définition du concept de psychose carcérale, connu de l'intégralité des experts interrogés. Cependant sa validité divisait les experts, un seul expert expliquait être en désaccord avec ce concept.

Ce résultat est encourageant et fait écho à la longue expérience clinique des experts de l'échantillon d'étude, dont les connaissances en clinique psychiatrique sont établies. Bien que cette pathologie carcérale soit controversée (299,300), les experts interrogés en donnent une définition unique, telle que retrouvée dans la littérature (301,302). Seul un expert ne reconnaît pas une validité suffisante à la « psychose situationnelle », du fait de préjugés propres en lien avec sa formation théorique et l'école de pensée à laquelle il appartient.

La position des experts était également hétéroclite concernant la *pratique expertale* chez le sujet état-limite.

La totalité des experts interrogés indiquait avoir déjà pratiqué une expertise psychiatrique pénale chez un sujet état-limite, ce qui était prévisible compte tenu de la prévalence élevée du trouble limite dans la population générale (15) et psychiatrique (16).

Les experts ont indiqué une pluralité de motifs et contextes d'expertises, au premier rang desquels les violences volontaires aggravées, expliquant ainsi que « ce qui caractérise les état-limites c'est le polymorphisme de la délinquance ». Différentes publications confirment d'ailleurs le caractère protéiforme des crimes et délits commis par les individus état-limite (18,175,178,295,303).

Ils ont en outre précisé que dans la grande majorité des cas le sujet était incarcéré lors de l'examen expertal.

Par ailleurs ce type d'expertise était fréquent, représentant près de la moitié du nombre total d'expertises réalisées annuellement par l'ensemble des experts interrogés. Cette donnée était également attendue du fait de la forte prévalence du trouble limite en population générale, psychiatrique et carcérale (15,16,304).

Interrogés sur les particularités éventuelles de l'expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite, les experts étaient divisés. Plus de la moitié des experts questionnés a indiqué qu'il n'y avait pas de spécificité dans ce type d'expertise.

Les autres experts ont mentionné des éléments hétérogènes, notamment des particularités dans la question de l'éventuelle proposition d'un alinéa 2 et de son effet sur la peine encourue. Les divergences expertales sur ce point seront évoquées par la suite dans ce travail.

Les experts ont en outre mentionné la question du diagnostic différentiel du trouble limite avec d'autres troubles. Cette question est légitime compte tenu du fait que, comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe un polymorphisme dans la présentation clinique des patients état limite source de difficultés sur le plan diagnostique. Ceci est largement retrouvé dans la littérature scientifique (35,68,80,173). Ainsi le diagnostic d'état-limite est un des plus difficiles de la nosographie psychiatrique, dont la fidélité inter-juges est médiocre (18).

En outre, la grande majorité des experts estimait qu'il n'y avait pas de précaution à prendre dans ce type d'expertise. Seule une minorité d'experts mettait en avant la nécessité de prendre connaissance du dossier afin d'éviter une potentielle instrumentalisation de l'expert par le sujet et conseillait de rester vigilant concernant l'agressivité et l'impulsivité du sujet. Cela traduit une variabilité inter-individuelle chez les experts dans leur vision du trouble limite et leur seuil de tolérance à la violence.

Concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique, les réponses des experts interrogés étaient harmonieuses et homogènes, la totalité des experts questionnés déclarait répondre systématiquement à la question et faisaient mention de critères d'évaluation semblables et conformes aux données de la littérature (305).

Les points de vue étaient cependant partagés concernant l'évaluation de la dangerosité criminologique.

On peut en effet observer que plus de la moitié de la population de l'échantillon d'étude indiquait répondre systématiquement à la question. La grande majorité de ces experts ont bénéficié d'une

formation en psychocriminologie et suivent ainsi les recommandations de l'Audition Publique sur l'Expertise Psychiatrique Pénale de la HAS (2). Les critères d'évaluation donnés par ces experts étaient néanmoins hétéroclites, témoignant d'un manque d'uniformisation de la pratique expertale dans ce type d'évaluation.

En revanche, un petit contingent d'experts non formés à la psychocriminologie déclarait se prononcer de manière systématique sur l'évaluation de la dangerosité criminologique, position contraire aux recommandations des sociétés savantes et posant un véritable problème éthique par rapport à l'expertisé. En effet celui-ci se voit éventuellement coller une étiquette d'individu « dangereux », dont l'évaluation est faite par des professionnels non formés à cette fin.

Par ailleurs, le reste des experts de l'échantillon d'étude indiquait ne jamais répondre à cette question, sortant de leur champ de compétence. Ainsi ce groupe d'expert, non formé à la psychocriminologie, suit en ce sens les recommandations de l'Audition Publique sur l'Expertise Psychiatrique Pénale (2).

La totalité des experts faisait par ailleurs la distinction entre les deux grands types de dangerosité, psychiatrique et criminologique. Ils ont ainsi donné une définition consensuelle de la dangerosité psychiatrique, renvoyant à la maladie mentale et à sa décompensation. Cette définition est conforme à celle présente dans la littérature scientifique (305). En revanche, la définition de la dangerosité criminologique a été plus difficile à établir, certains experts donnant des réponses tautologiques, voire floues comme cela est largement retrouvé dans plusieurs publications (224,255,262,263).

Les facteurs de risque de passage à l'acte violent chez les états-limite mentionnés par les experts étaient nombreux et similaires en majorité, regroupant principalement la présence d'addictions avec prises régulières de toxiques, les antécédents de passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs, les traits caractérisés à type d'impulsivité et d'intolérance à la frustration, le contexte social et familial délétère... Cet aspect homogène des réponses témoigne d'une standardisation des facteurs de risque de passage à l'acte violent et ainsi d'une large diffusion de la conférence de consensus sur la dangerosité psychiatrique ainsi que des recommandations HAS (305).

Les homicides avec préméditation chez le sujet état-limite étaient rares puisque qu'aucun des experts de l'échantillon d'étude n'y a été confronté durant la carrière.

La notion que la préméditation ne fait pas partie du fonctionnement des individus état-limite est très présente dans les écrits théoriques sur le sujet. En effet, la grande majorité des passages à l'acte violents émaillant l'existence des états-limites sont relatifs à l'instinct violent naturel et brutal, et non

à un acte agressif planifié et réfléchi par avance et incorporant la notion de plaisir par vengeance (17,194).

Ainsi, comme nous l'avons évoqué précédemment, les individus état-limite fonctionnent principalement sur le mode de l'agir immédiat avec des passages à l'acte impulsifs violents plongeant brutalement l'individu dans une action comme un délit ou un crime (175). Ces passages à l'acte peuvent succéder à des acting-out correspondant à des demandes d'aide déguisées dans des actes impulsifs démonstratifs faits dans le but d'interpeller, ces individus ne parvenant pas à demander de l'aide différemment (17,175,195).

Le mode de l'agieren (mise en acte) est par ailleurs rarement retrouvé dans le fonctionnement limite. D'autre part, la proportion de condamnation pour crimes aggravés, dont font partie les homicides avec préméditation, chez les troubles de personnalité limite est faible, de l'ordre de 2% (13,238).

Il en était de même des éléments psychotiques pouvant être observé au décours d'une expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite, la majorité des experts interrogés n'y ayant jamais été confronté.

L'ensemble des experts a mentionné que l'anamnèse et l'examen clinique complet du sujet permettent de faire le diagnostic différentiel entre un trouble de la personnalité état-limite en période de stress aigu et intense et les symptômes d'un trouble psychotique chronique.

Cette réponse expertale commune est conforme aux données cliniques des ouvrages sur la question, indiquant qu'un stress aigu et de forte intensité peut faire émerger de manière intermittente un épisode psychotique avec présence de symptômes transitoires à type de symptômes délirants de thématique persécutoire, de mécanisme intuitif et interprétatif, méfiance, hostilité avec hétéro-agressivité, syndrome de référence, ou encore dépersonnalisation et déréalisation. Il est ainsi nécessaire de réaliser un entretien psychiatrique exhaustif afin de situer l'épisode psychotique présenté dans l'histoire de la pathologie du sujet et d'identifier le fonctionnement psychique basal de l'individu (18,72).

La totalité des experts précisait par ailleurs que ces éléments n'auraient aucun impact sur leur décisions quant à la responsabilité pénale du sujet. Ainsi l'évaluation clinique et l'interprétation médico-légale sont homogènes dans l'échantillon d'experts interrogés, et ce en dépit de conceptions personnelles ou d'écoles de pensées différentes.

Les experts font donc tous la distinction entre la clinique du jour de l'expertise et la clinique rétrospective du jour des faits, différenciant les troubles psychotiques des éléments psychotiques

transitoires émaillant l'existence de l'individu état-limite. Une période de plusieurs semaines ou mois peut en effet s'écouler entre les faits et l'examen expertal.

En outre, tous se comportent en experts s'astreignant à répondre à leur mission expertale en restant objectifs et non en soignants, que des éléments psychotiques conduiraient à mettre en place une hospitalisation et des soins adaptés (1). Cette posture est donc conforme à la mission expertale sur le plan éthique.

La rareté des éléments psychotiques lors de l'examen expertal explique ainsi que la mise en place d'une hospitalisation au décours d'une expertise psychiatrique pénale chez un sujet état-limite était très peu fréquente, la quasi-totalité des experts n'en ayant jamais demandé une.

La négation des faits reprochés par le sujet état-limite était fréquente d'après l'échantillon de population d'étude.

La totalité des experts a ainsi déclaré de manière homogène que cette situation ne changeait en rien la pratique de l'entretien d'expertise, y compris lorsque les faits sont reconnus par l'expertisé durant l'expertise psychiatrique pénale alors qu'ils ont été niés devant le juge jusqu'à lors. Ils ont en effet expliqué que l'expert n'était pas astreint au secret médical dans le cadre de l'expertise et qu'il devait ainsi, à chaque expertise, mentionner dans son rapport la description de l'état clinique du sujet et retranscrire l'intégralité de ses dires entre guillemets, la mention des faits relatés étant faite au conditionnel. Cela permet le respect du devoir de transparence envers la justice.

Cette position prudente des experts est ainsi conforme aux recommandations de l'Audition Publique sur cette question éthique et déontologique, mentionnant qu'« en l'absence de pathologie psychiatrique majeure, la description des traits de personnalité doit se limiter à une observation clinique objective. Lorsque l'examen ne retrouve que des traits de personnalité, l'expert doit garder à l'esprit que l'implication ou non du sujet dans les faits incriminés demeure comme une inconnue fondamentale dont la levée pourrait entraîner des conclusions hâtives ou imprudentes » (287). En d'autres termes, l'expert doit conserver une position de neutralité et décrire de manière factuelle les traits de personnalité du sujet.

L'audition publique précise néanmoins que dans le cas de la négation des faits, il est le plus souvent impossible pour l'expert de réaliser une discussion médico-légale correcte et ainsi d'établir un lien avec la pathologie et les faits reprochés, non reconnus par le sujet. L'expert devra, à l'instar des dires

des experts interrogés, s'astreindre à décrire l'état mental du sujet lorsque les faits se sont déroulés (1,2,287).

Une minorité d'experts estimait en outre que ce comportement de négation des faits serait un élément en faveur d'une responsabilisation complète du sujet, tentant d'assurer sa défense d'une manière adaptée et qui ne serait pas à la portée d'un sujet psychotique.

Nous ne pouvons souscrire à ce point de vue, empreint de préjugés et d'idées préconçues antérieures à la réalisation de l'expertise et constituant un dogmatisme (1,229,296). Ce positionnement est contraire aux recommandations de l'Audition Publique, dont le rapport mentionne que « dans ce contexte de négation des faits, l'expertise ne doit pas dégager de traits de personnalité pouvant être utilisés comme argument à charge » (287). Un seul expert a d'ailleurs indiqué ne pas mentionner la reconnaissance des faits par le sujet dans son rapport afin de ne pas « constituer un élément à charge » contre lui. L'expert doit ainsi conserver une position de neutralité et se cantonner à remplir sa mission expertale de description factuelle de l'état mental au moment des faits sans déborder sur la mission du juge, à savoir trancher et se prononcer sur la culpabilité du sujet. Il ne doit ainsi pas y avoir la moindre confusion entre la mission de l'expert et celle du juge (1).

A noter que les experts ont mentionné quelques formulations types permettant de structurer et standardiser leurs rapports et ainsi de dépasser ces dilemmes éthiques sans difficulté: « la version des faits qui m'est proposée permet d'établir que », « dans l'hypothèse où la personne a commis les faits reprochés ». Dubret et l'Audition Publique mentionnent quant à eux la formulation « dans l'hypothèse de la culpabilité de l'accusé », permettant de laisser la place à l'éventualité de l'innocence de l'expertisé, qu'il ne faut pas perdre de vue.

Les positions expertales étaient par ailleurs unanimes concernant le fait de mentionner le diagnostic de trouble de personnalité limite dans le rapport y compris dans le cas où le sujet état limite nie les faits et que son trouble de personnalité n'a aucun lien avec l'infraction reprochée, et ce au risque qu'il constitue un élément à charge contre le patient au moment du procès.

Les experts ont insisté sur le fait qu'ils sont au service de la justice et qu'en tant que tel ils ne peuvent se substituer à elle, ni lui faire entrave par le biais de la rétention d'information.

Cette position commune des expert est, comme nous l'avons dit précédemment, prudente et conforme aux recommandations de l'Audition Publique sur le sujet. L'expert doit en effet conserver une position de neutralité et décrire de manière factuelle les traits de personnalité du sujet sans

prendre le rôle du magistrat et ainsi juger l'expertisé. Le fait de mentionner ce diagnostic fait partie intégrante de la mission expertale, mais les experts ne doivent pas positionner cette notion comme un élément à charge dans le dossier, ce qui est évité s'ils restent factuels.

Le juge tranchera par la suite lorsqu'il aura tous les éléments en sa possession (1,287).

Les experts étaient divisés concernant le fait que l'évocation du trouble de personnalité limite devant la Cour majorait la peine encourue par le sujet. La moitié des experts indiquait que l'évocation de ce trouble avait tendance à majorer la peine, le trouble de personnalité état-limite étant selon eux un concept peu connu des jurés qui auraient tendance à l'assimiler au concept de psychopathie et de perversion. Cela induit de fait un réflexe de défense sociale et la majoration de la peine, phénomène largement décrit dans la littérature (2,5,203). Aussi, certains experts ont mentionné la nécessité d'employer le terme de « personnalité mal structurée » dans un souci de pédagogie au tribunal devant les jurés, afin de minimiser l'impact de ce réflexe.

D'autre part, une minorité d'experts indiquait ne pas savoir répondre à la question par défaut de connaissance, tandis que le reste de l'échantillon indiquait à l'inverse que l'évocation de ce diagnostic n'augmentait pas la peine encourue, les jurés ayant selon eux tendance à rester objectifs quant aux faits et à ne pas se faire influencer par leurs préjugés à l'égard du diagnostic.

Il existait également des discordances entre experts concernant les ***implication médico-légales*** de l'expertise psychiatrique pénale chez le sujet état-limite.

L'intégralité des experts questionnés indiquait avoir déjà considéré l'existence d'un lien entre infraction et état-limite.

La majorité des experts considérait ce lien comme indirect et partiel, expliquant que le trouble de personnalité limite constituait un mode de fonctionnement prédisposant aux passages à l'acte, à l'impulsivité et aux conduites addictives. Ces experts ont donc mis en exergue l'absence de lien direct entre les faits et l'état-limite qui a un rôle facilitateur, critères pouvant être retenus pour proposer un alinéa 2, c'est-à-dire une altération du discernement (2,219).

Une minorité d'experts qualifiait par ailleurs ce lien de direct, expliquant que les faits reprochés lors

des procès étaient fortement liés au trouble limite et aux conduites addictives qui en découlent, et qu'ils ne se produiraient pas si le sujet en était indemne. Ils n'ont toutefois pas précisé si le lien entre pathologie et faits reprochés était à la fois direct et exclusif, conditions nécessaires à la proposition de l'alinéa 1, c'est-à-dire de l'abolition du discernement (229).

Par ailleurs, les divergences entre experts dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale de sujet état-limite étaient fréquentes. En effet, seule la moitié des experts indiquait n'avoir jamais eu de divergences avec un confrère expert. Les divergences portaient sur de multiples points, dont la question générale de responsabilité des sujets état-limite, du diagnostic différentiel et des soins pénalement ordonnés.

Ainsi dans le cas d'un sujet état-limite accusé d'un crime, le positionnement des experts était hétérogène. Une première moitié de la population d'étude considérait que l'expert ne devait se positionner en faveur ni d'une altération, ni d'une abolition du discernement tandis que l'autre moitié considérait que l'expert pouvait envisager toutes les possibilités, qu'il pouvait aussi bien se placer en faveur d'un alinéa 1, d'un alinéa 2, ou d'une responsabilisation complète du sujet en fonction du cas. Ces divergences reflètent des conceptions expertales différentes du trouble de personnalité limite.

Les conditions retenues par les experts sollicités afin de proposer une abolition du discernement ou du contrôle des actes (alinéa 1) étaient homogènes dans l'échantillon de population étudié. Ont été mentionnés les critères de décompensation psychotique transitoire et réversible avec hallucinations acoustico-verbales et délire, et d'état psychotique bref. Ces éléments traduisent un lien direct et exclusif entre la maladie mentale et les faits et sont abondamment mentionnés dans la littérature (2,4,229).

La moitié de ces experts a en outre évoqué la pharmacopsychose, trouble psychotique induit par la consommation d'une substance (amphétamines, champignons hallucinogènes, médicaments, produits stupéfiants...), entrant dans le cadre des troubles du spectre de la schizophrénie du DSM-5 (106).

En revanche, les conditions retenues par les experts en vue de proposer une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2 sont très composites, mettant certes en avant l'absence de lien direct entre les faits et l'état-limite qui a un rôle facilitateur comme cela est retrouvé dans les écrits sur ce point (2,219,229), mais traduisant un manque de standardisation dans ce domaine et l'absence de critères sémiologiques objectifs communs permettant l'évaluation du caractère direct ou non de ce lien.

La moitié des experts indiquait par ailleurs n'avoir jamais retenu une altération du discernement ou

une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2 pour un état-limite.

En d'autres termes certains experts, bien que considérant possible en théorie une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes, proposent en pratique la responsabilisation complète du sujet état-limite. On peut se demander si les experts ne préfèrent pas le choix manichéen du « tout ou rien » concernant la responsabilité pénale, évitant la position inconfortable de l'alinéa 2 dont un expert expliquait qu'il était « le reflet d'une hésitation de l'expert: reflet qu'il faudrait responsabiliser la personne mais atténuer la peine ».

Cela témoigne du caractère méconnu de l'alinéa 2 par les experts qui n'ont pas tous la même conception de l'altération du discernement et ainsi de ce à quoi cet alinéa renvoie (233). La mise au point de critères consensus relatifs à la proposition de l'alinéa 2 paraît impérative.

De plus en pratique, plus de la moitié des experts questionnés confiait ne jamais s'être positionnée en faveur d'un alinéa 1 dans le cas d'un individu état-limite accusé d'homicide volontaire.

Cette démarche personnelle et catégorique des experts atteste de préjugés et d'idées préconçues des experts antérieurs à la réalisation de l'expertise, constituant un dogmatisme (1,229,237,296).

Ces idéologies sont en rapport avec les formations théoriques et les courants de pensées auxquels appartiennent les experts, pouvant donner lieu à des « jurisprudences strictement personnelles » et ainsi à des divergences inter-experts (2,229,237,296).

Ces divergences concernent ainsi la manière d'appréhender le trouble de personnalité limite. Pour D. Zagury, les experts n'interprètent par la loi de façon identique, certains se contentant de la présence d'une maladie mentale pour retenir une abolition du discernement alors que d'autres plus rigoristes cherchent à mettre en évidence un lien direct et exclusif entre les faits reprochés et le trouble limite.

En outre, la part imputée au trouble limite dans les faits reprochés varie entre les experts, l'interprétation médico-légale pouvant fluctuer en fonction des émotions vécues par l'expert au moment de l'examen expertal et du transfert et contre-transfert opérant alors (257).

Il faut également prendre en compte le fait que les convictions personnelles des experts sont à même de faire varier leurs position expertale quant à l'évaluation du discernement du sujet, permettant in fine d'en retenir éventuellement l'abolition ou l'altération (1).

Il est à noter que les divergences observées sont évidemment préjudiciables pour le sujet (229,237).

Ces différents points de vue étaient attendus et témoignent du clivage conceptuel présent autour des maladies mentales graves dans la littérature.

D'un côté, de nombreux auteurs dont Bénézech considèrent que la présence d'un trouble mental au moment des faits doit s'accompagner d'une irresponsabilisation complète du sujet. Bénézech explique ainsi que « les personnes délinquantes avec des troubles mentaux sévères ne doivent être ni condamnées ni incarcérées » (245).

D'autre part a émergé depuis les années 1970 un mouvement de responsabilisation (1) dans les rangs de psychiatres, pour lesquels la responsabilisation des sujets a une fonction thérapeutique. (219,306). La confrontation du sujet à la loi permettrait dans le même temps la confrontation à la réalité du monde, et ce principe de réalité éviterait une « stigmatisation humiliante » qu'engendrerait une irresponsabilisation assujettissante (1,219,233,245,305,306).

Ces visions hétéroclites, sources de divergences et délétères pour la concordance entre les expertises, rendent essentiel le questionnement sur la mise au point d'une jurisprudence expertale (1,219,229,237).

Les experts interrogés ont également pointé la présence de divergences sur la question du diagnostic différentiel du trouble limite avec d'autres troubles. Ce point est abondamment retrouvé dans la littérature compte tenu du fait que, comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe un polymorphisme dans la présentation clinique des patients état limite source de difficultés sur le plan diagnostique (35,68,80,173).

Ainsi le diagnostic d'état-limite est un des plus difficiles de la nosographie psychiatrique, dont la fidélité inter-juges est médiocre (18). Certains experts ont d'ailleurs évoqué que le diagnostic d'état-limite est souvent un diagnostic posé « par défaut », quand « on pense à la psychose mais qu'on ne la retrouve pas », alors qu'il s'agit d'un diagnostic positif.

En ce qui concerne les éléments pris en compte pour la mise en place de soins pénalement ordonnés pour le sujet état-limite, les avis experts étaient hétérogènes. La grande majorité des experts énumérait des critères disparates tandis que le reste de la population de l'échantillon interrogé déclarait en faire une proposition systématique.

D'autre part, alors que plus de la moitié des experts sollicités confiait ne jamais proposer de soins

pénalement ordonnés en pratique dans le cas du sujet état-limite du fait de leur inefficacité et de l'absence de justification a fortiori en cas de refus du sujet, les autres experts indiquaient faire une proposition de tels soins même en cas d'opposition du sujet.

Cette diversité dans les réponses traduit une nébuleuse autour de la question des soins pénalement ordonnés chez le sujet état-limite et témoigne à nouveau d'un manque de critères objectivables et d'un cadre standard appliqué par l'ensemble des experts. Cela pointe la nécessité d'une réflexion sur un consensus expertal autour de ce point.

En outre, ces positions expertales divergentes concernant la mise en place de soins pénalement ordonnés pour l'individu état-limite résultent d'une démarche personnelle et catégorique des experts empreinte de préjugés et d'idées préconçues sur ce trouble à l'origine d'un dogmatisme (1,229,237,296). Ces idéologies, en lien avec les formations théoriques et les courants de pensées auxquels appartiennent les experts, sont source de divergences inter-experts dans leur façon de concevoir le trouble de personnalité limite (2,229,237,296).

En effet, la proposition systématique de soins pénalement ordonnés y compris en cas de refus du sujet, tout comme la non proposition automatique de ces soins sont contraires aux recommandations de l'Audition Publique sur l'Expertise Psychiatrique Pénale (2). Le caractère systématique de la proposition ou de la non proposition est à proscrire au profit de l'adaptation au cas par cas.

Ainsi, tant la vision défaitiste consistant à anticiper l'échec de la mesure que la vision angélique consistant à toujours proposer la mesure dans l'éventualité d'un bénéfice ne sont pas satisfaisantes, voire constitueraient une solution de facilité pour l'expert.

D'autre part, il est fondamental que l'expert conserve une neutralité dans sa position (2), ne devant pas se considérer comme un soignant agissant pour le bien du patient, ni comme un magistrat dont le rôle est de juger.

En effet certains experts avaient tendance à dépasser le champ de leur mission et à statuer dans leurs conclusions en fonction de qui était pour eux « la meilleure chose à faire dans le cas présent », ce qui génère évidemment des divergences entre experts.

Il est à noter par ailleurs que les critères cliniques indiquant la mise en place des soins pénalement ordonnés sont flous et mal définis, seules les infractions pour lesquelles ces soins sont indiqués sont clairement définies dans la loi (52,292,293). Aussi certains experts ont mentionné leurs propres critères pour lesquels selon eux l'injonction de soin est en général indiquée: bon insight, accord du

patient, possibilité d'une amélioration clinique grâce aux soins.

De tels critères relèvent ainsi d'avantage du bon sens clinique que de véritables recommandations, pointant l'impératif de statuer sur des règles de bonnes pratiques objectives et communes au niveau expertal.

Les experts questionnés avaient en revanche un avis unanime en ce qui concerne le type de soins pénalement ordonnés pouvant être mis en place pour un sujet état-limite, à savoir l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, mais étaient partagés concernant leur utilité.

En effet, plus de la moitié des experts composant l'échantillon d'étude déclarait ne jamais proposer de tels soins en pratique du fait du faible insight des sujets état-limite, qui ne s'engageront pas dans le processus de soins. Ces experts expliquaient qu'il ne fallait se montrer ni naïfs ni dupes quant à l'efficacité de ces soins dans le cas d'individus état-limite. A l'inverse, un petit contingent d'experts expliquait faire une proposition systématique de ces soins chez un sujet état-limite et ce quel que soit le contexte.

Ces deux positions vont ainsi à l'encontre, comme nous l'avons dit précédemment, des recommandations de l'Audition Publique sur l'Expertise Psychiatrique Pénale (2).

Enfin, une dernière catégorie d'experts a énuméré des contextes disparates dans lesquels ces soins seraient utiles, sans cadre consensuel clairement établi.

Ces résultats mettent ainsi en exergue l'absence de cadre consensuel et la division des experts sur la question des soins pénalement ordonnés chez le sujet état-limite, renvoyant à des différences de conceptions personnelles et dogmatiques de ce trouble et de ses possibilités de rémission.

En outre, seule une petite partie des experts a mentionné des « différences mineures » notamment dans la terminologie utilisée pour nommer le trouble de la personnalité état-limite ainsi que dans la rédaction du rapport expertal.

Ce résultat est surprenant compte tenu du fait que la mauvaise qualité des expertises notamment en terme rédactionnel est très présent dans la littérature. En effet, les magistrats font part de véritables hétérogénéités entre les rapports d'expertise concernant « le volume, la densité et le contenu » (2), dépeignant « des expertises rédigées à la hâte, reproduisant un copier-coller d'un modèle éternellement répété, une analyse clinique rapide et souvent contradictoire entre les collègues d'experts, l'absence de rigueur de la clinique de l'abolition du discernement » (5,6).

A propos des conséquences de la proposition d'un alinéa 1 pour le sujet, les réponses de la population d'étude étaient homogènes.

D'après la majorité des experts interrogés le magistrat suit volontiers l'avis expertal, la proposition d'un alinéa 1 étant systématiquement suivie d'un jugement d'irresponsabilité pénale ainsi que d'une hospitalisation du patient sous le mode SDRE 122-1.

Cependant, il ne s'agit que d'une proposition de l'expert au magistrat, qui n'est nullement tenu par les conclusions expertales. On peut néanmoins se demander si le caractère systématique de cet enchaînement, mis en avant par les experts, n'est pas davantage lié à un ressenti personnel plus qu'à une réalité. Seul un expert expliquait ainsi que cet enchaînement était d'autant moins systématique depuis la loi du 25 février 2008 sur l'irresponsabilité pénale, donnant à la demande des parties ou du magistrat la possibilité de renvoyer le dossier devant la chambre d'instruction qui se prononcera par la suite après la comparution de l'accusé et plusieurs débats (210) rendant moins automatique le processus (75).

