

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA**  
**RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
**UNIVERSITE SAAD DAHLEB**

**FACULTE DE MEDECINE BLIDA**

**THESE POUR L'OBTENTION DE DOCTORAT EN SCIENCES MEDICALES**

# **INTERNEMENT JUDICIAIRE**

***(NON LIEU-SAUF DECISION CONTRAIRE)***

***Aspect psychopathologique et judiciaire***

***Présentation, évaluation, critique à travers une étude  
rétrospective de sujets hospitalisés en internement judiciaire  
au niveau du service « ASSELAH » et service « ALLAMI  
RATIBA » (EHS FRANTZ FANON)***

***De l'année 2010 à l'année 2012.***

**Présentée par: Dr NAMANE Leila**

**Maitre assistante (Service « B »Blida)**

**Directeur de thèse :**

**Professeur : SEMAOUNE**

**Boualem**

**Membres du Jury :**

**Professeur OULD TALEB Mahmoud : Président**

**Professeur : BENATMANE Tayeb : Examineur**

**Professeur : OUKALI Hamid : Examineur**

**Professeur : TABTI Madjid : Examineur**

*A la mémoire d'un homme modeste et courtois  
qu'il fut, modèle de professionnalisme et  
humanisme avérés.*

*Professeur Bachir Ridouh dont*

*Nous gardons un souvenir ému du jour tragique de  
sa disparition.*

*Je dédie ce modeste travail à*

*Ma très chère mère Louiza , aucun, hommage ne  
pourrait être à la hauteur de l'amour dont elle ne  
cesse de me combler, en témoignage de ma  
reconnaissance et mon affection dans  
l'espoir qu'elle en sera fière.*

*A mon très cher époux Boudali Maamar*

*« tu savais combien ce travail me tenait à cœur, tu as  
su garder patience lorsque j'étais occupée, me  
soutenir lorsque j'étais découragée, tu m'as  
grandement aidé à avancer et ne pas relâcher »  
Merci.*

*A mon très cher fils Aresslane*

*J'espère que tu seras fier de ta maman.*

*A ma petite sœur, ma confidente Nadia que j'aime  
énormément, son époux et mon frère Hamid, mes  
très chers Neveux : Myriam , Tinhinane et Idir*

*A toute ma famille, mes collègues et tous ceux qui  
m'ont soutenu.*

## Remerciements

*Ce projet est le résultat d'un travail de recherche de trois années, sa réalisation à été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.*

*Je voudrais tout d'abord remercier et adresser toute ma gratitude au directeur de cette thèse,*

*Le professeur Boualem semaoune pour son aide précieuse, sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.*

*Un remerciement particulier aux membres de mon jury.*

*Je tiens à témoigner toute ma gratitude à notre maitre et président de jury monsieur le professeur Ould Taleb Mahmoud, je suis heureuse de soumettre ce travail à votre jugement.*

*A monsieur le professeur Benatmane Tayeb, vous nous faites honneur de participer à notre jury.*

*Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers le  
professeur Tabti madjid, et le professeur Oukali  
Hamid qui m'ont apporté leur support moral et  
intellectuel tout au long de ma démarche, merci de  
m'avoir Aidé encouragé et soutenu.*

*Sans votre collaboration ce travail  
n'aurait pu aboutir.*

## Sommaire

<b>Introduction</b>	04
<b>I /Partie théorique</b>	
<b>Chapitre I rétrospective historique</b>	08
A. Introduction	
<b>B.« Loi du 30 juin 1838 »</b>	09
B.1- Hospitalisation sans consentement avant 1838	10
B.2- Présentation de la loi : extraits d articles et commentaires	13
B.3- Analyse critique de la loi de juin 1838	18
B.4- Loi de juin 1838 et autres lois « évolution de l'application Face à l'évolution de la pensée psychiatrique »	20
B.5- Lois et décrets ayant orchestré la naissance de la psychiatrie le secteur entre 1960 et 1985	23
1- Qu'est ce que l'article 64 du code pénal de 1810 ?	23
2- Loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux	24
3- La circulaire du 15 mars 1960	24
4- La circulaire du 24 janvier 1962	24
5- La loi du 30 janvier 1968 : réforme du droit des incapables majeurs	24
6- Circulaire du 16 mars 1973	25
7- Circulaire du 18 janvier 1975	25
8- Loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées	25
9- La circulaire du 15 juin 1979	26
B.6- Bouleversement psychothérapeutique et institutions asilaires	26
B.7- la découverte des traitements biologiques	28
B.8- La psychiatrie sociale	32
B.9- L'antipsychiatrie	32
C) Conclusion et synthèse	34
<b>Chapitre II : «concept de la dangerosité »</b>	
A. Introduction	37
A.1- Aliénation mentale et ordre public de 1789 à 1838	38
A.2- Vers la dangerosité en psychiatrie	39
A.3- Dangerosité consubstantielle à l'histoire croisée de la psychiatrie et criminologie	41
B. Rappel étymologique	42
C. Définition du concept « état dangereux »	47
D. Ethiopathogenie	53
1- Approche neurobiologique	53
2- Approche génétique	54
3- Approche psychanalytique.	54
4- Approche systémique	54
5- Approche sociologique	55
E. Notion d'état dangereux en criminologie clinique	55
1- Le concept de capacité criminelle ou temibilité	55
2- Le concept d'adaptabilité	55
3- Le passage à l'acte	58
4- Formes de l'état dangereux	59
5- Prédiction de la dangerosité du malade mental	59
6- Approche nosographique de l'état dangereux (troubles mentaux criminogènes)	66

