



HAL
open science

Emprise mentale : implication médico-légale et enquête auprès des experts

Delphine Maury

► **To cite this version:**

Delphine Maury. Emprise mentale : implication médico-légale et enquête auprès des experts. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03014746

HAL Id: dumas-03014746

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03014746>

Submitted on 19 Nov 2020

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.

Emprise mentale : Implication médico-légale et enquête auprès des experts

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Octobre 2020

Par Madame Delphine MAURY

Née le 24 novembre 1992 à Lyon 02eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Président
Monsieur le Professeur POINSO François	Assesseur
Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Directeur
Monsieur le Docteur DASSA Daniel	Assesseur

Emprise mentale : Implication médico-légale et enquête auprès des experts

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 16 Octobre 2020

Par Madame Delphine MAURY

Née le 24 novembre 1992 à Lyon 02eme (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	Président
Monsieur le Professeur POINSO François	Assesseur
Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Directeur
Monsieur le Docteur DASSA Daniel	Assesseur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	1 - Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	2 - Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller	3 - Pr. Philippe BERBIS
	4 - Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

aux études à la recherche	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD	:	Pr. Jean-Louis MEGE
Groupements Hospitaliers de territoire aux masters	:	Pr. Justin MICHEL
	:	Pr. Stéphane BERDAH
	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	----------	------------------------------

Chargés de mission

PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

1er cycle : **Madame Estelle**
2ème cycle : **BOISSIER Madame**
Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : **Madame Béatrice CAORS**
Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : **Madame Joannie HENRY**
Mutualisation des enseignements : **Madame Géraldine DEPRES**

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

Chargée de mission : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**
Chargé de mission : **Monsieur Christophe ROMAN**

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		FRANCES Yves
	ASSADOURIAN Robert		FRANCOIS Georges
	AUFFRAY Jean-Pierre		FUENTES Pierre
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GABRIEL Bernard
	AZORIN Jean-Michel		GALINIER Louis
	BAILLE Yves		GALLAIS Hervé
	BARDOT Jacques		GAMERRE Marc
	BARDOT André		GARCIN Michel
	BERARD Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BERGOIN Maurice		GAUTHIER André
	BERLAND Yvon		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		JOUBE 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
	CHARPIN Denis		LOUCHET Edmond
	CHARREL Michel		LOUIS René
	CHAUVEL Patrick		LUCIANI Jean-Marie
	CHOUX Maurice		MAGALON Guy
	CIANFARANI François		MAGNAN Jacques
	CLAVERIE Jean-Michel		MALLAN- MANCINI Josette
	CLEMENT Robert		MALMEJAC Claude
	COMBALBERT André		MARANINCHI Dominique
	CONTE-DEVOLX Bernard		MARTIN Claude
	CORRIOL Jacques		MATTEI Jean-François
	COULANGE Christian		MERCIER Claude
	DALMAS Henri		METGE Paul
	DE MICO Philippe		MICHOTEY Georges
	DESSEIN Alain		MILLET Yves
	DELARQUE Alain		MIRANDA François
	DEVIN Robert		MONFORT Gérard
	DEVRED Philippe		MONGES André
	DJIANE Pierre		MONGIN Maurice
	DONNET Vincent		MONTIES Jean-Raoul
	DUCASSOU Jacques		NAZARIAN Serge
	DUFOUR Michel		NICOLI René
	DUMON Henri		
	ENJALBERT Alain		

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
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

EMERITAT**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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François Détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANÇON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERDAH Stéphane	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MACE Loïc
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHIARONI Jacques	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
		OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe

PARRATTE Sébastien Disponibilité

PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique

PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas

POINSO François

RACCAH Denis

RANQUE Stéphane

RAOULT Didier

REGIS Jean

REYNAUD/GAUBERT Martine

REYNAUD Rachel

RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth

ROCHE Pierre-Hugues

ROCH Antoine

ROCHWERGER Richard

ROLL Patrice

ROSSI Dominique

ROSSI Pascal

ROUDIER Jean

SALAS Sébastien

SAMBUC Roland Surnombre

SARLES Jacques

SARLES/PHILIP Nicole

SARLON-BARTOLI Gabrielle

SCAVARDA Didier

SCHLEINITZ Nicolas

SEBAG Frédéric

SEITZ Jean-François

SIELEZNEFF Igor

SIMON Nicolas

STEIN Andréas

TAIEB David

THIRION Xavier

THOMAS Pascal

THUNY Franck

TREBUCHON-DA FONSECA Agnès

TRIGLIA Jean-Michel

TROPIANO Patrick

TSIMARATOS Michel

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke

VIVIER Eric

XERRI Luc

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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien

FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-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 MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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
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)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-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)
CUISSET 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 VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 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)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (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 ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-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)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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

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

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019
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)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GENETIQUE 4704

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

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

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

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

IMMUNOLOGIE 4703**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

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

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)

FERON François (PR) (69ème section)

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

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)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)
 ELDIN Carole (MCU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

MEDECINE GENERALE 5303**MEDECINE D'URGENCE 4805**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

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

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

NEPHROLOGIE 5203

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)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

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

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

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

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

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

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

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)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

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

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)
 GUIVARCH Jokthan (MCU-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)

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

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

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 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)
 OVAERT Caroline (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)
 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)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

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)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (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)
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

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

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001**UROLOGIE 5204**

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

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

Remerciements :

Aux membres du jury :

Au **Dr Jokthan Guivarch**, merci de m'avoir dirigé dans ce travail, ton aide, tes encouragements et tes conseils me furent plus que précieux. Je n'aurais pas pu avoir meilleur directeur de thèse

Au **Pr Naudin**, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Les différents semestres passés dans vos unités resteront pour moi très enrichissants. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Au **Pr Poinso**, merci d'avoir accepté sans hésiter de participer à ce jury de thèse. Votre présence m'honore et je vous témoigne tout mon respect.

Au **Pr Bartoli**, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici mon profond respect pour votre savoir.

Au **Dr Dassa**, merci d'avoir accepté de participer à l'enquête nécessaire au travail de cette thèse. Merci également de faire partie de mon jury. Je suis honorée de venir travailler prochainement dans votre service.

Merci à toutes les personnes avec lesquelles j'ai été amenée à travailler tout au long de mon internat.

A **Kevin, Roman, Félix, Elodie, Sandra, Andréa**, et toute l'équipe du service **Dassa 2** : Merci pour ces 6 mois parfaits il y a déjà 3 ans. En espérant retrouver cela très prochainement.

A **Chloé, Régis, Karine, Monique, Camille, Noé, Pierre** et toute l'équipe des **Urgences Psychiatriques** (de la Conception), un des stages les plus formateurs pour moi, aussi parce que j'étais parfaitement entourée.

A **Justine, Magali, Patrice, Vanessa** et toute l'équipe du service **Cassiopée** : même enfermée, ces 6 mois de travail avec vous ont été un plaisir.

A **Marie Clémence, Virginie, Christophe, Fabien** et tout l'équipe du service **Antares** : même si je n'ai pas été officiellement en stage chez vous, c'est tout comme, vous êtes une équipe qui vaut le détour.

A **Élise, Laurie, Alex, Pierre** et toute l'équipe du service ados de la **clinique l'Escale** : surtout grâce à l'atterrissage de l'avion Lille-Marseille (merci Élise) mais aussi grâce à votre bonne humeur et tout ce que j'y ai appris, ces 6 mois avec vous resteront parmi les meilleurs.

A **Stéphanie, Audrey, Queline, Anne-Marie, Rafaella, Caro, Veronique, Magali, Nastassia, Michael, Arthur** et toute l'équipe du service addictologie de **l'hôpital d'Allauch** : à tous les fous rires et les gouters à 14H30, vous avez rendu ces 6 mois exceptionnels.

A **Nathalie, Isabelle, Manon** et toute l'équipe du **CSAPA** de Sainte Marguerite : malgré une interruption précoce à cause du COVID, ce stage restera plein de bons souvenirs pour moi.

Merci à tous mes amis rencontrés depuis mon arrivée à Marseille :

Elsa : Ma grande et belle parisienne, au début ma co-interne dans un semestre de galère, tu es devenue rapidement une amie. Nos caractères parfois opposés sont la recette de cette amitié.

Marie Clémence : à mon activiste corse préférée, aux récits de nos galères respectives, je suis heureuse d'avoir eu l'opportunité de te rencontrer.

Garance, Emma, Barbara, Léa, Sonia, Karine, Chloé: honorée d'avoir pu intégrer (sur le tard) le groupe *Breaking Gossip* grâce à vous je ne loupe plus aucun ragot. Je ne veux pas savoir où vous partez (Lyon, Édouard Toulouse ou autres contrées lointaines), vous avez intérêt à ne pas m'oublier !

Pauline, Eugénie : dans deux styles différents, je suis heureuse d'avoir pu me lier avec des « grandes » de la psychiatrie. A tous les futurs apéros à prévoir environ 3 mois et demi en avance !

Elodie et Sandra : trio au travail puis dans la vie, je suis heureuse de vous avoir auprès de moi année après année. J'attends l'appartement d'Elo qui a 4 ans de retard et le nouveau bébé de Sandra qui ne devrait plus trop tarder !

Camille : d'abord ma chef, puis mon amie, maintenant une parfaite mère de famille et aussi ma voisine hypnothérapeute, je suis plus qu'heureuse d'avoir pu te rencontrer et grâce à toi, **Léo et Lucien.** J'espère rester ta baby-sitter numéro un.

Charlotte et Etienne : très heureuse que vous ayez réussi à vous extirper de Manosque pour venir à Aix, j'ai toujours espoir que vous veniez encore plus près ! Charlotte je compte bien finir de tester l'intégralité des nouvelles adresses de Mapstr avec toi et Etienne te battre à plate couture sur l'Apple Watch.

Charlotte et Louis : amie lyonnaise puis marseillaise, j'aurais pu suivre ton évolution au fil des années, de Joliette à la Pointe Rouge, une ascension sociale remarquable ! Tu resteras un de mes plus précieux repères ici. Continuez de vous rapprocher géographiquement de chez moi petit à petit, je compte sur vous ! J'espère qu'on continuera à aller annuellement rendre visite à Anaïs où qu'elle soit sur ce globe !

Anaïs : à la fille la plus indécise de France, je pense qu'entre le moment où j'écris ces mots et celui où tu les liras tu aurais probablement changé de projet de vie 4 fois. Depuis Prague jusqu'à Marseille en passant par Lyon, merci d'avoir été une fidèle amie, j'espère de tout mon cœur que tu reviendras à Marseille, ta chambre t'attend !

Amina : ma première rencontre à Marseille, tu es rapidement devenue une amie aussi importante que si je t'avais connue depuis dix ans. A notre découverte de la ville de Marseille, aux erreurs de parcours et à tous les endroits testés. Je souhaite (égoïstement) de tout cœur que tu resteras à Marseille à mes côtés le plus longtemps possible.

A tous mes amis lyonnais, loin des yeux mais toujours près du cœur.

Laurène : mon amie depuis la maternelle, amie de famille, puis colocataire. Désolée pour toutes les minutes (heures) que je t'ai fait gaspiller de par ma marche ralentie et pour la dispute du paravent. Je t'aime depuis la maternelle je t'aime toujours à l'heure de ma thèse et pour encore de longues années.

Louise : depuis le collège les Battières, en passant par le club de volley et la colonie en Angleterre, tu fus d'abord mon amie puis mon ennemie pour en arriver à une amitié encore plus forte. Honorée d'avoir été ton témoin dans ce moment si important que fut votre mariage avec Joris. Je t'aime même avec tous tes côtés tue l'amour.

Claire : rencontrée un peu sur le tard, (je suis heureuse de ne pas t'avoir connue quand tu te lissais/brulais les cheveux) tu as su rattraper les années perdues de par ton humour sans faille, ta fine psychologie de comptoir et ta présence bienveillante en toute circonstance. Je t'aimerais toujours même si tu continues à croire parfois que nous avons les mêmes parents...

Alex : mon binôme de voyage et de lit, réunies par la passion pour les faits divers les plus glauques de l'histoire. Ton absence ce jour se fait remarquer mais ne surpassera pas tous les moments partagés passés et à venir. Je t'aime même si tu ne tiendrais pas plus de cinq minutes à Koh Lanta. Merci à **Paul** d'être auprès de toi.

Alice : à tous les réveillons de Noël passés ensemble depuis l'époque du lycée, en passant par les randonnées à la Réunion dont j'ai failli ne jamais revenir, tu resteras une de mes plus fidèles amies, année après année, je t'aime ne change rien. J'ai toujours espoir que tu viennes rejoindre tes frères à Marseille !

Margot : à tous les karaokés et les chorégraphies réalisés au lieu de réviser l'ECN, vois où cela nous a mené... Ne change rien et surtout garde ton âge mental d'environ 8 ans et ta joie de vivre résistante à toute épreuve. Tu resteras toujours la petite fille sale avec la dent noire qui vient toquer à la porte de la maison du Chambon.

Sacha : moi qui pensais pouvoir compter dans mes connaissances un ami youtubeur/cinéaste je me retrouve avec un allergologue du 6^{ème} arrondissement de Lyon.... Je sais que tu resteras quand même méprisant et médisant ne change jamais ces qualités-là ! Merci quand même d'avoir lancé ma carrière grâce au rôle principal dans le film d'horreur.

Jules : amour impossible entre Paris et Marseille, entre un jeune hipster de la capitale et une pauvre cagole provinciale, malgré cela une amitié durable et résistante à toute épreuve, même avec tout ce que tu me fais subir année après année, je t'aime même si tu veux continuer à dormir à même le parquet quand tu viendras chez moi.

Pierre : présence jamais annoncée ni prévue mais toujours joyeux, te voir quand je rentre à Lyon fait partie des petites surprises qui me feront toujours énormément plaisir. J'attends toujours d'être invitée à la soirée Mont D'or chez toi une fois ou tu ne seras pas de garde.

Charles : Même si tu mènes une double vie de clubbeur avec 60 amis dans chaque ville dernière notre dos, j'aime le Charles que je connais. Je sais que tu trouveras l'amour chez les 16-18 ans.

Jonas : tu es passé du mille-potes à un vrai ami, en plus d'être le copain de mon lolo. Par contre laisse toujours mon frère tranquille. Je te donnerai des cours d'informatique si tu me dis quelle drogue te rends danseur hors pair.

Cécile et Antoine : aux deux grelous les plus stylés que je connaisse, merci pour tous les week-ends mémorables au ski, hâte de retourner à la Fourmi avec vous lors de la prochaine vague de COVID.

Joris : depuis le statut de « copain de Louise » à celui de « mari de Louise », tu es surtout devenu un ami à part entière. Merci pour ce magnifique mariage qui restera dans ma mémoire pour encore bien longtemps.

Max : mon meilleur ami depuis plus de 10 ans, à toutes les journées et nuits passées ensemble FROM le parking de la part-dieu TO Zrce Beach. Toujours d'avis similaires sur les choses ou les gens, tu resteras une des personnes les plus cultivées que je connaisse. Toujours présent au fil des années et des épreuves tu resteras mon meilleur ami, je t'aime.

Cholen : mon ami avant d'être un influenceur/instagramer/ tiktokker célèbre, à toutes les anecdotes des années folles à l'UC depuis notre rencontre en passant par les crises de larmes en soirée et le voyage en Espagne. Merci de mettre fin à la rumeur sur *Déconnectés* à partir de ce jour.

Nicole : amie fidèle et loyale since Barcelone 2014, aux journées à Walibi en famille, et aux festivals ratés. Tu es la bienvenue quand tu veux à Marseille (seule ou avec Filippo, Micka, Fabrice ou qui tu veux).

Isabelle Valentin Leonard : since Miami 2017 tu es devenue une mère de famille et une femme accomplie je suis fière de toi et de ta petite famille suisse. Tu resteras à jamais ma référente sourcils.

Bertrand Jules Bruno J-R Kevin Yohann Coco Mike : à tous les afters qui font que même si on ne se voit que quelques fois par an, les soirées à rallonge jusqu'à 15H permettent d'optimiser au mieux ce temps passé avec vous. Ne changez rien, je vous aime.

Pierre, Isabelle, Thomas, Louise et Victor : plus que des amis de la famille, vous êtes devenus la famille. Merci de nous avoir choisi comme parrains/marraines des jumeaux.

Merci à toute ma famille

Paula, Loris, Thaïs : je suis heureuse d'être désormais si près de vous à Marseille, d'avoir ma tante/copine à 2 rues et mes amours de cousins.

Marylène et Roger : désolé d'avoir dit petit que votre vie était trop monotone, je suis heureuse de m'être rapprochée de vous en venant vivre à Marseille.

Bruno, Anne Claire, Emma, Justine, César, Jeff, Julie, Robinson : même si on ne se voit qu'une à deux fois par an, vous êtes et resterez ma famille parfaite, malgré toutes les épreuves qui nous ont rapprochées vous êtes tous une épaule solide sur laquelle s'appuyer.

Marie-Claude : je suis heureuse que nous soyons resté en contact et j'espère que ça ne changera pas. Tu seras toujours la bienvenue pour les fêtes de Noël et toutes les autres.

Maman : Merci d'être présente même malgré la distance, je sais que je pourrais toujours compter sur toi, quoi qu'il arrive, je t'aime.

Maxime : fière de toi et de ce que tu es devenu, l'élément le plus calme et réfléchi de cette fratrie, je t'aime même si tu écoutes les mêmes chansons 78 fois de suite. Merci à Audrey d'être arrivée et de te supporter.

Marianne : à ma Bouli, ma sœur, ma colocataire du confinement qui a débordé pendant 4 mois, 6 ans d'écart et pourtant... Après les multiples allers retours en Flixbus Marseille-Milan, rien ne pourra nous éloigner. Je t'aime et je serais toujours là pour toi, jour et nuit.

Papa et Jo : J'espère que vous auriez été fier de moi en ce jour. Vous me manquez chaque jour, et spécialement aujourd'hui.

Table des matières

INTRODUCTION	1
I/ REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	3
1-AU SUJET DE L'EMPRISE MENTALE	3
A/Définition de l'emprise mentale	3
B/ Existence de signes d'emprise mentale, d'un noyau psychopathologique commun	5
C/ Définitions des différentes situations d'emprise.....	10
2-EXPERTISE ET EMPRISE.....	22
A/Histoire de l'expertise pénale.....	22
B/Cadres de l'expertise psychiatrique.....	25
C/Cadre de l'expertise psychologique	33
D/Causes d'irresponsabilité pénale.....	34
E/Conséquences de l'irresponsabilité pénale.....	37
F/ Législation des situations d'emprise.....	38
G/ Missions expertales impliquant une relation d'emprise.....	40
II/ ENQUETE AUPRES DES EXPERTS DE LA COUR D'APPEL D'AIX-EN-PROVENCE.....	45
1/INTRODUCTION	45
2/OBJECTIF	45
3/METHODES.....	45
A/ Type d'étude : enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.....	45
B/ Recrutement de la population.....	46
C/ Questionnaire.....	46
D/ Analyse des résultats.....	46
4/RESULTATS	47
A/ Caractéristiques de la population interrogée.....	47
B/ Connaissances et expériences de l'emprise mentale et de ses origines	49
C/ Implications médico-légales	55
D/ Mises en situations.....	58
5/DISCUSSION	62
A/ Principaux résultats.....	62
B/Population.....	63
C/ Discussion des résultats.....	64
D/ Limites et biais	69
E/Perspectives.....	70

III/ CAS CLINIQUES	74
1/ CAS N°1 : SYNDROME D'ALIENATION PARENTALE :	74
<i>A/ Éléments biographiques et anamnèse</i>	<i>74</i>
<i>B/ Évolution clinique</i>	<i>75</i>
<i>C/ Analyse</i>	<i>79</i>
2/ CAS N°2 : DERIVE SECTAIRE	81
<i>A/ Rappel des faits</i>	<i>81</i>
<i>B/ Procédure judiciaire.....</i>	<i>83</i>
<i>C/ Expertise psychiatrique.....</i>	<i>84</i>
<i>D/ Jugement et appel.....</i>	<i>89</i>
3/ CAS N°3 : SYNDROME DE MÜNCHHAUSEN PAR PROCURATION	90
<i>A/ Rappel des faits</i>	<i>90</i>
<i>B/ Procès et condamnations</i>	<i>93</i>
<i>C/ Analyse</i>	<i>93</i>
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE.....	98
ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE	104

Introduction

L'emprise mentale est au cœur de nombreuses affaires judiciaires. Certaines sont très médiatisées, comme celles concernant les dérives sectaires ou les affaires de radicalisation religieuse. D'autres le sont moins, quand elles concernent la sphère privée, au sein d'un couple ou vis à vis d'un enfant lors d'une séparation parentale.

On peut alors se retrouver face à des situations qui peuvent sembler invraisemblables d'un point de vue extérieur : comment certaines personnes ont pu en venir à commettre des meurtres seulement sous l'influence d'autrui ? Comment des hommes et femmes victimes de violences physiques et psychologiques peuvent-ils refuser de porter plainte contre leur conjoint(e) et nier toute malveillance ?

Si de plus en plus souvent l'emprise est évoquée en pratique clinique, il y a peu d'études scientifiques sur ce thème et il n'y a pas de définition univoque. Selon le dictionnaire Larousse, l'emprise mentale est définie par : « influence de quelque chose sur une personne »(1).

Les questions qui animent les cliniciens concernant l'emprise sont multiples. Y a-t-il une clinique spécifique de l'emprise ? Quels signes sont évocateurs ? Qu'est ce qui a rendu l'emprise possible ? Et quelles sont les conséquences médico-légales d'une situation d'emprise ?

Cette dernière question est particulièrement importante pour les experts psychiatres qui doivent se prononcer sur le discernement d'une personne potentiellement sous emprise. Il est aujourd'hui difficile d'affirmer si des caractéristiques du sujet ont pu rendre la relation d'emprise sur sa personne possible, si il existe un noyau psychopathologique qui serait commun à toutes les victimes d'emprise mentale. Il est également possible de se questionner sur la responsabilité juridique des personnes sous emprise.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous allons dans une première partie réaliser une revue de la littérature pour confronter les points de vue, que ce soit au niveau de la définition même du phénomène, ou des hypothèses sur la psychopathologie menant à l'emprise. Puis nous présenterons les différents cadres judiciaires dans lesquels interviennent les experts psychiatres et psychologues, cadres dans lesquels ils peuvent être confrontés au phénomène d'emprise et enfin, nous évoquerons les implications médico-légales.

Dans une seconde partie nous allons décrire l'étude réalisée pour cette thèse, et présenter les résultats d'un questionnaire soumis à plusieurs experts psychiatres et psychologues

de la région de Marseille qui ont pu examiner des victimes d'emprises mentales lors d'affaires judiciaires.

I/ Revue de la littérature

1-Au sujet de l'emprise mentale

Dans cette première partie, nous allons tout d'abord nous intéresser aux différentes définitions du mot « emprise » retrouvées dans la littérature.

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux potentiels « facteurs de risque » de l'emprise, c'est-à-dire des événements vécus, des structures de personnalités particulières, ou même des pathologies psychiatriques à proprement parler qui auraient pu faciliter l'installation de la relation d'emprise.

A/Définition de l'emprise mentale

a) Étymologie et définition actuelle du mot emprise :

Étymologiquement, le mot « emprise » vient du latin *imprehendere* (empiéter, prendre), utilisé comme substantif du verbe *emprendre*, équivalent du verbe *entreprendre*. L'étymologie retrouve donc deux sens différents mais complémentaires : 1/prendre, dans le sens spatial du terme, *empiéter* sur un terrain, un domaine, ce qui serait synonyme d'envahir l'espace appartenant à autrui. On peut faire le parallèle avec le fait d'envahir l'espace privé psychique d'autrui.

2/entreprendre, qui pourrait laisser supposer que le phénomène d'emprise serait le fruit d'une volonté, d'un acte réfléchi et organisé de la part de son auteur.

Dans le dictionnaire actuel Larousse, le mot « emprise » est défini par : «ascendant intellectuel ou moral de quelqu'un ; influence de quelque chose sur une personne », mais également : « prise de possession par l'administration d'une propriété privée immobilière »(1)

b) Définitions selon les différents auteurs :

Dans leur ouvrage *Vocabulaire de la psychanalyse*, les deux auteurs Laplanche et Pontalis définissent l'emprise comme : « une pulsion non sexuelle qui ne s'unit que secondairement à la sexualité et dont le but est de dominer l'objet par la force. » (2)

Au sein de cette définition, on retrouve déjà une association entre l'emprise et la notion de pulsion. Le but de la relation d'emprise serait alors de prendre l'ascendant sur l'autre, cité ici comme « objet de la pulsion ».

Roger Dorey, dans « La relation d'emprise » parue dans la *Nouvelle Revue de Psychanalyse* de 1981, propose la définition suivante : « L'emprise traduit donc une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité, la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable. » (3)

Selon cet auteur, la relation d'emprise aurait pour but de faire disparaître totalement les spécificités de la victime, dont les traits de sa personnalité, ses envies, ses volontés, ce qui s'apparente à une quasi-destruction.

Gérard Lopez, psychiatre, dans son écrit intitulé « La relation d'emprise », développe ce point de vue et va plus loin : « L'emprise est une relation de soumission de l'autre, considéré comme une simple chose. Elle s'établit au moyen de manipulations et de stratégies « perverses » plus ou moins subtiles qui se déploient dans les dimensions interpersonnelles, familiales, institutionnelles, sociales et politiques. Elle constitue toujours un meurtre ou une tentative de *meurtre psychique*, le plus souvent symbolique, commis parfois pour la bonne cause »(4)

Dans l'expression « meurtre psychique », G. Lopez semble évoquer l'hypothèse selon laquelle la victime de l'emprise ne serait plus un être vivant à proprement parler, mais bien une entité inerte, vidée de sa substance psychique, assimilable à un objet.

D. Zagury, dans son livre *La barbarie des hommes ordinaires*, consacre un chapitre au thème de l'emprise mentale, dans lequel il cite l'affaire des reclus de Monflanquin. Il écrit, pour définir le phénomène d'emprise : « ...la chaîne des processus qui conduit un homme à en laisser un autre penser et désirer à sa place dans son intérêt exclusif. » (5)

Lui aussi – en se positionnant du côté de la victime – évoque donc un phénomène qui aboutirait à une sorte de phagocytose de la volonté de la victime par l'auteur de l'emprise.

L'emploi par D. Zagury du terme « laisser penser » sous-entend une part active chez la victime, qui a l'impression de décider, sentiment qui renforce le processus d'emprise.

A partir de ces différentes définitions, nous comprenons que l'emprise est un processus dynamique résultant d'une pulsion de destruction exercée volontairement par un individu réduisant autrui au statut d'objet dans le but de le faire penser ou agir non plus dans son propre intérêt mais dans celui de l'auteur de l'emprise. La victime d'emprise ne se perçoit pas comme victime et est dans une impossibilité de penser. L'emprise ne peut exister en tant que telle mais seulement en tant que mode de relation entre deux individus, la relation d'emprise.

Nous sommes amenés à présent à nous demander s'il existe une fragilité, des signes pré existants chez les victimes d'emprise qui ont pu rendre possible l'installation d'une telle relation ? Des évènements dans l'enfance ou à l'âge adulte ont-ils pu mener à la construction d'une personnalité prédisposée à subir une emprise pathologique ?

En d'autres termes, peut-on réellement affirmer qu'il existerait une prédisposition à l'emprise chez certaines personnes, et comment se caractériserait-elle ?

L'antithèse de cette question serait de supposer que n'importe quelle personne peut être sujette à l'emprise, sans prédisposition particulière.

Nous allons voir dans la partie suivante que les différents auteurs qui ont écrit à ce sujet ne sont pas tous d'accord sur ce point, certains décrivant un noyau psychopathologique commun, d'autres non.

B/ Existence de signes d'emprise mentale, d'un noyau psychopathologique commun

La question qui se pose ici serait de savoir s'il existe chez les victimes d'emprise mentale, des similitudes au niveau biographique, des signes cliniques concordants présents préalablement à la situation d'emprise, qui pourrait nous orienter vers une psychopathologie commune.

Chez les auteurs d'orientation psychanalytique de nombreux écrits ont été produits sur le thème de l'emprise.

Paul Denis, dans son écrit « Emprise et théorie des pulsions » (6), tente de trouver une explication au phénomène d'emprise, en se penchant sur les écrits de Freud, qui nommait «Bemächtigungstrieb» (7) : la « pulsion d'emprise ».

P. Denis décrit que Freud relie l'emprise à la sexualité, notamment à l'organisation pré-génitale orale, ainsi qu'à la faim et à l'acte d'agression.

Selon Freud, il existerait initialement un « appareil d'emprise », qui se composerait de la bouche, des mains et des yeux et dont le but serait de satisfaire les besoins nutritifs et les besoins sexuels du nouveau-né, deux entités indifférenciées à ce moment-là.