D'autres experts indiquaient par ailleurs ne pas avoir connaissance des suites données aux conclusions expertales lors du procès et n'ont pas mentionné cette loi, peut être par méconnaissance.

Les experts étaient partagés concernant l'impact d'une proposition d'un alinéa 2 sur la peine encourue par le sujet.

Plus de la moitié des experts sollicités indiquait ne pas avoir connaissance des effets d'une telle proposition, ne s'enquérant pas du résultats des audiences et précisant que le recul n'est pas suffisant depuis la réforme de l'article 122-1 du code pénal d'août 2014 (prévoyant la possibilité de réduction d'un tiers de la peine encourue pour un sujet atteint d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement ou entravé le contrôle de ses actes au moment des fait reprochés).

L'autre partie du contingent d'experts interrogés expliquait que la proposition d'un alinéa 2 a, malgré la réforme législative de 2014, tendance à entraîner une majoration de la peine encourue par le sujet état-limite.

Ces experts indiquaient en effet que l'alinéa 2 témoigne pour eux d'une hésitation de l'expert quant à la potentielle responsabilisation des sujets, qui doivent ainsi être à la fois responsabilisés mais avoir une peine atténuée. On peut se demander si les experts ne préfèrent pas le choix manichéen du « tout ou rien » concernant la responsabilité pénale, évitant la position inconfortable de l'alinéa 2.

Les experts ont ensuite confié leur propre interprétation médico-légale de l'article 122-1 réformé par la loi de 2014, indiquant que l'impact d'un alinéa 2 sur la peine encourue est fonction du potentiel de curabilité du sujet, ce qui n'est pas mentionné dans cet alinéa.

Cela met ainsi en exergue, à l'instar de ce que nous avons précédemment évoqué, le caractère méconnu de l'alinéa 2 par les experts qui n'ont pas tous la même conception de l'altération du discernement et ainsi de ce à quoi cet alinéa renvoi (233).

Ces données rendent indispensable l'établissement de statistiques sur les effets de l'alinéa 2 sur la peine prononcée pour le sujet et leur communication à la population expertale afin d'informer les professionnels de son impact médico-légal. Une mise au point de critères consensus relatifs à la proposition de l'alinéa 2 est en outre nécessaire.

Les avis expertaux étaient partagés concernant le suivi sur le plan psychologique et psychiatrique des sujets état-limite en milieu carcéral.

La moitié des experts a pointé le caractère erratique et utilitaire du suivi chez ces sujets à l'insight faible, refusant très souvent les soins proposés.

L'autre moitié de l'échantillon expliquait à l'inverse que le suivi de ces sujets était très souvent mis en place via le SMPR sous la forme de consultations psychologiques ou psychiatriques, devant des symptômes le plus fréquemment à type de troubles du sommeil, symptômes dépressifs secondaires à l'incarcération, tentative de suicide, prise en charge de comorbidités addictives...

Certes, les caractéristiques cliniques de l'individu état-limite peuvent constituer un frein aux soins proposés en milieu carcéral, expliquant le caractère irrégulier du suivi. En effet, les troubles du comportement de type impulsif, l'émotionnalité négative avec irritabilité et sentiment de rage ou de colère, la tension interne quasi continue émaillée d'épisodes de pics de colère inadaptés à la situation, la dysrégulation émotionnelle et cognitive sont autant de traits participant au refus du cadre de soin pénitentiaire, chez des sujets dont la conscience des troubles est par ailleurs très faible comme cela est retrouvé dans la littérature (18,36,72,82).

Cependant la présence de nombreux symptômes du tableau clinique de l'état-limite, exacerbés par l'enfermement et l'incarcération motivent fréquemment le suivi de ces individus. Le suivi peut ainsi débuter du fait de troubles dépressifs, d'un risque suicidaire important du fait d'une grande impulsivité, d'un sentiment de vide intérieur chronique lié aux comportements d'abus de substances et aux actes auto-agressifs (auto-mutilations, gestes suicidaires) ou encore de l'angoisse flottante et fluctuante marquée par la rapidité avec laquelle elle envahit le sujet et se manifestant de manière paroxystique avec des expériences de déréalisation fréquentes (18,36,72,168).

L'incarcération accentue ainsi le syndrome anxio-dépressif provoquant un fléchissement thymique, des troubles du sommeil à type d'insomnies d'endormissement du fait de ruminations anxieuses et une augmentation du nombre de passages à l'acte auto-agressifs, et entraîne de fait une forte

diminution voire un sevrage total des consommations toxiques.

L'émergence et/ou l'accentuation de ces symptômes sont sources de souffrance pour l'individu qui va alors débiter un suivi à sa demande, qu'il soit psychologique ou psychiatrique.

Néanmoins et malgré la demande de soins du sujet, le suivi psychologique ou psychiatrique en milieu carcéral n'est pas systématiquement mis en place (114). En effet, plusieurs publications pointent le fait que l'accès aux soins psychiatriques en prison est inégal et limité, « le statut de détenu primant sur celui de malade » (139).

Il existe malheureusement une forte proportion de détenus souffrant de pathologies psychiatriques, un quart des détenus seraient atteints de troubles psychotiques (304). Il est à noter que cette proportion ne cesse de croître au fil du temps, engendrant une hausse de la demande de soins tandis que l'offre de soins peine à s'adapter.

On estime ainsi qu'après un entretien d'accueil à l'entrée en prison, un tiers des individus est orienté vers un suivi psychiatrique (138). Ce suivi débute le plus souvent par un entretien avec un infirmier psychiatrique, qui orientera la personne vers un médecin si besoin.

Cependant ce processus n'est « pas généralisé dans tous les établissements » (79).

L'offre de soins en milieu carcéral est en outre insuffisante et fluctuante en fonction du lieu d'incarcération du fait du petit nombre de structures. Il existe ainsi 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en place dans les centres pénitentiaires (créés par le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique) mais ceux-ci sont disséminés inégalement sur le territoire (139).

D'autre part, les délais d'attente sont relativement longs pour la plupart des détenus, la majorité bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire par des psychiatres et des psychologues très souvent présents à temps partiels. Le recrutement des psychiatres est actuellement un problème majeur des SMPR. En effet en 2016, 22 % des postes budgétés n'étaient pas pourvus (105).

A l'offre de soins insuffisante s'ajoutent des contraintes inhérentes au milieu carcéral qui tendent également à freiner voire à empêcher l'accès aux soins des détenus.

En effet les multiples sas, grilles, contrôles de sécurité peuvent se transformer en remparts infranchissables.

C.D. Bataillard, psychiatre en SMPR, explique d'ailleurs que « dans une centrale, on ne peut pas

déplacer les gens facilement. Quand l'administration pense qu'une personne est dangereuse, les surveillants doivent être quatre pour l'accompagner en consultation et ne vont la sortir que munis d'un équipement de sécurité. L'opération peut facilement prendre une heure. Dans les centres de détention ou les maisons d'arrêt, des mouvements imprévus ou des retards dans l'ouverture des portes des cellules peuvent aussi faire rater des rendez-vous médicaux ».

Il est également à prendre en compte que les détenus souffrant de maladie mentale sont très souvent stigmatisés, à tel point que « certaines personnes renoncent aux soins par crainte des agressions » (139).

L'avis des experts était en outre uniforme concernant le fait que l'arrêt d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement psychotrope avant les faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire.

La majorité des experts interrogés indiquaient en effet que l'arrêt des soins sans accord médical préalable constituait un choix personnel du sujet état-limite, qui doit en assumer seul pleinement les conséquences.

Seul un petit groupe d'experts a confié que l'arrêt des soins pouvait modifier leur décision les amenant à se positionner en faveur d'une diminution de la responsabilité du sujet, à condition que ces soins aient permis une amélioration clinique significative. A noter que les critères d'amélioration clinique antérieure à l'arrêt des soins étaient totalement subjectifs de la part des experts.

La problématique de l'arrêt d'un suivi ou d'un traitement psychotrope se pose en ces termes: cet arrêt est-il imputable à la personne souffrant d'un trouble de personnalité limite ou est-il une des nombreuses conséquences de ce fonctionnement pathologique?

Les experts interrogés se positionnent ainsi en majorité derrière la première hypothèse, à savoir que l'arrêt des thérapeutiques est du fait du sujet lui-même, qui est informé des bénéfices du traitement ainsi que des risques de son arrêt, arrêt constituant une décision strictement personnelle sans rapport avec le trouble de personnalité limite.

L'Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale a par ailleurs abordé ce point, en posant la question suivante: « Doit-on tenir compte de l'interruption de traitement quand un nouvel acte médico-légal est commis? ». Ce collègue d'experts n'y a pour autant pas apporté de réponse claire, se contentant d'expliquer que « dans certains cas la discussion médico-légale pourra prendre en compte ce facteur, sans que l'on puisse indiquer une ligne de conduite univoque, mais sans jamais

faire de l'arrêt des soins un facteur de surresponsabilisation de l'expertisé» (2).

L'Audition Publique recommande ainsi une évaluation au cas par cas sans faire de cette rupture thérapeutique un élément à charge pour le sujet, ce qui risquerait de majorer sa responsabilité dans le dossier.

D. Zagury déclare quant à lui qu'il faut, dans cette évaluation au cas par cas des sujets, ne pas faire uniquement « comme si le sujet n'avait pas eu d'autre choix du fait de sa maladie » (229).

Cependant, les caractéristiques cliniques de l'individu état-limite expliquent le caractère potentiellement erratique du suivi.

En effet, la dysrégulation cognitive, affective et émotionnelle de ces sujets dont l'insight est très faible, la tendance à l'alternance entre idéalisation excessive et dévalorisation des autres (84), la relation de dépendance anaclitique, l'émotionnalité négative avec irritabilité et sentiment de rage ou de colère, la tension interne quasi continue émaillée d'épisodes de pics de colère et les troubles du comportement de type impulsif auto et/ou hétéro-agressifs (18,36,72,82) rendent particulièrement compliqués le suivi et le traitement de ces individus sur le long terme, aussi bien en psychiatrie qu'en médecine somatique. Le taux d'abandons de suivi est ainsi très élevé (plus de la moitié des patients au bout d'un an en moyenne) (143,161).

Ainsi, on peut se demander si le manque d'insight inhérent au fonctionnement du trouble de la personnalité limite n'est pas directement en lien avec le manque de compliance et l'inobservance thérapeutique.

Il est à noter qu'aucun texte de loi n'encadre actuellement à notre connaissance la question de la rupture de traitement et qu'il est fondamental que l'expert conserve sa position de neutralité visant à remplir strictement sa mission, à savoir éclairer le magistrat sur l'état mental au moment des faits, sans empiéter sur celle du juge à qui il revient de trancher.

Les réponses expertales étaient également homogènes en ce qui concerne la consommation de toxiques au moment des faits reprochés. La grande majorité des experts expliquaient en effet que la consommation de toxiques (cannabis, drogues dures, benzodiazépines sur auto-médication...) au moment des faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite. Ils ont en effet indiqué que le trouble limite constituait un facteur prédisposant aux consommations de toxiques, mais que celles-ci étaient néanmoins un choix personnel et contrôlable par le sujet qui doit en assumer pleinement les conséquences.

Un seul expert a confié que sa décision était susceptible de varier selon la dose de toxiques consommés, le seuil de dose de toxiques consommés lui permettant de se placer en faveur d'une

diminution ou non de la responsabilité pénale du sujet étant par ailleurs totalement subjectif et propre à celui-ci.

Le questionnement est ici similaire à celui décrit précédemment pour l'arrêt du suivi et/ou du traitement psychotrope (1). En effet, il convient de se demander si la consommation de toxiques est comorbide du trouble limite, évoluant ainsi de manière indépendante ou si cette consommation est un symptôme de ce trouble de la personnalité.

Il est à noter qu'il y a pas de recommandation encadrant cette question, dépendante des convictions de l'expert et de sa conception de l'état-limite. L'évaluation doit ainsi se faire au cas par cas.

Néanmoins, force est de constater qu'en dépit de conceptions idéologiques différentes à propos du trouble limite, les réponses expertales étaient homogènes, considérant la prise de toxiques au moment des faits reprochés comme une comorbidité addictive dissociée de l'état-limite.

Cela n'a ainsi selon eux aucun impact sur le discernement du sujet ou le contrôle des actes, ne leur permettant pas d'en retenir l'abolition conformément aux procédures en place depuis le code pénal de 1810 avec le cas des « folies volontaires » (216).

Cependant, les experts reconnaissent que les caractéristiques cliniques de l'état-limite (sentiment de vide intérieur intense, angoisse flottante, tendance à l'impulsivité) sont des facteurs favorisant les conduites addictives et sont plus fréquemment retrouvés chez ces individus que dans le reste de la population générale (18,36,59).

Enfin, un expert a complété sa réponse en mentionnant le rare cas de survenue d'une pharmacopsychose lors d'une première consommation de produit stupéfiant, le conduisant à se positionner en faveur d'une atténuation de la responsabilité du sujet. Cet expert fait part de ce qui constitue selon lui une jurisprudence expertale conduisant à une proposition d'irresponsabilité pénale, en évoquant le cas d'un sujet ne connaissant pas les effets des toxiques sur son organisme du fait de son caractère de primo-consommateur. Cependant l'individu ayant déjà consommé des toxiques auparavant et ayant de fait connaissance des répercussions de ces substances sur son organisme ne pourra être irresponsabilisé.

Il est à noter qu'il n'existe à notre connaissance aucun texte légal encadrant ce cas précis, cette conduite à tenir étant propre à l'expert interrogé.

Les réponses des experts étaient d'autre part similaires et homogènes concernant le fait que la consommation d'alcool au moment des faits reprochés ne modifie pas leur décision quant à la responsabilité pénale du sujet état-limite. La totalité des experts de l'échantillon d'étude déclarait

que, bien que cette consommation ait un effet désinhibiteur et agressogène, elle constitue un choix personnel du sujet qui doit contrôler son comportement et en assumer seul les conséquences.

Le raisonnement est une nouvelle fois similaire à celui décrit précédemment pour l'arrêt du suivi et/ou du traitement psychotrope (1). En effet, il convient de se demander si la consommation d'alcool est comorbide du trouble limite, évoluant ainsi de manière indépendante ou si cette consommation est un symptôme de ce trouble de la personnalité.

Il n'y a là encore pas de recommandation encadrant cette question, dépendante des convictions de l'expert et de sa conception de l'état-limite. L'évaluation doit ainsi se faire au cas par cas. Néanmoins et comme dans le cas de la consommation de toxiques au moment des faits, les réponses expertales sont homogènes, considérant la prise de toxiques au moment des faits reprochés comme une comorbidité addictive dissociée de l'état-limite et ce en dépit de conceptions idéologiques différentes à propos de ce trouble. Les experts ont en effet pointé l'absence d'impact sur le discernement ou le contrôle des actes et donc l'absence d'abolition, conformément aux procédures en place depuis le code pénal de 1810 avec le cas des « folies volontaires » (216).

Cependant, les experts reconnaissent que les effets directs de l'alcool à type d'agressivité et de désinhibition ont tendance à faciliter les passages à l'acte, ce qui est retrouvé dans la littérature (154,157).

Une minorité d'experts ont de plus complété leur réponse en mentionnant une exception dans ce domaine, à savoir le rare cas de l'ivresse pathologique chez un sujet ayant consommé de l'alcool pour la première fois et ne connaissant pas les effets de l'alcool sur son organisme du fait de son caractère de primo-consommateur. Ces experts évoquaient dans ce cas de figure une jurisprudence expertale conduisant à une proposition d'irresponsabilité pénale. Cependant l'individu ayant connaissance des répercussions de l'alcool sur son organisme car ayant déjà consommé de l'alcool auparavant ne pourra être irresponsabilisé.

Il est là encore à noter qu'il n'existe à notre connaissance aucun texte légal encadrant ce cas précis, cette conduite à tenir étant propre aux expert interrogés.

Enfin, il est à souligner que les désaccords expertaux identifiés dans notre travail étaient déjà présents de façon identique dans l'étude sur les divergences expertales du Dr. J. Guivarch faite en 2013.

Invités à une **réflexion sur l'état des lieux actuel de la pratique expertale**, les experts interrogés ont fait une analyse homogène de la situation.

Leur avis est consensuel en ce qui concerne la démographie expertale et les facteurs explicatifs de la diminution progressive du nombre d'experts psychiatres inscrits sur les listes au fil du temps. Le nombre d'experts psychiatres est en effet en constante diminution depuis de nombreuses années en France, étant passé de 1400 en 2004 à 800 en 2007, puis à 500 en 2013 pour avoisiner les 300 à ce jour (289,290,291).

Dans un contexte de diminution du nombre global de psychiatres sur le territoire dus aux nombreux départs à la retraite non remplacés, ils ont identifié de nombreux facteurs qui rendent le domaine de l'expertise psychiatrique peu attractif, renvoyant à ce qui est grandement décrit dans la littérature (2,4,5,244).

Les experts ont ainsi pointé la trop faible rémunération en rapport au caractère chronophage des expertises pénales, dont l'importante charge de travail est jugée selon eux « mal compatible » avec une activité libérale. Ces propos sont retrouvés dans le rapport de l'Audition Publique, mentionnant le fait que « la rémunération des expertises psychiatriques apparaît insuffisante au regard de la complexité des missions, des difficultés liées à leur réalisation, du temps nécessaire, des conditions matérielles et de secrétariat, et les nécessaires auditions en cour d'assises et cour d'assises d'appel » (2). Certains experts évoquent une « rémunération de misère » (4) ainsi qu'une « dégradation continue de la rémunération du fait de la non réévaluation des honoraires » (244).

Ils ont également dénoncé d'importants problèmes de paiements avec des délais de 8 à 10 mois en moyenne du fait de restriction budgétaires du ministère de la justice (1,166).

Les experts ont en outre fait part de procédures de travail complexes et non fluides participant au caractère chronophage de la pratique expertale ainsi que de piètres conditions d'accueil en milieu carcéral. Ce point a également été soulevé par l'Audition Publique, expliquant que « le cadre des expertises en milieu carcéral est jugé en général médiocre. Les faiblesses portent à la fois sur les locaux mis à disposition et les horaires d'accès limités. Les conditions d'examen ne permettent que rarement la confidentialité et le respect des personnes » (2).

Ainsi, au delà de la mauvaise organisation des procédures, les experts interrogés dénoncent la « maltraitance de l'institution judiciaire » envers le corps expertal, expliquant n'être que peu considérés par l'opinion publique et le système judiciaire et pénitentiaire.

Il est cependant à noter que l'expertise psychiatrique pénale fait actuellement et depuis plusieurs années l'objet de critiques multiples (5,229,244,305). Ces critiques concernent notamment la qualité et les divergences des rapports d'expertises ainsi que les sorties prématurées d'hospitalisation ou les irresponsabilisations de malades mentaux, particulièrement lors de la commission de faits « à fort retentissement émotionnel » (1). Il faut souligner que la médiatisation amplifie considérablement ce phénomène (4).

La question du manque de formation des psychiatres à la médecine légale et à la pratique de l'expertise psychiatrique pénale a également été pointée par les experts. Ce problème est par ailleurs mentionné à la fois par la communauté expertale et les magistrats (2,5). L'Audition Publique fait ainsi le constat que « la formation à la fonction d'expert qui reposait autrefois sur le tutorat ou le compagnonnage n'a pas été remplacée par une formation organisée, initiale et continue, globalement répartie sur le territoire ». (2)

La population d'experts de l'étude a également évoqué la responsabilité grandissante des experts au décours de la pratique expertale pénale, mentionnant « la peur des implications médico-légales du rapport expertal » ressentie par les jeunes confrères. Cette « lourdeur de la prise de responsabilité » est décrite dans la littérature (2,4,5,244), l'Audition Publique souhaitant y remédier en instaurant une formation sous forme de tutorat expert chevronné- expert débutant, permettant de réduire « le sentiment de crainte et de solitude » du jeune confrère en début de pratique (1,2).

Enfin, les experts ont mis en exergue la méconnaissance du domaine de l'expertise par les jeunes confrères du fait selon eux de la différence d'orientation de leur formation, davantage scientifique que psychanalytique.

Un expert a d'autre part déclaré que « cela fait partie du service public que de travailler avec la justice », reprenant les propos de Jean-Pierre Kahn (169) et rappelant la fonction d'articulation psychiatrie-justice de l'expertise psychiatrique pénale décrite par de nombreux auteurs (3-6).

Dans ce contexte de raréfaction des experts, les experts composant l'échantillon d'étude souhaiteraient voir émerger bon nombre de **modifications et d'améliorations dans le champ de l'expertise psychiatrique pénale** afin d'en augmenter la visibilité auprès des jeunes confrères et ainsi les sensibiliser à ce domaine professionnel, et de rendre cette pratique plus attractive afin d'attirer de nouveaux praticiens.

Les experts questionnés étaient ainsi désireux, tout comme les experts de l'Audition Publique, de « disposer d'un nombre suffisant d'experts bien formés et de qualité, répartis sur l'ensemble du pays en fonction des besoins » (2).

Il est à noter que les attentes des experts étaient en adéquation avec celles présentes dans les multiples écrits de la littérature sur le sujet (1,2,4,166,169,244).

La question de l'évolution de la formation a été évoquée par la majorité des experts sollicités, ces derniers souhaitant voir émerger une formation plus répandue et à caractère obligatoire à l'expertise au niveau des facultés de médecine pour tous les jeunes psychiatres inscrits en DES. Cela permettrait ainsi de confronter les jeunes générations de praticiens à la pratique expertale dès leurs stages hospitaliers.

L'Audition Publique a également statué sur ce point, proposant la mise en place de deux niveaux de formation initiale.

Ainsi, la formation initiale de premier niveau doit être obligatoire pour tout jeune interne inscrit en DES de psychiatrie et comprend « un enseignement permettant de redonner à la psychiatrie légale la place qui a été historiquement la sienne ». Cette formation comporte ainsi l'étude de l'histoire de la psychiatrie et de ses fondements, des cours de médecine et de psychiatrie légale (2).

La formation initiale de second niveau vise à consolider et affiner la formation de premier niveau par la « création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de psychiatrie médico-légale et le développement de diplômes inter et trans-universitaires appliqués à l'expertise légale ». Cette formation spécialisée comprend ainsi l'enseignement de notions théoriques précises de droit et de procédures administratives et judiciaires (2). L'Audition Publique propose en outre l'instauration d'un système de tutorat-compagnonnage consistant à mettre en place un tutorat constitué d'un expert « confirmé » et d'un expert débutant ou « stagiaire » qui serait ainsi formé par son tuteur dans le cadre d'un « compagnonnage », avant de pouvoir être inscrit sur une liste (2). Ce système aurait ainsi pour but de diminuer « le sentiment de crainte et de solitude » du jeune confrère face à la prise de responsabilité en début de pratique (1,2).

La revalorisation des tarifs de l'expertise a bien évidemment été énoncée (2,166), devant prendre en considération la responsabilité endossée par l'expert ainsi que les exigences croissantes en terme de prestations demandées (166).

Cette revalorisation doit avoir pour objectif de placer la rémunération de l'expertise à un montant équivalent à ce que les psychiatres « pourraient obtenir dans des pratiques institutionnelles réglementaires et en tenant compte de leurs responsabilités et de la nécessité de formation complémentaire indispensable pour la pratique expertale » (2,4,244).

Quelques experts de l'Audition Publique émettent l'idée de prendre en compte la pratique expertale « dans les cadres réglementaires et financiers au titre des MIGAC (Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation) » (2).

Les experts questionnés revendiquaient en outre une plus grande considération du rôle de l'expert psychiatre. Ils ont ainsi plaidé pour l'amélioration de leurs conditions de travail, mentionnant un changement du regard des gardiens de prison à leur égards, une plus grande disponibilité des bureaux pour les entretiens experts ou encore un élargissement des horaires d'accès....

Ces éléments sont par ailleurs conformes à ceux recommandés par l'Audition Publique concernant les conditions de réalisation de l'expertise, qui propose « une diminution des temps d'attente, l'assouplissement des jours et tranches horaires d'accueil, et la mise à disposition de locaux adaptés permettant la confidentialité et un examen dans des conditions humaines et décentes » (2).

Ils estiment qu'il faut « arrêter de considérer les experts médicaux comme des experts immobiliers ou d'assurance (procédures de paiement identiques; formations mal faites et peu intéressantes...) ».

Les experts réclament également la fluidification des procédures au niveau du traitement des documents, de la rémunération, avec une simplification globale des processus permettant de gagner en célérité et de rendre la pratique moins fastidieuse.

Enfin, un expert estime que « tout psychiatre hospitalier devrait pouvoir être réquisitionné » afin d'éviter le glissement vers des psychiatres dont la pratique est exclusivement expertale et qui ne gardent plus de part clinique à leur activité professionnelle.

Cela est ainsi conforme aux recommandations de l'Audition Publique, qui attire l'attention sur le fait que l'expertise est une facette du métier de psychiatre mais n'a pas vocation à occuper l'intégralité de la pratique professionnelle. L'expert doit également rester un soignant et « avoir une activité clinique régulière » en parallèle de la pratique expertale (1,2).

L'Audition Publique alerte sur « les dangers de pratiques expertales quasi-exclusives de professionnels ayant interrompu la pratique institutionnelle et thérapeutique, ayant perdu leur indépendance vis-à-vis de l'autorité judiciaire mandante » (2).

D'autres modifications non évoquées par les experts de notre population d'étude sont par ailleurs attendues par bon nombre d'experts. Il nous a donc paru important de les mentionner.

Ainsi, de nombreux auteurs souhaiteraient des recours plus nombreux aux expertises duelles voire à des collèges d'experts dans les dossiers difficiles (2,4). Cela permettrait la diminution des divergences (229) et la mise en œuvre de la « formation initiale de second niveau » évoquée par l'Audition Publique grâce à « la mise en place d'un tutorat permettant l'association, au sein d'un même collège, d'un expert « confirmé » et d'un expert débutant ou « stagiaire » qui serait ainsi formé par son tuteur dans le cadre d'un « compagnonnage », avant de pouvoir être inscrit sur une liste ». Ce système de tutorat-compagnonnage aurait ainsi pour objectif, comme nous l'avons mentionné précédemment, de réduire « le sentiment de crainte et de solitude » du jeune confrère face à la prise de responsabilité en début de pratique (1,2).

Un nombre important d'experts expliquent par ailleurs qu'un délai suffisant est indispensable à la bonne réalisation de la mission expertale.

Ce délai est très court à l'heure actuelle (1,171) alors que les questions à traiter à la fois rétrospectives (établissement d'un diagnostic et évaluation du lien éventuel avec les faits reprochés...) et prospectives (évaluation de la dangerosité du sujet, établissement d'une conduite à tenir pour l'avenir...) « ne sont pas compatibles avec une quelconque précipitation et peuvent justifier deux temps dans l'expertise, voire deux expertises à des moments différents » (2).

L'Audition Publique lance ainsi une réflexion sur le bénéfice éventuel de la réalisation d'un examen expertal en deux temps ou à deux moments successifs distincts pour la réponse aux questions rétrospectives et prospectives. En effet, cela peut se justifier par le fait que « l'évaluation d'un état mental sur un seul examen, dans un contexte particulier, peut-être difficile »(4), et par la possible variation de la symptomatologie présentée par le sujet changeant ainsi le tableau clinique par l'apparition ou la disparition de certains troubles (1,2).

D'autres experts font part de leur volonté d'augmenter le dialogue et les interactions entre les experts, avec les psychologues mais également avec les magistrats, considérant ces sphères comme étant trop hermétiques.