7- Expertise psychiatrique et évaluation de La dangerosité	81
8- Dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique ?	82
<b>Chapitre III : « l'internement judiciaire »</b>	
Droit pénal	88
A- Principes généraux de la responsabilité pénale	88
1- Causes d'irresponsabilité pénale	90
a. La maladie mentale	91
La folie sur le plan juridique	92
b. Les états voisins du trouble psychique	94
B- Les placements judiciaires	97
Présentation des lois de santé mentale algériennes	98
a) La loi du 23 octobre 1976	98
b) La loi du 16 février 1985	98
c) conclusion	99
<b>II/ Partie Pratique</b>	
A/Matériels d'étude et méthodologie de la recherche	101
1/ Type d'étude	101
2/Critères d'inclusion et d'exclusion.	102
3/ Durée d'étude	103
4/Moyens utilisés	103
5/Définition des paramètres et des différentes variables	104
6/ Saisie et analyse des différentes données	106
I-Présentation et analyse des résultats	107
II-Présentation et commentaires critiques des lois algériennes de santé mentale	140
A-1/La loi du 23 octobre 1976	140
A-2/La loi du 16 février 1985	141
B-Critique des lois « étude comparative »	143
III-Avant projet de loi de santé Mentale 2003	155
A- Critiques et propositions d'aménagement	155
1/ La mise en observation d'office	155
2/ L'hospitalisation d'office « hospitalisation d'autorité au long court »	158
3/ Mesures de surveillance de contrôle et de protection	162
A- L'établissement de certificat doit être à la base du contrôle	162
B- Dans tout établissement pourvu d'un service fermé recevant des malades en hospitalisation d'office, il est tenu un registre « le livre de la loi » côté et paraphé par le président de l'A.P.C siège de l'établissement sur ce registre doivent être transcrit dans les 24 heures	163
C- Tous les établissements recevant des malades en hospitalisation d'office doivent être visité régulièrement par	163
D- La loi doit permettre l'introduction d'un recours contre toute décision d'hospitalisation d'office	163
E- Un autre point être débattu	164
F- La loi doit reconnaître à la personne atteinte de troubles mentaux hospitalisée d'autorité des droit	164
G- Des disposition pénales devraient être intégrées au texte de loi dans un souci de protection contre l'arbitraire	165
4/L'internement judiciaire	165
5/Pour une meilleure application de la loi	167
<b>Conclusion Générale</b>	172

<b>Références Bibliographiques</b>	177
<b>Annexes</b>	187
<b>Loi du 23 Octobre 1976</b>	188
<b>Loi de santé mentale 1985</b>	199
<b>Loi de sante mentale étrangères</b>	212

## **Introduction :**

Si l'histoire de la psychiatrie en tant que science est récente et remonte à la révolution Française, celle de la folie est par contre très ancienne et est probablement contemporaine des premiers âges.

De même le lien entre psychiatrie et justice a pris racine dès la création de la psychiatrie. La place de l'aliéné dans les prisons, la question de sa responsabilité ont fait évoluer à la fois la clinique psychiatrique et la réponse pénale apportée.

Violence et dangerosité ont existé depuis Saturne,

De Caïn auteur d'un pitoyable fratricide jusqu'aux bouleversants homicides. Qu'est ce que cette veine de folie qui a traversé l'histoire de l'humanité ?

Quant à la dangerosité des malades mentaux, elle est à la croisée des chemins entre santé et justice.

Il semble que ces dernières années les politiques pénales soient de plus en plus restrictives de liberté en ce qui concerne ces malades contrairement à la psychiatrie du 19<sup>ème</sup> siècle.

L'asile est devenu prison et a contraint les sociétés d'établir une législation qui, à l'époque conçue comme protectrice est devenue répressive.

Nous évoquons la psychiatrie médico-légale dans une étude exhaustive, champs de cette présente intervention, et nous abordons le sujet des personnes actrices d'infractions ou d'actes médico-légaux et qui sont reconnues coupables non punissables pour raisons psychiatriques (selon l'article 47 du code pénal Algérien).

***«N'est pas punissable celui qui était en état de démence au moment de l'infraction, sans préjudice de disposition de l'article 21, alinéa 2. »(1.1)***

C'est cet article qui irresponsabilise les auteurs d'infractions.

Les malades mentaux auteurs d'infraction appelés « médico-légaux » allaient avoir un statut particulier selon une nouvelle mesure, et bénéficient de soins selon une nouvelle modalité d'hospitalisation « internement judiciaire » (article 21 du code pénal Algérien).

***« L'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique consiste dans le placement, en un établissement approprié, par une décision de justice, d'un individu en raison de trouble de ses facultés mentales existant au moment de la commission d'infraction ou survenu postérieurement. Cet internement peut être ordonné par toute décision de condamnation, d'absolution, d'acquiescement ou de non-lieu, mais dans ces***

*deux derniers cas, si la participation matérielle aux faits incriminés de l'accusé ou de l'inculpé est établie.*

*Le trouble des facultés mentales doit être constaté par la décision ordonnant l'internement après expertise médicale. » (1.2)*

L'hospitalisation relevait de l'autorité judiciaire et non de l'autorité administrative (le wali).

(placement d'office de la loi de 1838 avant d'être abrogée en 1976 par une nouvelle loi Algérienne qui introduit une nouvelle modalité d'hospitalisation d'office).

La loi se devait alors d'organiser les soins de ces nouvelles catégories qui sont les médico-légaux.

Plusieurs années après l'apparition de l'article 47 et 21 du code pénal Algérien, nous nous proposons à travers cette recherche l'évaluation des difficultés d'application de ces articles et les insuffisances.

Les auteurs d'infractions sont soumis à un examen psychiatrique « expertise médico-légale »

« Psychiatrie / justice » les résultats à obtenir diffèrent d'un protagoniste à un autre et s'affrontent.