« (...) la pulsion sexuelle est en fait un reste d'appétits cannibaliques, autrement dit une contribution de l'appareil d'emprise lequel sert à la satisfaction de l'autre grand besoin, plus ancien du point de vue ontogénétique. »

A Ferrant, psychanalyste, pour sa part énonce une hypothèse différente qui tend à répondre à la question de l'origine de l'emprise. Pour lui, l'emprise, qu'elle soit exercée ou subie, n'apparaît pas au cours de la vie d'une personne « comme le lapin jaillit du chapeau. Elle est une résultante, l'effet d'un processus. » (8)

Il décrit que lors des premières années de la vie, l'emprise est nécessaire au développement de la vie psychique, au travers du lien mère-enfant.

Ainsi, les relations d'emprises « néfastes » seraient la résultante d'un mauvais apprentissage de la relation primaire d'emprise de la mère sur l'enfant.

« Si on s'accorde sur le rôle maturant de l'emprise dès le début de la vie, on peut considérer que les pathologies d'emprise, telles qu'on les rencontre dans la clinique, relèvent toutes, à des degrés divers, d'un échec de ce travail d'emprise premier. Si l'échec des conduites d'ajustement est la règle, si l'objet est trop frustrant, trop empiétant, ou imprévisible, alors l'emprise occupe le devant de la scène parce que le sujet s'agrippe comme un forcené à l'objet qui se dérobe ».

En d'autres termes, selon A. Ferrant, les enfants qui ont entretenu un lien d'attachement non sécurisé avec leur mère, seraient plus à risque de reproduire dans leurs relations futures des liens inter-individus inégaux, et donc seraient plus à même de devenir à l'âge adulte auteur ou victime de relation d'emprise.

Pour cet auteur, on voit qu'il ne différencie pas les auteurs et les victimes d'emprise mais que pour lui, chacun peut occuper une place après l'autre dans les différentes relations.

Roger Dorey, distingue deux situations, la problématique *perverse* et la problématique *obsessionnelle* (3) et énonce pour chacune des spécificités selon les structures de personnalité des auteurs de l'emprise. Selon lui, pour les deux personnalités, le mécanisme serait la reproduction (à l'inverse) du type de relation entretenue avec leur mère dans l'enfance.

Dans la problématique perverse, l'outil utilisé par l'auteur de l'emprise serait la séduction. C'est pour cela que l'emprise serait prioritairement exercée sur le partenaire amoureux et sexuel. C'est en ce sens que selon Dorey il peut exister des relations d'emprise au sein d'un couple sans que cela ne dérive vers de la souffrance.

« (...) l'autre, qui, se soumettant, accepte de participer à l'aliénation qui lui est imposée parce que, d'une certaine manière, il y trouve lui aussi sa propre satisfaction »(3)

Dans l'histoire infantile des patients, on retrouve des conduites séductrices subies par l'enfant de la part de la mère, ainsi qu'une grande insécurité qui rend l'enfant vulnérable, causée par des comportements de rejet et d'abandon de la part de la mère.

Pour Dorey, les enfants ayant subi ce genre de relation mère-enfant seraient autant susceptibles de devenir auteur d'emprise que victime, même à tour de rôle.

A contrario, dans la problématique obsessionnelle, l'auteur de l'emprise utiliserait plutôt la force et le pouvoir.

Cette fois ci on retrouve dans l'histoire infantile une relation différente de l'enfant avec la mère, et notamment une mère pudique, qui met à distance son enfant sur le plan physique. Cette mère serait caractérisée par une grande austérité, une sévérité, de la rigueur sur le plan moral. L'hypothèse serait alors que la mère, en niant tout désir érotique chez sa propre personne, nie en même temps tout désir possible chez son enfant. Cela conduirait les individus plus tard à renier toute forme de vie amoureuse en dehors d'une activité sexuelle réduite à une fonction physiologique.

Nous allons maintenant nous intéresser au point de vue d'auteurs plus contemporains, dont la plupart ont étudié les victimes des dérives sectaires.

J. M Abgrall, pour son ouvrage « La Mécanique des Sectes » (9) a rencontré de nombreuses personnes ayant été victimes de dérives sectaires. Il décrit chez ces individus : « des facteurs de prédisposition psychologique, (..) des structures de type schizoïde, mais le plus souvent il s'agit de structures dites de Kretschmer, avec

hyperémotivité et hypersensibilité ». Il écrit également qu'il est souvent retrouvé chez les adeptes de secte des pathologies de personnalité, notamment borderline. Pour Abgrall, l'entrée dans la secte représenterait un « acting out », c'est-à-dire un passage à l'acte qui révélerait alors des symptômes compensés jusque-là. On peut aussi se questionner sur une volonté d'alerte, d'appel à l'aide, adressé à leurs proches.

Selon cette hypothèse, on pourrait croire qu'il faudrait alors être forcément atteint d'un trouble psychiatrique (trouble de la personnalité) pour risquer de se faire embrigader dans un groupe sectaire.

Un autre auteur, J. C. Maes, a lui, réalisé une étude, durant laquelle il s'est entretenu avec vingt-cinq ex-adeptes de sectes. Pour chaque cas, il a rassemblé l'anamnèse, un test de Rorschach et un test TAT (Thematic Apperception Test) qui sont des tests projectifs (10).

Il ne retrouve pas de structures particulières de personnalité chez les adeptes mais il note certains éléments d'anamnèse : « la quasi-totalité des sujets étudiés ont vécu, un an maximum avant leur adhésion, un décès ou un deuil plus symbolique lié au passage d'une phase de vie à une autre ». L'auteur précise également qu'un des groupes sectaires étudiés a pour habitude de proposer du réconfort moral à des individus en deuils, en étudiant les nécrologies.

Ces éléments pourraient nous faire penser qu'un sujet serait plus à même à entrer dans un groupe sectaire à une certaine période de sa vie, période durant laquelle il se retrouve davantage fragilisé, du fait de la survenue de certains événements, comme le deuil.

Cet auteur conclut que « (...) l'adepte potentiel, n'est, décidément, ni bête, ni fou, ni faible. Tout au plus affaibli, par une crise identitaire qu'il aurait sans doute pu régler plus facilement sans le groupe sectaire ».

Pour appuyer son idée selon laquelle n'importe quel individu, dénué de tout antécédent psychiatrique, pourrait devenir à un moment précis victime d'un phénomène d'emprise, Maes décrit deux situations dans lesquelles l'emprise intervient sans qu'elle ne s'exprime de manière « pathologique » :

Le premier exemple est celui de la cure psychanalytique. Il explique que : « ...une forme d'emprise, que je qualifierai de normale, se déploie dans tous les transferts. »(11)

C'est pour cette raison que l'on peut parfois se trouver en présence de thérapeutes « abusifs », qui profiterait de ce transfert pour prendre l'avantage sur leur patient, que ce soit au niveau financier, professionnel, etc.

Le second exemple est celui d'un couple. Maes cite le psychiatre Alberto Eiguer, selon lequel « l'amour ne suffit pas à fonder un couple, il y faut également de l'emprise ».

Daniel Zagury, dans son ouvrage *La Barbarie des hommes ordinaires (5)*, étudie le phénomène d'emprise qui a touché une famille entière, dans l'affaire des reclus de Monflanquin. Il a pu rencontrer les membres de la famille De Védrines au cours de l'expertise psychiatrique, pour tenter de comprendre comment cette famille a pu être escroquée, abusée pendant presque 10 ans au point de perdre toute leur fortune familiale. L'auteur part avec un certain a priori : « je les pensais naïfs et peu intelligents ».

Après s'être entretenu avec chacun des dix membres de la famille De Védrines, il conclut : « j'ai observé une diversité des organisations de personnalité au sein de la fratrie des parents et parmi les enfants, cousins et cousines les uns des autres (...) mais je n'ai relevé aucune affection psychiatrique, aucun trouble majeur ».

D. Zagury vient ici confirmer l'hypothèse de Maes selon laquelle aucune maladie psychiatrique ne favorise la survenue d'une situation d'emprise.

Lui aussi compare d'ailleurs le phénomène d'emprise au transfert psychanalytique, il définit l'emprise comme « un abus de transfert ».

Après avoir comparé les points de vue de ces différents auteurs, on peut distinguer deux écoles : celle portée principalement par la psychanalyse qui identifie des « facteurs de risque d'emprise », essentiellement retrouvés dans l'enfance de l'individu ; et la seconde école, représentée par des auteurs plus contemporains, qui ne retrouve aucune caractéristique commune psychopathologique chez les victimes d'emprise.

Après avoir réfléchi au phénomène d'emprise de façon globale, que ce soit au niveau de la définition que dans la recherche d'un noyau psychopathologique commun et étudié les avis divergents des différents auteurs, nous allons nous intéresser aux différentes situations où une forme d'emprise s'exerce, les définir et étudier leurs particularités.

C/ Définitions des différentes situations d'emprise

a) Dérives sectaires

La MIVILUDES (Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires), organisation créée en 2002 et dissolue en 2020, a apporté une définition de la dérive sectaire qui est la suivante : « (..) un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte à l'ordre public, aux lois ou aux règlements, aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes. Elle se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société. »(12)

Autrefois nommées simplement « sectes », désormais l'emploi du terme « dérives sectaires » montre la volonté du gouvernement de mettre l'accent sur les conséquences néfastes sur les individus plutôt que de juger directement les différentes croyances ou doctrines. D'après B. Minne, chercheur belge en criminologie: « L'adoption de la dénomination de « dérive sectaire » par les autorités publiques françaises correspondait à leur souhait de recentrer l'attention et l'action uniquement sur les comportements et pratiques d'un groupement en évitant tout jugement à l'égard de sa doctrine ou de son idéologie. »(13)

Le terme de « dérive sectaire » permet également de se défocaliser des grandes sectes célèbres du XXe siècle (scientologie, mouvement raelien etc.) et de s'intéresser à de plus petits groupes, parfois plus discrets, notamment dans le domaine de la santé, du bien-être, du développement personnel.

En pratique, il s'agit de définir des critères qui doivent faire craindre l'évolution vers une dérive sectaire, comme établis par M. Monroy et A. Fournier en 1999 dans leur ouvrage «La dérive sectaire» (14), qui proposent 12 thématiques pour « tester » le groupe en question, dont le recrutement, les références, la direction du groupe, le prosélytisme etc.

Sur le site internet gouvernemental *derives-sectes.gouv.fr*, on retrouve également plusieurs critères listés dans le but d'aider les personnes à identifier une dérive sectaire. On retrouve parmi eux : la déstabilisation mentale, la rupture avec l'environnement

d'origine, la perte d'esprit critique, le dévouement total aux dirigeants, l'acceptation d'exigences financières de plus en plus fortes et durables, l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique et le trouble à l'ordre public.

On retrouve dans les annales des actualités, de nombreux exemples d'organisations sectaires, à plus ou moins grande échelle, mais qui se rejoignent toutes sur les points énoncés plus haut. Selon les législations des différents pays, elles sont plus ou moins tolérées (ex : l'Église de la Scientologie est reconnue comme une religion aux États-Unis) ou interdites.

Dans cette situation-là, l'emprise est exercée par le gourou, ou le ou les dirigeant(s) de la secte, sur les adeptes.

b) Emprise au sein du couple

Dans un de ses ouvrages(11), JC Maes cite Alberto Eiguer , autre psychanalyste français, pour lequel, l'emprise dans un couple n'est pas forcément signe de malveillance et de violence : « J'ai voulu souligner l'importance de l'emprise fonctionnelle ou normale dans les liens. [...] l'amour, aussi intense soit-il, ne semble pas être suffisant pour créer la matrice d'une relation de couple. C'est là qu'intervient la pulsion d'emprise. (...) Les hommes et les femmes d'aujourd'hui ne comprennent peut-être pas assez qu'attachement ne signifie pas asservissement ; un peu d'emprise est nécessaire pour qu'il y ait du liant. »

Malheureusement, l'emprise dans un couple peut également être synonyme d'assujettissement, de violences psychologiques et parfois physiques.

Il n'existe pas de définition consensuelle de la violence conjugale, tout comme il n'existe pas de terme universel : on peut parler de violence dans le couple, de maltraitance, de violences de genre.

Sur le site Solidarité Femmes (15), on peut retrouver la définition suivante : « La violence conjugale est, dans une relation privée ou privilégiée, une atteinte volontaire à l'intégrité de l'autre, une emprise, un conditionnement dont il est difficile de sortir lorsqu'on en est une des victimes. ».

Le terme regroupe donc les maltraitements physiques, psychologiques et sexuelles.

Pour Marie-France Hirigoyen, psychiatre et auteur de plusieurs ouvrages traitant du sujet, les violences de couple pourraient être définies par : « une maltraitance qui se

produit dans l'intimité d'une relation de couple, quand l'un des partenaires, quel que soit son sexe, essaie d'imposer son pouvoir par la force »(16)

Elle détaille par la suite les différentes formes de violences et propose une définition de la violence psychologique : « On parle de violence psychologique lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne ». On retrouve ici un parallèle avec une des définitions de l'emprise mentale, dont le but est de nier les caractéristiques propres d'un sujet pour l'assimiler au statut d'objet.

L'emprise est le plus souvent exercée dans le couple hétérosexuel par l'homme sur la femme mais on retrouve également des situations d'emprise de la femme sur son conjoint ou encore de la part d'un homme sur son conjoint dans un couple homosexuel.

c) Radicalisation religieuse

Le terme de radicalisation a commencé à être employé, à partir des années 80 à propos de plusieurs actes terroristes perpétrés par un groupe en raison d'une idéologie, en particulier une idéologie islamiste dans les attentats commis contre la France et contre les États Unis par l'organisation Al Qaïda en 2001.

En 2015, l'État Français crée le site <http://www.stop-djihadisme.gouv.fr/>, sur lequel on peut retrouver ses objectifs en matière de communication : « comprendre (...), agir : informer sur les moyens et les actions de l'État en matière de lutte contre le terrorisme, décrypter (...), se mobiliser : sensibiliser tous les citoyens aux comportements à adopter en situation de menace et au quotidien »(17)

Sur ce site, la radicalisation islamique est définie « par la volonté de remplacer la démocratie par une théocratie basée sur la loi islamique (la charia) en utilisant la violence et les armes. Elle suppose donc l'adoption d'une idéologie qui donne un cadre de vie et des repères guidant l'ensemble des comportements ». Elle constitue « le résultat d'un processus évolutif et non d'un "basculement" soudain. Elle est la conséquence de cheminements personnels et il n'existe pas d'explications systématiques à ces parcours ».

Certains auteurs dont Dounia Bouzar, anthropologue française, en sont venus à identifier la radicalisation islamique comme « une dérive sectaire liée à l'islam ».(18)

Mais la radicalisation n'est pas qu'islamique.

Le Centre de prévention de la radicalisation menant à la violence (CPRMV) de Montréal définit la radicalisation comme « un processus selon lequel des personnes adoptent un système de croyances extrêmes – comprenant la volonté d'utiliser, d'encourager ou de faciliter la violence – en vue de faire triompher une idéologie, un projet politique ou une cause comme moyen de transformation sociale. »(19). Toute croyance ou système idéologique – pas uniquement religieux – peut être l'objet d'une radicalisation violente.

On peut retrouver dans ces définitions des similitudes avec le phénomène de dérive sectaire, notamment le fait que l'adoption d'une certaine doctrine envahit tous les domaines de la vie de la personne, que ce soit au niveau comportemental, physique, social, familial, professionnel etc., ainsi que dans les moyens employés : rites de passage, changement de nom, rejet de la société environnante...

Dans le cas de la radicalisation religieuse, l'emprise est alors exercée par le « recruteur » sur la recrue, via plusieurs modes de communication : souvent en premier lieu de manière virtuelle, par exemple via les réseaux sociaux, après avoir fait l'analyse du profil de la personne ciblée, afin de lui proposer un motif d'engagement qui corresponde à son propre idéal .

Si on prend pour exemple l'attentat d'Orlando en 2016, ciblé contre une discothèque LGBT, il a été révélé que l'auteur de la fusillade avait déjà fréquenté l'établissement à plusieurs reprises et entretenu des relations homosexuelles avec d'autres hommes. Il est probable que les recruteurs auxquels il a eu affaire se soient servis de son homosexualité non assumée pour le mener vers la radicalisation.

Au sujet de la radicalisation islamique, Dounia Bouzar écrit que : « ...un certain nombre de jeunes basculent dans le djihadisme dans l'espoir de trouver un cadre contenant des pulsions sexuelles qui les débordent. Pendant leur rétro-analyse, ils expriment avoir adhéré à cette idéologie parce qu'elle leur apportait des règles absolues sur tout : leur façon de manger, de marcher, de regarder, de dormir... Face au manque – et au besoin – d'un cadre normatif très strict véhiculé par leur propos, l'offre radicale islamiste leur procure en somme un « havre de paix » en les entourant d'interdits, leur propose un cadre normatif rigide qui les sécurise et constitue l'une des raisons de leur engagement. »(18)

d)Syndrome de Münchhausen par procuration

Dans le DSM V, on ne retrouve pas de chapitre consacré à proprement dit au syndrome de Münchhausen par procuration, mais un trouble appelé « trouble factice imposé à autrui »(20) qui semble correspondre à la même présentation clinique et qui répond aux critères diagnostiques suivants :

« A. Falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques, ou induction de blessures ou de maladies chez autrui, associée à une tromperie identifiée.

B. Le sujet fait passer une autre personne présente (la victime) pour malade, invalide ou blessée.

C. Le comportement de tromperie est évident, même en l'absence de bénéfices externes objectivables.

D. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental tel qu'un trouble délirant ou un autre trouble psychotique.

N.B. : Le diagnostic s'applique au coupable et non à la victime. »

Bien que très rare, ce diagnostic se retrouve souvent au sein du cercle familial, le cas le plus fréquent étant la création de symptômes médicaux par un parent (le plus souvent la mère) sur son enfant.

En 1987, la pédiatre Dr Donna Andrea Rosenberg rassemble et propose des critères du Münchhausen par procuration adaptés à la situation parent-enfant : (21)

- une maladie simulée et/ou produite délibérément par un parent sur son enfant ;
- une investigation médicale répétée dans l'intention d'une reconnaissance pour le bien-être de l'enfant ;
- un déni du parent quant à l'origine des symptômes ;
- un amendement de la symptomatologie présentée par l'enfant lorsqu'il est séparé du parent concerné. »

On distingue trois différents modes de production des symptômes possibles : ils peuvent être soit totalement inventés (fausses allégations) ; ils peuvent être simulés (falsification des examens complémentaires demandés) ; ils peuvent enfin être volontairement provoqués sur l'enfant pour coller à certaines signes cliniques (par exemple par ingestion de produits toxiques ou de médicaments).

On peut assimiler ces situations au phénomène d'emprise, dans le sens où l'enfant est souvent en incapacité de révéler au corps médical les agissements dont il est victime, soit du fait de son jeune âge, soit sur les injonctions de son parent, soit parce qu'il est lui-même convaincu par son parent de la nécessité et de l'importance des multiples consultations médicales pour soigner une « maladie » dont il finit par se croire atteint lui aussi. On identifie alors deux sources de maltraitances envers l'enfant : à la fois le parent par la création des symptômes et le médecin (à son insu) via la multiplication des soins prodigués à l'enfant. Certains spécialistes ont rapproché ce syndrome de la « folie à deux », dans le sens où l'enfant en vient à adhérer au « délire » de sa maladie (22). Certains enfants, en viennent même en grandissant à mentir eux aussi au corps médical, par peur du rejet et de l'abandon de leur parent.

Ces situations cliniques apparaissent souvent dans des contextes où la qualité de la relation mère-enfant est très fluctuante, pouvant passer de la relation fusionnelle au rejet total, mais toujours dans la dualité, souvent sans laisser de place pour le deuxième parent ou pour un intervenant extérieur. Ainsi, le pédopsychiatre Dr Emmanuel De Becker propose dans une de ses publications une hypothèse sur les intentions inconscientes du parent : « On conçoit le comportement parental comme une tentative désespérée de nier la perte de l'unité fusionnelle avec, comme effet, de refuser l'autonomie progressive de l'enfant. L'emprise est destructrice car elle empêche toute place pour le tiers »(23).

e) Syndrome d'aliénation parentale

Le concept d'aliénation parentale est discuté et débattu. En effet, il n'apparaît pas dans les classifications telles que la CIM 10 ou le DSM V.

On ne retrouve donc pas de définition « officielle » mais plusieurs auteurs ont proposé la leur.

Le premier emploi du terme *Parental Alienation Syndrome* apparaît en 1992, dans un ouvrage du psychiatre américain Dr Richard A. Gardner, qui le définit comme : « une campagne de dénigrement d'un enfant contre un parent ; cette campagne étant injustifiée et résultant d'un plus ou moins subtil travail de manipulation pouvant aller jusqu'au lavage de cerveau, avec le mélange, en des proportions variables, de contributions personnelles de l'enfant »(24).

On peut ici saisir pourquoi le SAP est si polémique : l'accent est mis sur la « manipulation », exercée sur l'enfant par le parent « aliénant », qui dans la majorité des cas se trouve être le parent chez qui réside l'enfant (très souvent la mère). Plusieurs associations féministes ont alors porté l'accusation selon laquelle le syndrome d'aliénation parentale ne serait qu'une « invention des pères », et notamment des pères « abuseurs ».

D'autres auteurs notamment le psychiatre Dr W. Bernet, ont pu proposer leur définition, qui resitue le SAP dans le contexte de la séparation parentale : « L'aliénation parentale est la condition psychologique particulière d'un enfant (habituellement dont les parents sont engagés dans une séparation très conflictuelle) qui s'allie fortement à un de ses parents (le parent préféré) et rejette la relation avec l'autre parent (le parent aliéné) sans raison légitime » (25).

Le terme « aliénation » peut pour certains sembler trop puissant, ou trop évocateur d'un état de folie, et d'autres auteurs, comme Dr J. M. Delfieu ont préféré employer le terme « désaffection parentale »(26), pour préciser que l'enfant était dans le passé attaché au parent qu'il rejette par la suite, en niant tout souvenir heureux avec ce dernier.

Dans le contexte du syndrome d'aliénation parentale, l'emprise est exercée par l'un des parents (parent aliénant) – celui chez qui réside l'enfant - sur l'enfant par différents moyens : la rupture du lien avec l'autre parent (refus des droits de visite ou d'hébergement), la dévalorisation de l'autre, création de faux souvenirs. Le phénomène au début induit par le parent aliénant, en vient au fur et à mesure à prendre son autonomie, et l'enfant nourrit de lui-même sa rancœur contre le parent aliéné.

f) Syndrome de Stockholm

Le syndrome de Stockholm qualifie un phénomène psychologique au cours duquel une victime peut développer un sentiment de sympathie pour son agresseur. Bien qu'on ne retrouve pas de définition du Syndrome de Stockholm dans aucune classification officielle, plusieurs études de cas ont rapporté des critères communs (24) :

- la victime a subi des violences (physiques ou psychologiques)
- la victime était tenue en isolement
- la victime a exprimé de la sympathie à l'égard de ses ravisseurs durant puis à l'issue de sa captivité.

Il faut évidemment différencier ce phénomène d'un comportement de simulation de la part de la victime par lequel elle chercherait à maîtriser la situation en diminuant l'agression pour garantir sa survie.

Le nom du syndrome de Stockholm vient d'un fait divers datant de 1973 et qui illustre ce phénomène : des malfrats tentent de braquer la Banque du Crédit Suédois. Pendant 5 jours, ils retiennent en otage 4 employés de la banque présents dans les locaux au moment de l'assaut, et se retrouvent enfermés avec eux dans la salle des coffres. La police suédoise finit par réussir à les libérer via l'utilisation de gaz anesthésiants envoyés par des trous percés au plafond. Lors de la libération, les forces de l'ordre assistent à des comportements étonnants de la part des otages : l'une des otages exige que les criminels passent en premier, de crainte qu'ils ne soient abattus par la police ; les criminels et les otages s'embrassent et se disent au revoir chaleureusement. Après leur arrestation, les victimes vont refuser de témoigner à charge, et iront jusqu'à se cotiser pour payer les frais d'avocat des criminels.

Un autre exemple encore plus parlant est celui de Patricia Hearst, fille du magnat de la presse William Hearst, qui fut prise en otage en 1974 par le SLA (Symbionese Liberation Army), groupe révolutionnaire d'extrême gauche. Durant sa captivité, elle va diffuser des messages à l'intention de sa famille notamment, dans lesquels elle critique leur mode de vie qu'elle qualifie de « bourgeois ». Par la suite, elle va rejoindre le SLA et participera à plusieurs braquages à main armée (27).

Plusieurs hypothèses psychopathologiques ont été énoncées pour expliquer ce phénomène.

Une des théories est décrite par Thomas Strentz, (figure du centre de formation du FBI, spécialisé dans la gestion de la crise, notamment des prises d'otages) dans son ouvrage *Law enforcement policy and ego defenses of the hostage* (28). Selon lui, le syndrome de Stockholm est « une réponse automatique, probablement inconsciente au traumatisme de devenir victime ».

Il poursuit : « l'instinct de survie de la victime est plus fort que la pulsion de haine envers son agresseur ».

Il suggère qu'en situation de menace immédiate, la victime met en place plusieurs mécanismes de défense, dont celui de « s'identifier à l'agresseur ». La victime va alors adopter les croyances, les valeurs et les causes défendues par son agresseur.

Une seconde explication psychopathologique est celle qui est fondé sur le principe du conditionnement pavlovien, selon lequel les réactions automatiquement mises en œuvre par l'organisme peuvent être modifiées selon les stimuli de l'environnement.

Le psychiatre britannique Dr W. Sargant soutient que la modification du lien entre la victime et l'agresseur apparait comme la conséquence d'une exposition prolongée à une situation de stress. Ce stress provoquerait chez la victime un état « paradoxal » durant lequel elle commence à adhérer à des croyances qu'elle aurait remises en question si elle avait été dans son état habituel

« Dans la phase paradoxale, un comportement conditionné positivement deviendra négatif et vice versa. Ainsi, ses ennemis deviennent ses bons amis et inversement ».(29)

Dans le cas du syndrome de Stockholm, l'emprise mentale est exercée par l'agresseur/le ravisseur sur la victime. Les moyens employés peuvent être physiques ou mentaux. La finalité du processus qui conduit la victime à se mettre totalement à la place de son agresseur et à penser comme ce dernier est évocateur du phénomène d'emprise puisque la victime perd à ce moment-là son individualité.

On peut noter qu'un parallèle peut être fait avec l'emprise au sein du couple. En effet, les violences conjugales peuvent être considérées comme un syndrome de Stockholm à long terme, l'emprise s'exerçant au sein du foyer en huis-clos. La victime finit parfois par éprouver de la compassion pour l'agresseur, en cherchant à se mettre à sa place, en lui trouvant des excuses.

g) Folie à deux

Le diagnostic de « folie à deux », appelé également « trouble psychotique partagé », est décrit pour la première fois en 1877 par Lasègue et Falret (30). Il désigne une situation clinique « où à la faveur d'un confinement particulier au contact d'un sujet délirant, un deuxième sujet adopte ce même contenu idéique délirant » (31).

Ce trouble fut décrit dans le DSM IV publié en 1994 et dans la version révisée publiée en 2000. « La caractéristique essentielle du Trouble psychotique partagé (Folie à deux) est la mise en place d'un système délirant, consécutivement à une relation étroite avec une autre personne (parfois appelée l'« inducteur » ou le « cas primaire ») qui, elle, a déjà un trouble psychotique avec des idées délirantes prononcées (Critère A).

Le sujet en vient à partager partiellement ou complètement les croyances délirantes du cas primaire (Critère B).

Le délire n'est pas dû à un autre trouble psychotique (p. ex., schizophrénie) ou à un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., amphétamines) ou d'une affection médicale générale (p. ex., tumeur cérébrale (Critère C) »(32).

L'existence de ce diagnostic est pourtant controversé ; en effet on constate qu'il a été retiré dans le DSM V. Le seul trouble qui s'en rapproche le plus serait « Symptômes délirants chez le conjoint d'une personne souffrant de trouble délirant », qui est défini par : « Dans le contexte de la relation existante, les idées délirantes du partenaire dominant fournissent le contenu de la croyance délirante de l'autre partenaire qui autrement ne répondrait pas complètement aux critères du trouble délirant. »(20)

Mais le diagnostic de folie à deux ne doit pas être limité à la relation de couple.

En, effet, selon les différentes études menées, on retrouve qu'environ un tiers des cas de folie à deux apparaissent au sein d'un couple, un tiers dans une fratrie et un tiers entre un parent et son enfant (33).

Ici, l'emprise est développée par une personne souffrant de maladie mentale (cas primaire) sur une autre personne indemne de troubles mentaux initialement (cas secondaire). Les facteurs qui peuvent favoriser la croyance des idées délirantes chez le cas secondaire sont : l'évolution dans un milieu clos et la vraisemblance du délire.

h) Soumission à l'autorité

L'expérience de Milgram(34) est un des exemples les plus parlants du concept de la soumission à l'autorité. Entre 1960 et 1963, le psychologue américain Stanley Milgram chercheur à l'Université de Yale, recruta via la diffusion d'annonces, des volontaires payés 4,50 dollars pour une expérience scientifique présentée comme une étude sur l'influence de la punition sur l'apprentissage. La personne sélectionnée (*l'enseignant*) se trouve sous la supervision d'un chercheur en blouse blanche (*l'expérimentateur*) qui lui énonce les règles de l'étude. Un troisième individu (*l'élève*), doit retenir une suite de mot et les réciter. En cas d'erreur de sa part, l'enseignant doit alors infliger à l'élève des chocs électriques de puissances croissante. L'expérimentateur et l'élève sont en fait des acteurs,

et les chocs électriques sont factices. Au fur et à mesure, les chocs électriques augmentent (fictivement) de 15 volts à chaque réponse fautive, allant de 45 volts (choc léger) à 450 volts (choc mortel), en parallèle s'intensifient les réactions de douleurs simulées par l'acteur.