Ils souhaiteraient ainsi voir émerger un socle commun de travail, proposé d'ailleurs par l'Audition Publique dans le cadre d'une « formation pratique et transdisciplinaire » devant le constat qu'« actuellement, l'expert psychiatre et l'expert psychologue ne disposent, sauf cas individuels, que de très peu de références de pratiques et d'identité communes. Cela est évidemment très dommageable

à la cohérence d'une approche psychopathologique intégrative ».

Le projet consiste ainsi en la mise en place de formations communes interdisciplinaires (DU, DIU...) réunissant experts psychiatres, psychologues et magistrats afin de « développer, entre professionnels à l'identité et aux missions distinctes, une « signification partagée » leur permettant de dialoguer utilement afin de coordonner au mieux leurs actions » et ainsi de favoriser « une interpénétration des champs thérapeutique et judiciaire » (2).

Cela renforcerait la cohérence globale du parcours du sujet par l'acquisition d'un « langage commun » et augmenterait la fluidité de l'articulation psychiatrie-justice, chacun des différents professionnels comprenant dès lors la vision des autres corporations (2).

Il est en outre essentiel que les travaux de la Commission d'Audition Publique sur l'Expertise Psychiatrique soient diffusés à l'ensemble des experts avec une efficacité supérieure, les résultats de notre échantillon montrant qu'une grande proportion d'experts n'en avaient pas connaissance. En effet, ces textes sont pensés pour les experts afin de les aider dans leur pratique quotidienne de l'expertise et de permettre la diminution des divergences entre les expertises.

Enfin, il nous semble primordial qu'une réflexion soit menée par un collègue d'experts pour mettre au point un consensus concernant l'interprétation médico-légale (2,219,229) ainsi que les pathologies mentales susceptibles d'altérer ou d'abolir le discernement (2).

## **Discussion des biais et limites de l'étude**

D'autre part, après avoir discuté les résultats de l'étude, il est important de signaler que celle-ci comporte un certain nombre de biais. Les biais sont en effet des erreurs systématiques dues au protocole d'étude et pouvant en fausser les résultats.

Cette étude présente en premier lieu un biais de sélection dû à la méthode de constitution de l'échantillon. En effet, la sélection des experts composant l'échantillon est fondée sur le volontariat. Ainsi, qu'ils aient été contacté par un e-mail simple ou un e-mail avec appel téléphonique, seuls les experts ayant accepté de répondre au questionnaire ont été inclus dans le protocole. Il s'agit d'une auto-sélection des sujets composant l'échantillon.

En revanche, la méthode de collecte des données (interview en face à face expert-enquêteur) permet d'éviter les biais d'attrition (non réponse, perdus de vue...).

Il existe également des biais de classement, aussi appelés biais de mesure ou d'information. Ils sont composés de biais inhérents aux experts interrogés comme le biais de prévarication, c'est-à-dire de réponse socialement acceptable. En effet, il est probable que les experts interrogés ne répondent pas de manière fiable à chaque question posée par l'enquêteur de crainte d'être socialement et/ou professionnellement mal considérés. Leur réponse ne reflète alors pas la réalité de leur pratique quotidienne qui se trouve transformée en un idéal fait de bonnes pratiques.

A noter également la présence de biais de mémorisation chez les experts, avec un risque d'erreur quant aux questions relatives à des souvenirs ou des faits passés. Il y a un risque de reconstruction du souvenir, faisant varier la fiabilité et l'exactitude des données.

Concernant l'enquêteur, les biais de classement sont absents puisque l'étude a été menée par un enquêteur unique neutralisant la variabilité inter-enquêteur. Par ailleurs, la procédure de recueil des données ne fait l'objet d'aucun biais du fait de son caractère standardisé et unique par l'utilisation d'un même questionnaire pour chacun des experts interrogés.

A noter l'absence de biais de confusion dans cette étude.

Cependant, les biais recensés précédemment sont inhérents aux études épidémiologiques descriptives transversales visant à analyser des pratiques professionnelles.

## **Perspectives**

Les données de la littérature et les réflexions des experts interrogés sur l'état des lieux actuel de la pratique expertale nous ont permis de mettre en évidence des perspectives permettant l'amélioration de la pratique expertale et la diminution des divergences, que nous avons organisé en trois principaux vecteurs.

### **Modifier et améliorer la formation expertale**

La question du manque de formation des experts à la médecine et à la psychiatrie légale a été mise

en exergue par les experts de notre étude. Ce problème est par ailleurs mentionné à la fois par la communauté expertale et les magistrats (2,5).

La qualité de la formation est un pilier fondamental de la pratique expertale permettant d'en garantir l'indépendance et la crédibilité au sein des sphères médicales et judiciaires, donc plus largement l'existence (166).

L'Audition Publique a également statué sur ce point, proposant l'amélioration de la formation sur les plans à la fois théorique et pratique.

L'Audition Publique, sur proposition de J-P Kahn (169), suggère l'instauration de deux niveaux de formation initiale avant le début de la pratique et d'une formation continue des experts (2,166,169,290).

Ainsi, la formation initiale de premier niveau doit être obligatoire pour tout jeune interne inscrit en DES de psychiatrie, et comprend un enseignement sur l'histoire de la psychiatrie et ses liens précoces avec la psychiatrie légale dont elle découle, ainsi que des bases théoriques de médecine et de psychiatrie légale dont la rédaction de certificats et une initiation à la pratique d'expertise (2). L'objectif de cette première étape étant de sensibiliser les jeunes confrères au versant médico-légal de la discipline afin de leur donner le goût de l'expertise (169).

La formation initiale de second niveau vise à consolider et affiner la formation de premier niveau par la « création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de psychiatrie médico-légale et le développement de diplômes inter et trans-universitaires appliqués à l'expertise légale» (2). Ce deuxième niveau est actuellement organisé en de multiples DU ou DIU, variant selon les facultés et lieux d'études.

Cette formation spécialisée comprend ainsi l'enseignement de notions théoriques précises de droit et sur les procédures administratives et judiciaires (2).

L'Audition Publique propose en outre, comme de nombreux auteurs, une formation pratique par la mise en place d'un système de tutorat-compagnonnage consistant en un tutorat constitué d'un expert « confirmé » et d'un expert débutant ou « stagiaire » qui serait ainsi formé par son tuteur dans le cadre d'un « compagnonnage » avant de pouvoir être inscrit sur une liste d'expert (2,169,171,290). Ce système aurait ainsi pour but de remettre en place les expertises duelles et de diminuer « le sentiment de crainte et de solitude » du jeune confrère face à la prise de responsabilité en début de pratique (1,2).

En effet, l'expert débutant pourra se former à surmonter quelques difficultés de la pratique comme l'évaluation d'une éventuelle simulation de symptômes (192) ou celle du discernement et s'imprégner de connaissances cliniques.

D'un point de vue pratique, le stagiaire pourra se former à la rédaction d'un rapport expertal clair et complet, ainsi qu'à s'exprimer durant les dépositions à la Cour d'Assises (1,2).

En effet, les magistrats et jurés n'ont pas de formation dans le domaine médical et psychiatrique, incitant l'expert à faire preuve de pédagogie lors de sa déposition en simplifiant les conclusions de son rapport par l'utilisation de termes les plus intelligibles possibles et en définissant les termes techniques. C'est d'ailleurs ce qu'un des experts de notre étude nous a mentionné concernant l'utilisation de la formulation « personnalité mal structurée » pour désigner le trouble de personnalité limite auprès des jurés afin de ne pas les effrayer et risquer d'alourdir la peine prononcée.

L'expert en formation pourra prendre connaissance des divergences expertales et de leurs conséquences néfastes sur le crédit donné à l'expertise psychiatrique ainsi qu'à la psychiatrie dans sa globalité (1).

Ainsi, il serait souhaitable que les experts évoquent leurs divergences dans leurs dépositions, souvent liées en ce qui concerne le diagnostic à la modification du tableau clinique d'une expertise à l'autre du fait de l'évolution naturelle du trouble ou de l'instauration d'un traitement adapté. Non expliqués par les experts, les désaccords jettent le discrédit sur la pratique expertale auprès des jurés et des magistrats, pour qui la non reproductibilité est synonyme de non fiabilité.

Par ailleurs, il est essentiel que l'expert en formation ait connaissance des limites de sa mission afin qu'il puisse garder une position de neutralité, sans déborder sur les compétences du magistrat d'un côté et/ou sur celles du soignant de l'autre.

La mission de l'expert est parfaitement encadrée par la loi, l'expertise pré-sentencielle dite de responsabilité est ainsi relative à l'établissement d'un diagnostic et à la mise en relation du trouble identifié avec les faits reprochés afin d'en analyser le lien éventuel. Elle concerne également l'évaluation du discernement et du contrôle des actes au moment des faits.

L'expert doit ainsi « rester neutre vis à vis des éléments d'accusation » (4) et se cantonner strictement à sa mission afin de diminuer les divergences entre experts. Il revient au juge de trancher sur la culpabilité du sujet.

L'expert en formation pourra de plus apprécier l'impact de son vécu émotionnel personnel et de ses préjugés sur son raisonnement durant l'examen expertal et travailler à le réduire (1).

Le jeune expert pourra enfin se familiariser avec la jurisprudence expertale. Ce point fera l'objet du chapitre suivant de ce travail.

D'autre part, de nombreux auteurs (4,169,197) ainsi que les membres de l'Audition Publique (2) et de l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires (ANPEJ) (290) plaident pour la mise en place d'une formation systématique en psychocriminologie pour tous les experts.

Il est à noter qu'à l'heure actuelle, la formation continue des experts psychiatres est commune à l'intégralité des experts des diverses domaines professionnels, les experts interrogés nous ayant d'ailleurs fait part de leur souhait de ne plus « être considérés comme des experts en assurance ou immobiliers », les formations communes étant « mal faites et peu intéressantes ».

Il serait bénéfique pour les experts psychiatres de participer à des formations sur le thème spécifique de la psychiatrie légale, abordant les difficultés diagnostiques, thérapeutiques ou médico-légales auxquelles ils sont confrontés dans leur pratique. L'Audition Publique soumet par là-même l'idée de journées professionnelles spécialisées (2).

Plusieurs auteurs pointent la nécessité d'établir un référentiel commun à tous les experts (1,231,296). Cette base commune permettrait de réduire les divergences entre experts sur les questions à la fois du diagnostic mais aussi de l'interprétation médico-légale. Il en va de la cohérence et de la concordance des rapports expertaux entre eux mais également de la crédibilité et de la fiabilité des expertises psychiatriques auprès des jurés et magistrats.

En effet les membres de la sphère judiciaire (jurés, magistrats...) n'ont pas de connaissances précises dans le domaine médical et psychiatrique et peuvent ainsi mal interpréter les conclusions expertales en confondant par exemple des divergences diagnostiques entre les rapports avec un diagnostic identique décrit en des termes différents (1). En outre, une multitude de diagnostics posés pour un même sujet lors d'expertises successives soulève auprès des jurés et magistrats la question de la fiabilité de l'expertise qui n'est alors pas reproductible et dont l'examen débouche sur des résultats différents pour un même individu. Cela jette le discrédit sur la pratique expertale, dont les membres du système judiciaire pourraient ne plus tenir compte.

Pour ces auteurs, ce référentiel unique permettrait ainsi d'apporter un cadre clair à la nosographie utilisée par les experts qui auraient ainsi les mêmes définitions des troubles. Néanmoins, il est primordial que ceux-ci conservent leurs conceptions théoriques des pathologies mentales

(cognitivo-comportementale, psychanalytique, phénoménologique...), permettant de garantir la liberté de pensée dans la discipline. La réduction des différentes théories à un modèle unique serait néfaste pour notre pratique et conduirait à la disparition des débats de pensées, élément essentiel de l'avancée de la recherche et de l'évolution des soins en psychiatrie. Ce référentiel unique ne doit ainsi pas s'accompagner d'une « interdiction de penser » (296).

D'autres experts souhaiteraient par ailleurs voir émerger un socle commun de travail interdisciplinaire entre les experts, les psychologues et les magistrats, considérant ces sphères comme étant trop cloisonnées les unes des autres (2,169,197). Ce projet interdisciplinaire consisterait ainsi en la mise en place de formations communes (DU, DIU...) réunissant experts psychiatres, psychologues et magistrats afin de « développer, entre professionnels à l'identité et aux missions distinctes une signification partagée ». Cela permettrait à chacun des différents professionnels de comprendre la vision, les méthodes et difficultés des autres corporations et faciliterait le travail en commun (2).

Enfin il nous semble important, afin d'améliorer la formation, d'avoir une réflexion sur « le suivi de la compétence de l'expert dans le temps » (2), certains auteurs soumettant l'idée de contrôler la compétence expertale (245).

Par ailleurs, G. Rossinelli propose que les experts psychiatres soient décisionnaires dans la sélection des nouveaux experts psychiatres (286). En effet à l'heure actuelle, l'assemblée générale des magistrats est décisionnaire concernant la première inscription en période probatoire sur une liste d'une Cour d'Appel, tandis qu'une commission mixte magistrats et experts issus de divers domaines professionnels décide de la réinscription (226). Il en résulte que les experts psychiatres n'interviennent que faiblement dans la sélection des nouveaux experts de leur branche alors qu'ils sont, de par leur connaissances de la pratique, les mieux à-même de le faire.

### **Établir une jurisprudence expertale et un cadre consensuel de bonnes pratiques**

Nous ne pouvons que constater l'absence dans la littérature de guidelines cliniques et de cadre juridique concernant les cas dans lesquels doit être retenue une abolition du discernement ou du contrôle des actes (229,230).

En pratique, l'expert se positionne en faveur d'une abolition du discernement ou du contrôle des actes à la suite d'une discussion médico-légale inscrite dans le rapport expertal. L'expert a ainsi une « grande latitude interprétative » (1) ce qui est évidemment source de divergences puisqu'il peut discuter les liens entre les éléments de l'examen expertal à travers sa propre grille de lecture et selon ses propres critères et vécus émotionnels.

Comme nous l'avons évoqué plus avant dans ce travail, les divergences expertales jettent le discrédit sur la pratique expertale et sur la discipline psychiatrique toute entière auprès des membres de l'institution judiciaire que sont les jurés et magistrats.

Ainsi D. Zagury soutient la mise au point de « règles minimales d'interprétation médico-légales » dans le but d'établir une « jurisprudence expertale » (2,219,229,237).

L'idée n'est cependant pas de créer un « consensus absolu » (237) entre experts car il serait impossible d'anticiper tous les cas de figure, chaque examen expertal étant relatif à un sujet particulier présentant un état mental précis à un moment donné.

Néanmoins, l'objectif est de réduire au maximum l'amplitude des divergences par l'élaboration d'un cadre consensuel de l'interprétation médico-légale. Cette jurisprudence expertale pourra par la suite être intégrée dans chacun des deux niveaux de la formation initiale et dans la formation continue des experts évoquées précédemment (2,166,169,290).

Un exemple de jurisprudence expertale actuellement utilisée est la nécessité de l'existence d'un lien direct et exclusif entre la maladie mentale et les faits reprochés pour retenir une abolition du discernement ou du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1 (219,237). Ainsi, la seule présence d'une maladie mentale ne suffit pas à retenir l'abolition du discernement ou du contrôle des actes.

Ainsi les groupes de travail entre experts psychiatres, à l'instar de l'Audition Publique, pourraient servir à élaborer les « règles minimales d'interprétation médico-légales » dont parle Zagury. Ces règles concerneraient notamment la conduite à tenir devant des dilemmes éthiques comme la négation des faits, la consommation d'alcool ou de toxiques au moment des faits, l'arrêt d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement psychotrope avant les faits reprochés, les tableaux cliniques permettant de retenir l'abolition ou l'altération du discernement en accord avec la discussion médico-légale... (2,165).

Ce cadre consensuel de bonnes pratiques permettra de structurer la discussion médico-légale afin de la rendre reproductible et d'augmenter la concordance des conclusions expertales. Cela permettra en

outre d'améliorer l'image de l'expertise psychiatrique.

Encore faut-il que les rapports des groupes de travail soit diffusés à l'ensemble des experts de manière efficace. Ce n'est actuellement pas le cas à la vue des résultats de notre étude où bon nombre d'expert n'avaient pas connaissance des travaux de l'Audition Publique.

### **Améliorer les conditions de travail des experts psychiatres pour rendre la pratique plus attractive**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le nombre d'experts psychiatres est en constante diminution depuis de nombreuses années en France, avoisinant les 300 à ce jour (289,290,291).

Cette baisse drastique de la démographie expertale est en lien avec de mauvaises conditions de travail qui rendent ce domaine professionnel peu attractif pour les confrères.

Ainsi, l'amélioration des conditions de travail des experts passe nécessairement par une amélioration des conditions de réalisation de l'expertise, actuellement pénibles (2,43,166). Quelques éléments pourraient être modifiés, comme la diminution du temps d'attente au parloir pour les experts, un élargissement des horaires d'accès ou encore une plus grande disponibilité des bureaux pour que les entretiens expertaux se déroulent dans « des conditions humaines et décentes » (2).

La revalorisation des tarifs de l'expertise semble primordiale afin d'augmenter l'attractivité de la pratique expertale (2,166,197,290). Celle-ci doit prendre en considération la responsabilité endossée par l'expert ainsi que les exigences croissantes en terme de formations et de frais (déplacement, secrétariat, cotisations sociales...) (166).

Cette revalorisation doit avoir pour objectif de placer la rémunération de l'expertise à un montant équivalent à ce que les psychiatres « pourraient obtenir dans des pratiques institutionnelles réglementaires et en tenant compte de leurs responsabilités et de la nécessité de formation complémentaire indispensable pour la pratique expertale » (2,4,244).

De nombreux auteurs proposent en outre une modification du statut socio-fiscal de l'expert (166,290), la pratique expertale étant à ce jour soumise à la réversion de plus de la moitié des honoraires à l'URSSAF, la CARMF et le fisc.

D'autre part, les délais de paiement doivent être raccourcis (290), ils avoisineraient près de 10 mois à l'heure actuelle. A noter que des experts ne seraient pas rémunérés en période de restrictions budgétaires du ministère de la Justice (166).

Il est important d'avoir à l'esprit qu'un expert non rémunéré pour son travail se sentira déconsidéré et non reconnu dans sa fonction, conduisant alors soit à l'arrêt de la pratique expertale avec un changement de pratique professionnelle, possible grâce à la richesse du métier de psychiatre, soit au désinvestissement de la pratique et à une détérioration de la qualité des expertises.

Dans cette perspective d'amélioration des conditions de travail, il semble important que l'expert puisse bénéficier d'un délai suffisant. Cela est indispensable à la bonne réalisation de la mission expertale, ce délai étant malheureusement très court à l'heure actuelle (1,171) en rapport avec les questions à la fois rétrospectives et prospectives à traiter, qui « ne sont pas compatibles avec une quelconque précipitation et peuvent justifier deux temps dans l'expertise, voire deux expertises à des moments différents » (2).

Il est également fondamental que l'expert puisse évaluer le sujet à plusieurs reprises car « l'évaluation d'un état mental sur un seul examen, dans un contexte particulier, peut-être difficile » (4). Et ce d'autant que le contexte carcéral peut avoir un impact sur l'examen de l'expert et l'état clinique du sujet. En outre, il peut exister une variation de la symptomatologie présentée par le sujet changeant ainsi le tableau clinique par l'apparition ou la disparition de certains troubles (1,2) entre deux expertises successives.

Une Ré-évaluation de l'accusé permettrait ainsi de réduire les divergences entre un expert ayant réalisé une première expertise et un second expert ayant examiné le sujet à un moment ultérieur, sujet présentant un tableau clinique modifié par rapport au premier examen.

L'Audition Publique lance ainsi une réflexion sur le bénéfice éventuel de la réalisation d'un examen expertal en deux temps ou à deux moments successifs distincts pour la réponse aux questions rétrospectives et prospectives.

Cependant à l'heure actuelle, la baisse continue de la démographie expertale et l'augmentation progressive des missions confiées aux experts avec notamment le glissement d'une expertise de responsabilité vers une expertise de dangerosité (cf infra) rendent les experts toujours plus sollicités et de moins en moins disponibles.

L'Audition Publique recommande d'ailleurs de rendre prioritaire l'expertise de responsabilité par rapport à celle de dangerosité (2) et d'être vigilant à l'augmentation de la charge pesant sur les experts, dont la rémunération ne va pas de pair.

Pour remédier au problème de manque de disponibilité expertale, une piste serait de prendre en compte la pratique expertale « dans les cadres réglementaires et financiers au titre des MIGAC (Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation) » (2,169). Cela permettrait ainsi au praticien hospitalier d'accorder deux demies-journées par semaine à la pratique expertale (39).

Toutes les mesures évoquées permettraient une plus grande reconnaissance du travail et de la fonction de l'expert, qui serait plus motivé et disponible pour la réalisation de sa mission et la rédaction de rapports expertaux de qualité.

## 5. Cas cliniques et experts

### **Cas N°1: Mr. A. 35ans:**

#### **Exposé des faits**

Monsieur A., âgé de 35 ans au moment des faits et de l'examen expertal psychiatrique, a été mis en examen du chef d'accusation d'homicide volontaire de Mme B., une personne de 92 ans chez laquelle il résidait, le 10 Mai 2016 à Aix-en-Provence, et de menace avec arme blanche de Mme C., fille de Mme B., ainsi que de Mme D., petite fille de Mme B. et sa compagne.

#### **Examen expertal**

##### **a) cadre général de l'expertise psychiatrique pénale**

Afin que l'expertise psychiatrique pénale nécessaire à la procédure criminelle puisse être effectuée, un expert psychiatre inscrit à la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence reçoit une ordonnance de commission d'expert provenant du Cabinet du juge d'instruction du Tribunal de Grande instance d'Aix-en-Provence. Ce document fait mention du nom de l'expert désigné et de la mission confiée à celui-ci à la demande du Tribunal de Grande Instance.

Cette mission est détaillée sous forme de 7 points, sur lesquels l'expert doit se prononcer à l'issue de son examen:

1. L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques? Le cas

échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

2. L'infraction qui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies?

3. Le sujet présente-t-il un état dangereux?

4. Le sujet est-il accessible à une sanction pénale?

5. Le sujet est-il curable ou réadaptable?

6. Le sujet était-il atteint au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du CP?

7. Le sujet a-t-il agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-1 du CP?

Conformément à l'article C345 de la circulaire d'application du Code de procédure pénale de 1958, ces différents points sont similaires à ceux développés plus haut dans ce travail dans le chapitre « Mission expertale présentencielle classique ». Dans son rapport, l'expert précise avoir procédé personnellement à sa mission, indiquant l'heure et le lieu de l'expertise.

Concernant d'éventuels documents fournis à l'expert, celui-ci précise qu'aucun document ne lui a été remis le jour de l'expertise.

### ***b) biographie***

Parmi les antécédents médicaux de Mr. A., on retrouve une polytoxicomanie (cannabis, cocaïne, héroïne, alcool (essentiellement du whisky et de la bière), benzodiazépines (diazepam, prazepam)) et une comitialité durant l'enfance qui s'est amendée à l'adolescence.

On retrouve plusieurs tentatives de sevrage, une première à la clinique d'Allauch durant 7 semaines début 2014. Le sujet arrête alors toute conduite toxicomaniaque durant 3 mois, puis rechute avec reprise des consommations (alcool et cannabis principalement), motivant une hospitalisation à la

clinique Saint Barnabé aux alentours de Juin 2014. Il bénéficie dès lors d'un suivi par un psychiatre addictologue durant plusieurs mois, avec prescription d'un traitement de substitution par Buprénorfine 16mg/j, Imovane 7,5 mg/j au coucher, et Atarax 25mg\*4/j.

A noter en outre une incarcération de 3 mois au Centre Pénitentiaire de Draguignan en 2004 pour vol de voiture, et une seconde d'un an ferme sur une peine de 3 ans en 2005, son ex-compagne et mère de son fils ayant porté plainte contre lui pour coups et blessures ainsi que violences volontaires.

Selon ses dires, Mr. A. est né à Aix-en-Provence, et est âgé de 35 ans au moment des faits. Il s'est marié en Aout 2003 puis a divorcé en 2011. Cette relation a donnée naissance à un fils, Bryan, âgé de 11ans, qu'il ne voit plus depuis son divorce. Il a également élevé un deuxième enfant durant cette période, Sébastien âgé de 15ans et premier fils de son ex-épouse.

Sa mère, 65ans, était une prostituée. Elle est aujourd'hui serveuse dans le bar de son compagnon, et voit Mr. A. environ deux fois par mois. Son père est inconnu. Le sujet a également une demi-soeur ainée du côté de sa mère, âgée de 41ans.

Dans ce contexte parental, il a été élevé par ses grands-parents maternels dès l'âge de 2 mois. Ceux-ci l'auraient adopté officiellement et auraient assumé seuls toute son éducation, « à l'ancienne, dans le bon sens ». Sa grand-mère lui aurait toujours parlé de sa mère comme étant sa vraie mère « j'étais son petit-fils, c'était très clair pour ma grand-mère. J'avais ma mère, elle venait me voir de temps en temps ».

Actuellement sans emploi, il était auparavant pâtissier depuis l'âge de 18ans, et jusqu'en 2011.

C'est à son divorce qu'il se désocialise et commence à errer.

En ce qui concerne son parcours professionnel, il a poursuivi sa scolarité jusqu'au brevet des Collèges, puis s'est orienté vers un CAP pâtisserie, qu'il obtient en 1999 par la biais de son service militaire. Il réalise son service national militaire dans l'armée de terre près de Nantes sans aucune anicroche, et en sort première classe.

Mr. A. a par la suite travaillé durant plus de dix ans dans la même pâtisserie sur Marseille, où il avait obtenu un CDI en sortant de l'armée. Il quitte son CDI en 2011, sans se souvenir précisément pourquoi. Il explique qu'il venait de divorcer et qu'il se sentait épuisé: « J'en avais ras-le-bol de tout. Même mes grands-parents me fatiguaient ». Il était polytoxicomane depuis longtemps mais parvenait à donner le change et se forçait à travailler pour que personne ne s'en aperçoive:

« J'essayais de tenir bon, de montrer que ça allait, puis un jour je n'ai plus eu la force de travailler, je cherchais le repos, et je me suis retrouvé chômeur de longue durée ». Début 2012, il en vient à perdre son logement. Il retourne vivre chez ses grands-parents, qui décèdent tous deux successivement de manière brutale: d'abord sa grand-mère à l'âge de 90 ans d'un infarctus du myocarde fin 2012, puis c'est au tour de son grand-père en Mars 2013 à l'âge de 87 ans d'une embolie pulmonaire massive.

Il relate avoir été élevé avec sa demi-soeur aînée, mais l'avoir peu côtoyée car celle-ci était également en garde partagée chez son père.

En 2013, après le décès de ses grands-parents, sa famille le « met dehors ». Il précise: « j'ai préféré partir, j'ai été sans domicile fixe pendant une période. Je suis même allé en foyer. Ce sont mon oncle et ma tante qui m'ont mis dehors, il y avait des problèmes entre ma mère, mes grands-parents et eux. Des histoires de familles. Ma mère était quelqu'un de très croyant quand elle était jeune. Elle s'est mariée avec le père de ma sœur, et la première femme de son frère lui a pris son mari. Et delà, ma mère a coulé complètement, et s'est prostituée. Puis je suis arrivé entre temps, c'est ma sœur qui m'a raconté tout ça. Elle est vraiment tombée plus bas que bas, jusqu'à se prostituer après son divorce. Aujourd'hui, depuis presque 7ans, elle est serveuse dans le bar de son compagnon. Elle a refait sa vie, c'est bien, ça la stabilise ».

Sur le plan affectif, Mr. A. connaît sa première relation sexuelle à l'âge de 12 ans avec une amie qui avait 16 ans, copine de sa sœur aînée, durant les vacances d'été chez son oncle à Montpellier. Il a ensuite eu d'autres copines sans qu'il ne s'agisse de relations régulières sur le plan affectif jusqu'à ce qu'il rencontre son épouse, et qu'il « passe 8 ans avec elle ». Concernant sa rupture et son divorce en 2011, il exprime: « C'est moi qui l'ai quitté. Elle m'étouffait trop, je ne pouvais plus faire ce que je voulais. Alors elle ma mis à la porte, c'est normal au final, c'était son appartement dans lequel on vivait ».