Le médecin psychiatre, thérapeute prodiguant soins devient auxiliaire de justice

Se trouvent alors poser les problèmes d'évaluation de la responsabilité.

Judiciarisation des placements (détenus ou patients ?)

Comment allier soins, protection des droits des malades et exigences judiciaires ?

Problèmes de l'évaluation de la responsabilité entière et position du médecin psychiatre autant qu'auxiliaire de justice.

Questionnements sur les quels nous nous arrêterons dans notre modeste réflexion qui a pour principal intérêt d'interroger la pratique, de la confronter à la réalité et de l'adapter afin d'atteindre des soins performants.

Notre étude aura pour objectifs :

L'analyse de la part de judiciarisation des placements.

L'analyse de l'environnement institutionnel et médico-judiciaire du malade mental auteur d'infractions.

L'évaluation de l'application des modalités de l'internement judiciaire selon la législation Algérienne, sur un plan réglementaire.

Proposition d'une adaptation des règles juridico-administratives à la réalité psychiatrique dont les objectifs sont les soins et la réinsertion du malade mental.

Analyse du diagnostic criminologique de sortie.

Nous nous sommes penchés dans notre étude sur le cas des personnes atteintes de troubles mentaux et dont l'état de démence pourrait porter atteinte à l'ordre public et à la sécurité d'autrui.

Après avoir parcouru en premier, dans une perspective historique l'internement avec privation de liberté, et l'internement sous forme de placement d'office (évolution au cours d'un siècle et demi d'existence).

Nous nous intéresserons dans une seconde étape au concept de violence et dangerosité, dont nous essaierons de préciser les définitions et le lien existant avec la maladie mentale à travers la nosographie psychiatrique.

Par ailleurs nous présenterons dans un deuxième temps notre contribution personnelle pratique qui consiste en une étude épidémiologique sur l'internement judiciaire.

# Chapitre I

# Rétrospective Historique

## **A/Introduction :**

Un siècle et demi s'est écoulé depuis la naissance de la loi de juin 1838, voici bientôt cent cinquante ans que cette loi régleme l'assistance aux « aliénés », Notre travail se propose de faire le point, d'une manière à la fois historique et analytique, en l'ayant pour fil conducteur .

Pour cela, il est important d'envisager d'abord l'histoire de la folie et de son devenir au travers des époques pour comprendre la naissance de la loi du 30 Juin 1838, une loi qui sera présentée et étudiée dans un deuxième temps avec les compléments législatifs ultérieurs, puis nous analyserons sa place dans l'évolution de la pensée et de la pratique psychiatrique.

Une comparaison avec d'autres législations étrangères en matière de soins psychiatriques permettra une prise de recul par rapport à notre propre système. Enfin, après avoir étudié l'état actuel de la psychiatrie publique, nous nous intéresserons aux projets de réformes, pour terminer sur une discussion, dans un esprit de réflexion vis-à-vis de cette pratique, parfois si difficile, de psychiatrie publique.

*« Nous appelons folie cette maladie des organes du cerveau qui empêche un homme de penser et d'agir comme les autres »*

Voltaire.Dictionnaire philosophique 1764

## **B/Loi du 30 Juin 1838**

L'histoire de la loi du 30 juin 1838 est celle de son extraordinaire résistance au temps. Si le mouvement vers la reconnaissance du «fou» comme malade s'engage avec la Révolution française (Il n'y avait en effet à l'époque aucune législation spécifique pour les malades mentaux, aucun lieu de soins spécifiques, avec souvent confusion entre les soins et la détention).

Il fallait attendre la monarchie de Juillet pour voir organiser un grand débat parlementaire qui aboutit à l'adoption de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.(16)

Celle-ci est issue d'un double mouvement de libération et de prise en charge spécifique des malades mentaux. Commencé avec PINEL, ce mouvement fut ou institué par ESQUIROL, FERRUS, FALRET.

L'économie des projets de loi successifs et des principaux objets de discussion aux chambres traduit les volontés politiques et techniques (médicales) en présence. Si le premier projet exprime avant tout un souci d'ordre social et de maîtrise de la déviance, les suivants introduisent des éléments de protection de la liberté individuelle. Loin des clivages politiques traditionnels, les discussions sur la nature des établissements à mettre en place.

- publics ou privés, spéciaux ou mixtes - voient s'affirmer l'influence des grands aliénistes soutenus par les libéraux philanthropes.

La loi de 1838, toute de compromis, institutionnalise de fait la conception de l'aliéné comme malade qu'il est nécessaire de soigner.

Elle représente ainsi, sur le plan législatif, « l'acte de naissance de la psychiatrie(8)

Le projet, établi avec l'aide des médecins, fut discuté par les députés et les pairs. Les discussions commencées le 6 Janvier 1837, se terminèrent le 14 Juin 1838 et le texte de loi fut voté par 216 voix contre 160, sa ratification et sa promulgation furent effectuées par LOUIS PHILLIPE.(16)

L'histoire de l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique, depuis la promulgation de la loi du 30 juin 1838, nous paraît être appropriée, dans la mesure où la psychiatrie est

une science toujours étroitement dépendante, dans ses applications, et dans son organisation même, des pouvoirs publics et des politiques de sécurité et de maintien de l'ordre. Donc nous voudrions d'abord défricher le terrain d'une étude historique.(15)

«N'est-il pas important pour notre culture que la déraison n'ait pu devenir objet de connaissance que dans la mesure où elle a été au préalable objet d'excommunication ? ».Michel Foucault(14)

Dans notre précédent chapitre où nous avons défriché le terrain d'une étude historique de ce concept qui est l'aliénation mentale, nous avons vu que la folie a provoqué des sentiments individuels ou collectifs allant de la crainte à la fascination et Si elle terrorise, tous les moyens sont bons pour l'éradiquer.