Les résultats de cette expérience montrent que, même s'ils ont se sont tous interrompu à un moment pour questionner l'expérimentateur, 65% des participants ont poursuivi l'expérience à la demande de ce dernier et sont allés jusqu'à administrer le choc maximal à 3 reprises à l'élève.

Selon Milgram, des conditions sont requises pour aller jusqu'au stade final de l'obéissance, comme l'habitude de l'obéissance (par exemple dans la famille de l'individu, dans son travail) et l'idéologie (si l'individu est convaincu que la cause est juste, ici l'avancée de la science).

Milgram décrit que les sujets se trouvent dans un état qu'il nomme *état agentique* : ils n'agissent plus en tant qu'individu mais en tant qu'agent de l'autorité. Ainsi, ils n'ont pas l'impression que leurs actes soient sous leur responsabilité propres, mais bien la responsabilité de leur supérieur.

En 2010, l'expérience de Milgram a été transposée dans un domaine plus moderne pour étudier l'impact de la télévision sur les individus(35). La même expérience a été mise en place, excepté que le contexte de l'étude scientifique a été remplacé par un jeu télévisé, l'expérimentateur étant représentée par une présentatrice TV à la place du chercheur.

Ici, le taux d'obéissance des candidats (pourcentage des candidats qui vont jusqu'à administrer le choc électrique le plus élevé) s'élève à plus de 80%.

On peut donc conclure que l'impact de la télévision est encore plus fort sur les individus que celui de la science.

Le même concept est expliqué par la philosophe et journaliste allemande Hannah Arendt, dans son ouvrage *Eichmann à Jérusalem : Rapport sur la banalité du mal* (36).

De 1961 à 1962, elle assiste au procès à Jérusalem d'Adolf Eichmann, haut fonctionnaire du régime nazi, en tant qu'envoyée spéciale pour le journal américain *The New Yorker*.

Loin des préjugés concernant cet homme qui a ordonné la mise à mort de plusieurs centaines de milliers de juifs, elle décrit dans son rapport un homme « ordinaire » : « Les actes étaient monstrueux mais le responsable – tout au moins le responsable hautement efficace qu'on jugeait alors – était tout à fait ordinaire, comme tout le monde, ni démoniaque, ni monstrueux. »

Elle définit le concept de « la banalité du mal », selon lequel il n'est pas nécessaire que l'homme soit foncièrement mauvais, mais seulement qu'il ait une capacité sans faille à exécuter les ordres.

Dans le cas de la soumission à l'autorité, on peut identifier un phénomène d'emprise de la part de l'autorité (dans toutes les formes qu'elle peut prendre, ici dans les exemples donnés la science, l'état ou la télévision) sur les individus, dans le sens où ces derniers peuvent être dans certaines situations amenés à accomplir des actes en perdant toute leur individualité et leur responsabilité propre car ils pensent agir au nom d'une collectivité.

Avec tous ces exemples, on constate que le phénomène d'emprise peut s'exprimer dans différents contextes : au sein de la famille, d'un couple, d'un groupe de personnes. Même si les contextes sont différents, on observe des similitudes : la personne sous emprise perd son identité, sa volonté de faire des choix, son pouvoir de penser. Elle s'en remet à l'autre pour penser à sa place ; il pourrait s'agir d'un mécanisme de défense, de survie qui diminuerait la charge anxieuse en expulsant de sa conscience ce qui est intolérable.

Ainsi pour les adeptes des dérives sectaires, on observe le plus souvent peu de temps avant l'entrée dans la dérive sectaire des événements de vie négatif hautement anxiogènes et une difficulté du sujet à y faire face. La fuite – en entrant dans la secte et en se soumettant à l'autre – est une stratégie de réponse qui calme initialement l'angoisse.

Dans le couple ou dans le syndrome de Stockholm, pour pouvoir rester avec la personne maltraitante, il est nécessaire de ne plus penser, de s'extraire de cette réalité voire de reconstruire la réalité. En ce qui concerne Eichmann, on peut faire l'hypothèse que d'exécuter les ordres sans discuter lui permettait de ne pas penser aux horreurs qu'il commettait.

Si il existe un profil de la personne sous emprise, ce ne serait donc pas une structure psychopathologique particulière mais une personne qui dans des circonstances hautement anxiogènes a besoin de ne plus penser et de fuir cette réalité en se soumettant complètement à l'autre.

Nous pouvons déjà commencer à nous poser la question suivante : un individu serait-il responsable au sens juridique du terme d'un acte commis alors qu'il se trouvait sous emprise ?

Pour tenter de répondre à cette question nous allons détailler dans la partie suivante les textes de lois concernant la responsabilité juridique, ainsi que le cadre de l'expertise psychiatrique qui est requise pour prononcer ou pas l'irresponsabilité.

2-Expertise et emprise

A/Histoire de l'expertise pénale

La notion de participation médicale au sein du parcours judiciaire apparait pour la première fois au XVIIème siècle, dans l'ouvrage « Quaestiones medico legales » de Zacchias, médecin personnel du pape, qui réclame « un examen médical pour chaque fou ainsi qu'une exonération de peine rendant possible les soins »(37).

A l'époque, ces revendications ne sont pas prises au sérieux par les magistrats. En effet, ils pensent être en capacité de reconnaître la folie sans l'aide des psychiatres et prononcer eux-mêmes des acquittements pour cause d'aliénation mentale ; à noter que ces situations restent extrêmement rares.

Au XIXème siècle, les idées du courant aliéniste se développent, on commence à évoquer que la place des aliénés ne serait pas en prison pour être punis mais dans des lieux de soins. On retrouve donc deux cas de figures opposés : soit l'accusé est malade et irresponsable, il nécessite alors des soins ; soit c'est un criminel, responsable de ses actes qui mérite d'être puni.

Pinel écrit : « 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 (...) et doivent être soignés dans des asiles spéciaux » (38).

En 1810, l'article 64 de l'ancien Code pénal est rédigé et clarifie la situation : « il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».(39)

Cet article sera par la suite fortement critiqué du fait de sa formulation. En effet, la tournure « ni crime ni délit » semble nier tout acte illégal et peut être mal perçu par les victimes et leur entourage. De plus, l'emploi du mot « démence » reste trop vague pour englober la multitude de tableaux cliniques psychiatriques différents.

La loi du 30 juin 1838, dite la « loi des Aliénés », définit les modalités d'hospitalisations psychiatriques, notamment les hospitalisations « volontaires » (actuels Soins à la demande d'un tiers) et les hospitalisations « d'office » (actuels Soins à la demande du Représentant de l'État). Ces dernières, ordonnées par le Préfet sont définies par l'article 18 pour les personnes « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes. »(40)

L'article 24 précise : « Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison. »

Au cours du XIX^{ème} siècle, on réalise peu à peu que les lois existantes ne sont pas adaptées à la diversité de la clinique psychiatrique, aux différences de gravité selon les pathologies, ainsi qu'aux évolutions variées des troubles. Il y a une volonté de sortir du manichéisme dichotomique entre aliéné irresponsable et criminel responsable.

En 1885, un arrêt de la Cour de cassation propose explicitement le principe de l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement. La Cour a considéré 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 »(41).

E.J. Georget, qui fut un des élèves de Pinel, insiste sur la nécessité d'une expertise obligatoire dans toute affaire criminelle, dans le but de mesurer le degré de responsabilité de l'accusé (à noter que cette règle est toujours appliquée de nos jours).

En 1905, la Circulaire Chaumié (garde des Sceaux de l'époque) demande à l'expert psychiatre de déterminer le degré de responsabilité de l'accusé : « A 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 »(41).

Dans les années 1960, l'apparition des traitements psychotropes qui permettent une rémission des symptômes psychiatriques soulève de nouveaux questionnements : l'accusé peut être atteint d'un trouble psychiatrique qui était stabilisé au moment des faits. Il va alors être demandé à l'expert psychiatre d'évaluer l'état mental de l'accusé mais seulement au moment des faits. Le fait que la personne soit atteinte d'une pathologie psychiatrique n'indique plus l'irresponsabilité pénale dans tous les cas.

En 1994, le nouveau code pénal abandonne l'article 64 qui est remplacé par les articles 122-1 (avec ses deux alinéas) et 122-2 :

-Article 122-1 et ses deux alinéas:

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. »(42)

-Article 122-2 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister. » (43)

L'article 122-1 remplace la première partie de l'article 64, à savoir définit les causes d'irresponsabilité pénale en cas d'abolition du discernement, et les adaptations du jugement en cas d'altération du discernement.

L'article 122-2 remplace la fin de l'article 64 puisqu'il évoque le cas d'irresponsabilité pénale si l'accusé était sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pas pu résister.

B/Cadres de l'expertise psychiatrique

a) L'expertise psychiatrique pénale

L'expertise psychiatrique pénale a pour but de repérer les personnes atteintes de maladies mentales, pour qu'elles puissent se voir offrir des soins, à partir du stade le plus précoce du processus judiciaire.

Elle est également nécessaire au juge qui s'y réfère (ou pas) pour se prononcer sur une abolition éventuelle du discernement au moment des faits.

***L'expert psychiatre**

Les experts psychiatres qui rédigent des expertises dans le domaine pénal doivent répondre à plusieurs critères pour être inscrits sur la liste des experts. On distingue les listes régionales gérées par les cours d'appel et la liste nationale gérée par la Cour de Cassation.

Pour être inscrit sur la liste régionale, l'expert doit répondre à des critères d'âge (être âgé de moins de 70 ans), des critères géographiques (exercer dans l'aire géographique de la cour d'appel), des conditions d'expérience (durée d'exercice minimale : 5 ans) et des critères judiciaires (ne pas avoir été condamné par la justice). Il est également recommandé, mais non obligatoire, d'avoir suivi des formations complémentaires, de droit ou de criminologie.

L'expert est inscrit sur une liste probatoire pour une durée de 3 ans avant d'être inscrit sur la liste définitive. Une fois titularisé il reste inscrit sur la liste pour une durée de 5 ans, renouvelables.

***L'expertise aux différents stades de la procédure**

Dans la procédure pénale, l'expertise peut être demandée à différents moments, en pré ou en post sentenciel.

Une expertise peut être demandée dès le stade de la garde à vue, comme décrit dans l'article 63-3 du Code Pénal(44) :

« Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire.»

Du fait du trop grand nombre de gardés à vue en comparaison au nombre d'experts, les gardés à vue sont souvent examinés par des psychiatres non experts (psychiatres de garde aux urgences par exemple), via le biais de la réquisition.

L'expert ou le psychiatre requis doit la plupart du temps se prononcer sur la compatibilité avec la garde à vue lors d'un examen psychiatrique davantage qu'une expertise psychiatrique. Si l'état clinique du patient est incompatible avec la garde à vue, le psychiatre décide alors de l'hospitaliser, la plupart du temps sous le mode de soins SDRE (Soins à la Demande du Représentant de l'État). En théorie, cela n'a pas d'implication sur la responsabilité pénale – d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent d'un examen psychiatrique et non d'une expertise, ce qui implique que le psychiatre requis ne s'est pas prononcé sur le discernement au moment des faits - mais la plupart du temps les poursuites sont interrompues en cas de délit mineur. Le patient peut également théoriquement être hospitalisé sous un autre mode de soins, (à la demande d'un tiers ou en soins libres), si les troubles psychiatriques constatés n'ont pas été à l'origine directement du trouble à l'ordre public, mais en pratique – dans l'articulation psychiatrie-justice, c'est le mode SDRE qui est priorisé.

Une expertise psychiatrique peut également être demandée au stade de l'instruction, par le juge d'instruction. Elle est obligatoire pour tous les crimes et les infractions sexuelles.

Au stade du jugement, une expertise psychiatrique peut être demandée par le juge ou l'une des parties au tribunal correctionnel ou de police. Dans un procès d'assises, le président de la Cour d'Assises peut également demander une nouvelle expertise, plus récente par rapport à l'expertise initiale, ou encore s'il a des doutes sur l'état clinique de l'accusé au moment du procès.

Dans plusieurs cas, l'expertise psychiatrique est requise pour que certaines peines puissent être prononcées : par exemple pour qu'une injonction de soins soit prononcée (article 131-36-4 du CP), ou un placement sous surveillance électronique mobile dans le cadre d'un suivi socio judiciaire.

En post-sentenciel, le juge de l'application des peines se voit dans l'obligation de demander une expertise psychiatrique dans les cas suivants : pour prononcer une injonction de soins, un placement sous surveillance électronique ou un aménagement de peine pour infractions sexuelles, meurtres et assassinats.

*La mission expertale

Plusieurs auteurs différencient différents degrés dans la mission d'expertise psychiatrique pénale présententielle(45).

Le premier niveau consiste en « l'identification d'une pathologie psychiatrique, la recherche d'une abolition ou d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits et à l'évaluation de la dangerosité psychiatrique ».

Le second niveau demande une « lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet ». On peut noter ici des similitudes avec l'expertise psychologique.

Enfin, le troisième niveau attend de l'expert une « analyse psychocriminologique du passage à l'acte ainsi qu'une évaluation de la dangerosité criminologique ». Il est précisé que cela implique que l'expert psychiatre soit formé dans le domaine de la criminologie.

Dans la plupart des situations, la mission confiée à l'expert dans le domaine pénal est restreinte au niveau I et est souvent organisée autour d'une base de 8 questions types, listées ci-dessous :

- 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- Préciser l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'une injonction socio judiciaire 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 (question non systématique).

D'autres questions peuvent être rajoutées, à la demande du magistrat instructeur ou à la demande du procureur ou d'une des parties.

La question 1 demande à l'expert de poser un diagnostic (ou l'absence de diagnostic) d'après les symptômes identifiés lors de son examen clinique. La symptomatologie présente au moment de l'expertise peut être différente de celle au moment des faits, c'est ce qui complique la mission de l'expert. Les symptômes peuvent avoir été amoindris voire résolus par exemple avec l'introduction d'un traitement antipsychotique depuis la mise en examen, les symptômes peuvent être restés constants ou encore avoir été exacerbés par le processus judiciaire en lui-même.

C'est là qu'intervient la question 2, qui demande à l'expert de mettre en lien la pathologie identifiée (si pathologie il y a) avec les actes qui sont reprochés au sujet. On lui demande s'il peut y avoir un lien de causalité : la pathologie est-elle à l'origine des faits ? A-t-elle pu aggraver les faits ? La pathologie peut également n'avoir aucun lien avec les faits.

La question 3 demande à l'expert d'évaluer la dangerosité du sujet. On distingue deux types de dangerosité : la dangerosité psychiatrique, basée sur la symptomatologie psychiatrique et la gravité des troubles à l'instant de l'expertise, est celle qui pourra le mieux être évaluée par l'expert psychiatre. La dangerosité criminologique, qui est définie comme la probabilité que le sujet passe de nouveau à l'acte, est plus compliquée à évaluer par le psychiatre car elle nécessite un regard transversal et pluridisciplinaire.

La question 4 peut être interprétée de plusieurs manières, la première étant « le sujet est-il en capacité de comprendre les raisons qui rendent ses actes répréhensibles ? ». On demande si les troubles psychiatriques du sujet peuvent provoquer un déni à posteriori. La seconde interprétation de la question est de savoir si le sujet pourrait s'adapter aux différents environnements selon les sanctions prononcées, et plus précisément au milieu carcéral, environnement qui contribue à décompenser certains troubles comme les psychoses ou les troubles anxio-dépressifs.

La question 5 demande au psychiatre de se prononcer sur la curabilité, c'est à dire le pronostic de la pathologie identifiée à la question 1, si l'instauration d'un traitement est envisageable, et quelles en sont les modalités. Dans la seconde partie de la question, le terme réadaptable questionne sur la possibilité d'un retour au sein de la société, ce qui évoque cette fois le pronostic criminologique.

La question 6 évoque spécifiquement le principe d'irresponsabilité pénale, via l'article 122-1. Il s'agit pour l'expert de déterminer le niveau du discernement du sujet au moment des faits. Pour ce faire, il doit se baser sur l'examen clinique du sujet, ainsi que sur les éléments du dossier d'instruction qui lui sont remis.

La question 7 envisage la possibilité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, initialement réservé aux auteurs d'infractions sexuelles mais depuis étendu à d'autres types d'infractions. L'injonction de soins s'envisage obligatoirement suite à une peine d'emprisonnement en matière criminelle et peut être prononcée seule ou en complément d'une peine d'emprisonnement en matière délictuelle. L'injonction de soins ne peut pas s'appliquer aux personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement.

b) L'expertise psychiatrique civile

Un des principes fondamentaux de la procédure civile est le principe du contradictoire, décrit par l'article 15 du Code de procédure civile : « Les parties doivent se faire connaître mutuellement en temps utile les moyens de fait sur lesquels elles fondent leurs prétentions, les éléments de preuve qu'elles produisent et les moyens de droit qu'elles invoquent, afin que chacune soit à même d'organiser sa défense »(46). En pratique, chaque partie peut donc prendre connaissance des observations et des pièces produites par les autres parties. Ce principe est à respecter également en expertise : en effet, les deux parties ont le droit d'être assistées de médecins-conseil spécialisés de leur choix pendant l'expertise, auprès desquels l'expert doit décrire ses constatations cliniques. L'expert doit communiquer les documents utilisés aux deux parties. Les parties peuvent chacune formuler des observations à la fin de l'expertise, auxquelles l'expert doit répondre de façon argumentée et qui seront intégrées dans le rapport d'expertise, dont un exemplaire sera envoyé à chaque partie en même temps qu'à la juridiction. En cas de non-respect du principe, la sanction est la nullité de l'expertise.(47)

***Réparation du préjudice**

Lors d'un procès au pénal, la victime peut se constituer partie civile et réclamer une réparation financière de la part de l'auteur de l'infraction pour pallier au préjudice physique, ou moral qu'elle estime avoir subi, d'après l'article 1240 du Code Civil : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer »(48). C'est la seule situation où l'expertise n'est pas contradictoire.(47)

La victime peut également s'adresser directement à un tribunal civil (Tribunal d'Instance ou de Grande Instance).

Une expertise psychiatrique ou psychologique est alors validée par le juge sur demande d'une des parties pour déterminer le lien de causalité entre l'infraction et les symptômes psychiques présents chez la victime, ainsi que la gravité de la symptomatologie. Il est important de déterminer l'état psychique antérieur de la victime (par des témoignages, des ordonnances etc.) pour pouvoir évaluer l'imputabilité de l'évènement sur l'état final de la victime.

Il est demandé à l'expert de déterminer si l'état actuel de la victime correspond à un état de consolidation (date à laquelle les séquelles de l'accident sont stabilisées) ou à un état de guérison (quand la personne est revenue à l'état antérieur à l'incident), de déterminer dans les préjudices extrapatrimoniaux, le préjudice transitoire, appelé déficit fonctionnel temporaire, ainsi que le préjudice définitif, appelé déficit fonctionnel permanent. L'expert aura alors peut être besoin d'examiner de nouveau le patient à distance de l'incident, par exemple dans le cas d'un état de stress post traumatique.

La victime est dédommée par l'auteur de l'infraction, via une somme définie par le juge (créance).

Dans le cas où l'auteur ne serait pas en capacité de dédommager la victime, cette dernière peut saisir la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) et demander une indemnisation par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI), notamment pour demander une avance sur l'indemnisation (demande de provision).

***Droit de la famille**

Une expertise psychiatrique mais le plus souvent psychologique peut être demandée par le juge des enfants pour prononcer des mesures socio-éducatives et/ou des mesures thérapeutiques. L'expert peut alors examiner l'enfant, pour déceler des troubles psychiques spécifiques et/ou les parents pour évaluer leur capacité éducative.

Dans le contexte des procédures de divorce, le juge aux affaires familiales peut également demander une expertise des différents membres de la famille pour se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale (résidence, droit de visite et d'hébergement).(47)

*** Droits des malades**

La loi du 4 mars 2002(49) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner, a été rédigée dans le but de mieux définir le rôle des professionnels de santé et d'améliorer les droits des patients.

Elle a également créé le droit des patients à l'indemnisation d'une faute médicale sans que la responsabilité d'un soignant en particulier soit engagée (aléa thérapeutique). Le patient qui pense avoir été victime d'une faute médicale peut alors soit saisir une juridiction de droit commun ou la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) pour régler le litige à l'amiable. (50) Cette seconde option est souvent préférée du fait de sa gratuité et de sa rapidité.

Pour être recevable devant la CRCI, l'accident médical doit être postérieur au 4 septembre 2001 et les dommages qui en découlent doivent être supérieurs à certains seuils de gravité : soit une incapacité permanente partielle (IPP) de plus de 24%, soit une incapacité temporaire (arrêt de travail) pendant 6 mois consécutifs (ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois)(51). Une expertise médicale est financée par l'ONIAM (Organisme Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux), organisme payeur financé par l'Assurance Maladie.

*** Protection juridique des majeurs**

D'après la loi du 5 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs(52), le juge des tutelles a besoin d'un certificat médical pour toute mise sous tutelle, ou curatelle. Le médecin en charge de sa rédaction n'est pas reconnu comme expert à proprement dit mais doit être inscrit sur une liste établie par le Procureur de la République. Pour ce faire, tout médecin, toutes spécialités confondues, peut déposer un dossier comprenant seulement un curriculum vitae, une lettre de motivation et un justificatif de casier judiciaire vierge. Le Procureur est par la suite libre d'accepter ou non la demande.(53)

Le certificat médical doit être circonstancié, c'est-à-dire décrire avec précision les symptômes du majeur à protéger et argumenter sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel, ainsi que sur l'exercice de son droit de vote(54).

*** Sécurité sociale**

Dans le cas où un assuré de la Sécurité Sociale ne serait pas d'accord avec une décision prise par le médecin conseil de la Sécurité Sociale, il peut avoir accès à une voie de recours, décrite par l'article 141-1 du code de la Sécurité Sociale(55). Une expertise médicale peut alors être demandée par l'assuré lui-même, par la caisse d'assurance maladie ou par le médecin conseil. Dans ce cas, l'assuré choisit un médecin pour le défendre au cours de la procédure. Le choix de l'expert désigné se fait après concertations entre le médecin désigné par l'assuré et le médecin conseil. Il n'est pas nécessaire qu'il soit inscrit sur une liste particulière mais il doit être spécialisé ou compétent dans le domaine de l'affection considérée.(47)

*** Droit du travail**

Dans le cadre d'un procès aux prud'hommes, le juge peut saisir un expert psychiatre ou psychologue pour examiner le plaignant, par exemple en cas de licenciement présumé abusif à la suite d'un éventuel harcèlement moral ou sexuel. L'expert devra alors statuer au sujet des conséquences des faits sur l'état psychique du plaignant.(56)

*Conseil de l'Ordre des Médecins

D'après l'article R4124-3 du code de Santé Publique : « Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, la suspension temporaire du droit d'exercer est prononcée par le conseil régional ou interrégional pour une période déterminée, qui peut, s'il y a lieu, être renouvelée. (...) La suspension ne peut être ordonnée que sur un rapport motivé établi à la demande du conseil régional ou interrégional par trois médecins désignés comme experts, le premier par l'intéressé, le deuxième par le conseil régional ou interrégional et le troisième par les deux premiers experts. »(57)

Une expertise d'un médecin peut alors être demandée par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins dans le cas où ce dernier est suspecté d'être néfaste ou dangereux pour ses patients. Les sanctions qui peuvent être rendues sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer (maximum 3 ans) et la radiation du tableau de l'Ordre. En cas d'appel de la décision, c'est le Conseil National qui rendra le verdict.

C/Cadre de l'expertise psychologique

Les expertises psychologiques peuvent être demandées dans le cadre de procédures civiles ou pénales également.

Elles sont réalisées par des experts psychologues, qui doivent être inscrits, tout comme les experts psychiatres, sur une liste gérée respectivement par les différentes Cours d'Appel. Pour être inscrits sur cette liste, ils doivent justifier d'un cursus universitaire en psychologie (minimum licence et maîtrise). Il est également recommandé, sans que cela ne soit obligatoire d'avoir une certaine expérience et d'avoir bénéficié de certaines formations complémentaires (criminologie, victimologie...). Si leur demande est validée par la Cour d'Appel, les experts sont alors inscrits sur une liste probatoire pour une durée de 2 ans avant d'être inscrits sur la liste officielle pour une durée de 5 ans renouvelable.

Les expertises psychologiques peuvent être demandées au pénal, en plus de l'expertise psychiatrique pénale de la personne accusée.

Au civil, elles peuvent être utiles lors des procédures de réparation du préjudice, ou encore dans les affaires de droit de la famille.

L'expertise psychologique est souvent réalisée en complément de l'expertise psychiatrique mais ce n'est pas une obligation.

On demande à l'expert psychologue notamment d'étudier la personnalité du sujet, en s'aidant de tests de personnalité ; d'évaluer le niveau intellectuel à l'aide d'un bilan psychométrique (test de QI, attention, mémoire, langage, calcul, raisonnement...).

D/Causes d'irresponsabilité pénale

Dans le code pénal sont décrites plusieurs causes d'irresponsabilité pénale : les causes objectives et les causes subjectives. Les causes objectives regroupent : l'ordre ou l'autorisation de l'acte par une autorité légitime(58), la légitime défense(59) et l'état de nécessité(60). La minorité pénale(61), le trouble mental, la contrainte, et l'erreur de droit(62) constituent les causes subjectives d'irresponsabilité pénale.

Ce sont les causes subjectives qui intéressent l'expert psychiatre, en particulier l'article 122-1 du code pénal qui traite de l'irresponsabilité dans le cas de troubles mentaux aliénants.

a) Article 122-1 : irresponsabilité pénale en cas de trouble mental

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.

(ajout en 2014) : 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.

Avec le premier alinéa de l'article 122-1, il est énoncé que, pour qu'un sujet soit reconnu pénalement irresponsable, il doit être atteint d'un trouble psychique ayant aboli son discernement, c'est-à-dire lui ayant ôté la « faculté d'apprécier sainement les choses »(63). Un lien de causalité direct et exclusif est nécessaire entre l'état mental au moment des faits et l'infraction.

Les pathologies psychiatriques pouvant provoquer une abolition du discernement n'ont jamais été listées officiellement mais on retrouve principalement : les psychoses schizophréniques, les psychoses paranoïaques chroniques, les bouffées délirantes, les épisodes aigus des troubles bipolaires et les troubles dépressifs sévères ou les troubles confusionnels.(45)

Le second alinéa traite de l'*altération* du discernement et d'une *entrave* au contrôle des actes. L'altération est définie comme « changement qui dénature l'état normal de quelque chose »(64). Dans ce contexte, il faut comprendre que le discernement serait diminué, amoindri. Pour Marc Schweitzer, expert psychiatre de la Cour d'Appel de Paris, ce n'est pas un diagnostic psychiatrique qui peut justifier une altération du discernement mais plutôt des « atteintes transitoires du fonctionnement psychique ». Daniel Zagury, lui, estime que certaines pathologies, comme par exemple la schizophrénie, peuvent être à l'origine d'une altération du discernement « constante »(65), avec des épisodes aigus de décompensation aiguë pouvant provoquer également une abolition transitoire du discernement.

Le terme *entraver* est employé dans son sens figuré, c'est-à-dire « enrayer, freiner, ce qui a pour conséquence de freiner une action »(66). Il s'agit de tous les facteurs qui viennent gêner le contrôle des actes, pour Schweitzer par exemple « des états d'excitabilité ou de ruminations psychiques, les états oniroïdes épileptiques mais aussi les états hypnotiques ou induits par suggestion ».(66)

Concernant la diminution des capacités intellectuelles et cognitives, la responsabilité pénale dépend de l'importance de la déficience intellectuelle. Les expertises psychiatriques et psychologiques, avec l'aide des tests de quotient intellectuel, permettront de renseigner la juridiction sur la capacité de discernement du sujet.

Concernant les infractions commises sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants, le sujet reste pénalement responsable du moment que l'intoxication a été réalisée volontairement. Dans le cas où cette intoxication représente elle aussi une infraction (conduite en état d'ivresse par exemple), elle peut même constituer une circonstance aggravante.

La notion de temporalité précisée dans l'article 122-1 (« au moment des faits »), doit être appréciée par les juges qui se fondent sur l'expertise psychiatrique. L'expert voit le sujet plusieurs mois après les faits. Pour mieux comprendre l'état psychique du sujet au moment de l'infraction, il pourra se référer notamment à l'examen pendant le temps de la garde à vue qui décrit l'état psychique du prévenu souvent quelques heures seulement après le passage à l'acte et également au dossier d'instruction (témoignages...).

b) Article 122-2 : irresponsabilité pénale en cas de contrainte

N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.