Le sujet s'est ensuite mis en relation sérieuse avec Mme D., alors qu'il était sans domicile fixe, en foyer: « On se connaissait depuis l'enfance, du quartier, enfant, adolescent, on a déjà été un peu amoureux et là, c'est devenu sérieux ». A propos de cette relation, il décrit: « Il y a trois ans on a emménagé ensemble chez sa mère, on était bien. Puis on a fait la demande d'appartement mais on a essuyé deux refus au bout de 2 ans de vie commune. C'est dur. J'avais arrêté les addictions, c'était le top. Mises à part quelques disputes de couple de temps en temps comme tout le monde. Mais un

jour on s'est disputé violemment, elle m'a jeté plusieurs assiettes dessus, et je lui ai mis une gifle. Elle ma virée et je me suis retrouvé chez la grand-mère, et chez la mémé j'avais plus du tout de liberté. Et j'ai recommencé, je me piquais, je prenais du Subutex et de la cocaïne ».

Le sujet revient ensuite sur les faits: « d'ailleurs le jour où j'ai pété les plombs, j'avais pris de la cocaïne coups sur coups depuis 48 heures, plus de l'alcool, des benzodiazépines, de l'Imovane et du Subutex. Je voulais juste que tout ça s'arrête ».

Mr. A. précise également que sa propre grand-mère était autoritaire, aussi bien avec ses enfants qu'avec lui, et qu'en ce sens elle ressemblait énormément à Mme B..

### ***c) historique des faits***

Mr. A. a été mis en examen du chef d'accusation d'homicide volontaire pour avoir donné volontairement la mort à Mme B. le 10 Mai 2016 à Aix-en-Provence. La victime était une personne de 92 ans chez laquelle il résidait depuis Octobre 2015. Dans le même temps, il menace avec une arme blanche (couteau de cuisine) deux autres protagonistes: Mme C. (fille de Mme B.) et Mme D. (petite fille de Mme B. et compagne de l'accusé au moment des faits reprochés).

La victime a été découverte par sa fille, Mme C., à son domicile le 10 Mai 2016 au soir vers 21 heure alors que celle-ci revenait chez sa mère après avoir reçu un appel téléphonique de l'accusé l'informant de son passage à l'acte homicide. Mme B. a ainsi été retrouvée gisante au sol de sa cuisine, inanimée, inconsciente, et présentant des stigmates de violence sur la face et les membres supérieurs où de nombreuses lésions étaient visibles (ecchymoses, lacérations...). Elle est décédée sur les lieux.

Mr. A. résidait chez Mme B. depuis Octobre 2015. Il vivait auparavant chez Mme C., sa fille, avec Mme D., fille de Mme C. et sa compagne, depuis Juin 2014.

Le jour des faits, Mr. A. et Mme B. ont déjeuné ensemble à leur domicile, et ont été rejoint en milieu d'après midi par Mme C. et sa fille Mme D. Le climat familial était pesant depuis plusieurs mois du fait des relations de plus en plus tendues entre Mr. A. et sa belle mère, celle-ci souhaitant que sa fille mette fin à leur relation de couple, mettant en avant la mauvaise influence que Mr. A.

aurait sur Mme D.. C'est alors que cet après midi là, mettant de l'ordre dans le salon, Mme C. mis la main sur un carnet appartenant à Mr. A. dans lequel il écrivait qu'il avait pour projet de les séquestrer toutes trois, de dérober de l'argent et des bijoux chez Mme B., puis de « partir loin d'ici ». La découverte engendra une violente dispute entre les différents protagonistes, mêlant hurlements et injures, conduisant Mr. A. à se munir d'un couteau de cuisine avant de menacer physiquement Mme C. et Mme D. de les « planter » et de les « laisser là comme des rats morts sur un trottoir ». Assistant à la scène, Mme B. s'est mise à prendre la défense de sa fille et petite fille, et à injurier Mr. A.. Celui-ci lui aurait lancé un regard « noir », avant de déclarer: « mémé n'est pas bien, elle parle beaucoup trop ». Dans cette configuration Mr. A. quitta l'appartement de Mme B. dans un flot de hurlements et d'insultes.

Quelques heures plus tard, Mme C. ayant regagné son domicile fut joint téléphoniquement par l'accusé, lui expliquant son geste meurtrier. Elle a alors accouru dans l'appartement de sa mère, la trouvant à terre dans la cuisine en compagnie de Mr. A. qui regardait fixement la dépouille en pleurant. Mme C. eu tout juste le temps d'appeler la police que Mr. A. s'était enfui dans un raptus anxieux. Il a ensuite, dit-il, passé la nuit dans sa voiture sur un parking en périphérie de la ville d'Aix-en-Provence avant d'y être interpellé le lendemain en état d'imprégnation alcoolique et présentant des traces d'injection intraveineuse au niveau du plis du coude en bilatéral.

Mr. A. reconnaît les faits, nie toute préméditation et reconnaît en outre le vol et l'usage de chèques volés au nom de la victime à des fins personnelles, délits ayant débuté plusieurs mois avant le crime. L'accusé, à l'heure actuelle, vit dans un état de grande précarité sociale et se trouve en fin de droits sociaux.

Il relate ainsi les faits, selon ses dires: « J'ai essuyé deux refus d'appartement et je me suis retrouvé chez la grand-mère, en porte-à-faux. J'habitais avant chez la mère de ma compagne et celle-ci m'a mis chez sa propre mère parce qu'elle voulait être un peu tranquille. Ça faisait déjà 8 mois que j'étais là, chez mémé ».

Il décrit son ressenti vis à vis de la victime: « Je l'aimais aussi, car j'ai été élevé par mes grands parents », « mais des fois elle s'emportait contre moi, ça m'énervait beaucoup, je piquais des crises de nerfs contre elle, je vivais comme un couple avec « ma mémé » et les disputes c'est normal dans un couple, non? ».

Puis il indique que les relations intrafamiliales se sont progressivement tendues ainsi que son incompréhension face à cela: « J'étais bien, il y avait tout et après ses enfants, ils m'ont tourné le

dos. Ça ma fait de la peine, je savais pas trop dire pourquoi. Je vivais chez elle comme un petit. Ses enfants étaient méchants, ils lui ont tourné le dos quand elle s'est mise à m'aider. Elle me disait qu'elle avait 92 ans et qu'il y avait des problèmes entre eux depuis longtemps, elle a continué à vouloir que je reste avec elle. J'étais une bonne compagnie, soit disant ». Mr. A. se met alors à pleurer pendant l'entretien d'expertise.

Il évoque ensuite une dégradation de son état clinique ayant débuté quelques mois avant le crime, alors qu'il résidait seul avec Mme B.: « J'étais devenu une loque malgré le fait que la grand-mère m'aimait et m'aidait beaucoup dans la vie; j'étais bien, puis j'ai baissé les bras et j'ai recommencé à me piquer chez la mémé, à faire des conneries chez la mémé. Je me revoyais comme j'étais avant, avec « ma mémé », nostalgique à fond. J'avais tout perdu, perte de tout, perdu l'envie de manger, l'envie de boire, l'envie de tout, et je me droguais ».

L'entourage familial n'a pas manqué de réagir face à la recrudescence des consommations de toxiques: « Tout le monde était méchant avec moi, me parlait mal, m'accusait de me droguer toute l'année. Il y avait une pression de ses enfants, qui tout le temps me harcelaient pour que j'arrête et moi, comme je suis pas un mauvais garçon, je me laissais faire, je parlais pas ». Il explique que certains enfants de Mme B. lui répétaient « tu es un drogué, va-t'en de chez ma mère, tu n'a plus rien à faire dans notre famille ».

Après avoir dépeint le contexte de vie dans lequel il était plongé plusieurs mois avant son passage à l'acte homicide, Mr. A. revient sur ses consommations de toxiques le jour du crime: « J'ai fait une grosse connerie. J'avais tout, et j'ai tout perdu. Le jour même, j'avais carburé comme un chien. J'avais eu une petite rentrée d'argent et je me suis massacré la tête. Je me suis vraiment chargé. Ça a trop duré, et ce jour là j'avais trop bu, trop fumé ».

Il retrace le déroulement des faits: « Ce jour-là on a mangé ensemble à midi avec la mémé, et ma copine et sa mère sont venu dans l'après midi. Après ma belle-mère m'a fait une scène pour un cahier qu'elle a trouvé, une belle scène de belle-mère gratuit. Elle m'a bien crié dessus, en me disant « tu veux pas quitter ma fille et te barrer de chez ma mère ». La fille voulait garder sa mère et la mère, sa fille. Elles voulaient être ensemble et j'ai pas compris. Elle m'a encore fait une belle scène, une dernière scène, ça m'a mis les nerfs. Après voilà, moi quand je suis énervé je fais n'importe quoi, je contrôle rien, j'ai pris un couteau et je leur ai demandé d'arrêter de crier, de me foutre la paix. Et je suis parti parce qu'elle continuait à m'insulter et que je voulais pas faire de connerie. Et

la grand-mère le soir, je rentrais tranquillement, j'étais pété comme un coin, je fais tomber un verre. Et là ça a dérapé. Elle s'est énervé violemment contre moi, en me disant que j'avais encore bu, que je ne comprendrai jamais rien. Elle ma dit « dehors, va te coucher! ». Et là je sais pas ce qu'il m'a pris et voilà ».

L'accusé interrompt à nouveau l'audition pour éclater en sanglots, tout en disant « excusez moi, je n'a pas pleuré jusqu'à maintenant, et là ça fait beaucoup ».

Il reprend ensuite en sanglotant: « Je l'ai étranglé, j'ai étranglé leur grand-mère. J'ai trop serré et j'ai pas lâché. Elle est tombée, elle était morte. C'est fini maintenant. Alors j'ai appelé sa fille et j'ai dit « il y a eu un problème avec mémé ». Et elle est venue directement. Je comprends pas ce que j'ai fait, j'ai pété les plombs sur la grand-mère. J'ai jamais été un type agressif, je suis pas violent ». Tout en confiant: « Bien sûr j'avais pris trois ans pour coups et blessures dont un an ferme une fois à cause de la mère de mon fils qui m'a accusé. Elle disait que je l'avais frappée ».

Il poursuit sa narration: « Après quand j'ai vu la mémé je suis devenu fou, j'attendais que sa fille arrive puis j'ai eu peur, je suis parti et je me suis rendu le lendemain. Ils ont appelé la police, j'ai entendu sonner et je me suis enfuit. J'ai dormi dans ma voiture jusqu'au lendemain. Je crois que je voulais qu'elle s'arrête de parler, elle était autoritaire vous savez. Elle a mis au pli ses enfants et moi aussi, c'était une Corse. Elle me disait que j'étais le fils qu'elle n'avait pas eu ». Il fait dans le même temps une comparaison avec sa propre grand-mère, évoquant des similitudes avec Mme B., surtout du point de vue du cadre et du caractère autoritaire.

#### **d) examen psychiatrique**

Mr. A. est reçu par l'expert psychiatre durant près d'une heure au parloir des avocats de la maison d'arrêt des Baumettes.

Au jour de l'examen expertal, il n'est plus sous l'emprise de toxiques, le contact est bon. Le sujet se montre calme mais semble néanmoins très affecté et abattu par la situation, la thymie est triste et le moral bas. Durant l'entretien, il pleure souvent à l'évocation des faits et de sa relation avec Mme B. . On note une anhédonie et une aboulie en lien avec le contexte carcéral, le fléchissement thymique ayant débuté de manière concomitante à l'incarcération, sans idées noires ni suicidaires verbalisées. A noter l'absence d'éléments cliniques de la lignée maniaque, d'éléments délirants ou dissociatifs.

Le patient dit avoir un appétit conservé, mais décrit des troubles des conduites instinctuelles à type d'insomnies par éveils nocturnes multiples. Un sommeil haché réactionnel là encore au contexte carcéral, du fait de nombreux bruits nocturnes (rondes des gardiens, autres détenus...), les insomnies ayant débuté avec l'incarcération.

L'étude de la biographie du sujet de par le récit qu'il en fait, révèle une vie dans laquelle l'errance eut pu être attendue.

En effet le contexte familial (fils d'une prostituée n'ayant pas connu son père, banni par sa famille, recueilli par ses grands-parents maternels), bien que délétère par de nombreux aspects a permis à Mr. A. une certaine compensation grâce à la protection et l'autorité de ses grands-parents, qui l'élèvent. Il est, apparemment, bien stabilisé dans les différents champs de sa vie tant qu'il réside chez ses grands-parents qui lui donnent un cadre aidant, étayant et contenant. Ce cadre est maintenu par la suite dès lors qu'il les quitte et qu'il se marie dans le même temps, devant de fait assurer une rôle professionnel et élever un fils.

C'est ainsi qu'il a pu garder son emploi de pâtissier en CDI pendant plus de 10 ans, masquant sa toxicomanie. Ce cadre de vie a permis au sujet de compenser un vide intérieur et une peur de l'abandon, éléments présents depuis l'enfance.

La dégradation commence lors de son divorce en 2011 puis s'accroît lors de la perte successive et brutale de chacun de ses grands-parents. Il s'ensuit une période d'errance, Mr. A. résidant en foyer et étant sans domicile fixe, rejeté par le reste de sa famille.

C'est alors qu'il se met en couple avec Mme D. et rencontre dans le même temps sa mère, Mme C., et sa grand-mère Mme B., lesquelles fournissent à nouveau la structure étayante et contenant qui lui manquait.

Du point de vue sémiologique, le tableau présenté est en faveur d'un trouble de la personnalité du cluster B du DSM V.

L'examen expertal révèle des traits de personnalité abandonnique ainsi qu'une anxiété de séparation. L'expert ne retrouve pas de trait évoquant un trouble de personnalité narcissique, mais une personnalité de type état limite.

En effet, sont présents dans le discours du sujet un vécu d'abandon et un sentiment chronique de vide intérieur. Ce discours reflète un mode de pensée et une structure de la personnalité dans lesquels les modes de relations interpersonnelles sont instables et caractérisés par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation de son entourage, du fait d'une

instabilité affective.

A noter également des accès de colère intenses réguliers et une grande impulsivité.

Ces éléments peuvent en partie rendre compte des conduites addictives de Mr.A., lesquelles renvoient aussi par elles-mêmes à un déterminisme biologique.

Au moment des faits le sujet est sous l'emprise de multiples toxiques, avouant lui-même avoir consommé dans les 48 heures cocaïne, cannabis, subutex, benzodiazépines et alcool. Cette consommation massive peut en partie expliquer la violence des faits et la levée de toute inhibition.

Par ailleurs, on ne retrouve aucun antécédent psychiatrique et au moment des faits, pas non plus de signes cliniques pouvant faire évoquer une pathologie psychiatrique grave. En effet, sont notamment absents lors du passage à l'acte des éléments délirants, dissociatifs, hallucinatoires, de confusion, ou encore de trouble de l'humeur.

Les seules notes pathologiques retrouvées sont les conduites addictives et le trouble de la personnalité borderline.

Ces deux problématiques n'altèrent en rien, selon l'expert, le discernement ou le contrôle des actes, même si elles peuvent rendre compte de la désinhibition lors du passage à l'acte impulsif. Elles peuvent néanmoins entraîner une amnésie partielle des faits ou des motivations.

Tel qu'il relate la chronologie des faits, Mr. A. fait part d'une ressemblance entre sa propre grand-mère et Mme B., sa victime. Toutes deux semblent avoir une personnalité très proche, deux femmes autoritaires, et la période de vie durant laquelle il a vécu avec celle qu'il appelle « mémé » lui rappelle, à l'évidence, celle qu'il a connu étant enfant avec ses grands-parents.

Ainsi, Mr. A. semble avoir été durant toute sa vie à la recherche de sa place dans le monde, la trouvant provisoirement auprès de ses grands-parents, puis dans son rôle conjugal et professionnel, puis à nouveau auprès de la victime. Toutefois cette place est comme usurpée d'après l'expert, et sous l'autorité prêtée à la victime se cache ainsi une volonté d'emprise de la part de Mr. A. Il ne peut être exclu que des motivations utilitaires soient également présentes.

## Conclusion expertale

Dans la dernière partie de son rapport, l'expert se prononce point par point sur chacun des 7 éléments composant la mission confiée par le Tribunal de Grande Instance d'Aix-en-Provence:

1. L'examen de Mr. A. révèle chez lui un *trouble de la personnalité à type d'état limite*, lequel se manifeste par une tendance au passage à l'acte du fait d'une grande impulsivité, une désinhibition, un vécu d'abandon et un sentiment chronique de vide intérieur. Des accès de colère intenses réguliers émaillent également sa vie. Son discours reflète un mode de pensée et une structure de la personnalité dans lesquels les modes de relations interpersonnelles sont instables et caractérisés par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation de son entourage, du fait d'une instabilité affective.
2. L'infraction reprochée à Mr. A. est en *relation indirecte* avec ce trouble de la personnalité et l'addiction qu'il engendre. On ne peut en effet dire que l'addiction ou le trouble de la personnalité en soient la cause dans la mesure où l'addiction résulte d'un choix personnel, et où les traits de personnalité révèlent davantage un style de vie qu'une maladie organique ou biologique pouvant être rapportée à des troubles mentaux avérés.
3. Mr. A. *ne présente pas* un état dangereux sur le plan psychiatrique.
4. Mr. A. est *accessible* à une sanction pénale.
5. Mr. A. est *curable et réadaptable*, à condition d'être compliant au traitement et que celui-ci soit imposé pendant un temps donné.
6. Au moment des faits, Mr. A. *n'était pas atteint* d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle de ses actes.
7. Mr. A. a agi sous l'emprise d'une consommation massive de toxiques. Il ne peut expliquer son geste. Toutefois, *il ne s'agit pas là d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister* au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.

## Discussion médico-légale

A l'issue de ce rapport l'expert psychiatre se place en faveur d'un *discernement non altéré pouvant conduire à une responsabilisation complète* du sujet, le trouble de personnalité borderline retrouvé à l'examen n'entraînant ni abolition du discernement ou du contrôle des actes, ni altération du discernement ou entrave du contrôle des actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.

L'expert se livrant à une interprétation médico-légale estime qu'une *relation indirecte* lie le passage à l'acte homicide au trouble borderline et aux conduites addictives qu'il entraîne, insistant sur le fait qu'un trouble de la personnalité ne constitue pas une pathologie mentale au sens strict, mais plutôt un ensemble de traits de caractère et plus largement un tempérament et un style de vie personnel.

Il ne s'agit pas selon lui d'un trouble psychique ayant une influence sur le discernement ou le contrôle des actes, et fait de Mr. A. un individu *accessible à une sanction pénale*. Il estime par là même que le sujet a la capacité de comprendre le caractère répréhensible des faits qui lui sont reprochés, de tirer des enseignements et conclusions de la sanction pénale ainsi que de subir cette même sanction. Dans sa réponse l'expert reste vague et abstrait, ne se prononçant pas sur les différentes modalités de la sanction pénale.

En outre, le praticien se prononce uniquement sur le *versant psychiatrique de la dangerosité*, à savoir une dangerosité patente, notable au moment de l'examen expertal, et due à la maladie psychiatrique. Il ne fait aucunement mention de la dangerosité criminologique, qui constitue une dangerosité latente, probabiliste, correspondant au penchant à commettre une infraction et à récidiver, relevant d'une évaluation multidisciplinaire. L'expert a choisi de rester dans son champ de compétence strict, et suit en ce sens les recommandations de l'Audition Publique de l'Expertise Psychiatrique Pénale.

Selon l'expert, le sujet est *curable et réadaptable* s'il suit de manière conforme un traitement, sans toutefois en préciser le type, le contenu ou encore la durée. La formulation utilisée demeure floue, laconique et binaire. La question mêle le champ médical relatif à la curabilité au champ social et criminologique tous deux relatifs à la réadaptabilité, ce qui engendre une confusion et un manque de clarté.

Concernant les consommations de toxiques concomitantes au passage à l'acte homicide, l'expert se prononce en faveur du fait que ce comportement est un choix personnel, ce choix ne constituant pas une force ou une contrainte irrésistible pour le sujet.

## **Cas N°2: Mme. B. 34 ans:**

### **Exposé des faits**

Madame B., âgée de 34 ans au moment des faits et de l'examen expertal psychiatrique, a été mise en examen du chef d'accusation d'homicide volontaire de Mr. C., son compagnon de l'époque et proxénète, le 12 Janvier 2017 à Marseille.

### **Examen expertal**

#### ***a) cadre général de l'expertise psychiatrique pénale***

Afin que l'expertise psychiatrique pénale nécessaire à la procédure criminelle puisse être effectuée, un expert psychiatre inscrit à la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence reçoit une ordonnance de commission d'expert provenant du Cabinet du juge d'instruction du Tribunal de Grande instance de Marseille. Ce document fait mention du nom de l'expert désigné et de la mission confiée à celui-ci à la demande du Tribunal de Grande Instance.

Cette mission est détaillée sous forme de 8 points, sur lesquels l'expert doit se prononcer à l'issue de son examen:

1. Procéder à l'examen psychiatrique de Mme B., et dire si elle est en mesure de comprendre les propos et de répondre aux questions; prendre connaissance le cas échéant de son dossier médical en indiquant quels documents ont été consultés.
2. Dire si l'examen de l'intéressée révèle chez elle des anomalies mentales ou psychiques, le cas échéant les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

3. Dire si l'infraction reprochée au sujet est en relation avec des éléments factuels ou biographiques de l'intéressée.
4. Dire si l'intéressée était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ou ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du code pénal; définir si ce trouble peut être en relation déterminante ou partielle avec les faits reprochés à l'intéressée.
5. Dire si l'intéressée a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister au sens de l'article 122-1 du Code Pénal. En cas d'abolition du discernement, bien vouloir se prononcer sur la faculté de la mise en examen à comparaitre personnellement devant la chambre de l'instruction (article 706-122 CPP).
6. Dire si l'état mental de l'intéressée risque de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes et nécessiterait, dès lors, une hospitalisation en milieu spécialisé en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale.
7. Dire si l'intéressée présente un état dangereux au sens psychiatrique ou criminologique en énumérant les éléments de pronostic défavorables ou favorables.
8. Dire quelles sont les propositions thérapeutiques possibles et se prononcer sur l'opportunité, sur un plan psychiatrique, en cas de condamnation ultérieure, d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire.

De façon générale, faire toutes observations utiles à la manifestation de la vérité et consigner vos observations dans un rapport.

Conformément à l'article C345 de la circulaire d'application du Code de procédure pénale de 1958, ces différents points sont similaires à ceux développés plus haut dans ce travail dans le chapitre « Mission expertale présentencielle classique ». Dans son rapport, l'expert précise avoir procédé personnellement à sa mission, indiquant l'heure et le lieu de l'expertise.

Les documents fournis à l'expert lors de l'expertise étaient les suivants:

- dossier d'hospitalisation: certificat initial, certificats de 24h et 72H, avis JLD et certificat de levée SDRE, tous signés par le même psychiatre ayant en charge Mme B. lors de son hospitalisation, à l'exception du certificat des 72H
- certificat de 24H en date du 22/03/2017
- certificat de 72H en date du 24/03/2017
- certificat avis JLD en date du 28/03/2017
- certificat de levée SDRE en date du 05/04/2017

### ***b) biographie***

Selon ses dires, Mme B. est née en 1983 à Rouen. Elle est la deuxième d'une fratrie de 3 enfants et a deux frères, son frère cadet étant un demi-frère du côté de son père. Ses parents se sont séparés alors qu'elle avait 9 ans. Sa mère est décédée brutalement en 2010 dans un accident de voiture. Elle n'a jamais travaillé mais est décrite comme très « absente » par la patiente. Son père est toujours en vie, il est peintre en bâtiment et habite Rouen. Elle n'a que peu de contact avec lui, le voyant une à deux fois par an.

Son enfance et son adolescence auraient été fortement marqués par la violence extrême de son père envers sa mère, surtout lorsque celui-ci consommait de l'alcool. Elle aurait en effet assisté à de nombreuses scènes de violences conjugales, et ce contexte d'agitation lui aurait fait redoubler sa classe de troisième après une quatrième déjà très perturbée, brisant ainsi sa trajectoire de « bonne élève ».

Sur le plan scolaire, elle poursuit sa scolarité jusqu'à un bac général en série économique et social, qu'elle obtient à l'âge de 20 ans. Elle débute ensuite une école de commerce, qu'elle arrête en cours de première année. L'année suivante, elle s'inscrit en faculté de Droit et abandonne au premier

semestre avant de passer l'examen. Elle tente à nouveau de refaire une année de droit, en vain. Elle s'inscrit enfin en BTS comptabilité, mais n'ira pas là encore jusqu'à l'examen final. Elle a alors 24 ans.

Sur la plan professionnel, elle obtient en 2007 un CDI dans une boutique de prêt-à-porter sur Aubagne, mais démissionne au bout de quelques mois trouvant que « ses conditions de travail étaient mauvaises et dégradantes », et qu'elle était « surexploitée ». Auparavant, elle effectue plusieurs « petits boulot jusqu'à son BTS, entre 2000 et 2004 », notamment d'animatrice commerciale.

Sur le plan affectif, son premier compagnon et père de son fils aîné de 15ans, Ahmed, est toxicomane et sans emploi. Il est actuellement incarcéré à la prison de Fresnes. Son fils vit chez le frère aîné de Mme B.. Elle rencontre Mr. C. fin 2007 et le quitte une première fois en 2011 à la suite de la plainte déposée contre lui pour séquestration, puis une seconde fois en 2014. Par la suite, elle rencontre en 2015 un nouveau compagnon avec lequel elle part vivre sur Montpellier durant près d'un an. Celui-ci se montrera également très violent avec elle. Elle repartira vivre sur Marseille en 2016 et ne sachant « pas où aller », résidera avec Mr. C jusqu'au passage à l'acte.

Elle relie la violence de ses conjoints et sa propre violence aux difficultés de son enfance. Elle pense avoir toujours eu du mal avec la vie quotidienne et s'attribue elle-même un diagnostic de syndrome d'Asperger, ou de trouble bipolaire, évoquant là deux diagnostics autrefois données selon elle par une psychologue.

### ***c) historique des faits***

Mme B. aurait commencé à se prostituer en 2009, alors qu'elle aurait rencontré Mr. C. fin 2007. Avant cette rencontre, elle explique ne jamais s'être prostituée. Elle précise l'avoir fait uniquement pour lui. Par deux fois, elle essaie de rompre la relation conjugale. Une première fois en 2011, où elle porte plainte contre lui pour séquestration dans un studio, Mr. C. souhaitant qu'elle « reprenne le travail, faire la prostituée quoi ! » alors que Mme B. ne le voulait pas. Ce soir là il aurait essayé de la violer, et lui aurait « sauté dessus » alors qu'elle était enfermée dans l'appartement. Il lui faisait peur. Son sentiment à son égard était ambigu: amour et haine simultanées, colère et soumission. Cette plainte conduira à l'incarcération de Mr. C. à la prison de Luynes. Il en sortira courant 2013.

Mr. C. aurait par la suite « retrouvé son adresse, et tout a recommencé ». Il l'aurait à nouveau menacée et forcée à se prostituer. Dans ce contexte, une seconde rupture survient en 2014.

Du fait de violences conjugales avec son nouveau compagnon sur Montpellier, elle revient sur Marseille en 2016 et s'installe une nouvelle fois avec Mr. C.. Ils vivront ensemble jusqu'au passage à l'acte homicide.