Jusqu'au XVIIIe siècle, la torture et le bûcher sont justifiés par l'assimilation de la folie à la sorcellerie; la mise à l'écart du fou par l'invocation d'une charité dont les ordres religieux sont les principaux vecteurs,

Désarroi des pouvoirs temporel et spirituel qui, en l'absence d'une véritable science médicale, optent pour l'analogie avec la possession démoniaque ou la pauvreté.

## **B.1-Hospitalisation sans consentement avant 1838 :**

La pratique de l'enfermement a été codifiée en 1656 par la création de l'hôpital général,

Contrairement à ce qui est en vigueur depuis la loi du 30 juin 1838, la décision de séquestrer un «aliéné» peut venir de trois autorités : l'une administrative, les autres judiciaires :

1) La première est la Maison du roi, qui est à peu près l'équivalent de l'actuel ministère de l'Intérieur. La décision de détenir quelqu'un est passée sous forme de «lettre de cachet» contresignée par le roi et le plus souvent à la suite d'une demande de la famille ou un tiers en contact avec le malade.

Cette procédure n'est réservée que très minoritairement aux personnes considérées comme «insensées». Bien d'autres motifs, essentiellement concernant la conduite sociale, pouvaient être invoqués.

2) Les deux autres sont judiciaires. Il s'agit du procureur général du Parlement de Paris et du lieutenant général de police. (à la suite de troubles manifestes du comportement social : violence – injures – menaces....).

Dans une procédure qui mélange des personnes atteintes de troubles mentaux, des vagabonds et des délinquants il n'est le plus souvent pas fait appel à un médecin(Les troubles du comportement social (appelés plus tard «atteinte à l'ordre public») ne fait pas réellement l'objet d'une différenciation entre malades et non-malades).(13)

Vers la moitié du 18<sup>e</sup> siècle nous notons une évolution philanthropique, il sera demandé que les fous soient traités dans des lieux spécifiques selon des modalités appropriées à leur état.

J. COLOMB ER et F. DOUBLET en 1785 ont rédigé «L'instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés»,

Ce texte fondateur est très révélateur (la naissance de la psychiatrie est déjà en germe). «Des milliers d'insensés sont renfermés dans des maisons de force sans qu'on songe seulement à leur administrer le moindre remède».(17)

«Mais quelque avantageux que paraissent ces établissements (les asiles), ils ne soulagent que la crainte publique et ils ne peuvent satisfaire la pitié qui réclame non seulement la sûreté mais encore des soins et des traitements qui sont généralement négligés».Ce sont des extraits de ce texte.

Ce fut alors un véritable bouleversement dans la prise en charge de ces aliénés(les modalités de séquestration et dans les soins).

Dans les mois qui suivirent la Révolution de 1789, nous assistons à l'abolition des lois et décrets régissant la détention des aliénés.(8)

En mars 1790 fut promulgué un décret ordonnant la libération de toutes les personnes détenues «par lettre de cachet ou par ordre du pouvoir exécutif». A l'exception des personnes atteintes de démence, Qui seront examinées par un médecin qui lui déterminera en fonction de leur état :

- Si elles ne sont pas ou plus démentes et doivent donc être libérées.
- Ou si elles sont démentes et doivent être adressées à un hôpital où elles seront soignées.

Le12-16 mars 1790, les lettres de cachet furent définitivement

Abolies suite à un décret, nous citons :

«Dans l'espace de six semaines à partir du présent décret, toute personne détenue dans les châteaux, maisons religieuses, maisons de force, maisons de police ou autres prisons quelconques, par lettre de cachet ou par ordre du pouvoir exécutif seront remises en liberté».(15)

«Les personnes détenues pour cause de démence seront, pendant l'espace de trois mois à compter de la publication du présent décret, à la diligence de nos procureurs, interrogées par les juges dans les formes usitées et en vertu de leurs ordonnances, visitées par des médecins qui, sous la surveillance des directoires de district, s'expliqueront sur la véritable situation des malades afin que, d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet».

Par ailleurs l'ordre public restera toujours un souci entier comme nous le retrouvons dans les articles des décrets qui suivirent celui du 16-24 août 1790 et du 19-22 juillet 1791. (Article 3)

Les objets de police confiés à l'autorité des corps municipaux sont :

- le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces).

De même dans la loi de juillet 1791 ce souci persiste avec implication de la famille et des juges et de l'administration :

« Les parents des insensés doivent veiller sur eux – les empêcher de divaguer – et prendre garde qu'ils ne commettent aucun désordre. L'autorité municipale, suivant la même loi, doit obvier aux inconvénients qui résulteraient de la négligence avec laquelle les particuliers rempliraient un devoir.

Les furieux doivent être mis en lieu de sûreté. Mais ils ne peuvent être détenus qu'en vertu d'un jugement que la famille doit provoquer».

Même si le sort des insensés s'est amélioré par la suite, le respect de la liberté individuelle prime sur le souci du maintien de l'ordre public comme nous le retrouvons dans la loi apparue en 1804, nous citons :

«En substituant à ces procédés réguliers une décision arbitraire de l'administration, on porte atteinte à la liberté personnelle et aux droits civils de l'individu que l'on fait détenir, l'administration n'est pas plus fondée à remettre en liberté et en possession de leur état, des individus détenus comme insensés par ordre de justice : d'abord parce qu'il ne lui appartient point de suspendre l'effet des décisions judiciaires et, de plus, parce que l'état civil des individus n'est ni mis à sa disposition ni placé sous sa surveillance».

La situation était encore loin d'être satisfaisante et conforme (les lieux de détention des aliénés demeurent hétérogènes et les dispositions juridiques pour les y détenir encore assez mal appliquées). Tout restait à faire sur le plan pratique et législatif !