L'article 122-2 du Code Pénal traite de la contrainte. Un sujet qui commet une infraction sous la contrainte reste conscient des faits mais n'agit pas de son propre gré. Il existe différentes sortes de contrainte, selon leur nature (contrainte physique ou morale) et selon leur origine (interne ou externe).

La contrainte physique représente une force exercée sur le corps du sujet. Elle peut être externe à l'individu, par exemple du fait des conditions météorologiques (un automobiliste tue un piéton après avoir dérapé sur une plaque de verglas). Elle peut également être interne, causée par une maladie (un automobiliste qui perd le contrôle de son véhicule à la suite d'un malaise brutal).

La contrainte physique doit répondre à deux conditions pour entraîner une irresponsabilité pénale : elle doit être irrésistible, c'est-à-dire que la personne n'avait aucun moyen de faire autrement. Elle doit être également imprévisible, c'est-à-dire que le sujet ne pouvait pas prévoir sa survenue. Si on reprend l'exemple du malaise en voiture, la contrainte ne peut pas être retenue si le sujet était au courant de la possibilité de survenue de malaises et qu'il a pris le volant en connaissance de cause (prise de traitements sédatifs contre indiquant la conduite automobile par exemple).

La contrainte morale peut être externe, si le sujet commet l'infraction par crainte d'un mal imminent : cela peut être sous la menace, par exemple d'une arme à feu ou par une menace verbale de mort.

Elle doit, comme pour la contrainte physique, répondre aux critères d'irrésistibilité et d'imprévisibilité.

La contrainte morale interne n'est jamais retenue comme cause d'abolition du discernement. Elle représente toutes les convictions qui peuvent animer un individu et l'amener à commettre une infraction (conviction politique, religieuse, amour, haine, jalousie...).

E/Conséquences de l'irresponsabilité pénale

Antérieurement à 2008, lorsque les experts psychiatres concluaient au cours de l'instruction à une abolition du discernement au moment des faits, la personne ayant commis l'infraction bénéficiait le plus souvent d'une ordonnance de non-lieu.

Si cette circonstance était retenue plus tard lors de la phase de jugement, l'accusé bénéficiait alors d'un « acquittement » ou d'une « relaxe ». Il demeurait pour les victimes et leurs proches un sentiment d'impunité devant le constat d'un arrêt total des poursuites judiciaires et du relais complet pris par la psychiatrie.

C'est pour cela que la loi du 25 février 2008 a instauré une nouvelle procédure intitulée « déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental »(67).

Si le juge d'instruction constate que l'article 122-1 alinéa 1 peut être appliqué, il rendra une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette dernière met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.

Si une audience est tout de même réclamée par le Procureur ou par l'une des parties, la personne mise en examen comparait si son état le permet, devant la Chambre de l'Instruction assistée de son avocat. L'audience est publique et contradictoire. Si l'abolition du discernement est retenue, la Cour rend alors un « arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ». Cela implique qu'il existe des « charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés »(67).

La Chambre de l'Instruction peut aussi décider de renvoyer l'affaire devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises qui pourront décider respectivement d'un jugement de

déclaration d'irresponsabilité pénale et d'un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale si ils retiennent l'abolition du discernement en raison d'un trouble mental.

La décision de la chambre de l'instruction, du tribunal correctionnel et de la cour d'assises peut être accompagnée d'une mesure de sureté, limitée dans le temps (10 ou 20 ans). Cette mesure peut englober toutes sortes d'interdictions : apparaître en certains lieux, s'entretenir avec certains individus, détenir une arme... En cas de non-respect de ces interdictions, une sanction pénale peut être prononcée.

A la suite de la déclaration d'irresponsabilité pénale, la Cour peut ordonner l'hospitalisation en psychiatrie sous le mode de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (SDRE), dans le cas où l'expertise psychiatrique aurait conclu que «les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent gravement atteinte à l'ordre public »(68).

L'irresponsabilité pénale n'entraîne en aucun cas une irresponsabilité civile. La chambre d'instruction peut, si la partie civile le demande, renvoyer l'affaire devant un tribunal civil. Il peut alors être demandé à l'auteur des faits d'indemniser les victimes ou leurs proches, si ils le réclament (dommages et intérêts).

F/ Législation des situations d'emprise

En France, il existe plusieurs lois auxquelles on peut se référer dans les situations d'emprise mentale.

La législation française, qui a évolué et a été enrichie au fil des années, doit trouver un équilibre entre la protection des victimes de manipulation mentale et le respect des principes fondamentaux de liberté individuelle (liberté d'opinion, d'expression, de religion etc.).

Initialement, le Code Pénal de 1994 comprenait un article relatif à l'abus de faiblesse, l'article 313-4 (69): « L'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'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, pour obliger ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 2 500 000 F d'amende. »

Cet article de loi protégeait donc les individus des abus mais à la condition que les victimes présentent une des caractéristiques citées : être mineur, être âgé, malade, handicapé physique ou mental ou enceinte. Par ailleurs, la plupart des plaintes pour abus de faiblesse dans les années 1990 étaient classées sans suite.

Un tournant dans la législation de l'emprise mentale fut la loi du 12 juin 2001, «tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales », aussi appelée loi About-Picard. Proposé initialement par Nicolas About, sénateur, le projet fut présenté devant l'Assemblée Nationale par Catherine Picard, députée socialiste. La loi fut adoptée par le Sénat le 3 mai 2001 puis votée par l'Assemblée Nationale le 30 mai 2001.

Cette loi vient renforcer la législation préexistante, et bien qu'elle cite les mouvements sectaires dans son intitulé, peut être appliquée à toutes les situations d'emprise. En effet, l'article 223-15-2, énoncé ci-dessous, élargit le délit d'abus de faiblesse à une autre situation : « l'abus de faiblesse d'une personne en état de sujétion psychologique » :

Article 223-15-2 du Code Pénal (70) :

Est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'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, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables.

On peut noter que pour apprécier « l'état de sujétion psychologique », le juge aura besoin de faire appel dans la plupart des cas aux experts psychiatres et psychologues.

Les termes «pressions graves et réitérées et des techniques propres à altérer le jugement» englobent toutes les techniques d'emprise mentale, de manipulation, de conditionnement, qui peuvent être employées.

La fin de l'article spécifie que, les conséquences de l'emprise doivent être « gravement préjudiciables » pour la personne. Ce sera au juge de déterminer si les actes ou absences d'acte du fait de l'emprise ont été gravement préjudiciables à la victime.

Cet article peut s'appliquer quasiment à l'ensemble des situations d'emprise mentale étudiées dans notre première partie : emprise au sein du couple, radicalisation religieuse, syndrome de Münchhausen par procuration, et soumission à l'autorité.

Il persiste des situations pour lesquelles il est plus compliqué d'appliquer cette loi. En effet, dans le cas de la folie à deux, l'emprise est installée de manière involontaire par le cas primaire, dont le but n'est pas directement d'abuser du cas secondaire. De la même manière, dans le syndrome de Stockholm, le conditionnement de la victime n'est pas activement recherché par l'agresseur. Enfin, pour le syndrome d'aliénation parentale, les propos du parent aliénant peuvent être tenus devant l'enfant de manière consciente ou inconsciente.

Pour les dérives sectaires, l'article 223-15-2, contient un alinéa (2^{ème} alinéa) spécialement dédié :

Lorsque l'infraction est commise par le dirigeant de fait ou de droit d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 750 000 euros d'amende.

Si on regroupe les deux principes étudiés précédemment, qui sont celui de l'irresponsabilité pénale et celui de la punissabilité de l'instauration d'une relation d'emprise mentale, on peut se questionner sur la responsabilité pénale d'un individu qui aurait commis une infraction en se trouvant sous emprise.

G/ Missions expertales impliquant une relation d'emprise

La loi About-Picard, en créant l'infraction d'abus de faiblesse des personnes en état de sujétion psychologique, a placé l'expertise psychiatrique et psychologique au centre de ces affaires judiciaires. En effet, il appartient à l'expert de déterminer la nature des relations entre les différents protagonistes. Ce dernier doit démontrer l'état de sujétion psychologique de la victime, c'est-à-dire sa dépendance envers l'auteur de l'emprise. Il est aussi demandé à l'expert d'énoncer et d'expliquer les techniques de manipulation mentale

employées (« exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer le jugement »). Enfin il doit mettre en évidence la conséquence néfaste de cette emprise et tisser un lien de cause à effet entre les deux.

Dans ce genre d'affaires, plusieurs expertises peuvent être demandées par le juge, que ce soit l'expertise de l'auteur de l'emprise, de la victime, dans le cadre de la procédure pénale ou civile.

Dans le cadre de la loi About-Picard détaillée ci-dessus, les individus à l'origine d'une relation d'emprise sur une autre personne peuvent être accusés de délit « d'abus de faiblesse ». Le juge d'instruction peut alors demander une expertise psychiatrique de l'accusé, pour déceler l'existence de troubles mentaux ayant pu altérer le discernement. Par exemple, le gourou d'une secte peut être atteint d'un trouble délirant chronicisé, les éléments délirants devenant les bases du groupe sectaire (délire mystique, mégalomane, paranoïaque...). Dans ce cas, il pourra être demandée une application de l'alinéa 1 ou 2 de l'article 122-1 du Code Pénal pour évoquer une abolition ou atténuation du discernement.

De la même manière, la victime de l'emprise peut être expertisée et sa responsabilité pénale évaluée par une expertise.

Par exemple, Gabriel Loison (71), à la tête des organisations « les Jardins de la Vie » puis de « l'Université de la nature et de l'écologie de la relation », qui animait des conférences payantes vantant de nouvelles méthodes d'agriculture. Des séjours au prix fort étaient également proposés, notamment en Espagne, sur des sujets comme l'ésotérisme, la spiritualité ou la médecine traditionnelle. Ces organisations ont été accusées de masquer des dérives sectaires et le gourou Gabriel Loison a été mis en examen en avril 2001 puis jugé pour viols et abus de faiblesse. Sa compagne Julie Baschet, poursuivie pour complicité, a été acquittée après que l'expert ait mis en évidence qu'elle se trouvait sous l'emprise et la contrainte de son compagnon.

L'expert psychiatre a une mission centrale qui est de déterminer les caractéristiques de la relation d'emprise entre deux individus, pour permettre au juge d'appliquer l'article 223-15-2 du Code Pénal. Un ou deux experts différents vont alors examiner l'auteur de l'emprise et la (ou les) victime(s). Son rôle sera de décrire les mécanismes développés pour l'installation de l'état de sujétion psychologique, leur chronologie, leurs conséquences sur la victime. Il pourra également s'appuyer sur les témoignages des

proches de la victime. Par exemple, dans l'affaire de la secte Néo Phare, son dirigeant a été condamné en 2004 pour abus frauduleux de l'état de faiblesse de 4 personnes après le décès d'un des membres du groupe. Cette condamnation qui a été rendue possible grâce à l'expertise psychiatrique qui a démontré l'état d'emprise des adeptes, constitue la première application de la loi About Picard(72). Cette affaire sera détaillée plus tard dans un de nos cas cliniques.

Au civil, l'expert pourra examiner la victime d'emprise mentale dans le cadre d'une demande réparation du préjudice psychique, il devra alors mettre en évidence les conséquences psychiques de la relation d'emprise : états dépressifs, troubles anxieux, état de stress post traumatique. Il est ici important que l'expert puisse connaître l'état antérieur de la personne, notamment ses antécédents psychiatriques et médicaux. Nous pouvons prendre pour exemple l'affaire des reclus de Monflanquin, déjà citée précédemment. Cette famille bourgeoise du Sud-Ouest rencontre en 1999 Thierry T., cet individu qui va progressivement placer onze membres de la famille sous emprise, jusqu'à les isoler dans leur château familial de Monflanquin puis en Angleterre et leur faire dilapider leur fortune. En 2009, un membre de la famille réussit à fuir cette situation et dépose plainte. En octobre 2009, Thierry T. est arrêté et mis en examen pour « escroquerie, extorsion de fonds, abus de faiblesse sur personnes en état de sujétion psychologique ou physique ». Les membres de la famille se constituent partie civile et demandent des dommages et intérêts pour le préjudice matériel et moral. Ils sont expertisés par le psychiatre Daniel Zagury, qui décrit les conséquences de ces années d'emprise psychologique : « paranoïa de groupe, mésestime de soi et de son propre jugement sur le monde, liens familiaux brisés »(5).

Thierry T. sera condamné en novembre 2012 à 8 ans de prison (peine alourdie à 10 ans après l'appel), 4,8 millions d'euros de dommages et intérêts pour le préjudice matériel et 505 000 euros pour le préjudice moral par le tribunal correctionnel de Bordeaux.

En matière de droit de la famille, une expertise des parents et des enfants peut être demandée. Par exemple dans une situation d'aliénation parentale, l'expert recevra séparément l'enfant puis les deux parents à tour de rôle, puis l'enfant avec chacun des parents. L'expert devra alors mettre en évidence des signes d'aliénation : propos disqualifiant l'autre parent tenu devant l'enfant, discours répété par l'enfant, complicité malsaine du parent aliénant avec l'enfant, traité comme son égal, faux souvenirs inculqués

à l'enfant. Il peut également constater des symptômes d'angoisse et de somatisation chez l'enfant : eczéma, migraines, douleurs abdominales...(73)

Le parent aliénant peut répondre à des caractéristiques types, sans que cela soit systématique : « une personnalité narcissique, marquée par une peur de l'abandon, des failles dépressives et une fragilité de l'estime de soi »(73).

Pour le juge aux affaires familiales, l'essentiel est de maintenir le principe de coparentalité : « À l'audience, face à des parents en conflit, face à des syndromes pouvant faire penser à un syndrome d'aliénation parentale, quel que soit son stade, le juge aux affaires familiales se doit d'avoir un discours fort sur la nécessité du rôle de chacun des parents dans l'éducation de l'enfant, sur la coparentalité. Il doit rappeler la loi, mais fermement. Il doit éviter, par ses décisions de favoriser, de cautionner ou de mettre en place la prééminence d'un parent sur l'autre. S'agissant de la résidence des enfants, il doit faire en sorte de ne pas mettre un parent en situation de toute-puissance, parce qu'il a «la garde», c'est à dire qu'il devient le parent du quotidien, «le propriétaire de l'enfant», le parent prépondérant. Le juge doit dire aux parents ce qu'est l'autorité parentale et l'indiquer expressément dans ses décisions. »(73)

Dans un contexte de suspicion de maltraitance par des parents appartenant à un groupe sectaire, une expertise peut être demandée par le juge des enfants, en complément d'une enquête sociale. L'expert devra alors rechercher chez les parents des croyances ou des comportements en rapport avec les règles du groupe pouvant avoir un impact néfaste sur la santé, l'éducation ou le bien-être de l'enfant. Selon les conséquences sur l'enfant, le juge pourra prononcer une aide éducative, voire un placement.

Dans le cadre de plainte concernant les pratiques d'un médecin, une expertise peut être demandée par l'Ordre des Médecins pour évaluer sa capacité à exercer la médecine. Par exemple, dans le cas où un médecin serait adepte d'une dérive sectaire (médecin scientologue ou témoin de Jéhovah par exemple), il convient de déterminer si ses croyances influencent sa pratique de la médecine, s'il propose aux patients les traitements les plus adaptés, conformes aux recommandations et aux données acquises de la science et non pas ceux prônés par la dérive sectaire. Il est également important de chercher une pratique du prosélytisme vis-à-vis des patients. Si certains de ces faits sont retrouvés, l'Ordre des Médecins se réserve le droit de prononcer plusieurs sanctions vues précédemment.

Après avoir étudié les différentes situations expertales impliquant les phénomènes d'emprise, nous allons détailler dans la prochaine partie l'étude menée pour ce travail de thèse.

II/ Enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence

1/Introduction

Comme vu précédemment, les situations d'emprise mentale sont diverses. Alors même qu'il n'y a pas de définition consensuelle et que différents facteurs étiologiques sont évoqués, nous nous sommes questionnés sur l'état des connaissances au sujet de l'emprise mentale des experts judiciaires, ainsi que sur leur point de vue concernant l'existence de facteurs psychopathologiques communs et la responsabilité pénale des victimes d'emprise. Compte tenu du manque de littérature scientifique disponible sur l'emprise mentale et les enjeux médico-légaux (59, 60), nous avons voulu interroger les experts psychiatres et psychologues directement concernés par ces questions.

2/Objectif

Nos objectifs étaient de faire le point sur l'état des connaissances des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence sur le sujet de l'emprise, de connaître la fréquence des situations d'emprise parmi les expertises qu'ils ont eu à prendre en charge et de comparer leurs opinions médico-légales, notamment en termes de discernement.

3/Méthodes

A/ Type d'étude : enquête auprès des experts de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons réalisé entre septembre 2019 et mars 2020 une enquête auprès des experts psychiatres et psychologues de la région, que nous avons questionnés au sujet de l'emprise mentale, des situations d'emprise rencontrées dans leurs expertises et des conséquences que ce phénomène pouvait avoir sur leur discussion médico-légale.

B/ Recrutement de la population

Après s'être procuré la liste des experts éditée en 2019(76) sur le site internet de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence(77), nous avons contacté par email ou par téléphone les psychiatres experts exerçant sur Marseille, en leur demandant s'ils accepteraient de répondre à nos questions pour cette thèse. Nous avons également contacté des experts psychiatres honoraires, ainsi qu'un expert psychologue. Après leur accord, le recueil des réponses s'est fait durant un entretien semi-directif, à l'aide du questionnaire cité en annexe, soit en face à face, soit par téléphone. Les entretiens duraient en moyenne 45 minutes, étaient enregistrés avec un dictaphone avant d'être retranscrits à l'écrit.

C/ Questionnaire

Notre questionnaire, joint en annexe, comporte 4 parties avec un total de 27 questions.

La première partie concerne les caractéristiques démographiques des experts interrogés, leur activité professionnelle principale, leur formation et leur expérience.

La seconde partie questionne les connaissances des experts sur l'emprise mentale et sur un éventuel modèle psychopathologique commun des victimes de l'emprise, qu'ils auraient pu mettre en évidence de par leur expérience.

La troisième partie regroupe les questions au sujet des implications médico-légales de l'emprise, notamment les situations d'emprise rencontrées parmi leurs expertises, ainsi que l'éventualité d'une abolition ou altération du discernement chez les victimes d'emprises accusées d'infractions.

Enfin, la quatrième partie regroupe six mises en situations, des cas d'expertises fictifs pour lesquels l'expert devait essayer de se prononcer sur le discernement ou évoquer la conduite à tenir qu'il préconise.

D/ Analyse des résultats

Pour les questions fermées nous avons présenté les résultats par des pourcentages et diagrammes.

Pour les questions ouvertes, nous avons dégagé des réponses des experts les concepts clefs et avons essayé de regrouper les réponses pour dégager des tendances avec des pourcentages et diagrammes.

A noter que les statistiques ont été faites à partir des réponses des experts psychiatres, les réponses de l'expert psychologue sont citées séparément.

4/Résultats

A/ Caractéristiques de la population interrogée

Sur les 9 experts psychiatres marseillais inscrits sur la liste de la Cour d'Appel sollicités par email ou par téléphone, 5 ont répondu positivement et ont pu être rencontrés. Les 4 autres n'ont pas eu la possibilité de nous recevoir, principalement par manque de temps. Nous avons rencontré également 3 experts psychiatres inscrits sur la liste des experts honoraires, ainsi qu'un expert psychologue. Au total nous avons donc pu interroger 8 experts psychiatres et 1 expert psychologue.

Le tableau 1, présenté plus bas, résume les caractéristiques du panel des 8 experts psychiatres interrogés.

La population était exclusivement masculine (100%), d'âge moyen 65 ans.

Les experts interrogés exerçaient la psychiatrie depuis 37 ans en moyenne.

37,5% d'entre eux exerçaient une activité mixte au moment de l'enquête, 25% une activité libérale exclusive, 12,5% une activité hospitalière exclusive. Parmi eux se trouvent un professeur universitaire, et trois chefs de service. Un des experts interrogés a été par le passé à la tête du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) de l'établissement pénitentiaire des Baumettes.

Deux d'entre eux (25%) étaient retraités et continuaient à réaliser des expertises honoraires.

Leur orientation était plutôt d'inspiration psychanalytique (37,5%).

La majorité ont répondu par l'affirmative à la question de la formation d'expertise (75%).

Un seul avait suivi des formations universitaires (certificat de médecine légale) et 37,5% ont cité la formation continue recommandée pour être inscrit sur la liste de la Cour d'Appel : en effet, l'UCECAAP (Union des Compagnies d'Expert auprès de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence) propose des formations générales non axées sur la psychiatrie à tous

les experts déjà inscrits ou souhaitant être inscrit sur la liste. Aucun des experts interrogés n'avaient suivi de formation de droit.

Les psychiatres interrogés réalisent en moyenne 256 expertises par an, deux des experts n'ont pas su estimer ce chiffre et deux autres n'en ont plus accepté lors de la dernière année (experts honoraires).

L'expert psychologue interrogée présente les caractéristiques suivantes : une femme de 67 ans, expert depuis 37 ans, travaillant actuellement en libéral, d'orientation psychanalytique et phénoménologique. Elle réalisait environ 200 expertises par an, mais actuellement n'est plus inscrite sur la liste depuis 5 ans.

Tableau 1 : Population interrogée (experts psychiatres)

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Sexe		
Hommes	8	100%
Femmes	0	0%
Orientation		
analytique	4	37,5%
cognitivo-comportementale	1	12,5%
phénoménologique	2	12,5%
neurobiologique	2	25%
généraliste	3	37,5%
Lieu d'exercice		
hospitalier	1	12,25%
libéral	2	25%
mixte	3	37,5%
retraité	2	25%
Formation d'expertise		
OUI	6	75%
NON	2	25%

B/ Connaissances et expériences de l'emprise mentale et de ses origines

A la question sur la définition de l'emprise, certains termes sont retrouvés à plusieurs reprises dans les réponses : le mot « influence » dans 3 réponses (37,5%), l'adjectif « vulnérable » dans 2 réponses (25%). Dans toutes les réponses il est question d'un « rapport » entre deux personnes, une notion de dualité qui oppose l'auteur et la victime de l'emprise. On peut citer les extraits de réponses suivants : « relation asymétrique entre deux personnalités », « subjugation d'une personnalité dépendante par une autre », « l'induction de comportement de quelqu'un par un autre », « relation interpersonnelle, déséquilibrée, non égalitaire ». Le vocabulaire employé pour définir

l'action de l'emprise s'inscrit dans le champ d'une action volontaire, réfléchie : « mettre en place », « subjugation », « induction », « exercer ».

100% des experts ont répondu que l'emprise mentale n'était pas une pathologie psychiatrique à proprement dite. Trois d'entre eux ont précisé que leur réponse venait du fait que le phénomène d'emprise n'était pas retrouvé dans les classifications officielles (DSM, CIM, pathologies de l'axe I ou II). Certains ont précisé qu'il s'agissait pour eux plutôt d'« une association de personnalités pathologiques, dans le cadre des troubles de la personnalité ». Deux experts ont répondu que le champ concerné était plutôt celui de la psychologie ou de la psychopathologie, plutôt que celui de la psychiatrie.

L'ensemble des experts psychiatres ont répondu avoir déjà rencontré des victimes d'emprise dans le cadre de leur activité expertale et 62,5% dans le cadre des soins. Pour l'estimation du nombre, peu ont été en capacité de citer un chiffre précis, mais tous ont signifié que cela demeurerait relativement rare. Seul un expert a pu estimer « moins de 5 cas par an ». A noter que l'expert psychologue a également répondu avoir rencontré à plusieurs reprises des victimes d'emprise, que ce soit dans le cadre des expertises psychologiques ou celui des soins.

A l'évocation des situations d'emprise mentale, 37,5% des experts psychiatres ont spontanément cité en premier lieu l'emprise au sein du couple, ainsi que l'emprise à l'égard des enfants (37,5%) puis de l'escroquerie (12,5%). L'expert psychologue a cité elle aussi l'emprise au sein du couple, l'escroquerie, ainsi que l'emprise sectaire.

Nous avons ensuite détaillé les différentes situations d'emprise dont il est question dans cette thèse, en leur demandant si ces situations correspondaient à de l'emprise selon eux, et si ces situations avaient déjà été rencontrées, dans le cadre des soins ou des expertises. La totalité des experts psychiatres considérait les dérives sectaires comme une forme d'emprise et 87,5% disaient avoir déjà rencontré des adeptes de sectes.

Tous les experts psychiatres étaient également d'accord pour considérer certaines conjugopathies comme de l'emprise. Ils décrivent ces situations comme très fréquentes, ils ont d'ailleurs tous répondu avoir déjà rencontré des hommes ou femmes victimes d'emprise dans leur couple.

Pour la radicalisation religieuse, les avis des experts étaient plus partagés : 25% des experts ne considèrent pas que cela s'apparente à une forme d'emprise. Ils sont 62,5% d'entre eux à avoir déjà reçu des personnes radicalisées dans leur parcours professionnel.

Un des experts qui ne considérait pas la radicalisation comme de l'emprise a justifié sa position par l'argument suivant : : « Je ne crois pas que ça soit une forme d'emprise, plutôt une protection. Beaucoup de gens se sentent contenus une fois radicalisés et deviendraient totalement fous ou très tristes sans cela. ».

Au sujet du syndrome de Münchhausen par procuration, il s'avère qu'il reste très rare, en effet, seuls 25% des experts questionnés l'aurait déjà rencontré dans leur pratique. Ils sont 87,5% à considérer ce syndrome comme une forme d'emprise.

Le syndrome d'aliénation parentale est assimilé à de l'emprise du parent sur l'enfant par 75% des psychiatres interrogés. Les experts qui ont répondu que cela n'était pas un phénomène d'emprise ont pu expliquer que leur pratique et leur expérience leur laissaient penser qu'il s'agissait toujours d'allégations de l'autre parent, plutôt qu'un diagnostic avéré. D'autres experts ont précisé dans leur réponse que bien que ce syndrome ne devrait pas être nié, il fallait être prudent pour distinguer les situations d'aliénation des fausses accusations. 75% des experts auraient déjà eu à gérer une situation d'aliénation parentale au cours de leur carrière.

Pour le syndrome de Stockholm, les experts ont répondu à l'unanimité qu'il s'agissait bien d'une relation d'emprise. Ils ont tous précisé que ces situations restaient extrêmement rares, et d'ailleurs aucun d'entre eux n'en a rencontré dans la pratique.

Enfin, la folie à deux ne représente une situation d'emprise que pour 62,25% des experts, alors qu'ils sont 75% à avoir reçu des patients pris dans ce schéma pathologique. Parmi les 62,25%, un expert tient à préciser que dans ce cas-là, l'emprise est exercée de manière « involontaire » de la part du sujet primaire. Les 3 experts estimant que ce n'est pas de l'emprise, considèrent que le sujet secondaire est lui aussi atteint d'un trouble psychotique qui n'est que décompensé et révélé par le sujet primaire.

L'expert psychologue, quant à elle, apparentait toutes les situations citées précédemment au phénomène d'emprise, malgré le fait qu'elle ne les ait pas toutes rencontrées au sein de sa pratique.

A la fin de l'énonciation de ces situations, nous demandions aux experts si d'autres situations d'emprise avait été omises. Il a été cité : « l'emprise via les réseaux sociaux, le cyber-bullying », « l'emprise dans le cadre professionnel, la soumission vis-à-vis de la hiérarchie », « l'emprise du gouvernement sur les citoyens » et « l'emprise du psychiatre sur le patient et du patient sur le psychiatre ».

La question suivante portait sur les éventuelles pathologies psychiatriques retrouvées chez les victimes d'emprise rencontrées. 25% des experts psychiatres ont cité les troubles de la personnalité et 37,5% les troubles anxio-dépressifs (parmi eux, 2/3 les considérant comme conséquences de la relation d'emprise). Les troubles cognitifs ont été cités par 37,5% des experts, parmi eux 1/3 ont cité la démence au sens pathologie neurodégénérative et 2/3 les retards mentaux. Un expert seulement a déclaré qu'il avait souvent retrouvé des antécédents de violences dans l'enfance chez les adultes victimes d'emprise. L'expert psychologue a elle répondu qu'elle avait retrouvé chez les victimes d'emprise des « vulnérabilités, comme tout le monde en a ».

Concernant un noyau psychopathologique commun, 37,5% des experts mentionnent des « troubles de la personnalité », 50% citent le terme « dépendance » (« personnalité dépendante », « dépendance affective »). Un des experts mentionne l'existence de « trouble de l'attachement » au cours de l'enfance des patients victimes d'emprise.

Nous pouvons regrouper également ici les réponses apportées aux questions 10 et 11 (facteurs de risque, ce qui a rendu possible l'emprise). 50% des experts ont répondu que le « contexte » tenait une place primordiale pour permettre l'installation de l'emprise, notamment « l'isolement social ».