L'accusée relate ainsi les faits: « Notre relation de couple a toujours été violente, c'était compliqué. C'était pas la première fois qu'on se battait. Il me prostituait, il m'obligeait à me prostituer, il voulait que je fasse « la pute », mais moi je ne voulais plus. J'avais déjà tenté de lui échapper plusieurs fois. Ce soir-là, on avait pris de la cocaïne au studio, lui et moi. Et on s'est disputé, on est sorti crier dans la rue, puis on est remonté et on s'est disputé encore. J'ai voulu faire chambre à part mais il n'a pas voulu, il a commencé à taper dans le mur et il a pris un couteau pour me forcer à l'embrasser. Et là j'ai pété les plombs, moi aussi j'ai pris un couteau et je lui ai porté plusieurs coups. Je voulais juste me défendre, pas le tuer ».

Tout en pleurant, elle poursuit son récit: « Je me sens coupable, c'est moi la responsable, j'aurai dû me contrôler. J'ai quand même tué quelqu'un, je lui ai mis deux ou trois coups de couteau, là devant sur le torse. Il y avait des voix qui me disaient « tue le! », mais moi je ne voulais pas. Je me sentais possédée comme si ce n'était pas moi qui avais commis cet acte, comme si c'était quelqu'un d'autre qui me possédait et s'agitait en moi. Je vous jure que je ne voulais pas le tuer, je voulais juste qu'il me foute la paix et que ça cesse. Il n'a jamais voulu me laisser tranquille, j'avais l'impression que je ne m'en sortirai jamais. Mais du coup après, je me suis sentie aussi un peu soulagée ».

Mme B. précise que ce n'était pas la première fois que le couple se battait de la sorte. Son compagnon faisait fréquemment usage d'un couteau pour la menacer et la contraindre, et aurait été jusqu'à la séquestrer dans leur studio en 2011. L'accusée aurait alors porté plainte contre lui, conduisant à l'incarcération de la victime durant deux ans. À sa sortie de prison, Mr. C. serait revenu vers elle, et Mme B. aurait recommencé à se prostituer pour lui. Elle dit s'être sentie « manipulée », et décrit son état psychique global: « J'étais perturbée, il y a des fois je suis bien, d'autres je suis pas bien du tout ». Elle explique « très mal vivre la prison », décrivant des angoisses vespérales à recrudescence nocturne, ainsi que des troubles du sommeil à type d'insomnies d'endormissement du fait de ruminations anxieuses en lien avec son incarcération et la privation de liberté dont elle fait l'objet depuis le passage à l'acte homicide.

#### ***d) examen psychiatrique***

Mme B. est reçue par l'expert psychiatre au parloir des avocats de la maison d'arrêt des Baumettes, un entretien de 90 minutes est réalisé.

Celle-ci se montre loquace et très émue à l'évocation de son enfance mais aussi et surtout des faits dont elle est accusée. Elle se reproche le passage à l'acte homicide, qu'elle regrette, bien que constatant dans le même temps que la victime était violente avec elle et qu'il la prostituait. Elle relie la violence de ses relations conjugales à la violence de son père, qui « n'hésitait pas à se servir de ses poings ou de la ceinture lorsqu'il buvait le soir ». Elle évoque spontanément ses « difficultés à avoir une vie quotidienne normale, à trouver un intérêt à la vie en société ».

A noter que les diagnostics évoqués antérieurement n'ont jamais été portés de façon définitive. Les différents certificats fournis à l'expert lors de l'expertise font mention d'un automatisme mental, d'un discours délirant à thématique persécutoire, ainsi que d'une anxiété importante très rapidement amendée sous traitement neuroleptique à posologies modérées. Les hallucinations acoustico-verbales surviennent uniquement en cas de solitude du sujet. En outre, aucun élément dissociatif n'est mentionné.

Lors de l'examen expertal, Mme B. se montre calme, de bon contact, non délirante, non dissociée. Sur la plan thymique, aucun élément clinique de la lignée maniaque n'est présent. On note une anhédonie et une aboulie en lien avec le contexte carcéral, le fléchissement thymique ayant débuté simultanément à l'incarcération, sans idées noires ni suicidaires verbalisées. Le sujet dit avoir un appétit conservé, mais décrit des troubles des conduites instinctuelles à type d'insomnies d'endormissement du fait de ruminations anxieuses, en lien avec le contexte carcéral et la privation de liberté dont elle fait l'objet depuis le passage à l'acte homicide; ces troubles du sommeil étant concomitants au début de la détention.

Concernant son histoire de vie, Mme B. évoque une enfance malheureuse dans un milieu modeste, notamment marquée par l'absence de sa mère et la violence et l'alcoolisme chronique de son père.

On note deux tentatives de suicide. Une première en février 2010 le jour de l'anniversaire de son fils. Elle aurait alors « pété les plombs et tout cassé » à son domicile dans un contexte d'intolérance à la frustration, son fils Ahmed n'ayant pu être amené par son père afin qu'il passe son anniversaire avec elle. Elle refait une tentative de suicide le deuxième jour de son incarcération à la maison

d'arrêt des Baumettes. Ces deux épisodes ont nécessité une hospitalisation sous le mode SDRE.

Le discours est en outre émaillé par un vécu abandonnique et une tristesse de fond. Ces éléments cliniques sont davantage évocateurs d'une dépressivité chronique que d'un épisode dépressif au sens strictement clinique du terme.

Elle explique ressentir un profond mal-être et « entendre des voix » qui l'appellent par son nom de famille, lui donnant parfois des ordres ou lui demandant de se suicider. Elle n'arrive cependant pas à identifier s'il s'agit de voix masculines ou féminines, et indique que ces voix sont souvent de simples « bruits » s'apparentant à un « brouhaha » dont il est difficile d'identifier le contenu et la signification. Toutefois ces symptômes ne sont pas décrits comme réguliers par la patiente, se manifestant surtout en cas d'anxiété intense, lorsqu'elle est « très stressée ».

Elle relie son passage à l'acte hétéro-agressif à des voix ayant eu un contenu agressif envers son ex-compagnon Mr. C., voix qui lui auraient notamment ordonné de le tuer.

Toutefois, l'ensemble de ces données n'est pas concordant avec le reste du tableau séméiologique pour pouvoir faire authentiquement de ces troubles une schizophrénie ou un trouble mental de nature psychotique.

Rapportées au reste de la séméiologie, ces voix, en rapport direct avec la biographie de la personne et sa situation sont concordantes avec un diagnostic de trouble de la personnalité de type état limite. Elles s'accompagnent en effet d'un sentiment de vide profond et de désespoir intérieur, d'une dépressivité, d'une désinhibition sous l'effet de toxiques, ainsi que d'un parcours émaillé de passages à l'acte. Les signes cliniques s'amendent rapidement sous un traitement neuroleptique instauré à posologies modérées, ce qui tend à confirmer rétroactivement le diagnostic de trouble de la personnalité.

A noter l'absence de trouble de l'humeur comorbide au trouble de personnalité borderline présenté, bien que cette association soit fréquente dans la population de patients psychiatriques.

Cet état clinique peut rendre compte des quelques épisodes d'agitation et d'auto-agressivité ayant émaillé la trajectoire de vie de la patiente, passages à l'acte souvent renforcés par la prise de toxiques.

A propos des diagnostics évoqués antérieurement, celui de syndrome d'Asperger peut être

facilement éliminé car si le sujet a de réelles difficultés dans la vie quotidienne et si son niveau intellectuel est bon, elle ne présente pas de symptôme évocateur d'un trouble du spectre autistique. En témoignent l'absence de déficit de la communication et des interactions sociales, la réciprocité sur le plan social et émotionnel étant normale. Mme B. a en effet de bonnes capacités d'échange de regards et de sourires ainsi que d'expression de ses émotions. Elle réalise des activités diverses en rapport avec la vie quotidienne et l'expérience pratique. A noter également l'absence d'intérêts et de comportements restreints et répétitifs ainsi que d'une hyper ou hyposensibilité aux stimuli sensoriels.

De même le diagnostic de trouble bipolaire n'est pas compatible avec le tableau présenté, aucun signe clinique en faveur d'un état d'exaltation durable de l'humeur n'est retrouvé. Il en est de même concernant les symptômes constitutifs d'un épisode dépressif majeur.

En définitive, l'expert énonce que la dépressivité de fond chez l'accusée peut être rapportée au diagnostic de trouble de la personnalité de type état limite ou borderline. Selon lui, l'état limite étant un trouble de la personnalité et non pas un trouble mental caractérisé. Il n'est pas de nature à altérer le discernement. Si Mme B. allègue entendre des voix au moment des faits, celles-ci sont possiblement critiquées et ne constituent pas en tant que telles une force à laquelle elle n'aurait pu résister.

## **Conclusion expertale**

Dans la dernière partie de son rapport, l'expert se prononce point par point sur chacun des 8 éléments composant la mission confiée par le Tribunal de Grande Instance de Marseille:

1. L'expert *a procédé personnellement* à l'examen psychiatrique de Mme B., celle-ci étant parfaitement en mesure de comprendre les propos de l'entretien, et de répondre aux questions qui lui ont été posées. Il *a pris connaissance de son dossier médical*.
2. L'examen psychiatrique de Mme B. *révèle chez elle une anomalie mentale ou psychique à savoir un trouble de la personnalité de type état limite*, lequel se traduit essentiellement par une dépressivité, des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, un sentiment de vide intérieur

profond et un vécu abandonnique.

3. L'infraction reprochée à Mme B. *n'est pas en relation avec des éléments psychiatriques mais avec des éléments biographiques* de l'intéressée, la victime étant son proxénète et ayant instauré une relation d'attachement pathologique.
4. Au moment des faits, Mme B. *n'était pas atteinte* d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du code pénal.
5. *L'intéressée n'a pas agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister* au sens de l'article 122-1 du Code Pénal. Bien qu'ayant entendu des voix qui commentaient son passage à l'acte hétéro-agressif au moment de l'homicide, celles-ci accompagnaient plus qu'elles ne commandaient directement les actes, actes étant en rapport direct avec la situation de soumission qui liait la victime à son agresseur. En outre, l'agressivité du geste est en rapport avec une consommation de cocaïne le jour des faits, choix personnel et délibéré du sujet.
6. L'état mental de Mme B. *ne risque pas de compromettre* l'ordre public ou la sûreté des personnes. Son état *ne nécessite pas* une hospitalisation en milieu spécialisé en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale.
7. Mme B. *ne présente pas* un état dangereux au sens psychiatrique ou criminologique.
8. Les propositions thérapeutiques possibles concernent essentiellement *la protection* de Mme B. par rapport à sa dépressivité et ses consommations de toxiques. Une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire est pour ces raisons *tout à fait opportune*.

## Discussion médico-légale

A la lumière du dossier médical du sujet, de multiples certificats médicaux rédigés lors d'une hospitalisation en SDRE et de son examen clinique, le praticien pose un diagnostic de trouble de la personnalité de type état limite. Il met en évidence des symptômes cardinaux de ce trouble que sont la dépressivité, les passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, un sentiment de vide intérieur profond, et un vécu abandonnique.

A l'issue de ce rapport l'expert psychiatre se place de fait en faveur d'une *responsabilisation complète* du sujet, le trouble de personnalité limite retrouvé à l'examen n'entraînant ni abolition du discernement ou du contrôle des actes, ni altération du discernement ou entrave du contrôle des actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.

L'expert se livrant à une interprétation médico-légale, estime que le passage à l'acte homicide n'est pas le fait de symptômes psychiatriques mais est en lien avec des éléments constitutifs de l'histoire du sujet, comme sa relation d'attachement pathologique et de dépendance anaclitique avec la victime, son proxénète.

Le lien entre le trouble de la personnalité limite et le passage à l'acte homicide est donc selon lui inexistant, insistant sur le fait qu'un trouble de la personnalité ne constitue pas une pathologie mentale au sens strict mais plutôt un ensemble de traits de caractère et plus largement un tempérament et un style de vie personnel.

Cette structure de la personnalité charpentant et influençant le fonctionnement quotidien et chronique du sujet, ne constitue pas un état de décompensation. C'est l'état de base de l'individu, qui interprète les signaux de son environnement à travers ses grilles de lectures personnelles, grilles façonnées par sa structure psychique et de personnalité, elles-mêmes façonnées par son histoire et son parcours de vie. L'hospitalisation en service de psychiatrie n'est donc ni utile ni indiquée.

De ce fait, l'expert considère que l'intéressée n'a pas agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal. Il relie en effet « les voix » entendues par le sujet à un symptôme fréquent en période de stress aigu et d'anxiété intense chez les individus borderline.

Celles-ci n'ont aucun lien direct avec le passage à l'acte homicide, survenu dans un contexte de soumission de l'agresseur vis à vis de sa victime. Le passage à l'acte est donc le fait d'une situation

et d'un contexte de vie, non d'un trouble psychiatrique ayant impacté le discernement et/ou le contrôle des actes de l'agresseur.

Concernant les consommations de toxiques concomitantes au passage à l'acte homicide, l'expert se prononce en faveur du fait que ce comportement est un choix personnel, et que ce choix ne constitue nullement une force ou une contrainte irrésistible pour le sujet.

En outre, le praticien se prononce à la fois sur le versant psychiatrique de la dangerosité, à savoir une dangerosité patente, notable au moment de l'examen expertal et due à la maladie psychiatrique, ainsi que sur la dangerosité criminologique du sujet, constituant une dangerosité latente, probabiliste, correspondant au penchant à commettre une infraction et à récidiver et relevant d'une évaluation multidisciplinaire.

L'expert, non formé à la psycho-criminologie, a ainsi choisi de dépasser son champ de compétence strict et ne suit donc pas en ce sens les recommandations de l'Audition Publique de l'Expertise Psychiatrique Pénale. Ce collège d'experts explique en effet que l'expert psychiatre, bien qu'étant parfaitement compétent pour se prononcer sur la question de la dangerosité psychiatrique doit justifier d'une formation en psychocriminologie pour pouvoir participer à l'évaluation multidisciplinaire de la dangerosité criminologique. Ce consensus recommande ainsi aux experts psychiatres de rester dans leur champ de compétences sous peine de se tromper lourdement sur la question et donc de porter préjudice aux sujets expertisés, mais également de voir s'allonger la liste des missions, déjà grandissante, confiées aux experts et ne relevant pas de leur formation, de leur connaissance et de leur spécialité.

La réponse mentionnée au dernier point du rapport concorde avec le fait que l'expert psychiatre se place dans l'hypothèse d'une *responsabilisation complète* du sujet, ce suivi n'étant applicable que si le sujet est reconnu coupable et est effectivement condamné. Il ne concerne donc pas les sujets bénéficiant d'une irresponsabilité pénale.

## **C. Cas N°3: Mr. C. 30 ans:**

### **Exposé des faits**

Monsieur C., âgé de 30 ans au moment des faits et de l'examen expertal psychiatrique, a été mis en examen des chefs d'accusation d'homicide volontaire par conducteur d'un véhicule à moteur, délit de fuite, destruction de documents ou d'objets concernant un crime; acquisition, détention, offre ou cession non autorisés de produits stupéfiants.

### **Examen expertal**

#### ***a) cadre général de l'expertise psychiatrique pénale***

Afin que l'expertise psychiatrique pénale nécessaire à la procédure criminelle puisse être effectuée, un expert psychiatre inscrit à la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence reçoit une ordonnance de commission d'expert provenant du Cabinet du juge d'instruction du Tribunal de Grande instance d'Aix-en-Provence. Ce document fait mention du nom de l'expert désigné et de la mission confiée à celui-ci à la demande du Tribunal de Grande Instance.

Cette mission est détaillée sous forme de 8 points, sur lesquels l'expert doit se prononcer à l'issue de son examen:

1. Procéder à l'examen psychiatrique de Mr. C., et dire s'il est en mesure de comprendre les propos et de répondre aux questions.
2. Dire si l'examen de l'intéressé révèle chez lui des anomalies mentales ou psychiques, le cas échéant les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

3. Dire si l'infraction reprochée au sujet est en relation avec des éléments factuels ou biographiques de l'intéressé.
4. Dire si l'intéressé était atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ou ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du code pénal; définir si ce trouble peut être en relation déterminante ou partielle avec les faits reprochés à l'intéressé.
5. Dire si l'intéressé a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-1 du Code Pénal. En cas d'abolition du discernement, bien vouloir se prononcer sur la faculté du mis en examen à comparaître personnellement devant la chambre de l'instruction (article 706-122 CPP).
6. Dire si l'état mental de l'intéressé risque de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes et nécessiterait, dès lors, une hospitalisation en milieu spécialisé en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale.
7. Dire si l'intéressé présente un état dangereux au sens psychiatrique ou criminologique en énumérant les éléments de pronostic défavorables ou favorables.
8. Dire quelles sont les propositions thérapeutiques possibles et se prononcer sur l'opportunité, sur un plan psychiatrique, en cas de condamnation ultérieure, d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire.

De façon générale, faire toutes observations utiles à la manifestation de la vérité et consigner vos observations dans un rapport.

Conformément à l'article C345 de la circulaire d'application du Code de procédure pénale de 1958, ces différents points sont similaires à ceux développés plus haut dans ce travail dans le chapitre « Mission expertale présentencielle classique ».

Dans son rapport, l'expert précise avoir procédé personnellement à sa mission, indiquant l'heure et le lieu de l'expertise.

Les documents fournis à l'expert lors de l'expertise étaient les suivants:

- un certificat médical de compatibilité à la garde à vue rédigé par un médecin psychiatre de l'hôpital Nord à Marseille, daté du 11/01/16

### ***b) biographie***

Selon ses dires, Mr. C. est né le 23/11/1986 à Marseille. Il vit depuis 4 ans en concubinage avec Mme D. et n'a pas d'enfant.

Il est le cadet d'une fratrie de trois, comportant sa sœur de 4 ans son aînée , et un demi-frère (second fils biologique de sa mère) qu'il ne connaît pas.

Ses parents sont toujours vivants. Il a été élevé par son père et la compagne de celui-ci, expliquant: « mon père s'est mis avec une femme pendant 15ans, elle avait déjà deux enfants, un fils et une fille que j'ai connus très tôt, quand j'avais 3 ans ».

Il ne connaît presque pas sa mère biologique, cette dernière ayant quitté le domicile familial lorsqu'il avait environ 2 ans. Elle aurait refait sa vie avec un autre homme et n'aurait jamais pris de ses nouvelles après son départ. Il la retrouve à l'âge adulte par le biais des réseaux sociaux, ainsi que son demi-frère, second fils de sa mère biologique. Mais celle-ci ne souhaite pas entrer en contact avec lui et coupe court à tout dialogue. Il l'aurait vu « trois fois dans sa vie ».

Son père était souvent absent du domicile, « soit il travaillait dans le bâtiment si on lui trouvait des choses à faire, soit il était au bar du coin entrain de jouer aux cartes ». Il est décrit comme n'ayant pas pris son rôle paternel au sérieux, et laissant le soin de l'éducation de ses enfants à sa compagne. Il ajoute: « c'était ma grande sœur, qui avait 4 ans de plus que moi qui me gardait, me lavait, s'occupait souvent de moi. Malheureusement je ne la vois plus depuis très longtemps, on s'est disputé. Je n'ai plus envie de la voir, pour moi elle est comme morte ».

La compagne de son père l'a en partie élevé mais leurs relations étaient conflictuelles et ils se

parlaient peu, d'autant que cette dernière était « alcoolique chronique » et devenait de fait régulièrement violente. Il explique en effet que « le matin, quand elle n'avait pas encore bu, elle était super, elle me conduisait à l'école, me préparait mon petit déjeuner. Mais à partir de midi, tout changeait avec la boisson, c'était horrible ». Mr. C. déclare qu'il lui arrivait d'être réveillé brutalement le matin par sa belle-mère avec un saut d'eau froide.

Il n'a plus de contact avec sa sœur aînée depuis presque 15 ans. Elle est décrite comme « psychologiquement instable », faisant des tentatives de suicide à répétition durant l'enfance de Mr. C., qui confie « toute mon enfance elle m'a rongé, elle prenait du xanax pour en finir. Si je commence à vous parler de mon enfance, on n'est pas encore sorti. J'ai toujours refusé de prendre des cachets par rapport à ma grande soeur ».

A la violence de son enfance s'ajoute un vécu d'humiliation de la part du sujet, qui précise que si toute sa vie il s'est « toujours bien comporté avec les autres », il a le sentiment que les autres lui avaient « mis des bâtons dans les roues »; « on se foutait de nous, on était des moins que rien. Quand j'étais enfant, mon père ne gagnait pas bien sa vie, il était souvent au chômage. Il travaillait comme ouvrier dans le bâtiment, quand il y avait du travail. Moi, en une semaine avec mes potes, en dealant du shit, je gagnais plus que lui en 2 mois, vous imaginez? ».

D'un point de vue spirituel, le sujet explique être « très croyant ». Il est évangéliste.

Questionné sur son niveau scolaire, Mr. C. répond « je n'ai pas été beaucoup à l'école, ça m'a jamais passionné ». Il explique avoir « décroché en 6ième », dès son entrée au collège. Il met sa déscolarisation sur le compte de ses « mauvaises fréquentations », qui l'ont incité à fuguer de multiples fois de l'école et de chez lui, et qui l'ont « tenté à se faire de l'argent facile » par le biais de vols, recel, trafic de cannabis... Il explique avoir voulu « suivre le groupe » auquel « il appartenait ». Il dit savoir lire « en prenant son temps » du fait de quelques difficultés de déchiffrement syllabique, écrire en lettre bâton et compter sans difficulté.

Concernant sa vie professionnelle, Mr. C. est actuellement sans emploi depuis 3 ans environ. Il explique avoir quitté le domicile parental à l'âge de 16ans, « il fallait que je travaille pour m'en sortir dans la vie, je pouvais plus rester là ça menait à rien; en plus je ne voyais plus ma grande sœur depuis plusieurs mois, c'était mon seul point d'attache. Je voulais prouver à mon père et à mes proches que j'allais être meilleur que tous les autres enfants de la famille».

Il retrace son parcours professionnel: « Je suis parti quand j'avais 16 ans sur Aix pendant 6 ans où j'ai fait quelques petits boulots: facteur, serveur, laveur de voiture... j'ai pu me payer mon studio et j'étais seul, indépendant. Puis de là je suis allé à Montpellier, j'y ai travaillé pendant 6 mois. C'était un asiatique du Marais qui m'employait dans son restaurant pour faire la vaisselle et réceptionner des livraisons de commande. Il a ensuite poursuivi son parcours professionnel comme agent de sécurité dans un supermarché, et ce durant 3 ans et demi jusqu'à une rixe avec un client du magasin, celui-ci lui ayant « manqué de respect » alors qu'il « faisait son travail ».

Mr. C. décrit un acte hétéro-agressif impulsif de sa part, se sentant « agressé par le client », déclarant « un jour un client m'a pris la tête. Il se prenait pour je sais pas quoi. Il m'a agressé et mal parlé. Je me suis énervé et je l'ai frappé direct, comme ça, sans réfléchir ». Une plainte est alors déposée contre lui pour coups et blessures volontaires sur la personne du client. Il sera condamné à une amende et licencié pour faute professionnelle.

Il s'est alors remis à avoir de « mauvaises fréquentations » dont certaines connaissances de l'école primaire et du collège. Il a commencé à sortir la nuit, à consommer ce qu'il nomme des « drogues dures », à savoir de la cocaïne, du LSD et MDMA durant les nuits de weekend, et du cannabis de manière quotidienne. Il est progressivement entré dans le trafic de produits stupéfiants afin de dégager les revenus nécessaires à la poursuite de ses consommations, en voulant intégrer le « groupe des dealers ».

L'accusé explique qu'à cette période il n'était « plus la même personne »: « je m'identifiais aux personnes de boîte de nuit, aux responsables des coins VIP. J'essayais d'avoir pendant le weekend le train de vie qu'ils avaient tous les jours, ça me faisait rêver et je gagnais vraiment bien ma vie ».

Puis une vie sentimentale contenante et étayante a pris le dessus, Mr. C. ayant « rencontré une fille, Mme E., qui fréquentait les mêmes personnes » et qui l'a « aidé à arrêter ces drogues: cocaïne, champignons, LSD, MDMA, je prenais de tout et j'ai tout arrêté ». Il confie avoir néanmoins poursuivi sa consommation alcoolique de 2-3 bières/jour. La relation durera 8 mois, puis dans les suites de la rupture il s'installe sur Marseille en « colocation avec un copain » et rencontre Mme F., avec qui la relation durera 3 mois et aura un effet délétère « je me suis mis avec une autre fille, Mme F., et tout ce que Mme E. avait fait de bon, l'autre l'a gâché et je me suis laissé à nouveau emporté dans les drogues ».

C'est lors de la rupture avec Mme F. que Mr. C. s'engage dans l'armée de Terre, « pour ne plus penser et trouver une nouvelle famille fiable ». Il précise ce qui a motivé sa décision: « je suis parti dans le Nord de la France, près de Lille pour prendre un nouveau départ. Chaque fois que j'ai une déception amoureuse, je change de ville pour commencer quelque chose de nouveau ».

Il s'exile donc à « 1200 km de chez lui » en quête d'un renouveau. Cependant les nouvelles conditions de vie ne lui conviennent guère: « je me suis senti seul là-bas. Je ne descendais plus trop dans le sud. Et puis à l'armée ça boit, ça fume, je suis pas mal sorti en boîte de nuit pendant mes jours de repos avec certains collègues, et j'ai rechuté dans les drogues ».

Il explique s'être senti « en décalage » avec ses pairs du régiment, indiquant que les relations interpersonnelles se révélaient de plus en plus tendues. Il en identifie l'élément déclencheur: « j'étais déjà pas bien, mais la goutte d'eau qui a fait déborder le vase a été quand j'ai été choisi pour partir en mission au Burkina-Faso. J'étais un des meilleurs du régiment apparemment. J'ai appris en même temps qu'on a diagnostiqué un cancer stade 4 chez le fils de l'ex-compagne de mon père. Ça ma fait un choc, et du coup j'ai refusé de partir, les gens de l'armée ne comprenaient pas pourquoi. Ça leur a pas plu et ils m'ont enlevé de la mission. Je me suis pris la tête avec mes chefs. Mais moi je m'en foutais, je me suis dit que si j'ai un petit frère qui meurt sans que je sois là, ça allait être terrible pour moi. J'ai repris contact avec les gens de ma famille, apparemment je manquais à mon père. Je suis quand même resté dans l'armée, mais en France. Seulement cette histoire de cancer ça me travaillait dans la tête. Comme je suis beaucoup parti en déplacement en mission Vigipirate avec des sorties de 8 semaines d'affilées, je ne pouvais pas descendre voir ma famille, je suis devenu agressif. Je me sentais pris au piège, étouffé. Je m'énervais de plus en plus pendant mes gardes, je pensais que c'était du temps perdu alors que j'aurais pu profiter de ma famille ».

Il évoque ensuite la stratégie employée à visée utilitaire pour obtenir sa réforme de l'armée: « j'ai voulu leur montrer que j'étais pas bien, et j'ai fait plusieurs tentatives de suicide, je les comptais plus, genre 5 ou 6. La première fois j'ai tenté de me pendre, après je prenais des médicaments, c'est moins douloureux. Du coup j'ai vu 3 fois le psychiatre de l'armée, c'était la première fois que je voyais un psy, c'est pour les fous les psy normalement. Il m'a fait des arrêts maladie, je l'ai bien embobiné, et j'ai été réformé dans la foulée il y a 3 ans. Depuis je ne travaille plus, enfin officiellement. Je trafique un peu pour gagner ma vie ».

Sur le plan affectif récent, il rencontre sa compagne actuelle Mme D. il y a 4 ans, « juste après ma demande de réforme de l'armée. On s'est mis ensemble rapidement, on avait des projets de vie

communs ». Le couple s'installe à Rognac où résident également les parents de Mme D., et loue une maison individuelle pavillonnaire. Mme D. est coiffeuse de métier, et travaille comme employée dans un salon sur Martigues. A son sujet, Mr. C. précise « heureusement que j'ai été là pour elle pendant tout ce temps, à tout gérer, m'occuper des choses importantes, elle est perdue sans moi. Une fois j'ai voulu partir, elle m'a supplié de rester. Finalement, heureusement qu'elle est là pour moi maintenant que je suis ici ».