Le rôle de J.B ESQU ROL et FERRUS est remarquable, ils contribuèrent de manière décisive à l'élaboration de la loi du 30 juin 1838(appelée la loi ESQU ROL).qui fut rédigée par la chambre des pairs et celle des députés à partir de leur observations, consignées dans des rapports. Cette loi fut discutée et amendée pendant quinze mois.

« **G. FERRUS, P. FALRET, ESQU ROL, A. FA VRE** »

Ce sont les quatre aliénistes dont l'avis fut sollicité avant l'élaboration de cette loi sur les aliénés.

Les discussions commencées le 25 juin 1836, se terminèrent le 14 Juin 1838 et le texte de loi fut voté par 216 voix, sa ratification et sa promulgation furent effectuées par LOUIS PHILLIPE. Sa longévité est significative, elle fut appliquée, pratiquement sans modifications, pendant 152 ans.(28) Cette loi s'est intéressée :

A l'assistance des aliénés mentaux, en permettant de prodiguer les soins à tous les malades, quelles que soient leur situation sociale et financière.(15)

A la protection des libertés individuelles afin d'éviter les hospitalisations arbitraires qui auraient pu avoir lieu sous l'ancien régime, et à la sauvegarde des biens de l'aliéné, celui-ci étant considéré, vu son état de santé mentale, inapte à les gérer.

## **B.2-Présentation de la loi : Extraits d'articles et commentaires**

### **Le titre I :**

Intitulé «Des établissements d'aliénés»

#### **Article 1 :**

«Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé soit de ce département, soit d'un autre département».(18)

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Bien de départements n'avaient pas d'hôpital psychiatrique.

Les derniers construits en France le furent après la Seconde Guerre mondiale.

#### **Article 2 :**

Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

**Article 3 :**

Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

**Article 4 :**

Le préfet et les personnes déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du Roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Ces trois articles illustrent remarquablement le rôle majeur joué par l'administration d'État.

Les autorités judiciaires et les élus n'ont qu'un rôle d'inspection. Ni les juges ni les élus ne sont indépendants.

**Article 5 :**

« Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement ».

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.(18)

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

(L'injonction de traiter les malades mentaux dans des lieux spécifiques lorsqu'ils sont placés dans des établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies).

**Article 6 :**

« Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés »

**Article 7 :**

Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

L'autorité absolue est confiée à l'État.

**Le titre II :**

Intitulé des placements faits dans les établissements d'aliénés

Il traite en 2 sections : l'une sur les placements volontaires, l'autre sur les placements ordonnés par l'autorité publique.

**La section I : Des placements volontaires****Article 8 :**

« Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police. Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction ;

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin »

Cette procédure d'urgence permet donc à un membre de la famille ou à un tiers de faire interner une personne sans autre formalité. En exigeant aux chefs des établissements d'envoyer dans les 24 heures un certificat au préfet du département.

**Article 10 :**

« Le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement, Au procureur du Roi de l'arrondissement du domicile et celui de l'arrondissement de la situation de l'établissement ».

**Article 11 :**

« Impose au directeur de l'établissement d'adresser au préfet un nouveau certificat quinze jours après le placement d'une personne. C'est le «certificat de quinzaine».

**Article 13 :**

Déclare que «toute personne cessera d'y être détenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré que la guérison est obtenue». Donc le pouvoir est donné aux médecins et précise que la guérison pouvait être obtenue.

**Article 14 :**

« toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

- 1- Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi ;
- 2- L'époux ou l'épouse ;
- 3- S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;
- 4- S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;
- 5- La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;
- 6- Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille »

Cet article précise que le médecin ne peut empêcher une sortie, même chez un malade non «guéri»

Il peut toutefois, s'il estime que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, en prévenir le maire de la commune qui pourra ordonner un sursis provisoire avec notification au préfet dans les 24 heures. Si le préfet ne prend pas un arrêté dans les quinze jours, la sortie du patient est impérative.

**Article 16 :**

«Le préfet a le droit «d'ordonner la sortie immédiate» des personnes placées volontairement dans les asiles d'aliénés ».

On voit à travers cet article l'importance du pouvoir conféré au préfet.

**La section II :**

Des placements ordonnés par l'autorité publique :

**Article 18 :**

«A Paris, le préfet de police et dans les départements les préfets, ordonneront d'office le placement dans un asile d'aliénés de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public et la sûreté des personnes».

A travers cet article le lien entre aliénation mentale et dangerosité a été précisé, celui-ci est à la base du principe de l'internement tel qu'il est perçu actuellement.

De même Il n'est même pas besoin de certificat médical : la responsabilité de détenir un aliéné dangereux, ou potentiellement dangereux, n'incombe qu'au représentant de l'État.

**Article 19 :**

« En cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes, ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statuera sans délai».

La notoriété et le certificat médical sont mis sur le même plan.

**Article 20 :**

« Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement. Le préfet prononcera sur chacune

individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie ». Dans **l'article 21 et 22 :**

« Le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher que les malades dont l'état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placés dans un autre établissement ».

« Les procureurs du Roi seront informés de tous les ordres donnés ».

### **Article 23 :**

« Si les certificats médicaux prévus aux articles 8 et 11 (certificat de 24 heures et certificat de quinzaine) dans le cas de placements volontaires permettent d'ordonner la sortie, le préfet doit statuer sans délai ».

La sortie ne sera effective qu'après décision du préfet »

Après avoir revu en lecture les principaux articles nous pouvons insister sur un fait qui est la rapidité et la facilité avec lesquelles cette loi permet l'internement des malades mentaux. Par ailleurs la simplicité de ces procédures ont fait qu'elle soit appliquée sans difficulté par les générations successives et qu'elle ait assuré un contrôle de la maladie mentale pendant plus de 150 ans.