Nous demandions ensuite aux experts si des différences cliniques ont été constatées entre les patients enfants et adultes. 25% n'ont pas pu répondre car ne reçoivent pas d'enfants. 12,5% ont répondu qu'ils n'avaient pas constaté de différence. Les 62,5% restants décrivaient des différences entre victimes enfants et adultes. La raison la plus fréquemment évoquée est qu'un enfant est plus vulnérable de fait : « les enfants sont moins bien armés », « Un enfant est plus facile à manipuler », « les enfants sont plus suggestibles ».

62,5% n'ont pas retrouvé de différence entre les patients hommes et femmes. Les trois experts psychiatres ayant répondu positivement décrivent des disparités cliniques qu'ils attribuent soit au « statut social », soit aux caractéristiques de la personnalité liées, selon eux, au genre : « les femmes ont plus d'empathie, plus de capacité à se remettre en question, ce qui favorise la relation d'emprise ».

L'expert psychologue, quant à elle, ne retrouvait aucune différence entre les victimes enfants/adultes ni hommes/femmes.

La question numéro 9 était une question ouverte à laquelle les experts devaient répondre en énonçant une situation d'emprise marquante rencontrée dans leur pratique.

Seul un d'entre eux n'a pas pu répondre. Parmi les répondants, 57,1% ont cité un cas d'emprise au sein du couple, soit dans un contexte de violences conjugales (42,9%) soit dans un contexte d'escroqueries via les sites de rencontre (14,3%), notamment un cas de femme qui envoie d'importantes sommes d'argent à un homme rencontré sur internet. Un expert a cité une situation d'emprise financière sur une personne âgée de la part d'un soignant de la maison de retraite dans laquelle elle réside. Un autre a été marqué par une situation de folie à 2 entre un fils schizophrène et sa mère, adhérente à son délire de grandeur de thème mystique.

L'expert psychologue a elle aussi cité un cas d'emprise au sein du couple, avec escroquerie à la clef.

L'intégralité du panel d'experts a répondu qu'il était nécessaire de prendre en charge les victimes d'emprise mentale. Un seul a précisé que la prise en charge était indiquée seulement devant le constat d'une symptomatologie résultante. 25% ont précisé que la prise en charge devait être initiée seulement si le patient est en demande. 87,5% pensent qu'une prise en charge psychothérapeutique reste la meilleure option. 37,5% ont précisé que la prise en charge doit être globale comprenant notamment un versant social (aide pour changer de logement par exemple).

Tableau 2 : Expériences des situations d'emprise

	Effectifs	Pourcentage
Emprise mentale considérée comme une pathologie psychiatrique		
OUI	0	0%
NON	8	100%
Rencontre avec victime d'emprise		
Dans le cadre des soins	5	62,5%
Dans le cadre expertal	8	100%
Situations d'emprise rencontrées		
Dérive sectaire	7	87,5 %
Emprise au sein du couple	8	100%
Radicalisation religieuse	5	62,5 %
Syndrome de Münchhausen par procuration	2	25%
Syndrome d'aliénation parentale	6	75%
Syndrome de Stockholm	0	0%
Folie à deux	6	75%
Noyau psychopathologique commun		
OUI	6	75%
-trouble de la personnalité de type dépendante	2	25%
-trouble anxio-dépressif	3	37,5%
-trouble cognitif	3	37,5%
NON	2	25%
Différences constatées entre victimes enfants et adultes		
OUI	5	62,5%
NON	1	12,5%
ne sait pas	2	25%
Différences constatées entre victimes hommes et femmes		
OUI	3	37,5%
NON	5	62,5%

	Effectifs	Pourcentage
Proposition de prise en charge aux victimes d'emprise		
OUI	8	100%
psychothérapeutique	7	87,5%
médico-sociale	3	37,5%
NON	0	0%

C/ Implications médico-légales

Tous les experts ont répondu avoir déjà rencontré une victime d'emprise dans une ou plusieurs de leurs missions expertales. Nous avons souhaité savoir dans quel cadre précis. L'ensemble du panel d'experts a déjà eu à expertiser une victime d'emprise lors d'une procédure civile (62,5% dans le cadre d'une demande de dommages et intérêts, 50% lors d'un examen pour une mise sous protection, 62,5% lors d'une expertise demandée par le juge des enfants et 62,5% lors d'une expertise demandée par le juge aux affaires familiales), mais seulement 75% lors d'une procédure pénale.

A noter une précision pour les demandes d'expertises par le juge des tutelles : un des experts a détaillé que la demande de tutelle pouvait être abusive de la part de l'auteur de l'emprise ou au contraire dans un but de protection à la demande des proches de la victime qui s'étaient aperçus de l'emprise.

Nous avons ensuite demandé aux experts ayant reçu des victimes d'emprises en mission expertale pénale de préciser les chefs d'accusations. 25% citent des accusations de meurtre, 37,5% mentionnent des agressions, violences ou maltraitances et 12,5% du trafic de stupéfiants.

Le tableau 3, ci-dessous, présente ces résultats.

L'expert psychologue a répondu avoir déjà rencontré des victimes d'emprise au pénal, ainsi qu'au civil, dans le cadre d'expertises demandées par le juge aux affaires familiales et par le juge des enfants principalement.

Tableau 3 : Cadre des expertises des victimes d'emprise

	Effectifs	Pourcentage
Cadre judiciaire		
PENAL	6	75%
CIVIL	8	100%
-Réparation du préjudice	5	62,5%
-Juge des enfants	5	62,5%
-Juge aux Affaires Familiales	5	62,5%
-Juge des Tutelles	4	50%
Chefs d'accusations au pénal		
Meurtre, assassinat	2	25%
Violences, agressions, maltraitances	3	37,5%
Trafic de stupéfiants	1	12,5%

A la question 16, tous les experts psychiatres nous ont répondu que les missions expertales étaient classiquement composées de questions stéréotypées. Seulement 37,5% ont déclaré avoir constaté une question spécifique au sujet de l'emprise, notamment sur la « suggestibilité » de la personne, la question était alors rajoutée en annexe à la suite des questions types. L'expert psychologue nous a également répondu que les questions de l'expertise psychologique étaient systématiquement des questions types, sur la personnalité du sujet, sans question spécifique.

Les questions de 17 à 20 peuvent être analysées ensemble : nous demandions aux experts psychiatres si selon eux les personnes étaient responsables des actes commis alors même qu'elles se trouvaient sous emprise et si elles bénéficiaient de leur plein discernement. Ensuite, nous demandions aux experts s'ils avaient déjà évoqué une abolition (article 122-1 alinéa 1) ou une altération (alinéa 2) du discernement pour des personnes sous emprise et auquel cas, si le tribunal avait suivi l'avis de leur expertise. 85,7% des experts ayant déjà expertisé une victime d'emprise dans le cadre pénal estiment que cet individu n'était pas en possession de son plein discernement. Les autres 14,3% ont argumenté que le fait d'être « influencé » n'avait pas d'impact sur le discernement qui est « quelque chose qui nous appartient ».

Aucun des experts n'avait déjà évoqué une abolition du discernement selon les termes de l'alinéa 1 de l'article 122-1, qui pour eux reste réservée aux psychoses essentiellement.

En revanche, 71,4% des répondants ont déjà évoqué une altération du discernement (alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal). Plusieurs d'entre eux ont précisé que l'emprise pouvait être considérée comme une « circonstance atténuante », et entraîner par exemple une réduction de la peine. 28,6% n'avait jamais proposé ni altération ni abolition du discernement.

60% des répondants ont signifié que la cour suivait la plupart du temps l'avis donné dans l'expertise, deux experts ont expliqué qu'ils ne sont pas automatiquement mis au courant du verdict.

L'expert psychologue a précisé que l'avis de l'expertise était davantage suivi au tribunal correctionnel en comparaison aux procès d'assises. Elle décrit notamment des différences entre les magistrats et les jurés : « Il est plus facile de convaincre les magistrats que les jurés. Les magistrats sont mieux formés à la notion d'emprise. Les jurés ont des représentations plus ancrées ».

Concernant la dernière question de la seconde partie, 62,5% des experts pensent que la législation ne devrait pas être modifiée, qu'ils jugent « suffisante ». 37,5% pensent que la notion d'emprise mentale devrait être intégrée au code pénal. Deux experts psychiatres ont précisé que, sans modifier la loi, il serait pertinent que les magistrats soient davantage imprégnés et formés au phénomène d'emprise mentale pour pouvoir mieux comprendre certaines situations.

L'expert psychologue considère que la législation actuelle est suffisante mais qu'il persiste des difficultés à faire entendre et comprendre le phénomène d'emprise aux magistrats ainsi qu'aux jurés.

Ci-dessous, ces résultats présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Emprise et discernement

	Effectifs	Pourcentage
Victimes d'emprises sont-elles en possession de leur entière capacité de discernement ?		
OUI	1	14,3%
NON	6	85,7%
Article 122-1 déjà évoqué pour situation d'emprise mentale ?		
Alinéa 1	0	0%
Alinéa 2	5	71,4%
Ni l'un ni l'autre	2	28,6%
Législation sur l'emprise suffisante		
OUI	5	62,5%
NON	3	37,5%

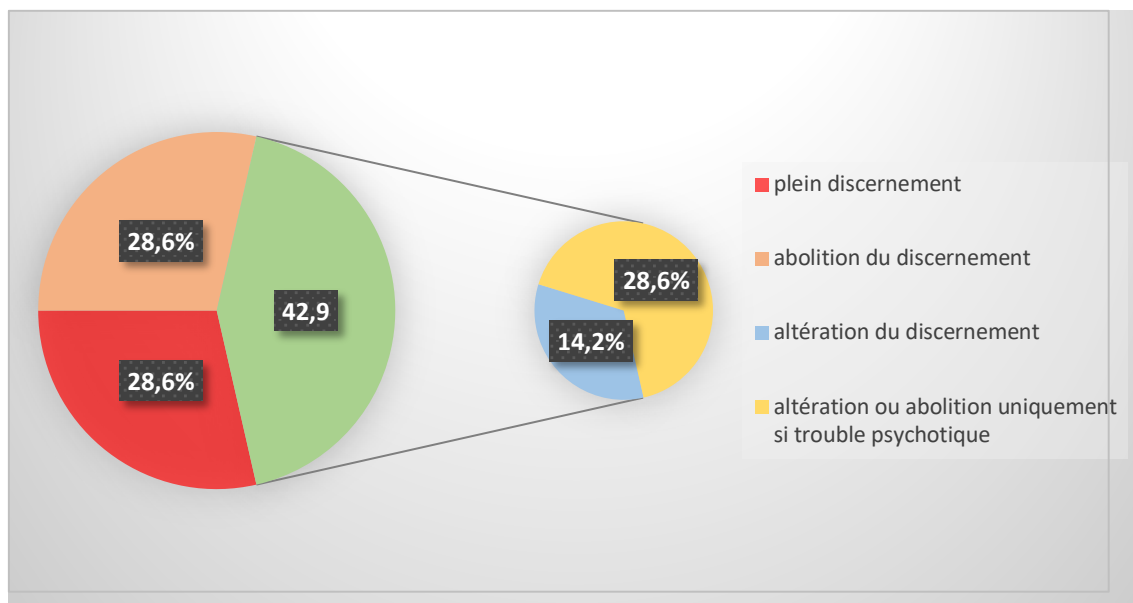
D/ Mises en situations

Nous avons enfin énoncé 6 situations différentes et demandé aux experts quelle aurait été leur réflexion médico-légale et notamment leur conclusion sur le discernement de l'individu.

La première situation était celle de parents adeptes d'une secte, accusés d'infanticide après le décès de leur enfant par défaut de soins, pour respecter la doctrine de la secte. 28,6% des experts psychiatres répondants ont évoqué l'abolition du discernement du fait de l'emprise sectaire et donc l'irresponsabilité pénale. Pour l'un d'entre eux : « le vrai responsable serait ici le gourou, les parents peuvent être accusés non pas d'assassinat mais de négligence éducative ». 3 experts psychiatres soit 42,9% du panel évoquent l'altération du discernement dont 2 d'entre eux (28,6%) pour lesquels l'abolition du discernement serait également envisageable mais uniquement dans le cas où la victime serait atteinte d'un trouble psychotique. Enfin pour 28,6%, les accusés sont pénalement responsables de leurs actes. Une des justifications avancées est la suivante : « ils sont responsables car ils n'auront pas été capables d'écouter les critiques et les mises en gardes de l'extérieur ».

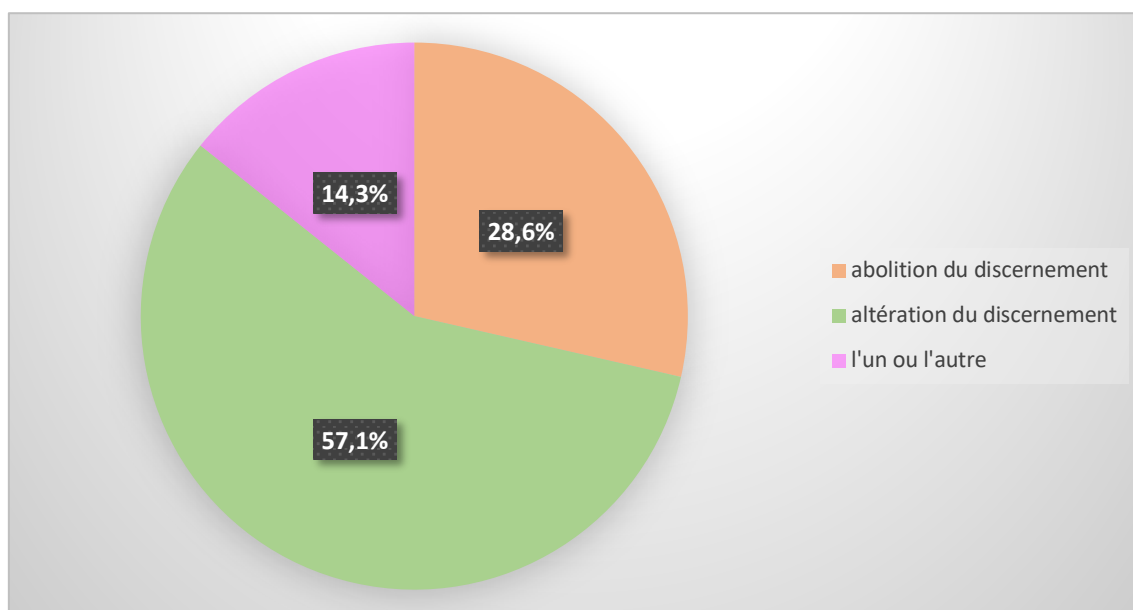
Le diagramme A ci-dessous résume les résultats retrouvés.

Diagramme A : Conclusion sur le discernement de parents membres d'une dérive sectaire accusés d'infanticide



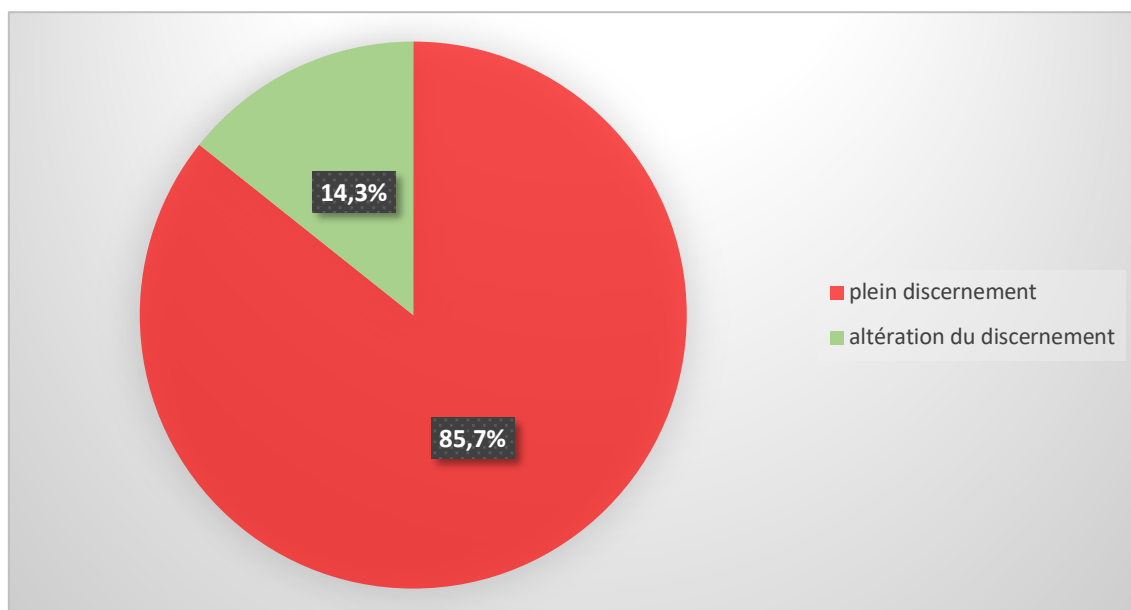
La seconde mise en situation était celle d'un cas de folie à deux, où le sujet secondaire commettait un homicide, sous-tendu par le délire induit par le sujet primaire. Il était précisé que le sujet n'est plus délirant au moment de l'évaluation après avoir été séparé du sujet primaire. 57,1% des répondants auraient évoqué l'altération du discernement dans cette situation, et 28,6% l'abolition du discernement. Un des experts a déclaré que l'article 122-1 serait adapté mais qu'il dépendait de la profondeur et des conséquences du délire induit pour choisir entre l'alinéa 1 ou 2, donc entre abolition et altération du discernement.

Diagramme B : Conclusion sur le discernement du sujet secondaire dans une folie à deux



La troisième question traitait d'un cas d'une personne radicalisée auteur d'une tentative d'homicide sous-tendu par la doctrine religieuse. Nous demandions aux experts si pour eux la radicalisation religieuse pouvait être une cause d'abolition ou d'altération du discernement. Pour 85,7% des répondants, la réponse est non, avec deux experts qui ont précisé « sauf si l'individu est atteint d'une pathologie psychotique sous-jacente ». Pour 14,3% des répondants, il serait envisageable d'évoquer l'altération du discernement dans cette situation.

Diagramme C : Conclusion sur le discernement d'un individu radicalisé religieusement



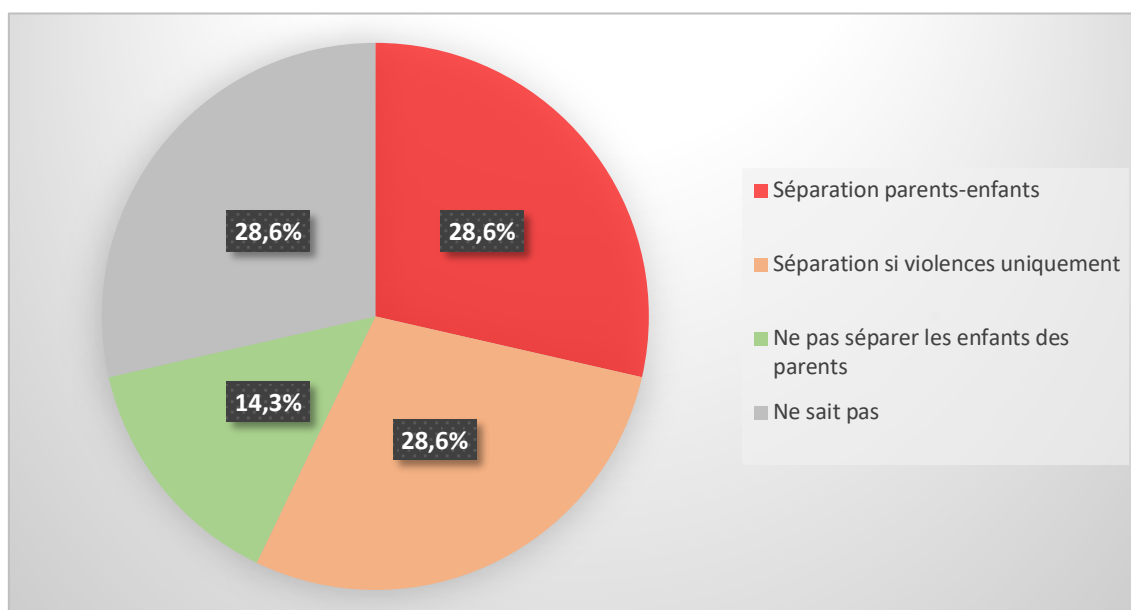
Le quatrième cas était un syndrome d'aliénation parentale constaté dans une expertise demandée par le juge aux affaires familiales, les experts devaient décrire leurs préconisations dans cette situation. Tout d'abord, 42,9% des experts ont répondu qu'il était essentiel de décrire précisément la situation dans le rapport d'expertise, ainsi que les conséquences possibles sur l'enfant, pour que le juge puisse prendre les mesures qu'il estime nécessaires. 28,6% préconisent que l'enfant soit confié à l'autre parent, 14,3% conseillent des mesures d'aide éducatives comme une AEMO (action éducative en milieu ouvert). 42,9% des répondants ont cité le placement de l'enfant en foyer ou en famille d'accueil, si les mesures précédentes n'aboutissaient pas à une amélioration de la situation. A noter que 2 experts n'ont pas répondu à la question, estimant « ne jamais pouvoir affirmer ce diagnostic avec certitude ».

Tableau 5 : Proposition de conduite à tenir en cas de suspicion d'aliénation parentale

	Pourcentages
Séparation avec le parent aliénant	
-Confier l'enfant à l'autre parent	28,6%
-Placement en dernier recours	42,9%
Mesures éducatives	14,3%
Avertir le juge du danger	42,9%
Ne sait pas	28,6%

Le cinquième cas décrivait l'expertise, demandée dans le cadre d'une mission d'assistance éducative, d'un enfant élevé par ses parents tous deux membres d'une dérive sectaire. Plus de la moitié des experts (57,1%) ont évoqué la nécessité de séparation, de mise à distance entre les parents et l'enfant. Parmi eux, 28,6% ont précisé que cette mise à distance ne devait être proposée qu'en cas de violences ou de négligences constatées. La réponse d'un des experts a été construite sur l'importance de ne pas séparer l'enfant des parents, malgré leur appartenance à la dérive sectaire : « il est essentiel de maintenir le lien parents-enfant le plus possible ».

Diagramme D : Proposition de conduite à tenir en cas de parents élevant leur enfant au sein d'un groupe sectaire



Le dernier cas était celui de l'expertise d'un médecin membre d'une dérive sectaire, expertisé à la demande du Conseil de l'Ordre. 85,7% des experts répondants pensent que ce médecin ne devrait pas exercer la médecine. Parmi eux, 42,9% spécifient qu'ils demanderaient à l'Ordre de prononcer une interdiction provisoire d'exercer. Un d'entre eux précise que le danger apparaît en cas de refus de prescription de certains actes ou traitements contraires à la doctrine de la secte, par exemple, l'interdiction de la transfusion chez les témoins de Jéhovah. A noter que plusieurs experts ont précisé qu'une interdiction définitive d'exercer était prononcée de façon extrêmement rare du fait que le Conseil de l'Ordre se montrait assez « clément » et « tolérant » à l'égard des praticiens.

5/Discussion

A/ Principaux résultats

Les réponses à ce questionnaire nous permettent d'isoler quelques résultats principaux. Tout d'abord, nous constatons que tous les experts ont déjà été confrontés à des situations d'emprise mentale, et que aucun d'entre eux ne considère l'emprise mentale comme une pathologie psychiatrique en tant que telle.

Le phénomène d'emprise est plus ou moins fréquemment rencontré par les experts selon les situations, avec une prédominance des situations d'emprise au sein du couple. Les situations comme les syndromes de Münchhausen et de Stockholm restent très rares et peu rencontrées dans la pratique des experts.

Alors que les experts étaient plutôt unanimes pour considérer les dérives sectaires, les violences conjugales ainsi que les syndromes de Stockholm et de Münchhausen comme de l'emprise ; leurs avis étaient beaucoup plus partagés concernant la radicalisation religieuse, le syndrome d'aliénation parentale et la folie à deux, que plusieurs experts n'assimilent pas à des situations d'emprise.

Les experts ont été en capacité de définir le phénomène d'emprise en donnant des définitions concordantes avec celles retrouvées dans la littérature et la plupart d'entre eux semblent penser qu'il existe certaines prédispositions à l'emprise, notamment les troubles de l'attachement ou les troubles de la personnalité de type dépendante. Tous étaient en accord sur la nécessité de prise en charge, plutôt sur un versant psychothérapeutique.

Alors que la majorité des experts notent des différences dans la clinique de l'emprise entre les victimes enfants et adultes, ils étaient seulement une minorité à différencier les victimes hommes/femmes.

Tous avaient déjà expertisé des victimes d'emprise mentale, davantage dans le cadre de procédure civile que pénale.

La quasi-totalité des experts était d'accord sur le fait que les victimes d'emprise ne bénéficient pas de leur plein discernement lors de la réalisation de leurs actes.

De prime abord, sans préciser une situation précise, mais seulement l'emprise en général, aucun expert n'a évoqué l'abolition du discernement, mais une majorité a évoqué une possible altération du discernement. La plupart des experts considèrent que la législation actuelle de l'emprise est suffisante et qu'elle ne doit pas être modifiée.

Pour les mises en situations, les deux situations pour lesquelles les experts ont le plus évoqué une abolition ou altération du discernement étaient la dérive sectaire et la folie à deux. Pour la radicalisation religieuse, la majorité ont répondu que la personne bénéficiait de son plein discernement au moment des faits.

B/Population

Bien que le nombre d'experts interrogés soit assez restreint, les caractéristiques de la population semblent être représentatives de celles retrouvées dans les données de la littérature(63, 75). En effet, la population d'experts psychiatres était exclusivement masculine, exerçant principalement en libéral ou en activité mixte, avec un important nombre d'années d'expérience. La plupart d'entre eux étaient à la fin de leur carrière, après avoir exercé dans des lieux variés (CHU, SMPR...). Le nombre limité d'experts répondants symbolise également le non renouvellement des experts ces dernières années. En 2013, l'Association nationale des psychiatres experts judiciaires décrivait une diminution du nombre d'experts psychiatres de plus de 800 à environ 500 inscrits sur les listes des cours d'appel (79). Le fait que seulement 8 psychiatres sur les 12 inscrits sur la liste aient répondu est représentatif du manque de disponibilité des experts, pris entre leurs missions expertales très chronophages et leur activité clinique. On voit aussi le recours des juridictions aux experts honoraires, certains d'entre eux ayant arrêté toute activité clinique pour ne réaliser plus qu'une activité expertale. Ils ont tous en effet une

grande expérience expertale avec plusieurs centaines d'expertises réalisées par an. Peu d'entre eux ont bénéficié de formation complémentaire, en criminologie par exemple, mais la plupart ont pu suivre les formations continues proposées annuellement, qui permettent de maintenir à jour leurs connaissances médico-légales. A noter que ces formations continues ne sont pas individualisées selon la spécialité des experts. En effet les experts comptables, médecins généralistes, psychiatres ou experts dans le domaine du bâtiment, reçoivent les mêmes formations.

On peut noter que plus d'un tiers d'entre eux étaient d'orientation psychanalytiques, donnée qui pourra être mise en parallèle par la suite avec les hypothèses étiopathologiques de l'emprise.

C/ Discussion des résultats

a) Connaissances sur l'emprise mentale

Bien que nous n'ayons pas de définition de "référence" pour l'emprise mentale, nous avons détaillé dans notre première partie plusieurs définitions proposées par différents auteurs. Les définitions proposées par les experts sont plutôt concordantes, ils décrivent une relation, un rapport entre deux individus, l'un ayant pour but d'induire une pensée ou un comportement chez l'autre. Ils ont appuyé la notion d' « asymétrie » entre les deux personnes, comme pour marquer l'opposition entre une personnalité « forte » et une personnalité « faible ».

Aucun des experts n'a considéré que l'emprise pouvait être une pathologie psychiatrique, le phénomène n'est pas inhérent à uniquement un individu mais bien à sa rencontre avec un autre. Il a été précisé que, plutôt d'un trouble à part entière, le phénomène d'emprise pourrait être appréhendé comme la rencontre entre deux personnalités pathologiques. Parmi les troubles mentaux pouvant créer un terrain propice à l'emprise, les pathologies citées concordent avec les hypothèses de certains auteurs, comme les troubles de la personnalité cités par J. M Abgrall(9). Les troubles du registre anxio-dépressif peuvent être interprétés soit comme un facteur favorisant l'emprise (cf. l'étude de J. C Maes(10) sur les adeptes de sectes recrutés dans des périodes de deuils) ou soit comme le résultat de la relation d'emprise à long terme, ou après en être sorti.

Les troubles cognitifs ont été cités comme trouble favorisant par les experts, basés sur la plus grande vulnérabilité des personnes présentant des retards mentaux ou des troubles neurodégénératifs liés à l'âge. Sans nier la fragilité de ces personnes, il ne faut pas non plus considérer que l'emprise serait impossible chez des personnes indemnes de ces pathologies. Les troubles de l'attachement dans l'enfance qui ont été évoqués peuvent eux faire écho aux hypothèses analytiques sur l'origine de la relation d'emprise(8).