On retrouve dans les antécédents du sujet des conduites addictives constituant une polytoxicomanie avec consommation quotidienne importante de cannabis (4-5 joints/j) depuis environ 7 ans selon ses dires, un alcoolisme chronique (consommation quotidienne de bière, environ 2/j depuis 6 ans, et occasionnelle d'alcools forts comme le whisky), une consommation de cocaïne à usage récréatif le weekend durant 3 ans, stoppée il y a quelques mois, ainsi que des prises de LSD et MDMA de manière sporadique durant quelques mois, interrompues il y a 3 ans.

Il aurait arrêté la consommation de cannabis une fois incarcéré. On retrouve également toujours selon ses dires 3-4 épisodes d'ivresse pathologique depuis l'âge de 20 ans, dont une il y a 4 ans qui l'aurait conduit à un passage aux urgences générales. Il explique avoir ingéré ce jour-là « énormément d'alcool forts », et ne s'être « souvenu de rien ». Il aurait été « violent avec sa copine et son beau-père », lequel l'aurait « lui-même frappé pour qu'il se calme ».

Mr. C. n'a par ailleurs jamais été hospitalisé en psychiatrie, ni même été suivi par un psychiatre en dehors de 3 consultations psychiatriques en vue d'être réformé de l'armée de Terre.

A noter également dans les antécédents médicaux un pneumothorax à l'âge de 23ans suite à un AVP scooter, ainsi qu'une scoliose survenue à l'adolescence.

### ***c) historique des faits***

Selon l'enquête de police, les faits se sont déroulés de la manière suivante.

En date du 10 Janvier 2016 vers 3H15 du matin, se produit un accident sur une route reliant Aix en Provence à Rognac, deux victimes sont découvertes gisant sur la chaussée par les enquêteurs, dont une ayant le corps disloqué. Un poteau électrique était effondré sur le trottoir une vingtaine de mètres après la scène macabre.

Un véhicule de marque « Opel Astra » contenant un groupe de quatre personnes était arrêté à la hauteur des victimes, ce groupe aurait été témoin de l'accident et aurait alerté les forces de police par téléphone. L'auteur des faits serait reparti précipitamment dans un véhicule de marque « BMW série 1 » de couleur sombre, véhicule retrouvé brûlé deux heures plus tard à quelques kilomètres de là.

Le conducteur du véhicule « BMW série 1 » s'avèrera être Mr. C., le véhicule appartenant à sa compagne, Mme D.. Celle-ci est allée porter plainte pour le vol de son véhicule vers 7H du matin le même jour, s'apercevant qu'il n'était plus stationné devant son domicile comme elle l'avait laissé la veille au soir vers 18H.

Mr. C., conducteur du véhicule brûlé et confondu par les témoignages est arrêté par les forces de l'ordre peu après dans le courant de la matinée du 10 Janvier à son domicile de Rognac. Lors de l'intervention au domicile, la police met la main sur une forte somme d'argent en espèce, ainsi qu'une grande quantité de cannabis emballée et prête à la vente.

Mr. C. sera mis en examen pour homicide volontaire, délit de fuite, destruction de documents ou d'objets concernant un crime; acquisition, détention, offre ou cession non autorisés de produits stupéfiants.

Lorsque l'expert psychiatre demande à Mr. C. de raconter les faits tels qu'il les a vécus, celui-ci confirme qu'il reconnaît en être l'auteur mais qu'il ne se souvient de « presque rien », mis à part qu'il était « très énervé » à ce moment là.

Il relate les faits de la manière suivante, selon ses dires: « apparemment j'ai passé la soirée dans un bar sur Aix, mais je me rappelle pas de tout en détail. J'ai dépensé pas mal d'argent en alcool avec mon pote, Adrien. On était tous les deux, là, tranquille. Moi j'ai pas vraiment l'habitude de boire des alcools forts, je bois pas mal de bière normalement, genre deux par jour. Les alcools forts j'en ai bu que 3-4 fois avant, et ça m'avait pas trop réussi d'ailleurs, j'avais fait des bêtises. Et ce soir là, je buvais des doubles « Jack Daniels », c'est classe comme alcool, vous ne trouvez pas? Bref, on m'avait dit que c'était un bar musical, on était là on discutait avec Adrien, on s'est mis à fumer un ou deux joints, puis il s'est mis à me parler de choses qui m'ont pas plus, qui me font du mal. Il m'a dit en gros qu'il fallait que je fonde une famille avec ma copine, que je ne fasse pas comme mes parents ont fait. Parce que ma mère m'a abandonné quand j'avais 2 ans. Ça m'a pas plu qu'il me

parle de ça et avec l'alcool, le shit, je me souviens plus bien, j'ai perdu le contrôle de moi-même, j'ai pété les plombs. Je me rappelle avoir commencé à crier, je crois même qu'on s'est mis sur la gueule avec Adrien, genre un coup ou deux. Les vigiles sont venu, ils m'ont demandé de partir mais pas lui, parce que soit disant il était calme et que le problème venait de moi. Ils m'ont dit qu'ils allaient appeler les flics et tout. Ca m'a mis les nerfs, j'ai pris ma veste et je suis parti de mon côté. Adrien est resté là-bas je crois. Ils m'ont jeté du bar par rapport à un collègue. Et c'est sur le retour, j'ai pris une voie rapide et j'ai écrasé ces gens ».

Il s'effondre en pleurs, essuie une larme avec son doigt et poursuit: « je conduisais, je me souviens pas de tout mais j'étais tendu, énervé à cause d'Adrien. Je repensais à plein de choses de ma vie. Sur la route je tombe sur une voiture, le mec il avançait pas, alors je le double, et je vois deux personnes qui traversent alors que j'étais entrain d'accélérer après avoir doublé. J'ai pas cherché à freiner plus que ça, je me suis dit « on verra bien » et je les ais écrasés. Le freinage et l'impact ça a dévié la trajectoire de la voiture, et j'ai pris un poteau. Ça ma fait un choc, un dé clic. Je me suis réveillé la tête dans un airbag, je me suis tourné et j'ai vu le poteau cassé. Je suis sorti, j'ai vu que ma voiture était défoncée, presque autant que moi d'ailleurs, et je me suis dit « je vais faire un coup d'assurance pour en avoir une neuve ». Et j'ai regardé un peu autours de moi, il faisait noir, j'ai vu les deux personnes allongées sur le trottoir et je me suis dit « ils sont surement blessés ». Pour moi je n'avais tué personne, c'est pas possible. Et j'ai eu peur, j'ai pas trop réfléchi j'étais comme galvanisé, je suis parti et j'ai trouvé un chemin tranquille où j'ai fait brûler la voiture. Puis je suis rentré chez moi à pied. C'était fatigant mais pas si loin. Le lendemain la police est venu me chercher, en me disant que j'avais tué deux personnes dans l'accident ».

Après un sanglot, il continue sa narration: « c'est pas possible monsieur, c'était pas moi, j'étais pas moi-même. C'est la drogue. J'ai fait des dépressions, je prends des médicaments pour ça du matin au soir. J'ai jamais fait de mal à personne, à part quelques petites bagarres quand je suis bourré mais ça ça arrive à tout le monde. Quand je suis revenu à moi avec l'airbag, j'ai vu vite fait le corps des gens, et pour moi dans mon délire ils étaient blessés et les pompiers les aideraient ».

Interrogé sur les conséquences de l'accident dont il est l'auteur, il répond « ce qui me fait vraiment mal au cœur c'est pour les enfants. Ces deux personnes étaient en couple et ils avaient deux enfants à ce qu'on m'a dit. Ils ont plus de parents maintenant, moi j'ai pas eu de mère. Je fais des cauchemars et je me réveille, j'ai des personnes plein le pare-brise. En fait, tout ce qu'on m'a raconté j'en fais des cauchemars. Je m'en veux, je m'en veux vraiment. Je regrette de pas avoir freiné et

d'avoir continué à rouler vers eux. C'est affreux ».

Le sujet semble avoir commis un passage à l'acte impulsif dans un contexte de tension interne importante, qu'il reconnaît et critique à distance.

Concernant son implication dans un réseau de trafic de stupéfiants, il déclare: « Quand ils m'ont arrêté ils ont fouillé chez moi, ils ont trouvé beaucoup d'argent en liquide, et encore j'en avais dépensé pas mal. Je gagnais beaucoup avec le cannabis. Ils ont trouvé la marchandise aussi, dans les sachets prête à l'emploi. Ça cumule beaucoup pour les juges. Je ne sais pas comment je vais faire pour m'en sortir. C'est vrai que je suis lié à une affaire de stupéfiants, je me suis retrouvé à fréquenter des personnes pas correctes du tout, des collègues de primaire. Ils m'ont donné du réconfort dans ma vie. Je m'identifiais à leur groupe, je les ai acceptés un peu comme si c'étaient des gens qui faisaient partie de ma famille. Je trouvais du réconfort avec eux, ils m'ont invité en Espagne pour fêter mon anniversaire. Dès que je les voyais ça me faisait du bien. Au début, je ramassais les sacs et je brûlais les déchets et quatre mois après je suis passé à celui qui détaillait, coupait la résine de cannabis. Je suis vite monté j'étais content. C'était pas pour l'argent que j'ai commencé, au début on n'était pas énormément payé, entre 350 et 500 euros la semaine. Je ne voyais pas la chose mal, je rigolais, on parlait beaucoup, c'est tout. Puis petit à petit ils m'ont fait faire des choses que j'avais pas trop envie de faire, ils m'ont menacé et tout, c'était pas des rigolos. On peut pas dire non à ces mecs là. Moi il me manquait l'amour maternel, je serai jamais rentré là-dedans si je l'avais eu ».

Il raconte les faits comme s'il s'était agi de trouver auprès de ses complices du réconfort, une famille qu'il n'a jamais eue.

#### **d) examen psychiatrique**

Mr. C. est reçu par l'expert psychiatre au parloir avocat de la maison d'arrêt des Baumettes durant un entretien de 90 minutes environ.

Il se montre prolix et enclin à évoquer son histoire de vie et les faits qui lui sont reprochés. Il se dit soulagé de pouvoir parler, à cette occasion, avec un psychiatre.

Son existence est placée sous le signe de l'abandon et de la carence maternelle précoce, dès l'âge de deux ans. Le cours de sa biographie témoigne d'une constante quête d'amour et de reconnaissance. Il cherche une famille sans cesse, famille dont il a la nostalgie de l'époque où elle était constituée par son père, sa belle-mère et ses deux enfants, sa grande sœur. Ceci est très évocateur d'un mode de relation anaclitique à l'autre. Il décrit sa participation à un réseau de trafic de stupéfiants comme s'il s'agissait d'une adoption dans un milieu familial qui le prenait en considération.

Il évoque des tentatives de suicide à répétition à l'armée dont une tentative de pendaison dans un dortoir commun à dix autres personnes, théâtrale, suivies de 4 ou 5 autres tentatives de suicides par ingestion médicamenteuse volontaire, toujours en présence de tierces personnes. Il confie le but clairement et uniquement utilitaire de ces comportements auto-agressifs impulsifs et non prémédités afin de pouvoir être réformé de l'armée et ainsi quitter son poste de travail l'éloignant d'environ 1200km de sa famille.

Il fait état d'un parcours professionnel en lien étroit avec sa vie affective, oscillant entre des périodes de fusion puis de rupture et de mise à distance de l'autre. Les cycles se reproduisent, explique-t-il, à chaque fois que naît une relation affective avec une femme et que survient une dégradation de la vie de couple à la suite d'une période d'amour intense et de lune de miel. Il se sent alors abandonné et rechute dans ses conduites addictives. Le vécu abandonnique est très présent dans le discours aux côtés de la relation de dépendance anaclitique à l'autre.

Il a cependant été en mesure de travailler durant des périodes relativement longues. La possibilité de gagner de « l'argent facile » lui permet de trouver un nouveau mode identificatoire à un groupe, comme cela a été le cas en début de collège ce qui lui a valu une déscolarisation, puis plus tard à l'âge adulte. Il emploie d'ailleurs plusieurs fois au cours de l'entretien la formule « je m'identifie » en parlant d'individus qui lui semblent avoir une vie facile, grandiose, de rêve, étant reconnus dans leur zone d'influence.

Il existe une contradiction avec le fait qu'il soit peu connu des services de l'armée de terre, questionnés à la demande du juge. Le sujet fait en effet état d'un passé militaire conséquent. Cela n'est néanmoins pas en contradiction avec la structure de sa personnalité, pouvant l'amener à créer quelques mythes autour de sa personne, dans un discours de thématique mégalomane.

On ne retrouve cependant pas à l'entretien de pathologie psychiatrique avérée.

Lors de l'examen expertal, le sujet se montre calme, de bon contact, non délirant, non dissocié. Sur la plan thymique, aucun élément clinique de la lignée maniaque n'est présent. On note une anhédonie et une aboulie en lien avec les faits et le contexte carcéral qui en résulte, le fléchissement thymique ayant débuté simultanément à l'incarcération. Il se manifeste comme très malheureux, s'effondrant à plusieurs reprises lors de l'entretien. A noter en effet de nombreux pleurs à l'évocation de l'accident. Le moral est bas. On retrouve un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, aucune tentative chez lui de se disculper.

Concernant les victimes, il déclare: « j'aimerais tellement dire à cette femme, à ce monsieur, que je regrette ce que j'ai fait, je les ai tués, c'est affreux ».

Il n'existe pas d'idées noires ni suicidaires ni de vision négative de l'avenir, qui reste mobilisable. Il souhaite en effet tenter de « se racheter », ce qu'il sait impossible eu égard à la souffrance engendrée et à l'irréversibilité des événements, mais également de trouver une issue lui permettant d'offrir une vie acceptable à sa compagne et de fonder une famille. Il explique qu'il aimerait « ouvrir un magasin de sport », ce qu'il a failli faire il y a quelques mois selon ses dires, « ça serait mon rêve ».

A la suite de cet entretien, on ne retrouve pas chez lui de symptôme évocateur d'un trouble bipolaire ou d'une structure psychotique. Mr. C. dit avoir par ailleurs un appétit conservé mais décrit des troubles des conduites instinctuelles à type d'insomnies d'endormissement du fait de ruminations anxieuses, mais également d'insomnies par éveils nocturnes précoces du fait de nombreux cauchemars sur la thématique de l'accident dont il est l'auteur.

Expliquant présenter une amnésie partielle des faits, il tente de mettre en image tout ce qu'il lui a été rapporté sur l'accident, se manifestant par des reviviscences ou des flash back ainsi que par des cauchemars à répétition.

On retrouve également des conduites addictives avec la présence d'une polytoxicomanie: consommation quotidienne importante de cannabis (4-5 joints/j) depuis environ 7 ans selon ses dires, un alcoolisme chronique (consommation quotidienne de bière, environ 2/j depuis 6 ans, et occasionnelle d'alcools forts comme le whisky, expliquant se méfier habituellement des alcools forts et n'en consommer que rarement par rapport à « sa religion », « les alcools forts ça se consomme en boîte de nuit»), une consommation de cocaïne le weekend à usage récréatif durant 3 ans stoppée il y a quelques mois, ainsi que des prises de LSD et MDMA de manière sporadique durant quelques mois interrompues il y a 3 ans. Il aurait arrêté la consommation de cannabis une fois incarcéré.

On retrouve également selon ses dires 3-4 épisodes d'ivresse pathologique depuis l'âge de 20 ans suite à la consommation d'alcools forts, dont une il y a 4 ans qui l'aurait conduit à un passage aux urgences générales à la suite d'un passage à l'acte hétéro-agressif sur sa compagne et son beau-père. Cet épisode fut suivi d'une amnésie quasi-totale des faits selon ses dires.

Il s'agit vraisemblablement, en ce qui concerne les faits reprochés, d'un état d'ivresse pathologique comparable. Mr. C. ayant en effet consommé une forte quantité de whisky comme en atteste la somme importante dépensée au bar, ainsi que du cannabis (4-5 joints selon ses dires), s'étant disputé et battu avec son ami Adrien et ayant été contraint de quitter le bar par les vigiles, a pris le volant dans un état d'excitation et de tension interne importante. Il semble pourtant ne se souvenir que de bribes du déroulement de l'histoire: un poteau au sol, sa voiture abîmée suite au choc, des corps gisant au sol dont il pensait que les individus étaient blessés, le fait qu'il allait pouvoir « faire un coup d'assurance ». Il semble ne pas s'être aperçu sur le moment ou ne pas se souvenir d'avoir percuté et tué deux personnes au moment des faits.

Au total, l'expert précise ne retrouver chez le sujet « aucun trouble psychiatrique avéré ». L'entretien retrouve des éléments en faveur d'une ivresse pathologique au moment des faits, qualifiée de « vulnérabilité ».

Par ailleurs, sont très présents dans le discours les notions de relation de dépendance anaclitique à l'autre, de vécu abandonnique. La structure de personnalité archaïque du sujet se manifeste par un besoin d'identification à un groupe ou à des individus perçus comme forts, par l'émergence de comportements impulsifs à type de violences auto-agressives (tentatives de suicide multiples à visée utilitaire pour parvenir ses fins) et hétéro-agressives, de conduites addictives lors des ruptures sentimentales et affectives.

A noter également que l'instabilité chronique de son existence, l'absence d'empathie dont il a fait preuve lors des faits (n'est pas retourné sur les lieux pour porter assistance aux victimes), son enfance empreinte de l'abandon et de carences maternelles précoces dès l'âge de 2 ans sont autant d'éléments en faveur d'un trouble de personnalité limite.

Tous ces éléments sont bien compensés par la relation qu'il a établie avec sa compagne actuelle. Ayant souffert d'une enfance maltraitée, il s'est réorganisé en forgeant une relation amoureuse relativement stable.

En ce sens, la consommation d'alcool le jour des faits semble les avoir indirectement provoqués, cela ne le déchargeant pas de sa responsabilité mais ayant pu altérer momentanément la conscience

claire de la situation par ses effets agressogènes et désinhibiteurs. La consommation d'alcool au moment des faits n'a donc pour l'expert aucun impact sur le discernement de Mr. C.. Cette consommation constitue ainsi un choix personnel dont il doit assumer les conséquences, d'autant qu'il a déjà consommé à plusieurs reprises des alcools forts. L'accusé a ainsi agi en connaissance de cause, ces consommations ayant précédemment entraîné des états d'ivresses pathologiques similaires à celui du moment des faits, l'ayant même conduit aux urgences hospitalières.

## Conclusion expertale

Dans la dernière partie de son rapport, l'expert se prononce point par point sur chacun des 8 éléments composant la mission confiée par le Tribunal de Grande Instance de Marseille:

1. L'expert *a procédé personnellement* à l'examen psychiatrique de Mr. C., celui-ci étant parfaitement en mesure de comprendre les propos de l'entretien, et de répondre aux questions qui lui ont été posées.
2. L'examen psychiatrique de Mr. C. *révèle chez lui une anomalie mentale ou psychique à savoir un trouble de la personnalité de type état limite* qui le fragilise
3. L'infraction reprochée à Mr. C. *n'est pas en relation avec des éléments psychiatriques mais avec des éléments factuels et biographiques* de l'intéressé, à savoir une ivresse pathologique liée à la consommation d'alcool fort. Cette ivresse est pathologique car démesurée, conduisant à une agitation confuse. Cette infraction a été facilité par des traits de personnalité de type état limite.
4. Au moment des faits, Mr. C. *n'était pas atteint* d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du code pénal.
5. *L'intéressé a agi sous l'empire de l'alcool.* Cependant l'amnésie qu'il a des faits et son impulsivité correspondent à sa sémiologie classique d'une ivresse pathologique. Cela ne constitue en aucun cas une force ou une contrainte à laquelle il n'a pu résister. D'autre part,

son discernement n'est pas aboli.

6. L'état mental de Mr. C. *ne risque pas de compromettre* l'ordre public ou la sûreté des personnes. Son état *ne nécessite pas* une hospitalisation en milieu spécialisé en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale.
7. Mr. C. *ne présente pas* un état dangereux au sens psychiatrique ou criminologique.
8. Une proposition thérapeutique possible est une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Cette injonction semble particulièrement opportune afin d'emmener le sujet à pouvoir évoquer sa biographie en psychothérapie et tenter de réparer ses conduites répétitives délétères.

## **Discussion médico-légale**

A la suite de son examen clinique, le praticien pose un diagnostic de trouble de la personnalité de type état limite.

Il met en évidence un cortège d'éléments biographiques évocateurs de ce trouble, à savoir les notions de relation de dépendance anaclitique à l'autre, de vécu abandonnique, de personnalité archaïque avec besoin d'identification à un groupe ou à des individus perçus comme forts, d'émergence de comportements impulsifs à type de violences auto-agressives (tentatives de suicide multiples à visée utilitaire pour parvenir ses fins) et hétéro-agressives, de conduites addictives lors des ruptures sentimentales et affectives, d'instabilité chronique de son existence, d'absence d'empathie dont il a fait preuve lors des faits (n'est pas retourné sur les lieux pour porter assistance aux victimes), et d'enfance empreinte d'abandon et de carences maternelles précoces dès l'âge de 2 ans.

A l'issue de ce rapport l'expert psychiatre se place en faveur d'*un discernement non altéré pouvant conduire à une responsabilisation complète* du sujet, le trouble de personnalité limite retrouvé à l'examen n'entraînant ni abolition du discernement ou du contrôle des actes, ni altération du discernement ou entrave du contrôle des actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal.

L'expert se livrant à une interprétation médico-légale, estime que le passage à l'acte homicide n'est pas le fait de symptômes psychiatriques mais est en lien avec des éléments constitutifs de l'histoire du sujet, à savoir un état d'ivresse pathologique dans les suites d'une consommation importante d'alcools forts et de cannabis, état considéré comme une vulnérabilité personnelle.

Il précise qu'il ne s'agit pas là d'un cas de jurisprudence expertale correspondant à un premier épisode d'ivresse pathologique consécutif à une toute première consommation d'alcool. Mr. C. est en effet coutumier du fait, expliquant avoir déjà consommé à plusieurs reprises ce type d'alcool, et ayant déjà présenté plusieurs états d'ivresse pathologique et expérimenté les effets agressogènes et désinhibiteurs de l'alcool.

Néanmoins les traits de personnalité de type limite comme l'impulsivité, les accès de colères intenses, fugaces et non maîtrisés par l'individu, l'absence d'empathie et l'intolérance à la frustration semblent avoir facilité l'infraction reprochée.

L'expert estime en outre qu'un trouble de la personnalité ne constitue pas une pathologie mentale au sens strict mais plutôt un ensemble de traits de caractère et plus largement un tempérament et un style de vie personnel.

Cette structure de la personnalité charpentant et influençant le fonctionnement quotidien et chronique du sujet, ne constitue pas un état de décompensation. L'hospitalisation en service de psychiatrie n'est donc ni utile ni indiquée.

De ce fait, l'expert considère que l'intéressée n'a pas agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal. La consommation d'alcools forts résulte d'un choix personnel fait en conscience de ce qu'il pouvait advenir, Mr. C. connaissant bien les effets que de telles substances ont sur lui et ses comportements.

Le passage à l'acte est donc le fait d'une situation et d'un choix personnel, non d'un trouble psychiatrique ayant impacté le discernement et/ou le contrôle des actes de l'agresseur. Ce choix ne constitue nullement une force ou une contrainte irrésistible pour le sujet.

En outre, le praticien se prononce à la fois sur le versant psychiatrique de la dangerosité, à savoir une dangerosité patente, notable au moment de l'examen expertal et due à la maladie psychiatrique, ainsi que sur la dangerosité criminologique du sujet, constituant une dangerosité latente, probabiliste, correspondant au penchant à commettre une infraction et à récidiver et relevant d'une

évaluation multidisciplinaire. L'expert, non formé à la psycho-criminologie, a ainsi choisi de dépasser son champ de compétence strict, et ne suit donc pas en ce sens les recommandations de l'Audition Publique de l'Expertise Psychiatrique Pénale.

La réponse mentionnée au dernier point du rapport concorde avec le fait que l'expert psychiatre se place dans l'hypothèse d'*une responsabilisation complète* du sujet, ce suivi n'étant applicable que si le sujet est reconnu coupable et effectivement condamné. Il ne concerne donc pas les sujets bénéficiant d'une irresponsabilité pénale.

L'injonction de soin pourrait être bénéfique pour le sujet, qui semble avoir un bon insight et être motivé pour débiter une psychothérapie lui permettant d'évoquer avec précisions les différents éléments générateurs de colère et de douleur dans son existence.

## Conclusion

L'expertise psychiatrique pénale connaît actuellement une période difficile du fait de la baisse progressive et inquiétante de la démographie expertale et des charges grandissantes pesant sur les épaules des experts, à qui l'on reproche la qualité médiocre de leurs rapports et les divergences de leurs conclusions.

Par ailleurs, les crimes à type d'homicide et de tentative d'homicide sont fréquents en France. Certains auteurs présentent un trouble mental grave (schizophrénie, trouble de l'humeur, trouble grave de la personnalité dont l'état-limite) susceptible d'entraîner une abolition ou une altération du discernement pouvant respectivement conduire à une irresponsabilité pénale ou à une atténuation de responsabilité.

Paradoxalement le trouble de personnalité limite, dont la prévalence est importante aussi bien dans la population générale que psychiatrique et dont le fonctionnement est caractérisé par une grande tendance aux passages à l'acte et à l'agir, ne fait l'objet que de très peu de travaux concernant sa place dans le passage à l'acte homicide et les considérations expertales en terme de responsabilité et de dangerosité.

Nous avons ainsi cherché à apporter une réponse à ces questionnements en nous focalisant sur l'étude de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire dans une population bien délimitée, celle des experts inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.

Après avoir précisé les caractéristiques de l'état limite et le cadre de l'expertise psychiatrique pénale, nous avons présenté notre étude épidémiologique descriptive transversale menée auprès des experts inscrits sur la liste de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence afin de confronter les données de la littérature à la pratique professionnelle quotidienne.

Ce travail est enfin illustré par trois vignettes cliniques et expertales.

Les résultats principaux de notre étude mettent en exergue que les experts interrogés avaient des critères de définition identiques mais des conceptions théoriques différentes de l'état-limite.

Les divergences expertales portaient sur la pratique de l'expertise chez l'état-limite concernant notamment l'évaluation de la dangerosité criminologique, ainsi que sur les implications médico-légales de l'expertise. Les discordances existaient en effet au niveau de la qualification du lien entre le trouble identifié et les faits reprochés, du diagnostic différentiel avec la psychopathie, des

conditions permettant de retenir l'alinéa 2 et donc plus largement de l'évaluation de l'altération du discernement, des conséquences de l'alinéa 1 et 2. Les experts étaient en outre divisés sur la question des soins pénalement ordonnés et du suivi psychiatrique en prison dans le cas d'individus état-limite.

Les positions expertales étaient par ailleurs concordantes en ce qui concerne la conduite à tenir dans le cas de la négation des faits par l'accusé, de l'arrêt d'un suivi et/ou d'un traitement psychiatrique ou encore de la consommation d'alcool ou de toxiques au moment des faits.

Les divergences identifiées apparaissaient relatives à des préjugés et une idéologie propre à chaque expert en lien avec leur formation théorique et l'école de pensée à laquelle ils appartiennent, ainsi qu'à une méconnaissance des recommandations de la HAS ou de l'Audition Publique concernant l'expertise psychiatrique pénale.

L'avis des experts interrogés était unanime concernant l'état des lieux actuel de la pratique expertale. Aussi, à partir des constats et propositions de notre population d'étude et des données de la littérature, nous avons pu mettre en évidence des perspectives permettant l'amélioration de la pratique expertale et la diminution des divergences. Ces perspectives ont été organisées en trois principaux vecteurs à savoir l'optimisation de la formation expertale, l'établissement d'une jurisprudence expertale et d'un cadre consensuel de bonnes pratiques, et enfin le renforcement de l'attractivité de la pratique par l'amélioration des conditions de travail.