### **B.3- Analyse critique de la loi de juin 1838 :**

Cette loi a un mérite indéniable. Elle a permis progressivement de séparer le fou d'autres déviants de l'époque, de les sortir des prisons et des conditions désastreuses dans lesquelles ils croupissaient, survivant malgré la position inhumaine dans laquelle ils étaient placés. Elle a permis leur passage progressif à un statut de malade ayant droit aux soins. Elle a permis l'évolution de cette nouvelle spécialité, la psychiatrie, en bénéficiant de ses progrès constants.

Elle a offert assistance aux aliénés, en créant des établissements spécialisés pour leur isolement et traitement, les protégeant contre certaines formes de rejet instituant un mode de financement qui garantit des soins et édictant nombre de mesures pour sauvegarder la liberté individuelle, protéger la personne et les biens Elle a participé au maintien de l'ordre public qui jadis était le souci majeur des autorités Ses effets persistent et paraissent d'actualité, Elle semble répondre de façon efficace et rapide par le placement

volontaire ou le placement d'office. Au sujet assez délicat qui est l'harmonisation des impératifs de respect et de liberté individuelle à ceux de sécurité ou de maintien de l'ordre familial ou public. Grace à elle le psychiatre est resté le responsable du maintien ou de la sortie du patient, mais il peut se placer dans une position de « constatant » du résultat de l'acte social du patient ayant provoqué le placement et « travailler » à partir de cela, pas forcément dans un rôle de normalisateur, mais de miroir renvoyant au patient la réalité de son comportement et permettant une prise de conscience de ses difficultés

Considérée comme une loi souple, claire, efficace, adaptable, alliant respect des libertés individuelles et ordre public, elle a apporté une longue expérience dans l'utilisation des ressources de toutes ses dispositions légales. De sa source a pu s'élaborer une adéquation de la réponse au problème posé.

La psychiatrie actuelle a connu une évolution étonnante. Lorsque cela est apparu nécessaire, pour correspondre aux exigences nouvelles, la loi s'est modifiée ( la loi du 30 Janvier 1968 réforme le droit des incapables majeurs, remplaçant différents articles de la loi de 1838, différentes circulaires aménageant le régime des aliénés... de même que les pratiques – services libres, secteur...)

Par ailleurs avec les théories psychanalytiques, sociologiques et les découvertes neurobiologiques. L'isolement reste parfois nécessaire, mais il ne représente que l'une des actions thérapeutiques souvent décidée avec l'accord du patient et dans des structures extra-hospitalières. L'asile n'est plus le seul lieu de soins, et le secteur est venu étendre le champ d'action géographique de la pratique psychiatrique. De même l'internement se révèle de moins en moins nécessaire.

Ce n'est pas tant au niveau du texte législatif que se pose le problème, mais plus au niveau de la mentalité, de l'état d'esprit que provoque la loi de 1838. Il ne s'agit pas tant du risque d'internement abusif à des fins pécuniaires malhonnêtes qu'un abus de l'internement, utilisant sa facilité, sans prendre en considération la « marque » qu'il va entraîner chez le sujet. (15)

Par la création d'asile et par l'internement, la loi de 1838 crée un phénomène d'exclusion pour certains sujets désignés, mais aussi pour ceux initialement chargés de les soigner.

De la même manière, elle entretient la peur mystique du fou, si différent, potentiellement dangereux, que l'on rejette.

La spécificité exclut le psychiatre de ses confrères, entretenant une méconnaissance du problème de la maladie mentale. Alors que les médecins généralistes y seront confrontés si souvent dans leur pratique de ville.

La loi de 1838, basée sur l'isolement dans son principe, se trouve en contradiction avec une pratique actuelle de secteur qui permet un travail de traitement précoce des troubles, de suivi en post- cure, de traitement à temps partiel ou ambulatoire et d'éviter le processus d'exclusion à travers les centres d'accueil.(16)

La loi du 30 Juin 1838, très utile en son temps offrant un statut digne de malade mental à cet aliéné, semble maintenant à bout de souffle et paraît se maintenir dans un effort de chronicisation, de plus en plus en décalage avec ce que l'on est en droit d'attendre d'un dispositif de soins intégrant de façon plus harmonieuse l'évolution de la société et les progrès de la psychiatrie. (12)

L'aspect incontournable de la nécessité de l'obligation aux soins dans certains cas pose des problèmes de cadre législatif difficile à mettre en place. La loi de 1838 peut encore répondre à ces cas. Qui dit abrogation de la loi de 1838 sous entend nouvelle législation. La conserver serait la meilleure solution.

#### **B.4-Loi de juin 1838 et autres lois « Evolution de l'application Face à l'évolution de la pensée psychiatrique » :**

Cette évolution est passée par quatre phases : nous citerons successivement

L'âge d'or de l'aliénisme – de 1838 à 1920.

La contestation de l'asile – de 1920 à 1940.

L'ébranlement de la culture asilaire – 1945 à 1990.(20)

La fin de l'asile et de la loi de 1838.

En 1869 Claude BERNARD, dans son discours, promet un organicisme radial : « la physiologie... veut expliquer les phénomènes intellectuels au même titre que tous les autres phénomènes de la vie » Bientôt, avec la grande vague des localisations cérébrales fonctionnelles, la psychiatrie rêvera un temps au modèle absolu.(16)

La loi de 1838 est appliquée, ainsi que l'article 64, dans toute leur rigueur.

D'autres lois sont venues par la suite se greffer dans la prise en charge des malades et aliénés mentaux.