Quelques-uns des experts n'avaient pas retrouvé de pathologies particulières, et n'avaient cité que des « vulnérabilités » sans caractère pathologique. Ces derniers avaient également mis l'accent sur l'importance du contexte et de l'environnement de la personne à un moment précis, ce qui correspond à l'idée finale de J. C Maes après son étude sur les adeptes de sectes : « (...)ni bête, ni fou, ni faible. Tout au plus affaibli, par une crise identitaire»(10).

b) Expérience des situations d'emprise

Tous les experts ont témoigné avoir déjà rencontré des victimes d'emprises mais la plupart ont signifié que cela restait assez rare, ce qui est contradictoire avec les données retrouvées notamment pour les situations d'emprise au sein du couple. En effet, en 2015, 12,7 % des femmes et 10,5 % des hommes avaient déclaré avoir subi durant les deux années précédentes des atteintes psychologiques ou des agressions verbales de la part de leur conjoint (80). On peut noter que les situations d'emprise au sein de la sphère familiale restent quand même celles qui ont été le plus citées spontanément, notamment emprise entre conjoints et entre parents-enfants, ce qui est donc concordant avec les données de la littérature.

La plupart des situations cités ont été considérées comme de l'emprise par notre panel d'experts. Toutefois, certaines situations ont été plus discutées. Ainsi, la radicalisation religieuse, le syndrome d'aliénation parentale et la folie à deux ont divisé les experts.

Au sujet de la radicalisation religieuse, une des réponses des experts semble aller dans le sens d'une forme de protection pour des individus fragilisés par des pathologies sous-jacentes. On peut voir ici un parallèle avec l'hypothèse de J. M. Abgrall sur la surreprésentation de personnalités types schizoïdes au sein des groupes sectaires(9), ces

milieux pouvant exprimer une sorte de tolérance vis-à-vis des symptômes qui seraient davantage remarqués au sein de la société.

Pour le syndrome d'aliénation parentale, les différents avis sont superposables à ceux retrouvés dans la littérature, puisqu'un des experts a remis en cause l'existence de ce diagnostic, et d'autres ont évoqué des mises en gardes concernant les fausses allégations d'aliénation. On retrouve notamment les arguments cités par les détracteurs du SAP(81) : que ce diagnostic est souvent allégué par l'autre parent pour faire le flou sur des négligences ou des maltraitances de sa part.

Le cas de la folie à deux a divisé les experts pour d'autres raisons. Comme vu précédemment, plusieurs polémiques ont vu le jour lors du constat du retrait du diagnostic de « trouble psychotique partagé » dans le DSM V. Ici, les experts ayant nié une relation d'emprise entre les deux sujets argumentent que le contenu délirant exprimé par le sujet secondaire n'est possible qu'en cas de trouble psychotique évoluant à bas bruit chez ce dernier, simplement décompensé et révélé par l'évolution à proximité du sujet primaire : « Il s'agit de deux personnes psychotiques, simplement une avec un délire plus bruyant que l'autre ».

D'autres situations d'emprise ont été citées spontanément par les experts sans être proposées dans le questionnaire, par exemple le harcèlement via les réseaux sociaux ou dans le cadre professionnel ou encore « l'emprise du gouvernement sur les citoyens » et « l'emprise du psychiatre sur le patient et du patient sur le psychiatre ».

Les situations de harcèlement notamment dans le cadre scolaire n'ont pas été abordées dans le cadre de cette thèse mais elles s'apparentent à des relations d'emprise mentale lorsque certains jeunes sont poussés à agir contre leur gré, dans un but d'appartenance sociale. Pour les relations d'emprise dans le milieu du travail ou de la part du gouvernement, elles peuvent s'apparenter à la soumission à l'autorité étudiée précédemment. Enfin, l'emprise du psychiatre sur son patient rappelle l'expression « abus de transfert » employée par Daniel Zagury(5).

La plupart des experts interrogés ont décrit des différences entre les victimes d'emprise enfants et adultes. Leurs réponses sont superposables avec les données trouvées dans la littérature, selon lesquelles un enfant serait plus suggestible qu'un adulte, cette suggestibilité serait notamment influencée par la créativité de l'enfant, le niveau cognitif en fonction de l'âge et les capacités linguistiques(82).

Concernant les disparités hommes/femmes face à l'emprise mentale, la minorité d'experts les ayant constaté les décrivent comme en lien avec le « statut social » de la femme dans la société. Si on prend l'exemple de l'emprise au sein du couple, les chiffres montrent une différence du simple au double entre les violences faites aux hommes et aux femmes par leur conjoint. L'enquête réalisée en 2007 par l'Insee retrouvait en effet que « 3 % des femmes de 18-59 ans ont subi en 2005-2006 des violences physiques de la part d'un membre du ménage contre 1,6 % des hommes »(83). Autrement dit, les hommes violentés représenteraient 35 % des personnes subissant des violences de la part de leur conjoint. Mais il est facile de supposer que ces chiffres sont sous-estimés d'une part du fait que les hommes auraient plus de mal à avouer leur situation et d'autre part, les chiffres ne tiennent compte que des faits de violences physiques et les femmes exercent plutôt une violence psychologique sur leur partenaire(16).

Pour les autres situations d'emprise, aucune étude n'a démontré une différence de l'incidence selon le genre.

c) Responsabilité pénale des victimes d'emprise

Concernant l'expertise des victimes d'emprise après la commission d'une infraction, la quasi-intégralité des experts a répondu qu'elles n'étaient pas à ce moment-là en possession de leur plein discernement. On peut donc en déduire que l'emprise mentale serait pour eux une cause d'évocation de l'article 122-1 du code pénal. Mais seulement les $\frac{3}{4}$ des répondants ont déjà évoqué cet article lors de leur expertise, et seulement l'alinéa 2 (altération du discernement), jamais le premier alinéa (abolition du discernement). Pour eux, l'alinéa 1 reste exclusivement réservé aux pathologies psychotiques, et l'emprise mentale n'aurait pas un impact assez important sur le discernement pour pouvoir retenir une abolition du discernement et, in fine, si leur avis est suivi par le juge ou le jury, une irresponsabilité pénale. Pour eux, l'emprise mentale pourrait constituer seulement une « circonstance atténuante ». Par ailleurs il faut préciser que l'évocation de l'alinéa 2 de l'article 122-1 par l'expert n'a pas toujours comme conséquence l'atténuation des peines accordées : en effet, en 2007 – avant la modification législative de 2008 -, la Commission d'audition sur l'expertise psychiatrique pénale constatait que l'évocation de

l'alinéa 2 entraînait souvent des peines plus longues que celles que les individus auraient pu encourir s'ils n'étaient pas atteints de trouble mental(84).

Parmi les mises en situations énoncées aux experts, elles n'ont pas toutes été appréhendées de la même manière. En effet, on constate que le cas de la folie à deux est celui pour lequel le plus grand nombre d'experts ont évoqué l'alinéa 1 ou 2 de l'article 122-1 (la totalité des experts). On peut alors penser qu'il leur serait plus facile de penser à l'abolition ou à l'altération du discernement lorsqu'une notion de délire intervient dans la situation. Le fait d'être délirant à un moment donné, de manière autonome ou au sein d'un schéma de folie à deux, leur semble avoir un impact sur le discernement beaucoup plus important que les autres situations.

Le cas des parents adeptes d'un groupe sectaire accusés d'infanticide par négligence avait davantage divisé le panel d'experts. L'abolition du discernement a pu être évoquée, avec pour certains le besoin de préciser « seulement si les parents sont atteints d'un trouble psychotique », l'altération également. Mais on peut constater que parfois la notion d'emprise ne semble pas rationnelle pour certains experts, qui appréhendent les actes commis de manière élémentaire : « Un parent qui laisse un enfant mourir est un criminel. Pour qu'une personne soit capable de faire ça il faut un niveau de sensibilité et d'empathie très bas ».

Pour le cas du djihadiste, la quasi-majorité des experts n'a pas pu envisager que le discernement de l'individu soit modifié. Comment expliquer que l'emprise dans un contexte religieux ait moins d'impact sur l'expertise que l'emprise sectaire, alors que les phénomènes de manipulation sont similaires. On peut proposer deux hypothèses. La première est celle énoncée par D. Zagury selon laquelle très peu d'individus véritablement délirants ou psychotiques sont radicalisés(85), car il est nécessaire d'avoir une certaine organisation de la pensée et de bonnes fonctions exécutives pour se maintenir dans ces réseaux tout en évitant d'être appréhendé par les services compétents. Comme nos experts ont souvent associé l'article 122-1 au trouble délirant, une première explication peut trouver son sens. La deuxième hypothèse serait celle d'une politique de sévérité envers la radicalisation religieuse, notamment du fait de l'impact médiatique du djihadisme. En plus des mesures mises en place par l'État (fiches S, plan Vigipirate...), on peut penser à une volonté de voir ces individus dans le circuit pénitentiaire sous la régie des magistrats plutôt que dans le circuit psychiatrique. En effet, un des experts a exprimé

que pour lui les soins psychiatriques et notamment les hospitalisations des patients irresponsabilisés pénalement étaient souvent trop brefs en comparaison aux peines d'emprisonnement. A noter que la mission de l'expert consiste théoriquement seulement à se prononcer sur le discernement et sur l'indication de soins et non pas sur la durée des soins qui sera décidée par l'équipe en charge.

La plupart de nos experts jugent la législation de l'emprise mentale suffisante, qu'elle s'intègre au sein des articles 122-1 et 122-2 du code Pénal. Une minorité souhaiterait que la notion d'emprise soit spécifiée dans le code Pénal. Nous envisagerons les différentes hypothèses dans la prochaine partie.

On peut noter la précision apportée par un des experts concernant le regard des magistrats sur l'emprise mentale. Il a été précisé que les magistrats étaient plus à même d'entendre, de comprendre et de juger en conséquence d'une situation d'emprise que les jurés. En effet, les magistrats sont soumis depuis 1998 à une obligation de formation continue annuelle organisée par l'école nationale de la magistrature. En 2008, le rapport de la Miviludes au premier ministre intitulé « La justice face aux dérives sectaires »(86), recommandait notamment la mise en place de formations dédiées à l'emprise sectaire, formations qui ont été instaurées depuis. Nous remarquons aussi qu'une formation dédiée à l'emprise mentale de manière plus générale a été mise en place dans le plan de formation continue des magistrats 2019 (87).

D/ Limites et biais

L'effectif de cette étude était assez restreint (8 experts psychiatres et 1 expert psychologue), du fait du manque de disponibilité de certains experts contactés. Mais cet effectif reste assez représentatif du nombre décroissant d'experts en France année après année. Malgré cet échantillon restreint, nous avons pu tout de même conclure à certains résultats pertinents.

Au sein du questionnaire, nos questions étaient posées avec une certaine formulation qui laissaient entrevoir la finalité de notre travail, qui était de se questionner sur une possible conséquence de l'emprise mentale sur le discernement des personnes. Cette formulation peut constituer ce qu'on appelle un effet d'attente : les répondeurs peuvent répondre ce qu'ils pensent qu'on attend d'eux. Dans notre cas, les experts n'ont

pas semblé vouloir forcément coller à notre hypothèse et ont pu exprimer leur désaccord à plusieurs reprises.

Le fait que nous demandions aux experts de citer des situations expertales rencontrées dans leur expérience passée peut constituer un biais de mémorisation. En effet, la plupart réalisant des expertises depuis plusieurs dizaines d'années, il leur ait demandé un effort de mémoire important.

Dans la dernière partie du questionnaire, nous demandions aux experts quelle aurait été leur avis médico-légal dans plusieurs mises en situations fictives. Cela peut constituer une limite dans le sens où leur réponse est uniquement imaginative et leur réflexion aurait pu être différente si le cas avait été réel. Certains experts ont répondu qu'il leur était difficile de se prononcer sur des situations fictives car chaque expertise est unique.

E/Perspectives

a) Renouvellement du pool d'experts

Comme nous l'avons vu précédemment, les experts sont de moins en moins nombreux. Peu de jeunes psychiatres s'inscrivent sur les listes des cours d'Appel. Le nombre d'experts diminuant et le nombre d'expertises augmentant, les experts n'ont parfois pas la disponibilité pour réaliser une autre activité (libérale ou hospitalière) que l'activité judiciaire. Une des conséquences qui en découle est la déconnexion entre le soin et la justice qui rend l'expert moins à même de réaliser les évaluations diagnostiques et thérapeutiques demandées.

Nous pouvons nous questionner sur les raisons de la non-attractivité de l'expertise pour les nouvelles générations de psychiatres. Tout d'abord compte tenu des questions de la mission expertale classique, l'expert peut être amené à répondre à des questions sur la dangerosité psychiatrique mais aussi criminologique et donc à des questions sur le risque de récidive. Sans formation supplémentaire, ces questions peuvent sembler compliquées à appréhender. D'autant plus qu'elles engagent la responsabilité de l'expert. On peut revenir sur l'affaire de l'assassinat de Natacha Mougel en 2010 par Alain Pénon, qui, après

avoir été condamné pour viol en 2006 a été libéré en 2009 avec obligation de soins suite à une expertise psychiatrique concluant à un « faible risque de récurrence ». L'expert psychiatre qui a reçu Alain Pénon a été poursuivi au civil par les proches de la victime(88) qui déploraient que le passage à l'acte n'ait pu être empêché. Au final, l'expert avait été condamné pour faute professionnelle du fait de ne pas avoir étudié l'intégralité du dossier. Un autre paramètre qui rend l'activité expertale peu attractive est la rémunération. En effet, comme dénoncé par Daniel Zagury : « Le système de rémunération forfaitaire, qui rétribue de façon identique les expertises les plus simples et les plus complexes, celles qui se limitent à un seul examen et celles qui demandent des investigations complémentaires, celles qui requièrent deux heures de travail et celles qui en exigent dix fois plus, pénalise les experts qui ne transigent pas avec l'approfondissement clinique, qui est le fondement de l'éthique expertale. Plus il travaillera, plus faible sera sa rémunération.(65) ». A cette problématique se surajoute le délai souvent important entre le moment où l'expertise est réalisée et la rémunération de l'expert (89).

Nous pouvons donc proposer premièrement de revoir le système de rémunération des experts et de l'adapter au nombre d'heures qui ont été nécessaires au rendu du rapport final. De plus, il serait nécessaire que le rôle de l'expert psychiatre ne soit pas de « prédire » le risque de récurrence mais seulement l'évaluation diagnostique et pronostique avec les limites que cela entraîne.

b) Inclusion de la notion d'emprise dans le Code Pénal

Après avoir étudié précédemment les articles 122-1 et 122-2 du Code Pénal ainsi que la loi About Picard, nous pourrions proposer une articulation entre ces deux textes. En effet, la loi About Picard punit les auteurs d'emprise sans mentionner la responsabilité des victimes dans le cas où elles commettraient une infraction sous emprise. Nous pourrions proposer plusieurs hypothèses : dans une modification de l'article 122-2, ou au sein d'un autre article nouvellement créé ?

Par exemple, les termes de la loi About Picard pourraient ainsi être repris dans l'article 122-2 pour préciser qu'un « état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement » (état confirmé par une expertise psychiatrique et/ou psychologique) pourrait constituer une forme de contrainte morale.

Il serait aussi envisageable de créer un nouvel article au sein de la loi About Picard, à la suite de l'article 223-15-2 qui préciserait l'importance de rechercher un état d'emprise chez les auteurs d'infractions dans le but d'évaluer le discernement.

c) Formation des experts

Comme nous l'avons vu précédemment, les experts psychiatres bénéficient d'une formation continue proposée par la Cour d'Appel, dont la fréquence est annuelle. Ces formations sont proposées par l'UCECAAP(90) (Union des Compagnies d'Experts près de La Cour d'Appel d'Aix-en-Provence) et sont communes pour tous les experts, qu'ils exercent dans le domaine de la médecine, de la psychologie, l'agroalimentaire ou de la comptabilité.

Nous pourrions proposer la mise en place de formations spécialisées pour les experts psychiatres et psychologues, abordant les questions du discernement, de la contrainte et du phénomène d'emprise mentale et ses conséquences.

d) Formation des magistrats

Nous avons cité précédemment plusieurs formations obligatoires ou facultatives, proposées aux magistrats, sur plusieurs exemples de situations d'emprise : dérive sectaire, radicalisation, violences conjugales...(87)

Nous pourrions proposer que tous les magistrats puissent accéder à ces formations de manière obligatoire afin de pouvoir gérer au mieux les situations rencontrées, au moins les plus fréquentes (violences conjugales). Concernant les jurés, ils sont également soumis à une courte formation obligatoire avant de prendre leurs fonctions(91), mais qui traite des généralités du parcours judiciaire. Nous pourrions proposer d'inclure dans cette formation des notions sur la maladie mentale, le discernement et l'emprise mentale.

e) Questions types de la mission expertale

Les questions standards de la mission expertale sont retrouvées comme citées plus haut, sans modification, dans la grande majorité des cas. Comme nous ont répondu les

experts interrogés, très peu de questions spécifiques à l'emprise leur ont été posées dans l'ensemble de leur carrière. Il serait notamment pertinent que ces questions soient plus adaptées au cas par cas, et que certaines concernent notamment l'état d'emprise de la personne, les méthodes employées sur cette dernière pour la placer sous emprise, leurs conséquences etc. A noter qu'il avait déjà été demandé en 2007 une modification des questions types par la Commission d'Audition sur l'expertise psychiatrique pénale : « La commission d'audition recommande une réécriture des questions types posées aux experts sous l'égide des ministères concernés par une commission rapprochant juristes et cliniciens »(87).

III/ Cas cliniques

1/ Cas n°1 : Syndrome d'aliénation parentale :

Léna R. (prénom modifié) est une jeune fille âgée de 13 ans, rencontrée lors de son hospitalisation dans le service adolescents d'une clinique psychiatrique de la région, de octobre 2018 à décembre 2018.

A/ Éléments biographiques et anamnèse

Léna est âgée de 13 ans lors de son hospitalisation. Née en 2005, via une procédure de procréation médicalement assistée entreprise par ses parents devant une problématique d'infertilité. Après 6 inséminations et 4 fécondations in vitro, sa mère tombe enceinte de jumeaux. La grossesse se déroule sans particularités, l'accouchement se fait par voie basse. Dans la petite enfance, Léna et son frère jumeau Johann sont gardés par leur grand-mère maternelle puis en crèche. En maternelle et à l'école primaire, Léna est une élève discrète, légèrement en retrait par rapport aux autres enfants. Au collège, c'est une élève socialement intégrée, avec de bons résultats. Elle est en classe de 4^{ème} au moment de l'hospitalisation.

Au moment décrit, elle vit dans la région de Arles avec son père et son frère jumeau.

En 2008, alors que les jumeaux étaient âgés de 2 ans, leurs parents se séparent. Depuis 2008, la procédure judiciaire pour fixer le lieu de résidence des enfants est toujours en cours : en effet, aucun accord ni aucune communication n'est possible entre le père et la mère, qui sont en conflit. Le père décrit la mère comme étant une « perverse narcissique ». Le dernier jugement du Juge aux Affaires Familiales avait établi une résidence alternée une semaine sur deux. Mais depuis 6 mois, Léna demande d'aller vivre exclusivement chez son père, et n'est plus retournée chez sa mère exceptés quelques week-ends.

Début 2018, son collègue a rédigé une information préoccupante devant le constat de scarifications que Léna s'infligeait en classe, avec un compas, et devant sa restriction alimentaire : en effet, Léna commence à perdre du poids jusqu'à arriver à 35kg, car elle ne

mange ni à la cantine, ni chez sa mère. A la suite de cette information préoccupante, une enquête sociale a été ouverte et une mesure d'AEMO mise en place.

Léna est depuis suivie par un psychiatre, le Dr D, qui l'a adressé en hospitalisation pour évaluation clinique et thérapeutique devant le constat d'une tristesse de l'humeur, d'une anorexie et d'un fond anxieux.

Au niveau médical, elle présente uniquement un antécédent de scoliose lombaire, traitée par semelle orthopédique. Elle est en aménorrhée secondaire du fait de sa perte de poids (IMC à 16 à l'entrée).

A son entrée dans le service, Léna présente un contact très inhibé, elle parle très bas et très lentement. Elle décrit un sommeil et un appétit perturbé, notamment une perte d'appétit en fonction du contexte (elle ne mange ni au collège, ni chez sa mère, mais seulement chez son père). Elle présente une angoisse de fond, avec une tristesse de l'humeur sans idées suicidaire. Elle explique qu'elle pense souvent à se faire du mal en classe avec son compas, mais que ses copines s'en préoccupent et l'en empêchent. Chez sa mère, Léna décrit des rapports conflictuels avec des facteurs de stress importants, une difficulté à se nourrir correctement et un sommeil non-récupérateur ; c'est pour cela qu'elle explique ne plus vouloir s'y rendre.

Elle se dit inquiète pour son père; elle souhaiterait qu'il rencontre quelqu'un.

B/ Évolution clinique

Lors de son arrivée dans le service, Léna refuse de s'alimenter normalement durant les 3 premiers jours, elle ne mange que d'infimes quantités uniquement lorsque l'équipe soignante la stimule. Ses parents appellent dans le service, l'adolescente accepte de parler uniquement à son père. Elle refuse les appels venant de sa mère et annonce qu'elle ne souhaite avoir aucun contact avec elle.

Durant les premiers entretiens avec sa psychiatre, on constate dans les paroles de Léna qu'elle s'associe à son père, voire même qu'elle ne se dissocie pas de lui. En effet elle n'emploie que rarement le « Je » mais plutôt les pronoms « on » et « nous » : « On a écrit au JAF, j'espère qu'on va gagner ». Nous comprenons que Léna est très impliquée dans les démarches judiciaires et qu'elle aide beaucoup son père. Ce dernier se confierait

beaucoup à sa fille et en conséquence, elle s'inquiète beaucoup pour lui : elle dit qu'elle le sent très en difficulté : « il est en arrêt maladie ». Pour elle : « mon père est la personne la plus importante pour moi avec mon frère ; et ma mère c'est rien ».

Le 3^{ème} jour, Léna recommence à s'alimenter, elle demande à être placée à une table isolée du reste du groupe d'adolescents, ne supportant peu l'agitation. Après le repas, elle téléphone immédiatement à son père pour lui annoncer qu'elle a recommencé à manger et s'enquiert de savoir « s'il est content ».

Petit à petit, elle se lie avec deux adolescentes, plus âgées qu'elle, qu'elle considère comme ses « grandes sœurs ». Elle présente souvent un comportement d'imitation des autres adolescentes.

Léna dit de sa mère : « Devant moi ou devant les assistantes sociales elle fait la gentille pour que je revienne chez elle, mais je sais que par derrière, elle arrête pas de me casser », sans pouvoir réellement apporter d'exemple. Elle parvient à se remémorer ses rapports avec sa mère dans le passé : elle se souvient de la dernière période où ils étaient bons, lorsqu'elle était âgée de 11 ans : « On était proches mais en dessous du lien que j'ai avec mon père ».

Sans réellement pouvoir préciser ce qu'elle reproche à sa mère, elle explique que : « elle a toujours fait des mauvaises choses, c'est moi qui l'ai réalisé à un moment ».

Les exemples que l'adolescente donne semblent être en décalage avec le rejet qu'elle affiche : « S'il reste une part d'un plat et qu'on la voulait tous les deux elle allait la donner à Johann ; elle me forçait à finir mon assiette à tous les repas ; le matin je devais me lever un quart d'heure plus tôt car ma mère disait que j'étais plus lente que mon frère. »

Elle va jusqu'à déclarer qu'elle ne veut pas retourner chez sa mère car elle s'y sentait en danger. Lorsqu'on lui demande de détailler : « en danger de mort car je ne mangeais rien, je n'avais aucun appétit car j'étais trop angoissée ».

Après une semaine et demie d'observation clinique, des symptômes dépressifs sont constatés chez Léna : une tristesse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, des idées noires, des ruminations anxieuses, ainsi qu'une diminution de l'appétit. L'équipe médicale fait passer à Léna l'échelle MADRS(92) (Échelle Montgomery-Asberg d'évaluation de la dépression) dont le résultat revient à 30/60, ce qui confirme le diagnostic clinique d'épisode dépressif. Un traitement antidépresseur (Sertraline) est

introduit, devant la gravité des symptômes dépressifs, notamment les idées noires verbalisées par Léna en entretien. Elle suit en parallèle une psychothérapie.

Au retour de sa première permission qu'elle passe chez son père, Léna revient assez renfermée. Elle explique que son père a vu son avocate qui lui aurait expliqué que la garde complète allait être très difficile à obtenir : « J'ai vu mon père très mal, triste et en colère, cela m'a fait de la peine. Le JAF, on sait à peu près comment ça va se passer, mal pour nous. On va pas y arriver, à prouver qu'on n'est pas bien chez maman. » Elle exprime qu'elle pourrait ressentir de la culpabilité si le juge venait à maintenir la garde alternée.

Devant ce discours ressemblant fortement à un scénario emprunté, associé à d'autres signes typiques (rationalisations absurdes, prise de position systématique pour son père, absence de culpabilité envers sa mère), nous commençons à évoquer en équipe un syndrome nommé par certains l'aliénation parentale. Nous discutons avec Léna du contexte particulier qui entoure sa dépression, à savoir le conflit entre ses parents dans lequel elle est coincée dans un conflit de loyauté poussé à l'extrême qui l'empêche de réfléchir et l'oblige à prendre parti pour un parent.

Un entretien familial est organisé, la date est transmise aux deux parents. La mère accepte mais le père refuse de venir si son ex-femme doit être présente.

Léna réduit son alimentation de nouveau, allant jusqu'à ne plus s'alimenter du tout à certains repas. Elle explique que cette anorexie est provoquée par l'angoisse qu'elle ressent à l'approche de l'entretien avec sa mère, ainsi qu'à son inquiétude pour son père qu'elle a vu mal le week-end précédent.

Lors de l'entretien familial, la mère de Léna explique que la séparation avec le père a été de son initiative et que depuis, aucun dialogue n'a été possible entre les deux. Elle raconte qu'au début de l'année 2018, Léna a demandé à aller vivre chez son père. Sa mère lui aurait répondu qu'elle n'était pas d'accord mais qu'elle ne s'y opposerait pas. Nous donnons des explications sur la suspicion de syndrome d'aliénation parentale et les formes que cela peut prendre. La mère reconnaît des concordances : elle constate que Léna fait tout comme son père, qu'ils sont devenus indissociables ; parfois lorsqu'elle appelle pour parler à son ex-mari, c'est Léna qui répond et refuse de lui passer son père. Pendant tout l'entretien, Léna reste prostrée sur une chaise, derrière ses cheveux, ne regardant à aucun moment sa mère, ne parlant pas du tout.

Par rapport aux permissions chez son père, l'adolescente commence à évoquer son envie de rester dans le service mais se sent obligée d'y aller : « Je vais pas sauter de joie en le voyant mais je sais que ça lui fait du bien de me voir. Moi ça va me faire plaisir de le voir mais ça va me faire aussi de la peine, après je sais que c'est pas de sa faute s'il n'est pas bien. ». Au retour de permission, elle dit avoir cherché sur internet la définition du syndrome d'aliénation parentale, et que ni elle ni son père ne se reconnaissaient dans cette définition.

Un second entretien familial est organisé avec le père. Léna appréhende ce moment, du fait qu'elle craigne la réaction de son père à l'évocation du syndrome d'aliénation parentale : « il est très fatigué, il est sur les nerfs, peut être que ça va l'énerver quand on va lui expliquer que certains symptômes laissent croire que je prends parti pour un parent plutôt que l'autre ».

Lors de l'entretien il est expliqué au père qu'il est primordial que Léna puisse s'individualiser et se détacher de son rôle protecteur envers son père, et que pour cela il faut notamment qu'elle soit laissée à distance de la procédure judiciaire de divorce et de la garde.

Léna admet qu'elle est souvent exposée au conflit parental, qui prend une place importante dans les moments qu'elle passe avec son père.

Elle continue de demander à pouvoir rester dans le service au lieu de partir en permission le week-end, et demande également que l'hospitalisation soit la plus longue possible.

Au retour des permissions, elle annonce que son père a fait des efforts pour ne pas parler du conflit avec son ex-femme.

La mère est reçue une seconde fois en entretien avec Léna.

Elle lui rappelle qu'à une époque Léna ne voulait plus vivre chez son père et lui parlait de fugue, ce que l'adolescente nie. Léna l'accuse de l'avoir manipulée, en lui écrivant ce qu'elle devait dire à sa psychiatre. La mère dit que cela est faux et que ce sont des paroles répétées par son père qui « lui bourre le crâne ».

La mère exprime son sentiment d'impuissance « Je n'existe plus pour ma fille, elle me renie, je l'ai perdue ».

Une date de sortie est fixée après environ 6 semaines d'hospitalisation. Léna demande notamment de poursuivre l'hospitalisation. Les derniers jours, elle essaie d'attirer

l'attention des soignants et de provoquer leur inquiétude. Elle est retrouvée dans sa chambre avec un pull autour du coup, expliquant qu'elle a vu un autre adolescent faire ce geste au sein de la structure ; elle est également retrouvée dans les environs de l'établissement après une tentative de fugue avec une autre patiente.