Ainsi ce travail portant sur une population limitée pourrait constituer la première étape d'une étude multicentrique permettant l'analyse des pratiques expertales dans différentes Cours d'Appel sur le territoire et ainsi l'extrapolation des résultats à la population cible, soit la totalité des experts psychiatres français.

Il serait par ailleurs intéressant de procéder à une réévaluation des résultats dans une nouvelle étude qui aurait lieu après formation des experts.

En outre l'expertise psychiatrique pénale constitue une véritable vitrine de la discipline psychiatrique pour l'institution judiciaire et le grand public. La médiatisation est largement impliquée dans ce phénomène, contribuant à créer les représentations collectives par le biais du vécu émotionnel de la population. C'est pourquoi il est primordial que son image soit préservée et que sa pratique soit optimisée. Ce champ important et délaissé de la psychiatrie doit ainsi faire l'objet de davantage de travaux d'étude afin d'en améliorer la visibilité et la qualité, avant qu'il ne s'éteigne au terme d'un long processus de négligence.

« A l'oubli succède l'indifférence de l'oubli comme un écho muet qui prolonge la durée et augmente l'espace de l'oubli » disait Jacques Ferron dans son ouvrage *L'amélanchier...*

## Références bibliographiques

- 1) Guivarch J., *Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes atteintes de schizophrénie: bilan et perspectives*, Thèse d'exercice de la médecine DES de Psychiatrie, Aix-Marseille Université (2013)
- 2) Senon J.L., Pascal J.C., Rossinelli G., *Expertise psychiatrique pénale: audition publique, 25 et 26 janvier 2007*. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 3) Pradel J., *En droit pénal, quels sont les fondements de l'expertise psychiatrique pénale?*, *Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique 25 26 Janvier 2007*. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 4) Manzanera C., Senon J.L., *L'expertise psychiatrique pénale*, Psycho-Criminol. Paris: Dunod (2008)
- 5) Senon J.L., Manzanera C., *Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale*, *Annales médico-psychologiques, Revue Psychiatrique* (2006)
- 6) Senon J.L., Manzanera C., *Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique?*, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* (2005)
- 7) Source internet, <https://fr.statista.com/statistiques/996133/nombre-homicides-france>, *nombre d'homicide enregistrés par les forces de sécurité en France en 2011 et 2018* (2019)
- 8) Lecerf J.R., Michel J.M. (commission des lois), Barbier G., Demontès C. (commission des affaires sociales), *La responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux*, Rapport d'information au Sénat (2012), source internet, <https://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>
- 9) Pascal J.C., *Comment définir la « dangerosité psychiatrique » dans le champ des*

- dangerosités?*, Haute Autorité de santé, *Audition publique "Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur"*. Texte des experts. Saint-Denis La Plaine: HAS (2010)
- 10) Eronen M., Hakola P., Tiihonen J., *Mental disorders and homicidal behavior in Finland*, Archives General Psychiatry (1996)
  - 11) Brennan P.A., Mednick S.A., Hodgins S., *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort*, Archives General Psychiatry (2000)
  - 12) Tiihonen J., Isohanni M., Räsänen P., Koiranen M., J. Moring, *Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort*, American Journal of Psychiatry (1997)
  - 13) Richard-Devantoy S., Olie J.P., Gourevitch R., *Risque d'homicide et troubles mentaux graves: revue critique de la littérature*, L'Encéphale, Science direct (2009)
  - 14) Simpson A. et al., *Homicide and mental illness in New Zealand 1970-2000*, Nouvelle-Zélande, British Journal Of Psychiatry (2004)
  - 15) Torgensen S., Kringlen E., Cramer V., *The prevalence of personality disorders in a community sample*, Archives of General Psychiatry (2001)
  - 16) American Psychiatric Association, *Work group on Borderline Personality Disorder, Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder*. In: *Psychiatric disorders*. Washington DC: Compendium (2004)
  - 17) Millaud F., *Le passage à l'acte*, Médecine et psychothérapie 2ième édition, Elsevier Masson (2009)
  - 18) Guelfi J.D., Rouillon F., *Manuel de psychiatrie 3ieme édition*, Elsevier Masson (2017)
  - 19) Deutsch H., *Über einen Typus der Pseudo-Affektivität (« als ob »)*, International Zeitschrift

fur der Psychoanalyse (1934)

- 20) Deutsch H., *Quelques formes de troubles affectifs et leur relation à la schizophrénie*, Psychoanalytic Quaterly, II (1942)
- 21) Vaihinger H., *Die Philosophie des Als Ob, System der theoretischen, praktischen und religiösen Fiktionen der Menschheit auf Grund eines idealistische Positivismus. Mit einem Anhang über Kant und Nietzsche (1911). Leipzig: Feliz Meiner (1923)*
- 22) Deutsch H., *Aspects cliniques et théoriques des personnalités « comme si » (1965)*, Journal of the American Psychoanalytic Association (1966)
- 23) Deutsch H., *Les « comme si » et autres textes (1933/1970)*, Paris: Le Seuil (2007)
- 24) Galiana-Mingot E., *Quelques préalables théorico-cliniques à la conceptualisation lacanienne des suppléances. Du « comme si » d'Helene Deutsch à la « prépsychose » de Moritz Katan*, Recherches en psychanalyse (2010)
- 25) Lacan J., *Radiophonie*, éditions Points (1970)
- 26) Wikipédia encyclopédie libre, *vrai self et faux self*, source internet, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Vrai\\_self\\_et\\_faux\\_self](https://fr.wikipedia.org/wiki/Vrai_self_et_faux_self) (2018)
- 27) Winnicott D., *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels (1951)*, Petite Bibliothèque Payot (2010)
- 28) Winnicott D., *Le bébé en tant que personne*, In: L'enfant et le monde extérieur. Le développement des relations, Paris: Payot (1957)
- 29) Winnicott D., *Le bébé et sa mère*, Paris: Payot (1992)
- 30) Winnicott D., *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self*, In: Processus de maturation chez l'enfant, Paris: Payot (1970)
- 31) Winnicott D., *La mère suffisamment bonne (1953)*, Petite Bibliothèque Payot Classique

(2006)

- 32) Winnicott D., *La nature humaine (1971)*, éditions Gallimard (1990)
- 33) Dethiville L., *La Clinique de Winnicott*, éditions Campagne Première (2013)
- 34) Pirlot G., Cupa D., *Approche psychanalytique des troubles psychiques*, Paris: Dunod (2019)
- 35) Chaine F., Guelfi J.D., *Les Etats limites*, Encyclopédie médico-chirurgicale, Elsevier Masson (1999)
- 36) Guelfi J.D., Cailhol L., Robin M., Lamas C., *Etats limites et personnalité borderline*. Elsevier Masson, Paris, Psychiatrie (2011)
- 37) Pirlot G., *Perversions et addictions: les affinités sélectives*, éditions Erès (2006)
- 38) Orcutt C., *Le trouble limite du soi: l'approche de Masterson*, santé mentale au Québec (1997)
- 39) Article R 6152-30 du Code de la Santé Publique
- 40) Masterson J., *The Narcissistic and Borderline Disorders* (1981), Routledge (1999)
- 41) Masterson J., *Psychotherapy of the Borderline Adult*, New York: Brunner/Mazel (1976)
- 42) Masterson J., *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*, Little Brown & Co. (1967)
- 43) Dietz P.E., *Why the experts disagree: variations in the psychiatric evaluation of criminal insanity*, Ann Am Acad Pol Soc Sci (1985)
- 44) Masterson J., *From Borderline Adolescent to Functioning Adult*, Routledge (1980)
- 45) Bergeret J., *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère*,

*les symptômes*, Paris: Dunod (1996)

- 46) Elfakir A., *Etats-limites et structures psychopathologiques en psychanalyse*, Psychanalyse-thérapie analytique- Brest, Université Occidentale de Bretagne, éditions Harmattan (2010)
- 47) Bergeret J., *Limites des états analysables et états-limites analysables*, éditions Gallimard (1974)
- 48) Bergeret J., *La faille primaire de l'imaginaire chez les états-limites (réflexion sur un cas d'enfant pseudo-latent)*, Revue française de Psychanalyse, Presses Universitaires de France (1978)
- 49) Bergeret J., *La dépression et les états-limites: points de vue théorique, clinique et thérapeutique*, Paris: Payot (1992)
- 50) Cours de Psychologie, *Névrose, Etats limites et psychose selon Bergeret* (2017), source internet, <http://www.cours-de-psychologie.fr/nevrose-etats-limites-psychose-bergeret.html>
- 51) Bergeret J., *Les états-limites: essai d'une conceptualisation économique et structurelle*, Perspectives Psychiatriques (1979)
- 52) Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
- 53) Bergeret J., *Faiblesse et violence dans le drame du dépressif contemporain*, Narcissisme et états-limites, Paris: Dunod (1987)
- 54) Bergeret J., *Psychologie pathologique: théorique et clinique*, Elsevier Masson (2012)
- 55) Guivarch J., Xicluna C., *De l'acte suicidaire à l'état-limite*, l'Information Psychiatrique (2016)
- 56) Brelet F., *De Freud à Winnicott, plaidoyer pour l'agir*, Psychologie Clinique et Projective, éditions Erès (2004)

- 57) Dayan M., *Narcissisme et réalité dans la psychose*, Les relations au réel dans la psychose, Bibliothèque de Psychanalyse, Presses Universitaires de France (1985)
- 58) Freud S., *Psychologie des foules et analyse du moi*, Paris: Payot (2012)
- 59) Estellon V., *Les états-limites: isolation et définition du syndrome psychopathologique*, In: Les états-limites, Que sais-je, Presses Universitaires de France (2017)
- 60) Lacan J., *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*, Séminaire Livre III (1956), Paris: Le Seuil (1981)
- 61) Maleval J.C., *La forclusion du nom du père, le concept et sa clinique*, Paris: Le Seuil (2000)
- 62) Landman P., Douville O., *La psychanalyse et les nouvelles directions de la psychiatrie, figures de la psychanalyse* Toulouse, éditions Erès (2016)
- 63) Widlöcher D., *Les états limites: discussion nosologique ou réflexion psychopathologique*, Perspectives psychiatriques (1979)
- 64) Chagnon J.Y., Durand M.L., *La prépsychose: un concept toujours actuel en psychopathologie de l'enfant?*, Psychologie clinique et projective (2007)
- 65) Widlöcher D., *Etude psychopathologique des états prépsychotiques*, Revue de Neuropsychiatrie infantile, L'Expansion éditeur (1973)
- 66) Widlöcher D., *Traits psychotiques et organisation du Moi, Problématiques de la psychose*, Rapport du colloque international sur la psychose, Montréal novembre 1968, Excerpta Medica Foundation (1969)
- 67) Lang J.L., *Psychanalyse à l'Université*, Tome I, Les para-psychoses infantiles, Paris: Presses Universitaires de France (1976)
- 68) Morey L.C., Zanarini M.C., *Borderline personality: traits and disorder*, Journal Of

Abnormal Psychology (2000)

- 69) Kernberg O., *Les troubles limites de la personnalité*, Toulouse: Privat, Dunod (1979)
- 70) Mouind K., *Trouble de personnalité borderline et période périnatale: objectifs et enjeux des soins pour la dyade*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille 2 (2018)
- 71) Kernberg O., *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*, Paris: Presses Universitaires de France (1995)
- 72) Rannou-Dubas K., Gohie B., *Les états limites: aspects cliniques et psychopathologiques ou les limites dans tous leurs états*, source internet <http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/etatslimites.htm>, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale CHU Angers (2002)
- 73) Bergeret J., *Les états limites*, Revue Française de Psychanalyse, Paris: Presses Universitaires de France (1970)
- 74) Xardel-Haddab H., *Névrose, psychosomatique et fonctionnement limité : approche clinique projective : du destin des pulsions agressives*, Thèse de psychologie, Université Nancy 2 (2009)
- 75) Ministère de la justice et des libertés, *Recensement des décisions rendues en application de la loi n°2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* (2010), source internet <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705>
- 76) Kernberg O., *Les troubles graves de la personnalité : Stratégies psychothérapeutiques*, Presses Universitaires de France (2004)
- 77) Laugier F., *Clinique et psychopathologie du groupe des états-limite*, chapitre 36 du Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte, Paris: Presses Universitaires de France (2012)

- 78) Zannarini M.C., Gunderson J.G. et al., *The revised diagnostic interview for borderline*, Journal of Personality Disorders (1989)
- 79) Rapport établi par l'IGAS et l'IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice* (2015), source internet [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R\\_Sante\\_Justice.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-050R_Sante_Justice.pdf)
- 80) Gunderson J.G., Phillips K.A., *A current view of the interface between personality disorder and depression*, American Journal Of Psychiatry (1991)
- 81) Zannarini M.C., *Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder*, Borderline personality disorder, etiology and treatment, Journal of Personality Disorders (1993)
- 82) Mehran F., *Traitement du trouble de la personnalité borderline. Thérapie cognitive émotionnelle*, Elsevier Masson Paris (2006)
- 83) Linehan M., *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*. Médecine et hygiène (2000)
- 84) Linehan M., *Manuel d'entraînement aux compétences TCD*. Médecine et hygiène (2000)
- 85) Bessette M., *Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client*, Santé mentale au Québec (2010)
- 86) Desseilles M., Grosjean B., Perroud N., *Manuel du Borderline*, Eyrolles (2014)
- 87) Bégin C., Lefebvre D., *La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites*, Santé mentale au Québec (1997)
- 88) Briffault X., *Psychothérapie des troubles limites de la personnalité: la Thérapie Comportementale Dialectique de Linehan*, DU Prévention des Conduites Suicidaires, Université Paris 8 (2009)
- 89) Mirabel-Sarron C., Rousselet A.V., *Thérapies cognitives et comportementales et troubles de*

*la personnalité, Les personnalités pathologiques* (2013)

- 90) Lebrun J.P., *La perversion ordinaire, vivre ensemble sans autrui*, Champs essais, Flammarion (2015)
- 91) Demazeux S., *Les Troubles de la personnalité dans le DSM: les raisons d'une crise nosologique*, Topique (2013)
- 92) Coudurier J.F., *À propos du DSM*, éditions Essaim (2005)
- 93) Demazeux S., *Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées?*, Philonsorbonne (2008)
- 94) Matthews G., Deary I.J., Whiteman M.C., *Personality Traits*, Cambridge University Press (1998)
- 95) Demazeux S., *Le Lit De Procruste du DSM-III: Classification psychiatrique, standardisation clinique et ontologie médicale*, Thèse de doctorat, Université Paris 1 (2011)
- 96) Morey L.C., *Personality Disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, Coverage, and Internal Consistency*, The American Journal of Psychiatry (1988)
- 97) Widiger T.A., Frances A., Spitzer R.L., Williams J.B., *The DSM-III-R Personality Disorders: An Overview*, The American Journal of Psychiatry (1988)
- 98) Gunderson J.G., *Introduction to Section IV, Personality Disorders*, In: T.A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M.B. First, W.W. Davis, *DSM-IV Sourcebook*, American Psychiatric Association (1996)
- 99) Oldham J.M., Skodol A.E., Kellman H.D., Hyler S.E., Doidge N., Rosnick L., Gallaher P.E., *Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders*, American Journal of Psychiatry (1995)
- 100) Guelfi J.D., *La personnalité : théories et modèles généraux de description*. In: A. Féline, Guelfi J.D., Hardy P. editors, *Les troubles de la personnalité*, Paris: Médecine-Science Flammarion (2002)

- 101) American Psychiatric Association, *Mini DSM-IV critères diagnostiques*, version française, édition Masson (1996)
- 102) Widiger T.A., Trull T.J., *Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder: Shifting to a Dimensional Model*, American Psychologist (2007)
- 103) American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux texte révisé*, version française, Elsevier Masson (2004)
- 104) Morey J.C., Hopwood C.J., Markowitz J.C. et al., *Long Term Predictive validity of diagnosis models for personality disorder: integrating trait and disorder concepts*, American Journal Of Psychiatry (2010)
- 105) Rapport n°808 de la Commission des lois, *Groupe de travail sur la détention: Repenser la prison pour mieux réinsérer*, source internet, <http://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-lois/secretariat/groupes-de-travail/groupes-de-travail-sur-les-conditions-de-detention-en-france> (2018)
- 106) Gunderson J.G., *Revising the borderline diagnosis for DSM-V: An alternative proposal*, Journal of Personality Disorders (2010)
- 107) Krueger R.F., *Continuity of Axes I And II: Toward A Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders*, Journal of Personality Disorders (2005)
- 108) American Psychiatric Association, *Mini-DSM-5, Critères diagnostiques*, Elsevier Masson (2016)
- 109) Krueger R.F., Eaton N.R., Clark L.A., Watson D., Markon K.E., Derringer J., Skodol A., Livesley W.J., *Deriving an Empirical Structure of Personality Pathology for DSM-5*, Journal of Personality Disorders (2011)
- 110) Rolland J.P., *L'évaluation de la personnalité: le modèle en cinq facteurs*, Sprimont, Belgique: Mardaga (2004)

- 111) Widiger T.A., Costa P.T., McCrae R.R., *A proposal for axis II: diagnosing personality disorders using the five-factor model*, Personality disorder and the five-factor model of personnalité, Washington DC: American Psychiatric Association, Third Edition (2013)
- 112) Guelfi J.D., *Troubles de la personnalité et DSM 5*, La lettre du Psychiatre, vol. X (2014)
- 113) Skodol A.E., Clark L.A., Bender D.S. et al., *Proposed changes in personality and personality disorder assesment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale*, Journal of Personality Disorders (2011)
- 114) Brahmy B., *Psychiatrie et prison*, Etudes (2005)
- 115) Mullins-Sweat S.N., Bernstein D.P., T.A. Widiger, *Retention or deletion of personality disorder diagnoses for DSM-5: an expert consensus approach*, Journal of Personality Disorder (2012)
- 116) Guelfi J.D., *Les troubles de la personnalité dans le DSM-5*, dans Coutanceau R., Smith J., *Troubles de la personnalité*. Paris: Dunod (2013)
- 117) Guelfi J.D., *Axe I, axe II ou troubles mentaux et troubles de la personnalité*, Evolution Psychiatrique (2014)
- 118) Gonnet L., *Nouvelle économie psychique*, dans Pourquoi combattre?, Perspectives libres (2018)
- 119) Melman C., *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix*, folio essais, Éditions Denoël (2015)
- 120) Colin D., Barbara S., *Comprendre Herbert Marcuse*, édition Max Milo (2017)
- 121) Bataille G., *L'Érotisme*, Les Éditions de minuit (2011)

- 122) Organisation Mondiale de la Santé, *CIM 10 Classification internationale des troubles mentaux et du comportement*, Genève 1992, traduction française: Pull CB et al. Masson, Paris (1993)
- 123) Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J.P., *Borderline personality disorder*, dans Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (édition en français; D. Cohen ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (2012)
- 124) Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R. et al., *Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders*, American Journal of Psychiatry (1997)
- 125) Links P.S., Steiner M., Offord D.R., *Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study*, Canadian Journal of Psychiatry (1988)
- 126) Herman J.L., Perry J.C., Van Der Kolk B.A., *Childhood trauma in borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry (1989)
- 127) Zanarini M., Gunderson J.G., Marino M.F., *Childhood experiences of borderline patients*, Comprehensive Psychiatry (1989)
- 128) Ogata S.N., Silk K.R., Goodrich S., Lohr N.E., Westen D., Hill E.M., *Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry (1990)
- 129) Shearer S.L., Peters C.R., Quaytman M.S., *Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female border- line in patients*, American Journal of Psychiatry (1990)
- 130) Ludolph P.S., Westen D., Mislé B., *The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history*, American Journal of Psychiatry (1990)
- 131) Westen D., Ludolph P., Mislé B., *Physical and sexual abuse in adolescent girls*

- with borderline personality disorder*, American Journal of Orthopsychiatry (1990)
- 132) Byrne C.P., Cernevsky A., Velamoor V.R., *A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships*, Canadian Journal of Psychiatry (1990)
- 133) Browne A., Finkelhor D., *Impact of child sexual abuse: A review of the literature*, Psychopharmacological Bulletin (1986)
- 134) Malinovsky-Rummell R., Hansen D.J., *Long-term consequences of physical abuse*, Psychopharmacology Bulletin (1993)
- 135) Paris J., Zweig-Frank H., Guzder J., *Psychological risk factors for borderline personality disorder in female and male patients*, Comprehensive Psychiatry (1994)
- 136) Schore A.N., *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry (2002)
- 137) Schore A.N., *The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant health*, Infant Mental Health Journal (2001)
- 138) Coldefy M., Faure P., Prieto N., *La santé et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*, DRESS, Études et Résultats (2002)
- 139) Observatoire International des Prisons- Section Française, *Soins psychiatriques en prison : un pansement sur une plaie béante*, source internet médiapart (2018)
- 140) Golier J.A., Yehuda R., Bierer L.M. et al., *The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events*, American Journal of Psychiatry (2003)
- 141) Kroll J., *PTSD/borderline in Therapy: Finding a Balance*, W.W. Norton and

- company Limited (1993)
- 142) Gunderson J.G., *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press (1984)
- 143) Prada P., Guenot F., Charbon P., Kolly S., Perroud N., *Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline*, Revue Médicale Suisse (2015)
- 144) Nash M.R., Hulsely T.L., Sexton M.C., Haralson T.L., Lambert W., *Long-term effects of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation*, Journal of Consulting Clinical Psychology (1993)
- 145) Rutter M., *Psychosocial resilience and protective mechanisms*, American Journal of Orthopsychiatry (1987)
- 146) Rutter M., *Pathways from childhood to adult life*, Journal of Child Psychology and Psychiatry (1989)
- 147) Agrawal H.R., Gunderson J.G., Holmes B.M., Lyons-Ruth K., *Attachment studies with borderline patients: a review*, Harvard Review of Psychiatry (2004)
- 148) Fonagy P., *The roots of borderline personality disorder in Disorganized attachment*, In: Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M.T., *Affect Regulation, Mentalisation, and the Development of the Self*, Other Press (2005)
- 149) Bateman A.W., *Mentalization and Borderline personality disorder*, In: Maj M., Akiskal H.S., Mezzich J., Okasha A., *Personality Disorders. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry*, vol. 8, Chichester, Wiley & Sons (2005)
- 150) Schore A.N., *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*, Erlbaum, Hillsdale (1994)
- 151) Stone M., *Borderline and histrionic personalities*, In: Maj M., H. Akiskal, J. Mezzich, A. Okasha, *Personality disorders*, J. Wiley Ed. (2005)

- 152) Paris J., *Traumatisme et trouble de la personnalité limite*, Santé mentale au Québec (1996)
- 153) Green A., *La folie privée*, Psychanalyse des cas limites, Paris Gallimard (1990)
- 154) Gillet C., Polard E., Mauduit N., Allain H., *Passage à l'acte et substances psychoactives: alcool, médicaments, drogues*, l'Encéphale (2008)
- 155) Caspi A. et al., *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*, Science (2003)
- 156) M.C. Zanarini, Frankenburg F.R., Hennen J. al., *The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry (2003)
- 157) Blairy S., *L'alcool favorise-t-il le passage à l'acte suicidaire?*, L'alcool en questions, PSY-Emotion, édition Mardaga (2015)
- 158) Choi-Kain L.W., Zanarini M.C., Franckenburg F.R. et al., *A longitudinal study of the 10-years course of interpersonal features in borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry (2010)
- 159) Biskin R., Paris J., Renaud J. et al., *Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence*, Journal of Canadian Academic Child Adolescent Psychiatry (2011)
- 160) Chabrol H., Montovany A., Chouicha K. et al., *Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students*, Canadian Journal of Psychiatry (2001)
- 161) Van Damme P., *Souffrance et rupture de lien chez le Borderline*, Gestalt (2006)
- 162) Betan E., Heim A.K., Zittel C., Conklin C., Westen D., *Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation*,

American Journal Of psychiatry (2005)

- 163) Skodol A.E., Gunderson J.G., McGlashan T.H. et al., *Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder*, American Journal of Psychiatry (2002)
- 164) Zanarini, M.C., Frankenburg F.R., Hennen J. et al., *Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years*, Journal of Personality Disorders (2005)
- 165) Lavielle B., *Quelles sont les attentes de la justice face à l'expert psychiatre dans le domaine psychocriminologique et quels sont les arguments en faveur et défaveur de l'expertise contradictoire?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique des 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey (2007)
- 166) Gisselmann-Patris M.F., *Quels sont dans notre pays les obstacles à une pratique expertale de qualité et quels pourraient être les critères d'attractivité pouvant soutenir et maintenir la démographie expertale?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique des 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 167) Gunderson J.G., *Borderline Personality disorder: a clinical guide*, American Psychiatric Press (2001)
- 168) Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Dubo E.D. et al., *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*, American Journal Of Psychiatry (1998)
- 169) Kahn J.P., *Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique expertale? Comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique des 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 170) Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Dubo E.D. et al., *Axis II comorbidity of borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry (1998)
- 171) Villon J.M., *Quelles propositions évolutives peuvent être faites dans la pratique*

- expertale, sa recherche d'amélioration de la qualité? Quelle place pour les centres ressources?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique des 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 172) Zimmerman M., *Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods*, Archives Of General Psychiatry (1994)
- 173) Darcourt G., Chaine F., Guelfi J.D., *La personnalité borderline*, Flammarion Médecine-Sciences (2002)
- 174) Raoult P.A., *L'agir criminel adolescent*, Grenoble: PUG (2008)
- 175) Raoult P.A., *Clinique et psychopathologie du passage à l'acte*, Bulletin de psychologie (2006)
- 176) Freud S., *Remémoration, Répétition et Perlaboration* (1914), XII. Paris: Presses Universitaires de France (2005)
- 177) Terral-Vidal M., *L'acting-out out ou l'échappée sur la scène du monde*, Figures de la psychanalyse (2010)
- 178) Senon J.L., Jonas C., Voyer M., *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, Collection les âges de la vie, Elsevier Masson (2013)
- 179) Assoun P.L., *La passion de répétition. Génèse et figures de la compulsion dans la métapsychologie freudienne*, Revue Française de Psychanalyse, Paris: Presses Universitaires de France (1994)
- 180) Lacan J., *Le Séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Paris: Le Seuil, (1998)
- 181) Lagache D., *Acting out et action*, Revue française de psychanalyse, Paris: Presses Universitaires de France (1968)
- 182) Danis A., *Passage à l'acte et acting out, des positions subjectives*, Santé mentale

(2016)

- 183) Lacan J., *Le Séminaire, Livre X, L'Angoisse* (1962-1963), Paris: Le Seuil (2004)
- 184) Roussillon R., *Le Jeu et l'entre je(u)*, Paris: Presses Universitaires de France (2008)
- 185) Freud S., *Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine* (1920), dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris: Presses Universitaires de France (1973)
- 186) Senon J.L., Archer E., *Le passage à l'acte: du point de vue psychodynamique à une lecture psychosociale?*, DIU de PC Faculté de médecine de Poitiers, source internet <https://senon.pagesperso-orange.fr/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/DIU%20psy%20crim/PA.pdf>
- 187) Lacan J., *Le Séminaire, Livre XVIII, D'un discours qui ne serait pas du semblant* (1971), Paris: Le Seuil (2006)
- 188) Barlier C., *La violence en abîme. Essai de psychocriminologie*. Paris: Presses Universitaires de France (2005)
- 189) Laplanche J., Pontalis J.B., *Le vocabulaire de la Psychanalyse*, Presses Universitaires de France (1967)
- 190) Archambault J.C., Mormont C., *Déviances, délits et crimes*, Paris, Masson (1998)
- 191) Ey H., Bernard P., Brisset C.H., *Manuel de Psychiatrie*, Masson & Cie (1974)
- 192) Felthous A.R., *Schizophrenia and impulsive aggression: an heuristic injury with forensic and clinical implications*, Behav Sci Law (2008)
- 193) Roussillon R., *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris: Presses Universitaires de France, 3<sup>e</sup> édition (2013)
- 194) Bergeret J., *Une école psychanalytique de la psychopathologie de l'adulte*, Revue

française de psychanalyse (1996)