Donc en 1839 : une ordonnance s'est intéressée à l'établissement des règlements des asiles et à la répartition des tâches :

Il revient au directeur d'assumer son rôle de premier responsable Quant au médecin chef qui doit résider à l'établissement, Outre la rédaction des différents certificats et la notification des remarques spéciales et l'instauration d'un traitement adéquat il sera également chargé :

D'assurer la surveillance permanente des patients en distribuant des directives au personnel soignant.

De coordonner les activités des médecins qui lui sont adjoints, des surveillants et des infirmiers.

De l'attention dont fait preuve le personnel quant à l'entretien des locaux réservés aux patients.

D'ordonner les éventuelles mutations à effectuer ainsi que les éventuelles autorisations de sortie en permission.

Cette loi a posé les premiers jalons d'une société née dans les établissements d'aliénés.

En 1842 nous assistons à la transformation du placement d'office en placement Cette ordonnance insiste sur l'autonomie et liberté du malade au sein de l'établissement, et son droit de bénéficier de permissions de sortie d'essai sans l'assentiment préalable du préfet ainsi que de sorties définitives sans démarches préliminaires et en particulier administratives : les sorties sont effectuées avec plus de facilité, plus de rapidité et interviennent opportunément.

En 1857 (Les permissions et « congés d'essai »),

Elles permettaient à un malade, sous régime d'internement, de prétendre à une sortie, pour mise à l'épreuve de ses capacités à vivre en société.

Celles ci ne furent appliquées que tardivement qu'après les circulaires du 21- 08 – 1952 et 04- 06- 1957.

Par la suite un mouvement s'organise peu à peu. On vient à envisager une organisation de soins indépendante du dispositif asilaire « le service libre » et « les services ouverts ». C'est ainsi qu'est créé en 1922 le premier service ouvert dans un asile

par Henri ROUSSELLE, Le premier médecin chef en est Édouard TOULOUSE qui fut à l'origine de la création de la Ligue française de prophylaxie et d'hygiène mentale.

Sur la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'aliénisme pur est mort. La science complexifiée des maladies mentales offre désormais d'autres méthodes, induites de nouveaux impératifs. L'avancée clinique commande la création de lieux de soins diversifiés. De nouvelles maladies mentales sont isolées, dont les troubles ne réalisent pas l'aliénation au sens de la loi de 1838.

Aussi en viendra-t-on à envisager une organisation des soins indépendants du dispositif asilaire Puis il ya eu une contestation vive de l'asile d'aliénés comme l'a illustré si bien le célèbre reportage d'Albert LONDRES «Chez les fous» publié en 1925 qui s'est attaqué violemment tant à l'article 64 qu'à la loi de 1838 et au personnage du psychiatre.

C'est ainsi qu'il écrivit : «la loi de 1838 n'a pas pour base de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société – c'est une loi de débarras».

«La loi de 1838, en déclarant le psychiatre infallible et tout puissant, permet les internements arbitraires et en facilite les tentatives sous la loi de 1838, les deux tiers des internés ne sont pas de véritables aliénés».

Plus loin il dit avoir ressenti «effroi, horreur, consternation, dégoût, écœurement, devant Monsieur Psychiatre qui joue de la médecine comme d'autres jouent du cor de chasse».

Ce fut également l'époque de la création de «l'Évolution Psychiatrique» autour d'Henri EY et l'introduction des théories freudiennes.

L'apparition de nouvelles initiatives thérapeutiques, (l'électrochoc la cure d'insuline et la lobotomie, allaient accentuer le caractère médical des thérapeutiques psychiatriques.

De lieu de détention, l'asile allait devenir un hôpital où l'on soignait nous assistons par la suite à l'ébranlement de la culture asilaire (1945-1990) avec l'innovation de la psychothérapie Institutionnelle et la politique dite de secteur. (15)

## **B.5-Lois et décrets ayant orchestré la naissance de la psychiatrie de secteur entre 1960 et 1985 :**

Avant d'aborder ces lois une question mérite d'être posée :

### **1- Qu'est ce que l'article 64 du code pénal de 1810 ?**

Celui-ci est considéré comme le socle de la loi du 30 juin 1938 et par voie de conséquence du placement d'office judiciaire. Qui disposait :

« Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

Cela fait que l'aliénation mentale supprime la responsabilité de l'auteur d'un délit. La peine n'est pas supprimée, c'est l'infraction même qui n'existe pas puisqu'il y a « non-lieu ». Des ordonnances de non-lieu fondées sur cet article furent prises de façon plus systématiques à partir de 1852.

En toute logique, donc, seules les personnes ayant été l'objet au moins une fois d'un article 64 du Code pénal et présentant un comportement montrant qu'elles pouvaient être fréquemment sujettes à ce genre d'actes, auraient dû se voir appliquer les mesures de placement prévues par la loi du 30 juin 1838.

Avant la loi de 1838 « une première loi d'exception » (comme l'appelait BONNAFE) sous de bonnes intentions de protection notamment, une loi ségrégative, vis-à-vis d'individus qui « ne seraient pas comme les autres », et qui donc ne peuvent se soumettre aux mêmes lois de tout citoyen « normal ». Voilà mise en place une spécificité, une « exceptionnalité » pour le fou, prémices de la loi de 1838.(19)

Ce « non- lieu », cette non-existence du fait commis n'est pas sans conséquence sur un individu pouvant parfois augmenter sa déstructuration. Chez un être ayant une difficulté à appréhender la réalité objective, comment peut-être perçue la négation de l'existence d'un fait ayant réellement existé ? La négation de l'auteur de l'infraction, donc de son identité.

L'article 64 concrétise un pouvoir psychiatrique par l'intermédiaire de l'expertise. C'est le psychiatre qui va déterminer si le criminel est, ou était, atteint de démence au moment des faits.