Léna sort d'hospitalisation à la date prévue. Un suivi en hôpital de jour est préconisé. La question de l'internat se pose également, d'autant plus que c'est à la demande de Léna. L'hospitalisation aura également été le lieu de la rencontre entre Léna et les éducateurs de l'AEMO, qui est en place jusqu'à fin 2019.

C/ Analyse

Sans prendre parti dans ce conflit familial complexe, il semble que ce cas soit assez typique d'un syndrome d'aliénation parentale. En effet, on retrouve la quasi-intégralité des critères cités par Gardner dans la définition(81).

La jeune fille s'associe à son père, elle ressent ses émotions, le voir triste la rend triste etc. Elle minimise voire nie l'existence de bons rapports entre elle et sa mère dans le passé, comme si elle présentait une amnésie des souvenirs heureux partagés avec sa mère.

Son rejet envers cette dernière semble excessif par rapport aux faits décrits : elle se dit en danger chez sa mère du fait que cette dernière la force à finir son assiette. C'est ce qu'on regroupe sous le terme de « rationalisations absurdes ».

Elle nie toute influence de la part de son père, c'est ce qu'on appelle le phénomène du « penseur indépendant », c'est pour cela qu'elle ne se reconnaît pas dans la définition du syndrome d'aliénation parentale.

Elle se présente comme le soutien inconditionnel de son père, laissant sa place d'enfant pour prendre celle d'une confidente.

Elle énonce des scénarii empruntés, c'est-à-dire qui semblent avoir été entendus de son père et repris par l'adolescente, qu'elle présente comme les siens, comme par exemple le fait que sa mère aurait influencé ses paroles chez la psychiatre.

Le fait que Léna refuse catégoriquement de se rendre chez sa mère, allant jusqu'à se mettre en danger si elle y est forcée en ne s'alimentant plus du tout, nous permet de classer ce cas dans la catégorie des stades « sévères » définis par Gardner : « Les week-ends, s'ils sont imposés, deviennent un enfer tant l'opposition manifestée est virulente. Le passé est revisité et remanié, les bons souvenirs sont effacés, parfois même remplacés par

des souvenirs fabriqués. L'enfant, s'il est mis en demeure de rendre visite au parent aliéné, peut se mettre en danger, symboliquement ou réellement (échec scolaire, fugues, voire tentatives d'autolyse) : il semble être entré en guerre et l'autorité d'un juge ne suffit parfois pas à infléchir son attitude. »(81).

On note tout de même une volonté de la part de l'adolescente de prendre de la distance avec son père, comme le prouve sa demande de poursuivre l'hospitalisation ou de continuer sa scolarité en internat, cette seconde solution semblant adaptée à la situation.

2/ Cas n°2 : Dérive sectaire

Dans ce second cas clinique, nous allons nous intéresser au groupe sectaire Néo Phare, fondé aux débuts des années 2000 par Antoine Marry dont la condamnation représente la première application juridique de la loi About-Picard en 2004. Tous les noms et prénoms ont été modifiés.

A/ Rappel des faits

Antoine Marry, jeune homme né en 1968, titulaire d'un BTS communication, va, dans les années 1990, se prendre de passion pour les écrits d'André Bouguenec, ésotériste et numérologue, haut gradé de la Franc-maçonnerie, auteur de plusieurs ouvrages dont les plus célèbres étant les deux tomes de *Couple et alchimie*, publiés en 1990. Les écrits de Bouguenec, qui se présentait comme la réincarnation de Jésus Christ, avaient pour but de « déconstruire le langage français pour révéler le plan de Dieu »(93). Il développa notamment la Kabbale française, code mystique numérologique. Marry rencontra André Bouguenec en 1997, avant de rejoindre son groupe, Phare Ouest, constituée d'une quarantaine de membres, fondée à Nantes en 1985.

A la mort de Bouguenec en 1997, Antoine Marry prend la tête du groupe. Une vingtaine de personnes, dont son frère jumeau Olivier Marry, le suivent dans la création, le 1^{er} janvier 2001, d'un nouveau groupe sectaire dérivé de Phare Ouest, nommé Néo Phare. Les adeptes déménagent alors dans un village à une vingtaine de kilomètres de Nantes : huit vivent dans une maison dans le village du Cellier, trois autres chez Olivier Marry.

Antoine Marry, se présente alors comme la réincarnation de André Bouguenec (lui-même la réincarnation de Jésus) et présente à ses adeptes plusieurs mises en scènes pour appuyer ses dires, dont la scène décrite à la crypte de Vézelay, dans le département de l'Yonne : « Les membres de Néo Phare se sont réunis dans la crypte située au-dessous de l'abbaye romane, près de la tombe de Marie-Madeleine. Ils y ont tenu une séance pour communiquer avec l'esprit de la Mère divine. Soudainement, le corps d'Antoine se tordit selon la forme de Jésus sur la croix. « J'étais sur la pointe des pieds, mes bras étendus, ma tête pendante. J'ai crié « C'est la fin ! » (93).

Le groupe se met également à recevoir des messages divins via le biais d'un « canal » qui s'avère être une des adeptes, Julie, en proie à plusieurs épisodes de transe, réels ou simulés.

Marry parsème les croyances ésotériques avec des sources beaucoup plus contemporaines comme le film Matrix, réalisé par les sœurs Wachowski et sorti en 1999, dont il utilise le prénom du héros « Néo », qui est « l'Élu », ainsi que d'autres références.

Après les attentats du World Trade Center le 11 septembre 2001, les croyances du groupe devinrent rapidement apocalyptiques. Antoine Marry expliqua que Bouguenec avait prédit la destruction des Tours jumelles, mais que l'évènement devait se produire à la date du 11 juin 2001 (11/06), date qui, mise à l'envers, devient le 9/11 (date du 11 septembre en anglais). Pour lui, l'apocalypse est décrite comme un évènement positif et bénéfique, la naissance d'un monde nouveau, plus spirituel. Antoine Marry annonce alors aux adeptes de Néo Phare la date de la fin du monde : le 29 décembre 2001. La fin du monde ne s'étant pas produite à cette date, elle fut reprogrammée pour le 25 février 2002, puis pour le 24 octobre 2002 (date anniversaire de la mort d'André Bouguenec). Pour Marry, si la prophétie ne s'est pas réalisée, c'est que la foi des adeptes n'a pas été assez forte. La mission des adeptes de Néo Phare était alors de préparer la fin du monde. Pour ce faire, les adeptes devaient alors s'isoler de leurs familles, quitter leur emploi, pour entrer dans un mode de fonctionnement autarcique.

En mars 2002, après plusieurs sollicitations de la part des familles des adeptes, inquiètes de voir leurs proches se replier sur le groupe sectaire, refusant de passer les fêtes de Noël en famille, la police ouvre une enquête sur les adeptes de Néo Phare. Tous les membres durent se présenter à la gendarmerie pour un interrogatoire, les gendarmes enquêtant également sur l'éducation des enfants des adeptes. L'enquête n'est pas concluante mais elle a eu un impact sur le nombre d'adeptes, puisque seulement 8 personnes restèrent membres de Néo Phare au décours. Ces 8 adeptes se regroupèrent ensuite dans une seule et même habitation dans le village du Cellier.

Le 14 juillet 2002, un des adeptes nommé Josselin T. met fin à ses jours, en se jetant sous les roues d'une voiture. après une première tentative de suicide par phlébotomie en juin 2002. Les jours qui suivent, un couple d'adeptes présentent des signes cliniques de décompensation psychotique, contenus tant bien que mal par le reste des adeptes. Le 15 juillet, la femme du couple, Sarah P. est retrouvée totalement nue, après avoir escaladé la tour du Château de Clermont, ancien monument historique devenu un hôpital

psychiatrique. Sa tentative de suicide fut interrompue par un membre du personnel soignant de l'hôpital dans lequel elle fut hospitalisée par la suite. Le jour suivant, son époux Stéphane, escalada également une des tours du château de laquelle il sauta, heureusement sans se blesser.

B/ Procédure judiciaire

Le 3 octobre 2002, Antoine Marry est arrêté et mis en examen pour abus frauduleux de l'état de faiblesse. A noter qu'il n'est pas accusé d'être responsable de la mort de Josselin T. Il est placé sous surveillance judiciaire en attendant son procès qui se déroulera le 14 et 15 octobre 2004 au tribunal correctionnel de Nantes. L'avocat de la partie civile, qui représentait la famille de Josselin, ainsi que d'autres adeptes, était notamment membre de l'UNADFI (Union nationale des Associations de défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes). L'avocat de Antoine Marry fut désigné par la Cour. Plusieurs experts psychiatres furent nommés par la Cour dont un expert national, spécialiste des mouvements sectaires, dont l'expertise aida à démontrer l'abus de faiblesse des adeptes.

La défense organisée par Marry et son avocat était basée sur le fait que Néo Phare avait été pris comme « cobaye » pour constituer la première application de la loi About-Picard : « Il était clair que l'assemblée nationale avait là une nouvelle loi et on voulait l'essayer sur un petit groupe pour faire un exemple – pas sur une secte importante et puissante comme la Scientologie qui a beaucoup d'argent pour se défendre. Je n'ai pas d'argent. Je savais que je ne pouvais pas gagner. »(93). Son avocat objecta que son client était utilisé comme sujet d'expérimentation pour cette nouvelle loi qui n'avait pas encore été testée(94).

La défense a également remis en question la notion d'abus de faiblesse en mettant en évidence que les membres du groupe n'étaient pas des « personnes faibles » : « Ils étaient pour la plupart d'entre eux, des adultes responsables avec des capacités intellectuelles parfois supérieures et bénéficiant de leur libre-arbitre. Parmi eux se trouvait un docteur des urgences du CHU de Nantes, deux enseignants et une conseillère principale d'éducation ». (95)

Marry argumente également que Néo Phare n'est pas une secte du fait de son effectif réduit, et de ses moyens, notamment financiers, limités : « Il n'y a ni argent, ni

prosélytisme, ni trouble à l'ordre public » (96). La directrice de l'ADFI de Nantes, appelée en tant que témoin, argumenta contre ces justifications : « Néo Phare représente la nouvelle face de la secte : la secte du futur – la petite secte qui n'a pas l'air d'une secte. C'est vrai qu'il n'y pas d'argent, pas de manipulation apparente – mais cela en fait quelque chose d'autant plus dangereux car ça ne ressemble pas à une secte ! Les jeunes y entreront sans réaliser qu'ils rejoignent une secte »(93)

C/ Expertise psychiatrique

Quatre experts psychiatres sont nommés, dont un spécialiste des dérives sectaires, auteurs de plusieurs ouvrages à ce sujet, qui a notamment apporté son concours dans l'investigation des suicides en masse de l'Ordre du Temple Solaire dans le Vercors en décembre 1995.

Sa mission d'expertise comportait plusieurs questions(97) :

1) *Prendre connaissance du dossier et des cassettes audiovisuelles correspondant aux réunions du groupe Néo Phare entre Décembre 2001 et Février 2002 et dire si les attitudes des différents intervenants relèvent de leur libre arbitre ou si un conditionnement est décelable.*

2) *Dire si la mise en place d'un calendrier prévisionnel annonçant des évènements pouvant s'approcher de la fin du monde, des réunions collectives avec des manifestations propres à être assimilées à une mise en scène, réunion en autarcie pendant 15 jours, le recours aux notions de "passage" d'examen devant le groupe, d'âme sœur visant à reconstituer de nouveaux couples, le recours à un "canal" censé être l'intermédiaire entre André Bouguenec décédé en juillet 1997 et les vivants sont de nature à altérer le jugement de personnes appartenant au groupe.*

3°) *Dire si des agissements de cette nature relèvent de techniques ou de modes de fonctionnement déjà examinés.*

4°) *Faire tous actes utiles à la manifestation de la vérité.*

Pour répondre à ces questions, l'expert a eu accès au dossier d'instruction, comprenant les dépositions de tous les adeptes de Néo Phare, aux cassettes-vidéo des enregistrements d'un très grand nombre des réunions des membres du groupe et des conférences tenues par Antoine Marry. Il note d'ailleurs de nombreux « blancs » dans ces enregistrements, comme si certains passages avaient été coupés.

L'expert structure son rapport expertal en plusieurs parties : après un rappel des faits, il revient d'abord sur les écrits et croyances d'André Bouguenec, sur lesquelles sont fondées celles de Néo Phare. Ensuite il décrit les différents éléments constituant la doctrine du groupe, puis explique le rôle endossé par Antoine Marry, ainsi que les différentes techniques de conditionnement employées par ce dernier. Enfin il analyse le cas de l'adepte Josselin T. pour expliquer son suicide en s'appuyant sur les faits ainsi qu'aux témoignages des autres adeptes.

a) Les fondements de la doctrine du groupe

Basée sur les écrits d'André Bouguenec, l'idée centrale de Néo Phare est celle de l'attente de la fin du monde, dont la date est annoncée à plusieurs reprises via un calendrier apocalyptique. Les adeptes ont pour mission de se préparer à l'arrivée de ce jour. L'apocalypse ne survenant pas, la date a dû être déplacée plusieurs fois selon le principe des « dates flottantes ». On pourrait alors penser que la non-réalisation des faits aurait eu un impact négatif sur la foi des adeptes, mais ce n'est pas le cas. L'expert appelle cela le phénomène de dissonance cognitive : en effet, à défaut de diminuer le degré de croyance des adeptes, le fait que les prophéties annoncées ne se réalisent pas renforcent leurs convictions. La non-survenue de l'apocalypse peut alors être interprétée soit comme une preuve d'efficacité de leurs prières (qui ont retardé l'échéance), soit comme le résultat d'un manque de foi de leur part.

Une des autres croyances du groupe est celle de l'existence d'un ou plusieurs canaux, représentés par des adeptes qui constituent des messagers divins. En particulier une des adeptes, nommée Julie, qui sur plusieurs enregistrements est filmée dans une sorte de « transe » pendant laquelle elle prononce plusieurs messages à l'intention des adeptes. Après visualisation des enregistrements, L'expert conclut que cette adepte semble simuler ses états, dans le but selon lui de se conférer une place particulière aux yeux du

gourou, ce dernier voyant en elle la possibilité d'ordonner des instructions qui seraient peut-être discutées si elles provenaient directement de lui : « Les deux-intéressés y trouvant un intérêt propre : Marry peut faire passer des messages à Néo Phare qui seraient probablement rejetés s'ils émanaient de lui-même, et en particulier ceux confirmant sa qualification divine, Julie trouve dans cette forme de marché passé avec un avantage sous la forme de statut particulier que lui confère son état de canal et sa progression dans Néo Phare en devient fulgurante. »(97)

Au sein de Néo Phare, un des principes centraux est celui des Âmes-Sœurs, qui provient des écrits de Bouguenec, selon lesquels chaque être humain sur terre a une âme sœur avec laquelle il peut former un couple « alchimique ». Ainsi, les couples mariés sont séparés et de nouveaux couples sont reformés à la guise d'Antoine Marry. Par exemple, Nadine, initialement la femme de Josselin T. a été désignée comme étant l'âme sœur du frère d'Antoine Marry, Olivier, dont elle tombera enceinte par la suite.

b) Le rôle de leader d'Antoine Marry

Antoine Marry a été expertisé par deux autres experts, dont les observations sont citées dans le rapport : il est décrit notamment que sa conviction d'être Jésus Christ n'entraîne pas dans le cadre d'une pathologie délirante mais plutôt dans celui des troubles de la personnalité. Selon eux, Marry n'est pas réellement convaincu par ses propres propos mais les utilise plutôt pour renforcer le conditionnement des adeptes : « (...) cette proclamation n'apparaît pas délirante, étant exprimée avec une parfaite sérénité et probablement plus à des fins utilitaires que par adhésion délirante à une croyance. (...) C'est là la dimension psychorigide de la personnalité, sans dimension psychotique, c'est à dire sans aspects délirants ou hallucinatoires. Un tel type de personnalité est toujours capable d'exercer une certaine influence psychologique sur des individus moins fortement structurés ou suggestibles. (...) Il révèle des traits de personnalité qui sont uniquement du registre des troubles de la personnalité, sans altération de la conscience des interdits transgressés. Ces traits déviants de la personnalité sont notamment représentés par la psychorigidité, la perversion des relations interhumaines, la recherche d'emprise sur autrui, la manipulation d'autrui en fonction de leur vulnérabilité psychologique, l'égoïsme, la complaisance narcissique à être reconnu ou à s'autoproclamer comme responsable d'un mouvement. » (97)

L'expert constate via les enregistrements vidéo que l'emprise de Marry semble s'accroître au fil des mois : en effet, les membres du groupe qui, au départ se retrouvaient pour étudier des écrits de Bouguenec et autres auteurs, s'isolent progressivement et doivent prouver à Marry un investissement total dans Néo Phare sous peine de sanction (mépris, sarcasme, voire exclusion). Ainsi, il incite les adeptes à briser leurs liens familiaux (si leur famille n'est pas dans le groupe), sociaux et leurs liens professionnels (démissions).

c) Les techniques de conditionnement

A la première question posée, qui lui demandait de déceler un conditionnement des adeptes sur les enregistrements-vidéos, l'expert explique qu'il constate que les participants sont « obligés » de faire preuve d'adhésion aux croyances s'ils ne veulent pas risquer le rejet voire l'exclusion. Pour répondre à la seconde question, il détaille ensuite les techniques utilisées par Marry pour parvenir à l'assujettissement des adeptes au fil des années. Tous les éléments cités sont pour l'expert un moyen de maintenir l'investissement des adeptes dans le groupe au fil du temps, « au détriment de l'insertion sociale globale ».

Le groupe sectaire est la nouvelle famille des adeptes qui vivent ensemble en communauté après avoir coupé les ponts avec leurs familles respectives. Les couples sont reformés sur le principe des Ames Sœurs, certains auront des enfants. Marry tient alors le rôle de père spirituel, ce qui induit l'infantilisation des membres. Les liens affectifs tissés entre les adeptes ajoutent une dimension émotionnelle qui rend plus difficile la contestation ou la sortie du groupe.

L'expert décrit le principe de scotomisation de la pensée, selon lequel aucune vie ni aucune vérité n'existe en dehors de celle de la doctrine du groupe. Ainsi, il est interdit aux adeptes d'avoir des relations avec des personnes extérieures au groupe.

Via les séminaires organisés par Marry, les adeptes sont plongés dans une « immersion culturelle et affective prolongée » : en effet, les séminaires ont des durées très longues, auxquels s'ajoutent les retraites : « de 10 h du matin jusqu'à 1 h du matin -

traditionnellement des week-end de 3 jours, puis retraite de 13 jours en février 2002 ». Les adeptes ont alors une réduction du temps de sommeil importante qui renforce leur vulnérabilité. S'ajoute à cela une diète forcée durant les séminaires (« ex: une salade de tomates/jour ») pouvant provoquer des états hypoglycémiques qui facilitent l'accès à des états modifiés de conscience (transe). Les adeptes doivent également assister à l'intégralité des réunions du groupe, et accomplir des travaux personnels à la demande de Marry.

Antoine Marry a toujours nié détenir la place de leader au sein du groupe. Il déclare : « Je ne suis pas un *gourou*. Dans le groupe c'est plus un rôle d'animateur que je tiens. Pourquoi ? Car personne d'autre ne ferait quoi que ce soit. Je m'arrange pour que nous nous rencontrions, j'organise des colloques, j'écris des livres diffusés sur Internet. J'ai de l'*énergie*. Mais il n'y a pas de hiérarchie dans notre groupe. Je n'ai pas d'argent, les gens de Néo Phare, ce ne sont pas mes disciples, ce sont mes amis ! »(93). Selon ses dires, il n'exige rien des autres adeptes. Une de ses techniques décrite par l'expert est celle des injonctions divines : certains messages, n'émanant pas de Marry mais du « canal » sont de fait considérés comme des injonctions divines impossibles à transgresser pour les adeptes. C'est le cas par exemple de deux adeptes que Marry jugeait trop peu investis dans le groupe qui ont été exclus du groupe après la réception d'un message via le « canal » Julie en 2002.

Toutes ces techniques de conditionnement, physiques ou psychologiques, ont eu sur les adeptes des conséquences diverses selon l'expert : certains ont choisi de quitter le groupe ou en ont été exclus, certains ont alterné des périodes de soumission totale avec des périodes de contestation, enfin d'autres ont « fonctionné en culpabilité permanente en raison de la tension psychologique permanente née de la rupture de leurs conduites actuelles avec le passé. Cette tension permanente a eu dans le cas des époux P. et plus gravement dans celui de Josselin T. les conséquences médico-légales que l'on connaît. »

d) Les passages à l'acte

Grâce aux déclarations des autres adeptes, l'expert a réussi à dépeindre la place qu'occupait Josselin T. au sein de Néo Phare. Il semble que ce dernier a toujours été en prise à un sentiment d'infériorité par rapport aux autres membres du groupe : « *Il faut*

dire qu'il se considérait toujours comme n'étant pas à la hauteur de ce nous vivions, de ce que nous étions censés faire et que c'est donc lui qui empêchait que les évènements s'accomplissent » déclare un adepte.

L'expert explique également que Josselin a rapidement été considéré comme la tête de turc d'Antoine Marry qui, dans les réunions enregistrées, s'adressait à lui de manière condescendante. De plus, il sera désigné par Marry comme le « Bouffon », dans le sens religieux du terme (animateur de la Cour Cosmique de Dieu), ce surnom gardant tout de même sa connotation péjorative et rabaissante. Au mois de juin 2002, Josselin T. commence à tenir des propos délirants de thème mystique en lien avec la doctrine de la secte. Il fait une première tentative de suicide en juin, par phlébotomie, à la suite de laquelle il est hospitalisé brièvement à l'hôpital psychiatrique. Par la suite, le groupe essaya de contenir sa symptomatologie, il a en effet été à plusieurs reprises ligoté à un lit pour calmer son agitation. En juillet 2002 il passe de nouveau à l'acte et décède en se jetant sous les roues d'une voiture

Pour l'expert, en se fiant au compte rendu de son hospitalisation de juin 2002, Josselin T. semble souffrir d'une pathologie psychiatrique (trouble bipolaire probablement à polarité dépressive) qui sera décompensée sur un mode délirant lors des derniers mois de sa vie, favorisé par le délire commun du groupe.

Dans sa réponse à la 3^{ème} questions, l'expert explique que les techniques de manipulation appliquée par Marry ont eu pour conséquence l'état de sujétion psychologique des adeptes, certains ayant atteint des niveaux d'emprise plus ou moins importants : « Pour quelques membres il a franchi un degré supplémentaire par l'apparition des phénomènes de transe et enfin pour quelques membres, il a atteint le niveau de la déstructuration psychique individuelle plaçant les sujets au niveau d'un état agentique de sujétion totale et absolue. »

D/ Jugement et appel

Le 25 novembre 2004, Marry est déclaré coupable et condamné à 3 ans d'emprisonnement avec sursis suivis de 5 ans de mise à l'épreuve, ainsi qu'à 90 000€ de dommages et intérêts qu'il doit verser aux parties civiles. Il décide alors de faire appel de cette décision. Le 6 juin 2005, sa condamnation est maintenue par la Cour d'Appel de Rennes, à laquelle se rajoute 10 000€ d'amendes supplémentaires.

3/ Cas n°3 : Syndrome de Münchhausen par procuration

Nous allons enfin étudier le cas de Gaby B. jeune fille inculpée pour l'assassinat de sa mère en 2015 aux États-Unis, dans un contexte de syndrome de Münchhausen par procuration de la mère sur sa fille. Tous les noms et prénoms ont été modifiés.

A/ Rappel des faits

Les faits ont été précisément relatés dans un article de la journaliste Michelle Dean(98), sur lequel nous nous sommes basés pour retracer l'historique. Cette journaliste a pu interroger Gaby, son père, Ray, et plusieurs personnes de leur entourage. Un documentaire contenant les enregistrements vidéos des interviews a également été diffusé (99).

Gaby B. est née le 27 juillet 1991. Sa mère, Susie, avait rencontré le père de Gaby, Ray alors qu'il était âgée de 17 ans et elle 24. Ils vivaient tous deux dans la paroisse de Lafourche en Louisiane. Après 6 mois de relation, elle tomba enceinte et ils se marièrent. Bien que Rod B. quittât Susie peu de temps avant la naissance de Gaby, il resta présent pour sa fille d'un point de vue relationnel mais aussi financier pendant les premières années de son enfance, malgré les dires de son ex-femme, qui affirmait l'inverse à son entourage.

D'après les dires de son père, Gaby était une enfant en bonne santé à sa naissance mais alors qu'elle était âgée de 3 mois, sa mère devint intimement persuadée qu'elle faisait de l'apnée du sommeil. Elle a alors commencé à l'emmener à l'hôpital, lui faisant passer plusieurs batteries de tests dont un monitoring du sommeil, dont les résultats revinrent normaux. Malgré cela, le père relate que Susie commença à se persuader que Gaby était une enfant malade. Elle lui énumérait chaque jour de nouveaux problèmes médicaux et affirmait notamment que Gaby souffrait de dystrophie musculaire ainsi que d'anomalies chromosomiques. Il explique que, ayant exercé en tant qu'aide-soignante, Susie avait des facilités pour manier le jargon médical.

Conséquence de la dystrophie musculaire alléguée, Gaby nécessita l'aide d'un fauteuil roulant pour ses déplacements à partir de l'âge de 8 ans environ. Elle concourra à plusieurs reprises aux Jeux Paralympiques.

Elle fut déscolarisée à partir de l'école primaire, sa mère déclarant qu'il était plus adapté qu'elle soit scolarisée à domicile étant données ses difficultés. En effet, Susie expliquait que sa fille avait un retard mental notable et qu'elle présentait des capacités cognitives réduites pour son âge.

Quelques années plus tard, Susie et Gaby déménagèrent dans la ville de Slidell en Louisiane. Elles étaient très connues des hôpitaux de la région dans lesquels Susie emmenait sa fille régulièrement. Après avoir expliqué aux médecins que sa fille faisait des fréquemment des crises d'épilepsies, il fut prescrit un traitement anti-comitial à Gaby. Pour justifier l'usage du fauteuil roulant, la mère expliquait également à chaque médecin que sa fille était atteinte de dystrophie musculaire, alors même qu'une biopsie du muscle avait réfuté ce diagnostic. Les dossiers médicaux semblent indiquer que la plupart des médecins ont cru aux antécédents dictés par la mère sans les vérifier. Et quand certains médecins doutaient de la véracité des dires de la mère, la mère et la fille ne retournaient plus les consulter.

En 2005, la famille fut frappée par l'ouragan Katrina. Mère et fille se retrouvèrent sans logement, vivant dans un abri pour personnes en situation de handicap à Covington. A partir de ce moment, Susie expliqua que l'intégralité du dossier médical de Gaby, ainsi que ses papiers d'identité dont son acte de naissance, avaient été détruits par l'inondation de leur appartement.

Elles furent ensuite évacuées en avion vers le Missouri en septembre 2005, où elles vécurent dans une maison à Aurora jusqu'à leur déménagement en mars 2008 dans une maison de la ville de Springfield, construite puis offerte par l'association Habitat for Humanity, où elles vécurent 7 ans.

Grâce aux interviews de leurs voisins, qui avaient beaucoup d'affection pour Gaby et sa mère, nous apprenons que Gaby était nourrie via une sonde de gastrostomie. Elle n'avalait quasiment rien par voie orale. Elle se déplaçait en fauteuil roulant, parfois avec un caisson à oxygène. Sa mère expliquait qu'elle souffrait d'une forme d'asthme sévère, qui nécessitait parfois une assistance respiratoire. Elle souffrait d'alopécie, conséquence des traitements anticancéreux qu'elle prenait. Selon Susie, elle avait eu une leucémie quand elle était enfant et devait continuer à prendre des traitements agressifs.

Gaby dut subir plusieurs opérations chirurgicales dont à plusieurs reprises une chirurgie des muscles oculomoteurs, et des glandes salivaires.

Ses dents ont dû être arrachées du fait d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Mère et fille participaient régulièrement à des voyages offerts par des associations pour enfants malades, et ont pu séjourner dans des maisons spécialisées de l'association Ronald McDonald.

Sa mère était la seule interlocutrice de Gaby. En effet, elle n'avait plus aucun contact ni avec son père (ses appels et ses lettres étant interceptés par la mère) ni avec aucun membre de sa famille. Gaby n'avait pas d'amis, sa mère ne la laissant pas discuter avec des adolescent(e)s de son âge sans être à côté. Elle répétait souvent que Gaby avait l'âge mental d'une enfant de 7 ans. Du fait de la perte de son acte de naissance officiel, Gaby ne sut jamais sa réelle date de naissance, sa mère lui ayant répété qu'elle était née en 1995.

Le 14 juin 2015, un message fut posté sur le compte Facebook commun de Gaby et Susie : « *That bitch is dead* ». De nombreuses personnes abonnées à ce compte s'inquiétèrent. La police fut prévenue, se rendit à leur domicile et découvrit le corps de Susie dans la chambre. Elle était décédée suite à des plaies d'arme blanche depuis plusieurs jours. Sa fille n'était pas dans la maison.