- 195) Bergeret J., *La violence fondamentale*, Paris: Dunod (1984)
- 196) Abraham K., *Rêves et mythes*, Oeuvres complètes (1912), Paris: Payot, réédition (1965)
- 197) Sénat, *Prison et troubles mentaux: comment remédier aux dérives du système français?*, Rapport d'information de M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontès, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, source internet, <https://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html> (2010)
- 198) Code Pénal, *Partie législative, Livre Ier: Dispositions générales, Titre Ier: De la loi pénale, Chapitre Ier: Des principes généraux*, article 111-3, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- 199) Guinchard S., Debard T., *Lexique des termes juridiques 26ième édition*, Paris: Dalloz (2018)
- 200) Code Pénal, *Partie législative, Livre Ier: Dispositions générales, Titre II: De la responsabilité pénale, Chapitre Ier: Dispositions générales*, article 121-3 modifié par la loi 2000-647 du 10 juillet 2000, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006149817&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- 201) Cornu G., *Vocabulaire juridique 12ième édition*, Association Henri Capitant des amis de la culture juridique française, Paris: Presses Universitaires de France (2018)
- 202) Code Pénal, *Partie législative, Livre Ier: Dispositions générales, Titre II: De la responsabilité pénale, Chapitre Ier: Dispositions générales*, article 121-1, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- 203) Leturmy L., Senon J.L., *La responsabilité pénale en droit français et l'irresponsabilité pénale des malades mentaux*, Psychocriminologie, Paris: Dunod (2008)

- 204) André C., *Droit pénal spécial 4ième édition*, Paris: Dalloz (2017)
- 205) Jacopin S., *Droit pénal spécial*, Paris: Hachette supérieur (2018)
- 206) Lantéri-Laura G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris: Les Éditions du Temps (1998)
- 207) Lantéri-Laura G., *Éléments pour une histoire de la psychiatrie*, source internet, [http://www.serpsy.org/histoire/histoire\\_lanteri\\_1html](http://www.serpsy.org/histoire/histoire_lanteri_1html) (2013)
- 208) Renneville M., *Psychiatrie et prison: une histoire parallèle*, Annales médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson (2004)
- 209) Pinel P., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale : Seconde édition entièrement refondue et très augmentée, 1809*, Paris: Empêcheurs de penser en rond (2005)
- 210) Vacheron-Trystan M.N., Cornic F., Gourevitch R., *La prise en charge des patients réputés dangereux*, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Elsevier-Masson (2010)
- 211) Patouillard R., *La schizophrénie: cent ans encore?*, La revue lacanienne (2011)
- 212) Goyet L., *Lacan, lecteur de Minkowski: l'approche structurale*, Evolution psychiatrique (2004)
- 213) Senon J.L., *Troubles psychiques et réponses pénales*, source internet, <http://champpenal.revues.org/77> (2005)
- 214) Bouley D., Massoubre C., Serre C., Lang F., Chazot L., Pellet J., *Les fondements historiques de la responsabilité pénale*, Annales médico-psychologiques, Revue Psychiatrique (2002)
- 215) Sénat, *Proposition de loi relative à l'atténuation de la responsabilité pénale*

*applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits*, Report No.:216 (2011)

- 216) Cordier B., *Irresponsabilité Psychiatrique de l'article 122-1 du nouveau code pénal*, Encyclopédie Elsevier-Masson Psychiatrie (1998)
- 217) Guignard L., *L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale*, Champ pénal (2005)
- 218) Cour d'Appel de Pau; Arrêt du 14 décembre 2007, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000019581726> (2007)
- 219) Zagury D., *Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique*, Source internet <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr> (2013)
- 220) Bulletin des arrêts de la Cour de cassation rendus en matière criminelle, tome 90, n° 170, page 285 (1885)
- 221) Jonas C., *La réforme de l'irresponsabilité dans le nouveau code pénal: Faut-il s'en réjouir? Les inquiétudes d'un psychiatre*, Médecine et Droit (2010)
- 222) Kottler C., Costen C., *De la fiabilité en expertise psychiatrique. Enquête sur six ans d'hospitalisation à l'UMD Henri-Colin*, Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique (1997)
- 223) Senon J.L., *L'expertise psychiatrique pénale: audition publique de la fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé*, Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique (2007)
- 224) Gravier B., Lustenberg Y., *L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question*, Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique (2005)
- 225) Article 156 du Code de procédure pénale, *modifié par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004- art. 126, Partie législative, Livre Ier: de la conduite de la politique pénale ; de*

- l'exercice de l'action publique et de l'instruction, Titre III: Des juridictions d'instruction, Chapitre Ier: Du juge d'instruction: juridiction d'instruction du premier degré, Section 9: De l'expertise, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006167429&cidTexte=LEGITEXT000006071154>*
- 226) *Décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires, source internet [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)*
- 227) David M., *L'expertise psychiatrique pénale*, Paris: L'Harmattan (2007)
- 228) Fevre F., *Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du parquet dans l'enquête préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre ?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique du 25 et 26 Janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 229) Zagury D., *Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique?*, Expertise Psychiatrique pénale Audition Publique du 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 230) David S., *Factors associated with the diversion of mentally disordered offenders*, Bull Am Acad Psychiatry Law (1994)
- 231) Trapé F., Bénézech M., Delpla P.A., Telmon N., Costagliola R., Rouge D., *Hétérogénéité des conclusions des expertises psychiatriques, Etude chez 101 auteurs d'homicides volontaires*, Presse Médicale (2002)
- 232) Organisation Mondiale de la Santé, *Classification internationale des maladies (CIM 9), Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Troubles mentaux (290-319)*, source internet, <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/v-troubles-mentaux-290-319/troubles-nevrotiques-de-la-personnalite>, Genève (1977)
- 233) Schweitzer M., *Quelles sont les incidences médico-légales des articles 122-1 alinéa 1 et 2 et 122-2 en termes de responsabilité pénale, d'imputabilité, de discernement et de*

- contrôle des actes?*, Expertise Psychiatrique Pénale, Audition Publique du 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 234) Schweitzer M., Puig-Verges N., *De l'article 64 à l'article 122-1, La recherche du discernement: une question de formulation ou une nouvelle orientation sémiologique?*, Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique (1995)
- 235) Schweitzer M., Puig-Verges N., *Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Evaluation et prise en charge des auteurs de transgression*, Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique (2001)
- 236) Zagury D., *Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique?*, Expertise Psychiatrique pénale Audition Publique du 25 et 26 janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 237) Zagury D., *Vers une clinique de l'abolition du discernement*, Annales Médico-Psychologiques revue Psychiatrique (2006)
- 238) Ministère de la Justice, *Les condamnations année 2016*, source internet [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_condamnations2016.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_condamnations2016.pdf) (2017)
- 239) Kolb P., Leturmy L., *L'essentiel du droit pénal général: les grands principes, la responsabilité pénale, les peines*. Paris: Gualino-Lextenso éd. (2011)
- 240) Kolb P., Leturmy L., *Droit pénal général: les grands principes, l'infraction, l'auteur, les peines*. Paris: Gualino-Lextenso éd. (2012)
- 241) Nedopil N., *Violence of psychotic patients : how much responsibility can be attributed ?*, J Law Psychiatry (1997)
- 242) Article 175 du Code de procédure Pénale, alinéa 1, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038312271&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20190601>

- 243) Décret n°2008-361 du 16 Avril 2008, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018660512>
- 244) Manzanera C., *Quelle est l'incidence de l'expertise psychiatrique pénale sur l'équilibre entre justice et santé et donc entre prison et hôpital dans la société actuelle?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique du 25 et 26 Janvier 2007. Montrouge : John Libbey Eurotext (2007)
- 245) Bénézech M., *Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques*, Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique (2010)
- 246) Paulet C., *Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés?*, Expertise Psychiatrique Pénale Audition Publique du 25 et 26 Janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 247) Article 130-1 du Code Pénal, partie législative, livre Ier: Dispositions générales, titre III: Des peines, Loi n° 2014-896 du 15 août 2014-art. 1, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=id>
- 248) Article 362 du Code de Procédure Pénale modifié par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 -art. 17, Code de procédure pénale, Partie législative, Livre II : des juridictions de jugement, Titre Ier : De la cour d'assises, Chapitre VII : Du jugement, Section 1 : De la délibération de la cour d'assises, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=id>
- 249) Coutanceau R., *Dangerosité criminologique et prévention de la récidive: évaluer la dangerosité pour stigmatiser l'homme*, Inf Psychiatrique (2012)
- 250) Cano N., *Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle*, L'Encéphale (2006)

- 251) Delion P., *Accueillir la personne psychotique: espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne*, Contenance Soins Psychiques, Erès (2011)
- 252) Le Contrôleur général des lieux de privations de liberté, Rapport d'activité, source internet, <http://www.cglpl.fr/2012/rapport-annuel-dactivite-publie-pour-2011/> (2012)
- 253) Richard B., *Risque, psychiatrie et droit : analyse critique du discours juridique actuel*, Risques Psychiatriques Enjeux Ethiques, Solal (2009)
- 254) Haute Autorité de Santé, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, Recommandations de la commission d'Audition* (2011)
- 255) Senon J.L., Voyer M., Paillard C., *Dangerosité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts*, Information Psychiatrique (2009)
- 256) Moulin V., Palaric R., Gravier B., *Quelle position professionnelle adopter face à la diversité des problèmes posés par l'évaluation des dangerosités?*, Information Psychiatrique (2012)
- 257) Gravier B., *Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ?*, Expertise Psychiatrique Pénale, Audition Publique du 25 et 26 Janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)
- 258) Sechter D., Senon J.L., *La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital*, Information Psychiatrique (2012)
- 259) Salas D., *La responsabilisation des fous criminels à l'ère néolibérale*, Information Psychiatrique (2012)
- 260) Leturmy L., *La dangerosité dans l'évolution du droit pénal français*, Information

Psychiatrique (2012)

- 261) Baratta A., Morali A., Halleguen O., *La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. A propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas*, Information Psychiatrique (2012)
- 262) Voyer M., Senon J.L., Paillard C., *Dangerosité psychiatrique et prédictivité*, Information Psychiatrique (2009)
- 263) Bourgeois M.L., Bénézech M., *Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique*, Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique (2001)
- 264) Senon J.L., Manzanera C., Dubreucq J.L., *Violences et troubles mentaux*, Psycho-Criminol. Paris: Dunod (2008)
- 265) Bensa A., *Politiques de l'expertise psychiatrique. Trajectoires professionnelles des experts psychiatres et styles de pratique*, Rapport final mission de recherche droit et justice, source internet, <http://www.gip-recherche-justice.fr/wp-content/uploads/2014/07/07-41-RF.pdf> (2010)
- 266) Article 131-36-6 du Code Pénal, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417322>
- 267) Article 712-7 du Code de Procédure Pénale, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021332307&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20091126>
- 268) Article 131-36-4 du Code Pénal, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417319&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 269) Article 131-36-1 du Code Pénal, source internet,

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
idArticle=LEGIARTI000006417315&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20  
040310](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417315&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20040310)

270) Article 131-36-5 du Code Pénal, source internet,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417321](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417321)

271) Article 131-36-9 du Code Pénal, source internet,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417325](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417325)

272) Article 131-36-10 du Code Pénal, source internet,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417326&dateTexte=&c  
ategorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417326&dateTexte=&categorieLien=cid)

273) Article 763-10 du Code de procédure pénale, Titre VII ter: Du placement sous surveillance électronique mobile à titre de mesure de sûreté, source internet,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
idArticle=LEGIARTI000024967387&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20  
111215](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024967387&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20111215)

274) Article 131-36-12 du Code Pénal, source internet,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000022469767&dateTexte=&c  
ategorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000022469767&dateTexte=&categorieLien=id)

275) Article 763-12 du Code de procédure pénale, source internet,  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?  
cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006578282&dateTexte=&c  
ategorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006578282&dateTexte=&categorieLien=cid)

276) Dugast C., Taesch Leclerc H., *L'obligation de soins*, Comité européen pour les

*problèmes criminels, Conseil de coopération pénologique, Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (2012)*

- 277) Article L3413-1 à L3413-4 du code de la Santé Publique, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024967485&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111215>
- 278) Article 723-29 et 723-30 du code de procédure pénale, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006578069&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 279) Article 723-31-1 du code de procédure pénale, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021958715&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20100312>
- 280) Article 723-35 du code de procédure pénale, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021958665&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20100312>
- 281) Article 723-37 du code de procédure pénale, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021958589&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20100312>
- 282) Article 706-53-19 du code de procédure pénale modifié par la loi n°2014-896 du 15 aout 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=cid>
- 283) Article 706-53-13 à 706-53-16 du code de procédure pénale modifié par la loi

n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=cid>

284) Article 131-4-1 du code pénal modifié par la loi n°2014-896 du 15 aout 2014, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=id>

285) Article 713-42 à 713-49 du code de procédure pénale créés par la loi n°2014-896 du 15 aout 2014, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&categorieLien=cid>

286) Rossinelli G., *L'expertise psychiatrique judiciaire: le point de vue du président de l'Association des Psychiatres Judiciaires. Intervention lors des 4èmes journées de l'association Autrement Psy: « La vie de l'expert ou le lien possible avec la clinique »*, Pôle Psychiatrie Centre, Marseille (2012)

287) Dubret G., *Lorsque les faits ne sont pas avérés et que la personne les nie durablement, qu'elle attitude l'expert doit-il avoir dans la réponse aux questions types?*, Expertise Psychiatrique Pénale, Audition Publique des 25 et 26 Janvier 2007. Montrouge: John Libbey Eurotext (2007)

288) Obata S., Hashizume K., Wada K., Minoshita S., Morita N., Nakatani Y., *A questionnaire survey on judgment of criminal responsibility*, Seishin Shinkeigaku Zasshi (2005)

289) Zagury D., Senon J.L., *L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive*, L'information psychiatrique (2014)

290) Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaires, *Contribution de l'Association Nationale des Psychiatres Experts Judiciaire à la conférence de consensus de prévention de la récidive* (2013)

291) Source internet,

- 292) Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000786845>
- 293) Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, source internet, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
- 294) Estellon V., *Les états-limites*, Que sais-je?, Presses Universitaires de France (2013)
- 295) Pirard R., *La question des états-limites*, La clinique lacanienne, éditions Erès (2003)
- 296) Schweitzer M.G., Puig-Verges N., *Expertise psychiatrique, expertise médicopsychologique. Enjeux de procédure, enjeux cliniques*, Annales médico-psychologiques, Revue Psychiatrique (2006)
- 297) Haute Autorité de Santé, *Prise en charge de la psychopathie*, Audition Publique des 15 et 16 décembre 2005 (2005), source internet, [https://has-sante.fr/jcms/c\\_240781/fr/prise-en-charge-de-la-psychopathie](https://has-sante.fr/jcms/c_240781/fr/prise-en-charge-de-la-psychopathie)
- 298) Moyano O., *Prendre en charge la psychopathie, étude de la Haute Autorité de Santé*, Les Cahiers Dynamiques (2007)
- 299) Thomas P., Fovet T., Amad A., *Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté*, SMPR-UHSA de Lille, pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire, CHRU de Lille, Annales médico-psychologiques, volume 173 n°4, Elsevier Masson (2015)
- 300) Cabelguen M., *Dynamique des processus d'adaptation des détenus au milieu carcéral*, Psychologie, Université Rennes 2 (2006)
- 301) Bernard C., *Psychose carcérale: Etat des lieux; Un concept encore d'actualité?*,

- 302) Chamond J., Moreira V., Decocq F., Leroy-Viémon B., *La dénaturation carcérale. Pour une psychologie et une phénoménologie du corps en prison*, L'information Psychiatrique (2014)
- 303) Vigneron F., Beaureilles J., Trarieux M., *Le passage à l'acte chez une personnalité limite: l'agir comme acte de parole*, L'information psychiatrique (2006)
- 304) Duburcq A., Coulomb S., Bonte J., Marchand C., Fagnani F., Falissard B., *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, phase 1 de l'étude épidémiologique rapport final*, Etude pour le ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), éditions Cemka - Eval, Bourg la Reine, France (2004)
- 305) Lézé S., *Les politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains*. Champ Pénalpenal Field, source internet, <https://journals.openedition.org/champpenal/6723> (2008)
- 306) Protais C., Moreau D., *L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire*, Commentaire du texte de Samuel Lézé. Champ Pénalpenal Fiel, source internet, <https://journals.openedition.org/champpenal/7557> (2009)

## **Annexes:**

### ***Annexe 1: Questionnaire de l'enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence:***

Questionnaire à l'attention des experts psychiatres de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, concernant la pratique de l'expertise psychiatrique pénale chez les sujets « état limite » accusés d'homicide volontaire

#### **1. Eléments sociodémographiques concernant l'expert psychiatre:**

Vous êtes:

- Un homme
- Une femme

Indiquer votre age:

Indiquer le nombre d'années d'exercice du métier de psychiatre (internat compris):

Indiquer votre orientation:

- psychanalytique
- TCC

- phénoménologique
- pharmacologique
- systémique
- autre

1) Avez-vous bénéficié d'une formation en psychiatrie médico-légale avant de demander votre inscription sur la liste des experts?

- Oui
- Non

Si oui, préciser la formation.

2) Depuis quelle année pratiquez-vous l'expertise psychiatrique pénale?

3) Combien d'expertises pratiquez-vous annuellement en moyenne?

4) Quelles ont été vos motivations pour vous inscrire sur une liste d'experts?

## **2. Conception de l'Etat Limite:**

5) Quelle est votre définition de l'état limite?

6) Quelle(s) références utilisez-vous pour le décrire?

- DSM4-5
- CIM 10
- psychanalyse
- TCC
- autres

7) Est-ce synonyme selon vous d'une personnalité borderline?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi?

8) Connaissez-vous le concept « d'organisation limite à expression psychopathique » utilisé dans une recommandation de la HAS? Qu'est ce qu'il recouvre selon vous?

9) Est-ce difficile de distinguer état limite et psychopathie?

- Oui
- Non

Sur quoi se fonde cette différence?

10) L'état limite est-il un facteur de risque de violence?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type de violence peut-il s'agir?

- Violence contre soi
- Violence contre les autres
- Homicide
- Délits et crimes sexuels

11) Considérez-vous le trouble de personnalité état limite comme une pathologie mentale?

- Oui
- Non

Pourquoi?

### **3. Expertise psychiatrique pénale d'un Etat Limite – cadre général:**

12) Avez-vous déjà pratiqué une expertise psychiatrique pénale chez un sujet état limite ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous indiquer le contexte et le motif de l'expertise ?

- Homicide
- Violences
- Agressions sexuelles
- Viols
- Autres

13) Le patient était-il incarcéré ?

14) Etes-vous régulièrement amené à examiner en expertise pénale des sujets état limite? Combien de cas par an approximativement (à rapporter au nombre d'expertises annuelle)?

15) Avez-vous déjà considéré l'existence d'un lien entre infraction et état limite?

- Oui
- Non

Si oui, était-il direct? Indirect? Exclusif? Partiel? Donner des exemples.

16) Pour un sujet état limite accusé d'un crime, quelles sont les possibilités de réponse de l'expert psychiatre?

- abolition du discernement et du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1
- altération du discernement et entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2
- ni altération ni abolition

17) Dans le cas d'un sujet état limite, quelles conditions retenez-vous pour proposer une abolition du discernement et du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 1? Pouvez-vous donner des exemples, et préciser le contexte chez un sujet accusé d'homicide volontaire?

18) Dans le cas d'un sujet état limite, quelles conditions retenez-vous pour proposer une altération du discernement ou une entrave du contrôle des actes en faveur d'un alinéa 2? Pouvez-vous donner des exemples, et préciser le contexte chez un sujet accusé d'homicide volontaire?

19) Avez-vous déjà demandé la mise en place d'une hospitalisation pour un sujet état limite au décours d'une expertise psychiatrique pénale?

- Oui
- Non

20) Le sujet état limite bénéficie-t-il dans la majorité des cas d'un suivi psychologique ou psychiatrique en milieu carcéral?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type et pour quel motif (geste auto-agressif, hétéro-agressif, état psychotique transitoire, fléchissement thymique...)?

21) Existe-t-il des particularités dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale chez le sujet état limite ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles?

22) Y a-t-il des précautions à prendre dans ce type d'expertise?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles?

23) Lors d'une expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle, répondez-vous aux questions concernant l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique du sujet état limite ?

- Oui
- Non

Si oui, quels éléments prenez-vous en compte?

24) Quels sont les facteurs de risque de passage à l'acte violent chez les sujets état limite que vous avez identifiés?

25) Quels éléments prenez-vous en compte afin de vous prononcer sur la mise en place de soins pénalement ordonnés pour un sujet état limite ? Lorsque le sujet refuse les soins, proposez-vous quand même des soins pénalement ordonnés?

26) Selon vous, quel(s) type(s) de soins pénalement ordonnés faut-il mettre en place pour un sujet état limite ? Dans quel(s) cas de tels soins sont-ils utiles?

#### **4. Connaissances expertales:**

27) La proposition d'un alinéa 1 conduit-t-elle de facto à un jugement d'irresponsabilité pénale et à une hospitalisation du patient sous le mode SDRE 122-1?

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s)?

28) Quel est actuellement l'effet d'une proposition d'un alinéa 2 sur la peine encourue par la personne?

- Diminution
- Augmentation
- Aucun changement

Pour quelle(s) raison(s)?

29) La dangerosité psychiatrique et la dangerosité criminologique sont-elles pour vous deux choses différentes?

- Oui
- Non

Si oui, quelles en sont les différences?

##### **5. Situations expertales:**

30) La consommation d'alcool au moment des faits reprochés modifie-t-elle votre décision quant à la responsabilité pénale du sujet état limite?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel sens?

- Augmentation
- Diminution

Pour quelle(s) raison(s)?

31) La consommation de toxiques (cannabis, drogues dures, benzodiazépine sur auto-médication...) au moment des faits reprochés modifie-t-elle votre décision quant à la responsabilité pénale du sujet état limite?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel sens?

- Augmentation
- Diminution

Pour quelle(s) raison(s)?

32) L'arrêt d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement psychotrope avant les faits reprochés modifie-t-il votre décision quant à la responsabilité pénale du sujet état limite accusé d'homicide volontaire?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel sens?

- Augmentation
- Diminution

Pour quelle(s) raison(s)?

33) Avez-vous déjà observé des homicides avec préméditation chez des états limites? Si oui, la préméditation des faits a-t-elle modifié votre décision quant à la responsabilité pénale?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel sens?

- Augmentation
- Diminution

Pour quelle(s) raison(s)?

34) Avez-vous déjà été confronté à un sujet état limite accusé d'homicide volontaire qui présente lors de l'expertise des éléments psychotiques?

- Oui
- Non

Si oui, quelle est alors votre démarche? Comment vous assurez-vous que ces éléments psychotiques sont transitoires?

Cela a-t-il un impact sur vos conclusions expertales et si oui dans quel sens?

35) Connaissez-vous le concept de psychose carcérale? Les éléments psychotiques transitoires observés pourraient-ils rentrer dans ce cadre?

36) Que faire si le sujet état limite nie les faits qui lui sont reprochés?

37) Avez-vous déjà eu un avis divergent de celui d'autres experts dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale de sujet état limite?

- Oui
- Non

Si oui, sur quel(s) point(s) porte cette(ces) divergence(s)?

## **6. Aspects éthiques:**

38) Que faire si les faits sont avoués par le sujet durant l'expertise psychiatrique pénale alors qu'ils ont été niés devant le juge jusqu'à lors?

39) Dans le cas où le sujet état limite nie les faits, et que son trouble de personnalité n'a aucun lien avec l'infraction reprochée, devez-vous mentionner ce trouble de personnalité dans votre rapport au risque qu'il constitue un élément à charge contre le patient au moment du procès?

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s)?

40) Le fait d'évoquer un diagnostic d'état limite devant la cours majore-t-il la peine infligée au patient?

## 7. Ouverture:

41) Comment expliquez-vous la diminution progressive du nombre d'experts psychiatres inscrits sur les listes?

42) Quelles modifications souhaiteriez-vous voir apparaître concernant l'expertise psychiatrique pénale?

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



**Résumé:** L'expertise psychiatrique pénale assure un équilibre entre la justice et la psychiatrie et connaît actuellement une période difficile fait d'une baisse drastique de la démographie expertale et de charges grandissantes confiées aux experts, critiqués pour les divergences de leurs conclusions.

Les homicides et tentatives d'homicide sont fréquents en France, et certains auteurs présentant un trouble mental grave entraînant une abolition ou une altération du discernement bénéficient respectivement d'une irresponsabilité pénale ou d'une atténuation de responsabilité. Le trouble de personnalité limite est fréquent et caractérisé par une grande tendance aux passages à l'acte. Très peu de travaux sont disponibles concernant sa place dans le passage à l'acte homicide et les considérations expertales en terme de responsabilité et de dangerosité.

Dans le cadre précis de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle du sujet état-limite accusé d'homicide volontaire, nous avons mené une étude auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, nous permettant de confronter les données de la littérature à la pratique quotidienne.

Les experts interrogés avaient des critères de définition identiques mais des conceptions théoriques différentes de l'état-limite. Les divergences expertales portaient surtout les implications médico-légales (qualification du lien entre le trouble et l'infraction, diagnostic différentiel avec la psychopathie, évaluation de la dangerosité criminologique et de l'altération discernement, conséquences de l'alinéa 1 et 2, soins pénalement ordonnés). Ces divergences semblaient relatives à des préjugés et des conceptions personnelles en lien avec leur formation théorique ainsi qu'à une méconnaissance des recommandations concernant l'expertise.

Afin d'améliorer la pratique expertale et de diminuer les divergences, nous avons discuté des perspectives organisées en trois axes principaux: l'optimisation de la formation expertale, l'établissement d'une jurisprudence expertale et d'un cadre consensuel de bonnes pratiques, et le renforcement de l'attractivité par l'amélioration des conditions de travail.

**Mots clefs:** expertise psychiatrique pénale; état-limite; homicide volontaire; responsabilité pénale; divergences expertales.

**Summary:** Criminal psychiatric assessment ensures a balance between justice and psychiatry and is currently experiencing a difficult period due to a drastic drop in expert demography and the increasing burden placed on experts, whose differences in their conclusions are criticized.

Homicides et homicid attempts are common in France, and some authors with serious mental disorder giving rise to an abolition or an alteration of the discernment respectively benefit from criminal irresponsibility or mitigation of responsibility. Borderline personality disorder is common and characterized by a strong tendency to acting out. Few of works concerning its position in the homicidal act and expertal considerations in terms of responsibility and dangerousness are available.

By focusing on a limited context, that is the pre-trial criminal psychiatric assessment of borderline persons accused of murder, we did a research amid experts of the Aix-en-Provence court of Appeal, allowing us to confront the literature's data with the daily practice.

Interviewed experts had the same definition criteria but different theoretical conceptions of borderline personality disorder. The expert disagreements mainly concerned the medico-legal implications (qualification of the relationship between disorder and offense, differential diagnosis with psychopathy, evaluation of criminological danger and alteration of discernment, consequences of the paragraph 1 and 2, penal-imposed care). These divergences seemed to be related to bias and personal conceptions in connection with their theoretical training as well as a lack of knowledge of the recommendations concerning assessment.

In order to improve experts practice and to reduce differences, we discussed perspectives organized in three main axes: optimization of expert training, establishment of an expertal jurisprudence and a consensual framework of good practices, and enhancing attractiveness by improving working conditions.

**Keywords:** criminal psychiatric assessment; borderline; murder; legal responsibility; differences among experts.