Une de leur voisine a alors contacté la police pour leur expliquer que Gaby s'était confié à elle dans le passé en lui avouant avoir rencontré un homme sur un site de rencontres chrétien et en être tombé amoureux. Sa mère n'en savait rien car elle lui interdisait de sortir avec des garçons. Son petit ami s'appelait Nathan G. et ils communiquaient via internet depuis 2 ans, la nuit quand la mère de Gaby dormait.

La police identifia alors l'origine des posts Facebook et l'adresse IP correspondait à celle d'un dénommé Nathan G. qui vivait dans le Wisconsin.

Le 15 juin 2015, la police se rendit à son domicile, où ils le trouvèrent en compagnie de Gaby. Ils furent arrêtés.

Ils découvrirent que la jeune fille se déplaçait en marchant, elle n'avait plus utilisé son fauteuil depuis plusieurs jours. Elle n'avait emporté ni médicament, ni caisson à oxygène. Elle n'était pas chauve, ses cheveux ayant commencé à repousser.

Elle raconta alors à la police qu'elle n'avait jamais été malade, mais que sa mère la contraignait depuis des années : elle la forçait à se déplacer en fauteuil, lui rasait la tête chaque mois, la nourrissait via la sonde gastrique.

Elle était persuadée d'avoir 19 ans, alors qu'elle était âgée de 23 ans au moment de son arrestation.

B/ Procès et condamnations

Gaby B. et Nathan G. ont été jugés pour l'assassinat de Susie B. Le procureur ne requit pas la peine de mort à leur encontre, alors que celle-ci est encore en vigueur dans l'état du Missouri.

Les enquêteurs ont rapidement saisi les conversations par SMS entre les deux amants dans lesquelles ils organisent l'assassinat de la mère de Gaby. Gaby avait en effet payé un billet de bus pour que Nathan puisse venir à Springfield après lui avoir demandé de tuer sa mère. Pour elle, c'était la seule solution envisageable pour qu'elle puisse se détacher de l'emprise de sa mère pour vivre son histoire avec son petit ami.

D'après leurs aveux, Nathan G. a porté les coups de couteaux ayant provoqué la mort de Susie. Ils ont ensuite pris un autobus pour retourner dans le Wisconsin chez les parents de Nathan. Ils ont décidé de poster les messages sur Facebook pour que le corps soit découvert.

Un arrangement a été conclu et le 5 juillet 2015, lors de son procès, Gaby a plaidé coupable et a été condamnée à la peine minimum: 10 ans d'incarcération. Les avocats de la défense ont demandé une atténuation de la peine du fait de la maltraitance subie de la part de la sa mère pendant toute son enfance et son adolescence.

En février 2019, Nathan G. a été condamné à une peine de prison à perpétuité, alors même que les expertises psychiatriques ont révélé qu'il été atteint d'un trouble du spectre autistique associé à un quotient intellectuel inférieur à la moyenne.

C/ Analyse

Cette situation représente un cas de syndrome de Münchhausen par procuration poussé à l'extrême, pour plusieurs raisons : tout d'abord d'un point de vue temporel, la mère de Gaby ayant simulé des symptômes durant plus de 20 ans. D'un point de vue médical, ce syndrome de Münchhausen par procuration a mené à un nombre faramineux de consultations, traitements et même d'interventions chirurgicales, du fait de la multitude de pathologies créées par la mère de Gaby. Au niveau humain, la supercherie n'avait jamais fait douter quiconque de leur entourage. Au-delà d'être appréciées par leurs voisins, la mère et la fille recevaient une reconnaissance au niveau national : elles

sont passées à plusieurs reprises dans des émissions télévisées et Gaby a gagné le titre d' « enfant de l'année » décerné par la Fondation Oley, destinée à soutenir les parents d'enfants nourris par voie parentérale. Leur page Facebook était suivie par plusieurs centaines de personnes. Elles recevaient régulièrement des dons, soit de la part de particuliers, soit d'associations, qui pensaient aider à financer les traitements de Gaby.

La situation remplit intégralement tous les critères du diagnostic de « trouble factice imposé à autrui » du DSM V, étudié précédemment. Bien qu'il soit difficile de déterminer si certains symptômes ont été réels ou non, la plupart ont été allégués par la mère. Gaby a expliqué n'avoir réalisé que quelque chose clochait que lorsqu'elle a été âgée d'environ 19 ans. Auparavant, elle a toujours cru aux paroles de sa mère, n'ayant aucun autre discours auquel les comparer. Elle savait seulement qu'elle pouvait marcher mais sa mère lui ordonnait de rester dans le fauteuil « pour sa sécurité ». Elle lui rasait les cheveux chaque mois en lui disant qu'ils allaient tomber dans tous les cas. Elle décrit également avoir obéi aux demandes de sa mère par peur de la décevoir. A la constante recherche de l'approbation de sa mère, se rajoutent également des violences physiques décrites à posteriori par Gaby.

Du fait de ces nombreuses années de maltraitance, Gaby B. a vu sa peine minorée. En effet, ses avocats ont basé leur plaidoirie sur le syndrome de Münchhausen par procuration dont elle était victime, la mort de sa mère représentant l'unique issue pour se sortir de son emprise.

Bien que la législation américaine ne soit pas comparable aux lois françaises, on peut se questionner sur la peine qui aurait été prononcée si cette affaire avait eu lieu en France.

Conclusion

A travers les faits d'actualités et à travers notre pratique d'interne en psychiatrie, nous nous sommes rendu compte que les situations d'emprise mentale étaient fréquentes. Nous avons souhaité étudier ce sujet et réfléchir notamment à son origine, pour comprendre comment la relation d'emprise s'installait et par quoi elle pouvait être favorisée. Le but était également d'analyser les conséquences que peut avoir une relation d'emprise au niveau des actes des individus et notamment la commission d'infractions par des personnes sous emprise. Nous souhaitions connaître l'avis des experts psychiatres sur la question de l'emprise et l'impact que cela pouvait avoir sur leur expertise, notamment en terme du discernement au moment des faits. En effet certains individus sous emprise présentent des états de rupture totale de contact avec la réalité qui peuvent amener à se questionner sur leur discernement. Nous avons donc voulu mettre en parallèle la question de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental avec celle de l'emprise mentale.

Nous avons dû nous appuyer sur des notions générales sur le sujet de l'emprise, notamment rechercher les différents courants de pensées, selon les auteurs, sur l'origine de la relation d'emprise ainsi que l'existence de facteurs prédisposants. Différentes situations d'emprise ont été définies et détaillées dans le but de pouvoir noter les points communs et les particularités de chacune.

Il semblait importer de revenir également sur quelques notions juridiques qui constituent des prérequis avant d'aborder les missions d'expertises psychiatriques. Nous avons donc rappelé le rôle de l'expert ainsi que les missions qui lui sont confiées selon les différentes juridictions, en insistant sur la notion d'irresponsabilité pénale et ses différentes causes. A également été détaillée la législation sanctionnant l'abus de faiblesse des personnes sous emprise, en particulier la loi About-Picard.

Les données recueillies via notre étude auprès des experts nous ont permis de collecter plusieurs avis sur les situations d'emprise et surtout sur les implications expertales. Comme attendu, les experts interrogés ont répondu être confrontés à des victimes d'emprise dans leur pratique, certaines situations, comme les violences conjugales, restant plus fréquentes que d'autres.

Au niveau médico-légal, si pour la plupart des experts il semble possible d'évoquer un discernement altéré chez les victimes d'emprise, l'abolition totale du discernement ne

leur semble que peu adaptée à ces situations. En d'autres termes, les victimes d'emprise restent à leurs yeux pénalement responsables de leurs actes, bien qu'ait été proposé souvent de leur attribuer une circonstance atténuante.

En recoupant notre étude avec les données de la littérature et les vignettes cliniques décrites dans la dernière partie, nous avons pu dégager quelques perspectives qui nous semblent pouvoir améliorer la prise en charge médico-judiciaire des situations d'emprise, à savoir : rendre la fonction d'expert plus attractive pour les jeunes générations de psychiatres, que ces derniers ainsi que les magistrats puissent être formés systématiquement à la notion d'emprise mentale ; que cette notion soit incluse dans le code pénal pour préciser qu'elle peut constituer une cause de modification du discernement ; que les questions de la mission expertale psychiatrique soient davantage personnalisées selon les cas avec des questions spécifiques sur l'emprise si nécessaire. Nous avons également préconisé une meilleure articulation entre la justice et la psychiatrie, notamment que les individus jugés responsables de leurs actes atteints de pathologies psychiatriques puissent bénéficier des mêmes durées d'incarcération et des mêmes conditions d'aménagement de peine que les autres détenus.

Notre travail nous apparaît particulièrement important car il met l'accent sur plusieurs constatations. Tout d'abord le fait que la puissance de l'emprise, bien qu'elle soit reconnue par les experts, est souvent sous-estimée par ces derniers car ils ont du mal à imaginer qu'un individu puisse perdre la totalité de son libre arbitre juste par l'influence d'une autre personne. En effet, ils ont dans quasiment toutes les situations, considéré que les troubles psychotiques ou délirants avaient davantage d'influence sur le discernement des personnes que le phénomène d'emprise ne peut en avoir.

Nous avons également constaté que les experts psychiatres ont parfois des raisonnements qui viennent à dépasser leur stricte mission expertale, et cela peut être le résultat d'une mauvaise coordination soins-justice. En effet, à défaut de seulement donner leur opinion sur le discernement de la personne au moment de faits, certains gardent en tête le parcours sanitaire qui peut découler d'une irresponsabilité pénale et l'imperfection des soins psychiatriques en général.

Notre travail pourrait donner lieu à d'autres études au sujet de l'emprise, qui restent assez rares pour l'instant. On pourrait imaginer une étude de cas pour évaluer la conclusion médicolegale des expertises des individus sous emprise, ainsi que les suites

judiciaires. La fréquence de l'évocation de l'un des deux alinéas de l'article 122-1 dans l'étude de cas pourrait être précisée selon les différentes formes d'emprise.

Nous pourrions également proposer une étude qui évaluerait la prévalence des pathologies psychiatriques (psychoses, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, troubles anxieux) chez les victimes des différentes situations d'emprise citées dans cette thèse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Définition du mot emprise. In: Larousse en ligne [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emprise/29011?q=emprise#28889>
2. Laplanche et Pontalis J et J-B. Vocabulaire de la psychanalyse [Internet]. 1967 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.amazon.fr/Vocabulaire-psychanalyse-Jean-Laplanche/dp/2130560504>
3. Dorey R. La relation d'emprise. Nouvelle revue de psychanalyse [Internet]. 1981; Disponible sur: <https://zorhalee.files.wordpress.com/2014/05/roger-dorey-la-relation-demprise.pdf>
4. Lopez G. La relation d'emprise. 2003;
5. Zagury D. La Barbarie des hommes ordinaires. Ces criminels qui pourraient être nous. Humensis; 2018. 148 p.
6. Denis P. Emprise et théorie des pulsions. Revue française de psychanalyse. 1992;no 56(5):1295-422.
7. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. 1905.
8. Ferrant A. Le travail de l'emprise : accords et désaccords. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2008;n° 51(2):81-92.
9. Abgrall J-M. La Mécanique des sectes. édition revue et augmentée. Paris: Payot; 2002. 395 p.
10. Maes J-C, Eiguer A, Fournier A. Emprise et manipulation: peut-on guérir des sectes ? Bruxelles: De Boeck; 2010. (Carrefour des psychothérapies).
11. Maes, Jean Claude. Liens qui lient, liens qui tuent, l'emprise et ses dérivés. 2014.
12. Qu'est-ce qu'une dérive sectaire ? | Miviludes [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire>
13. Mine B. La notion de « dérive sectaire » : quelle(s) implication(s) pour la régulation du « phénomène sectaire » ? Champ pénal/Penal field [Internet]. 3 mars 2009 [cité 2 mars 2020];(Vol. VI). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/7535>
14. Fournier A (1952-) A du texte, Monroy MA du texte. La dérive sectaire [Internet]. 1999 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4809194x>
15. Suis-je victime de violences conjugales ? - Fédération Nationale Solidarité Femmes - FNSF [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes.org/suis-je-victime-de-violences-conjugales>
16. Hirigoyen M france. Femmes sous emprise.
17. Stop-Djihadisme | Agir contre la menace terroriste [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.stop-djihadisme.gouv.fr/>

18. Bouzar D. Le processus de radicalisation «jihadiste»: une triple dimension émotionnelle, relationnelle et idéologique. *Les Cahiers de l'Orient*. 27 mars 2018;N° 130(2):147-66.
19. Définition radicalisation. In: info-radical.org [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://info-radical.org/fr/definition/>
20. American Psychiatric Association. DSM V. 2015. 1176 p.
21. Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse & Neglect*. 1 avr 2003;27(4):421-30.
22. Gunter M. Induction, Identification or Folie a Deux - Psychodynamics and Genesis of Munchausen Syndromes by Proxy and False Allegations of Sexual Abuse in Adolescents *Psychiatry & Law. Med & L*. 1998;17(3):359-80.
23. De Becker E. Le syndrome de Munchausen par procuration : état de la question. 2005 [cité 28 janv 2020]; Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-enfances-et-psy-2006-2-page-134.htm>
24. Gardner RA. *The Parental Alienation Syndrome: A Guide for Mental Health and Legal Professionals*. Creative Therapeutics; 1992.
25. Bernet W, Boch-Galhau W von, Baker AJL, Morrison SL. Parental Alienation, DSM-V, and ICD-11. *The American Journal of Family Therapy*. 11 mars 2010;38(2):76-187.
26. Delfieu J-M. Syndrome d'aliénation parentale. 2005;7.
27. Oliveira E. Nouvelle victimologie : le syndrome de Stockholm. *Archives de politique criminelle*. 2005;n° 27(1):167-71.
28. Strentz T. The Stockholm Syndrome: Law Enforcement Policy and Ego Defenses of the Hostage. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1980;347(1):137-50.
29. McKenzie IK. The Stockholm Syndrome Revisited: Hostages, Relationships, Prediction, Control and Psychological Science. *Journal of Police Crisis Negotiations*. mai 2004;4(1):5-21.
30. Lasègue C, Falret J. La Folie à deux ou folie communiquée. 1877;
31. Bout A, Berhili N, Hlal H, Aalouane R, Rammouz I. Folie à deux ou le partage de symptômes comme modalité relationnelle: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* [Internet]. 28 2019 [cité 11 févr 2020];32(47). Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/47/full/>
32. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV- TR- MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX. Masson. 2000.
33. José MS, Mary VS. Shared Psychotic Disorder: A Critical Review of the Literature. *Can J Psychiatry*. 1 sept 1995;40(7):389-95.
34. Milgram S, Molinié E. *Soumission à l'autorité: un point de vue expérimental*. 2e édition. Paris: Calmann-Lévy; 2012. (Liberté de l'esprit).

35. Oberlé D, Beauvois J-L, Courbet D. Une transposition du paradigme d'obéissance de Milgram à la télévision : enjeux, résultats et perspectives. *Connexions*. 14 juin 2011;n° 95(1):71-88.
36. Arendt H. *Eichmann à Jérusalem : Rapport sur la banalité du mal*. Gallimard; 1963. 512 p.
37. Zacchia P, Horstius JD, Zacchia L. *Quaestiones Medico-Legales*. Lochner; 1726. 458 p.
38. Pinel P, Garrabé J, Weiner DB. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Seconde édition, entièrement refondue et très augmentée (1809). Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 2005.
39. Code pénal (ancien) - Article 64. Code pénal (ancien).
40. Wong C. Loi du 30 juin 1838. *Guides Sante Social*. 2009;299-310.
41. Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits [Internet]. 1885. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/110-216/110-216_mono.html
42. Code pénal - Article 122-1 1994. Code pénal.
43. Code pénal - Article 122-2. Code pénal.
44. Code de procédure pénale. p. 1108.
45. L'expertise pénale psychologique et psychiatrique - Gérard Lopez et Geneviève Cédile | Cairn.info [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-expertise-penale-psychologique-et-psychiatrique--9782100709489.htm>
46. Code de procédure civile - Article 15. Code de procédure civile.
47. L'Aide-mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-l-expertise-civile-psychiatrique--9782100584949.htm?WT.tsrc=cairnSearchAutocomplete>
48. Code civil - Article 1240. Code civil.
49. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
50. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". *Les Tribunes de la sante*. 25 avr 2014;n° 42(1):27-33.
51. La mission d'expertise médicale des CRCI [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/la-mission-d-expertise-medicale-des-crci>
52. LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. 2007-308 mars 5, 2007.
53. Huffschmitt L. Les certificats médicaux dans la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique du majeur. *L'information psychiatrique*. 2009;Volume 85(7):667-74.

54. Code de procédure civile - Article 1219 [Internet]. Code de procédure civile. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038810482&cidTexte=LEGITEXT000006070716&dateTexte=20190725>
55. Code de la sécurité sociale - Article L141-1. Code de la sécurité sociale.
56. Hirigoyen M France. Le harcèlement moral.
57. Code de la santé publique - Article R4124-3. Code de la santé publique.
58. Code pénal - Article 122-4. Code pénal.
59. Code pénal - Article 122-5. Code pénal.
60. Code pénal - Article 122-7. Code pénal.
61. Code pénal - Article 122-8. Code pénal.
62. Code pénal - Article 122-3. Code pénal.
63. Définitions : discernement - Dictionnaire de français Larousse. In [cité 17 mars 2020]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discernement/25811?q=discernement#25688>
64. Définitions : altération - Dictionnaire de français Larousse. In [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/alt%C3%A9ration/2551>
65. Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique [Internet]. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Zagury.html>
66. Rossinelli J-LS Jean-Charles Pascal, Gérard. Expertise Psychiatrique Penale. John Libbey Eurotext; 644 p.
67. 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. 2008-174 févr 25, 2008.
68. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
69. Code pénal - Article 313-4. Code pénal.
70. Code pénal - Article 223-15-2. Code pénal.
71. Gauchard Y. A Nantes, un gourou septuagénaire et sa compagne mis en examen pour viols. Le Monde. 20 avr 2011;12.
72. AFP/FRS. Premier gourou condamné. Sud Ouest [Internet]. 26 nov 2004; Disponible sur: http://nouveau.europresse.com/Link/U031032T_1/news·20041126·SO·261104a75022
73. Hirigoyen M France. Abus de faiblesse et autres manipulations.
74. Monroy M. Emprise sectaire et responsabilité pénale. Raison présente. 2002;143(1):75-84.

75. Guivarch J, Glezer D. Victimes de dérives sectaires : place des expertises psychologiques et psychiatriques. *L'information psychiatrique*. 15 nov 2012;Volume 88(6):467-75.
76. *Annuaire des experts judiciaires*. 2020.
77. Cour d'appel d'Aix-en-Provence [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cours-appel.justice.fr/aix-en-provence>
78. Renard, B. Le statut de l'expert judiciaire en matière pénale. 2005 p. 414.
79. Rossinelli DG. Contribution de l'ANPEJ à la conférence de consensus sur. :5.
80. Atteintes psychologiques et agressions verbales entre conjoints - Insee Première - 1607 [Internet]. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019028>
81. Bensussan P. Chapitre 37. Aliénation parentale : vers la reconnaissance ? [Internet]. *Violence et famille*. Dunod; 2011 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/violence-et-famille--9782100553723-page-400.htm>
82. Cyr M. La suggestibilité chez les enfants. *Enfances*. 2014;51-80.
83. Welzer-Lang D. Les hommes battus. *Empan*. 5 juin 2009;n° 73(1):81-9.
84. Senon JL. Rapport de la Commission d'audition: Expertise psychiatrique Penale. 2007 p. 71.
85. Zagury D. Radicalisation : ce que l'expertise psychiatrique nous apprend. *Le Genre humain*. 21 oct 2019;N° 61(2):391-9.
86. FENECH G. La Justice face aux dérives sectaires : réflexions et évaluations du dispositif judiciaire de lutte contre les dérives sectaires. 2008. (Documentation Française).
87. *Catalogue de Formation continue pour les magistrats*. 2019.
88. Assassinat de Natacha Mougel : un expert psychiatre condamné pour faute [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/societe/justice/assassinat-de-natacha-mougel-un-expert-psychiatre-condamne-pour-faute-5978619>
89. Diminution croissante du nombre de psychiatres experts judiciaires - Sénat [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130204790.html>
90. UCECAAP - Union des Compagnies d'Experts près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <http://old.ucecaap.com/documents/formation/index.php?z=12&x=2337f0eba72>
91. *Guide pour les jurés d'assises*.
92. *Echelle MADRS*.
93. CESNUR 2006 International Conference -France : la loi About-Picard et Néo-Phare: Première application de l'"Abus de Faiblesse" (Palmer) [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.cesnur.org/2006/sd_palmer_fr.htm
94. 3 ans de prison dont 6 mois ferme, requis contre le gourou du Néo-Phare. *AFP Infos*

- Françaises [Internet]. 6 juin 2005; Disponible sur:
http://nouveau.europresse.com/Link/U031032T_1/news·20050606·AF·141840-tx-asd11
95. GAUVRY C. Procès du gourou de la secte Néo-Phare: 30 mois de prison avec sursis requis (COMPTE-RENDU D'AUDIENCE). AFP Infos Françaises [Internet]. 15 oct 2004; Disponible sur:
http://nouveau.europresse.com/Link/U031032T_1/news·20041015·AF·170716-tx-sjx21
96. Le gourou du Néo-Phare s'explique. La Nouvelle République du Centre-Ouest. 5 sept 2002;E.
97. Abgrall J-M. Expertise Dr J.M Abgrall. 2003 p. 50.
98. Dean M. Dee Dee Wanted Her Daughter To Be Sick, Gypsy Wanted Her Mom Murdered. BuzzFeed News [Internet]. 2016 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur:
<https://www.buzzfeednews.com/article/michelledean/dee-dee-wanted-her-daughter-to-be-sick-gypsy-wanted-her-mom>
99. Mommy Dead and Dearest [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur:
<https://www.hbo.com/documentaries/mommy-dead-and-dearest>

ANNEXE : Questionnaire de l'étude

I/ Présentation

-Nom

-Age

-Sexe

-Nombre d'années d'exercice de la psychiatrie

-Orientation : analytique, thérapies cognitivo-comportementales, phénoménologie, neurobiologie, généraliste ?

-Activité hospitalière, libérale ou mixte ?

-Sensibilisation à la psychiatrie médico-légale ? sous quelle forme ?

-formation d'expertise ?

-Réalisez-vous des expertises psychiatriques ? Si oui, combien par an en moyenne ?

-Êtes-vous inscrit sur liste d'expert ?

-Formation de droit ?

II/ Au sujet de l'emprise mentale

1) Qu'est-ce que l'emprise mentale selon vous ?

2) Pour vous, les situations d'emprise mentale relèvent-elles de la psychiatrie ?
Autrement dit, l'emprise mentale est-elle une maladie ?

3) Avez-vous déjà été confronté à des victimes d'emprise mentale ? Dans le cadre de soins ? Dans le cadre de l'expertise ? Combien de fois ?

4) Dans quels contextes peut-on trouver des situations d'emprise ?

5) Les contextes suivants sont-ils des contextes d'emprise selon vous ? Y avez-vous déjà été confrontés lors de soins ou d'expertises ?

- dérives sectaires

- situations d'emprise au sein du couple

- radicalisation religieuse

- syndrome de Münchhausen par procuration
- syndrome d'aliénation parentale
- syndrome de Stockholm
- folie à deux

Y a-t-il d'autres situations d'emprise mentale selon vous?

6) Les personnes victimes d'emprise souffraient-elles de pathologies psychiatriques? Ces pathologies étaient-elles en lien avec la situation d'emprise?

7) Avez-vous observé des signes communs chez les victimes d'emprise ? Si oui, lesquels ?
Y a-t-il un noyau psychopathologique commun ?

8) Notez-vous une différence entre les victimes adultes et enfants ? Hommes ou femmes ?

9) Décrivez une (ou plusieurs) situation clinique qui vous a marqué.

10) Y a-t-il des facteurs de risque d'emprise que vous ayez identifié ? Si oui lesquels ?

11) Qu'est ce qui a rendu possible l'emprise selon vous?

12) Faut-il prendre en charge les personnes sous emprise ? Quelle prise en charge proposer ? sanitaire ? psychiatrique ?

III/ Situation expertale et implication médico-légale

13) Avez-vous déjà vu des victimes d'emprise mentale en expertise psychiatrique ?

14) Dans quel cadre ? Au pénal ? Au civil : Dans le cadre de demande de réparation de dommages et préjudices ? Juge aux Affaires Familiales ? Juge des enfants ? Mise sous tutelle ?

15) Dans le cas de poursuites pénales, de quoi étaient-elles accusées ?

16) A quelles questions deviez-vous répondre au sein de votre expertise ? Quelle était votre mission ? Y avait-il des questions orientées sur la notion d'emprise mentale ? Lesquelles ?

17) Dans le cas où la personne accusée était sous emprise mentale au moment de l'infraction, quelles sont les conséquences possibles sur l'expertise ? Selon vous, étaient-elles responsables des actes dont elles étaient accusées si elles étaient sous emprise ?

18) Pensez-vous que ces personnes bénéficiaient de leur plein discernement au moment des faits ?

19) Avez-vous évoqué une abolition ou altération du discernement pour des personnes sous emprise ? Si oui, dans quel contexte ? Quelle a alors été votre discussion médico-légale ?

20) Le juge/ le tribunal/ la cour ont-ils suivi l'avis de votre expertise ? Quelle ont été les suites judiciaires ?

21) Pensez-vous que des changements soient nécessaires au niveau de la législation au sujet de l'emprise mentale ?

Exemples, mises en situation :

Exemple 1 :Expertise pénale, lorsqu'une personne embrigadée dans une secte ne prodigue pas les soins nécessaires à son enfant respectant la doctrine de la secte, et que l'enfant décède, quelle peut être votre conclusion sur le discernement ?

Exemple 2 :Cas de folie à deux. Le sujet induit (secondaire, indemne de pathologie psychiatrique initialement) développe un délire et commet un homicide sous-tendu par la doctrine délirante, quelle pourrait être votre conclusion sur le discernement, sachant

que le sujet secondaire n'est plus délirant au moment de l'évaluation dès lors qu'il a été séparé du cas primaire ?

Exemple 3 : Cas de djihadiste (ou de personne radicalisée) auteur d'une tentative d'homicide sous-tendu par la doctrine religieuse. Est-ce que la radicalisation religieuse est une cause d'abolition / altération du discernement ? Quelle est votre attitude ?

Exemple 4 : En mission d'expertise JAF, quelle est votre attitude quand vous suspectez une aliénation parentale d'un parent sur l'enfant ?

Exemple 5 : En mission d'assistance éducative, quelle est votre attitude quand les parents de l'enfant sont tous deux membres d'une dérive sectaire ?

Exemple 6 : En mission du conseil de l'ordre des médecins, quelle est votre attitude face à un médecin membre d'une dérive sectaire ? Peut-il selon vous exercer la médecine ?

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'emprise mentale peut prendre différentes formes et être retrouvée dans de multiples domaines, que ce soit dans la vie personnelle (au sein du couple, de la famille), dans la vie professionnelle ou encore via les croyances religieuses ou sectaires.

Les conséquences de l'emprise sur une personne peuvent être extrêmement puissantes et mener à une totale perte de contact avec la réalité. En partant de ce constat, nous avons décidé de mettre en parallèle ce phénomène avec l'évaluation du discernement qui est fait par l'expert psychiatre lors des procédures judiciaires.

Pourrait-on imaginer que, tout comme certains troubles schizophréniques ou délirants, l'emprise mentale exercée sur un individu pourrait être à l'origine d'une abolition ou d'une altération du discernement de ce dernier, et ainsi conduire à une irresponsabilité pénale comme prévu par l'article 122-1 du Code Pénal ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude auprès des experts psychiatres de la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence, qui nous a permis de tirer plusieurs conclusions. Les experts ont confirmé être confrontés fréquemment à des situations d'emprises au sein de leur pratique. D'un point de vue médico-légal, si pour la plupart des experts il semble possible d'évoquer un discernement altéré chez les victimes d'emprise, l'abolition totale du discernement ne leur semble que peu adaptée à ces situations. En d'autres termes, les victimes d'emprise restent à leurs yeux pénalement responsables de leurs actes, bien qu'ait été souvent proposé de leur attribuer une circonstance atténuante.

Dans le but d'améliorer la prise en charge médico-judiciaire des situations d'emprise, nous avons pu réfléchir à quelques perspectives : une formation des experts et des magistrats à la notion d'emprise mentale ; que cette notion soit incluse dans le code pénal pour préciser qu'elle peut constituer une cause de modification du discernement ; que les questions de la mission expertale psychiatrique soient davantage personnalisées selon les cas avec des questions spécifiques sur l'emprise si nécessaire.

Mots-clefs : emprise mentale, dérive sectaire, syndrome de Stockholm, syndrome de Münchhausen par procuration, syndrome d'aliénation parentale, radicalisation religieuse, violences conjugales, folie à deux, expertise psychiatrique, article 122-1 du code Pénal, discernement, responsabilité pénale, psychiatrie médico-légale.