Si aliénation, c'est l'asile qui va prendre en charge le sujet par l'intermédiaire de l'autorité administrative ordonnant un internement. L'article 64 a donc concrétiser un pouvoir psychiatrique en lui attribuant un mandat social et en le responsabilisant vis-à-vis

de l'ordre et de la sécurité civile, Et L'asile intervient comme le relai nécessaire à cet article.

## **2- Loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux :**

Cette loi peut être considérée comme une extension de la loi de 1838 en ce sens qu'on retrouve les notions de prévention vis-à-vis d'une potentielle dangerosité. C'est aussi une loi d'ordre public qui peut dicter un placement d'office, mais qui, ici, utilisera d'abord la persuasion, possible car l'étiologie du trouble est connue. Comme la loi de 1838, elle assigne à l'alcoolique invétéré, un lieu spécifique, un centre de rééducation. cette loi est peu employée. (15)

## **3- La circulaire du 15 mars 1960 :**

La politique de sectorisation établie. Elle fut pendant une dizaine d'années la seule base légale du secteur.

Inspirée par Philippe PAUMELLE qui lui même fondateur du 1er secteur français en 1958.

(Elle prévoyait d'organiser des structures extrahospitalières et des dispensaires et d'assurer la postcure).(20)

## **4- La circulaire du 24 Janvier 1962 :**

Elle concernait la mixité des services.

## **5- La loi du 30 Janvier 1968 : Réforme du droit des incapables majeurs :**

Cette loi annule Les mesures de protection des biens prévues initialement comportant plusieurs degrés de prise en charge des droits et biens de l'incapable majeur (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) permettant une adaptation au plus près des nécessités de chaque cas. (12)

« Le sens d'une telle réforme est de désaliéner le malade mentale ».Je cite H.N. BARTE et G. OSTAPTZEFF (dans le chapitre législation psychiatrique de l'EMC), Cette loi précise que les conditions de traitement des malades mentaux et les conditions de protection de leur biens sont indépendantes l'une de l'autre, elle se présente avec une approche nouvelle du malade mental qui vient interférer avec la conception ancienne de l'aliéné contenue dans la loi du 30 Juin 1838.

## **6- Circulaire du 16 mars 1973 :**

Précise l'application à la pédopsychiatrie.

## **7-Circulaire du 18 Janvier 1975 :**

Création de services de psychiatrie en hôpital général.

## **8-Loi du 30 Juin 1975 en faveur des Personnes handicapées :**

Celle-ci offre un statut social aux personnes handicapées en leur permettant d'accéder à des droits fondamentaux, garantie d'un minimum de ressources. Elle vise à promulguer une politique d'orientation et de reclassement du travailleur handicapé.

Il est ainsi, instauré dans chaque département, une commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (C.O.T.O.R.E.P.), organisée en deux sections :

L'une chargée de l'orientation professionnelle et du reclassement.

L'autre chargée des prestations en espèces ou de placer l'handicapé dans un établissement d'hébergement.(20)

Elle assure une garantie de salaire minimal ou de ressources minimales pour l'handicapé exerçant une activité professionnelle.

Pour l'adulte handicapé non travailleur atteint d'une incapacité permanente au moins égale à 80 %, ne bénéficiant pas de ressources personnelles excédant un certain plafond, il est assuré une garantie de ressources sous forme d'allocation aux adultes handicapés (A.A.H).

De même le bénéficiaire de l'A.A.H est susceptible d'avoir droit ou d'ouvrir droit à l'allocation logement.

La personne handicapée peut être admise soit en atelier protégé et centre de distribution de travail à domicile, soit en centre d'aide par le travail (C.A.T).

La loi, fait état de la possibilité de créer deux nouveaux types d'établissements, des établissements ou services d'accueils et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants (Maison d'accueil spécialisée M.A.S.),

En conclusion : deux points essentiels ont été traité par cette loi :

Elle a permis, par les ressources qu'elle procure, une autonomisation et la mise en place de projets qui auraient été impossibles sans ce soutien financier individuel et elle a

participé à la réinsertion de ses personnes handicapées. Nous pouvons la qualifier de non ségrégative du moment que le type d'handicap n'est pas définit.(21)

## **9- La circulaire du 15 juin 1979 :**

Sur l'accueil des urgences.

## **B.6-Bouleversement psychothérapique et institutions asilaires :**

La période la plus critique de l'histoire de la psychiatrie fut caractérisée par :

La stérilisation des malades mentaux (pratique inaugurée en Suède), Puis le massacre des aliénés sous la dictature nazie et orchestrée par le tiers des professeurs de psychiatrie allemands (sous le prétexte d'euthanasie).

Et l'abandon des patients en institution en France pendant l'occupation, nombreux d'entre eux sont décédés. L'ensemble de ces crimes provoqua un violent choc en retour, et le désir par beaucoup de psychiatres de révolutionner totalement leurs pratiques, ils se sont illustrés et ont révolutionné la psychiatrie, son organisation et sa législation. Ils ont permis à la psychiatrie de connaître un véritable âge d'or.

BRAID en Grande Bretagne, CHARCOT à Paris, BREUER à Vienne, BERNHEIM et LIEBAUT à Nancy ont appliqué les connaissances de leur temps à l'étude des phénomènes inconscients, libérés par l'hypnose et la suggestion.

C'est directement de ces études que proviennent les premiers travaux de P. JANET et de S. FREUD, fondateur des techniques modernes, Sigmund Freud étudie l'hypnose en particulier dans le service de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière et dans le service du docteur Hippolyte Bernheim à Nancy, puis élabore une nouvelle théorie de la vie psychique.(22)

La parution des Études sur l'hystérie en 1895, constitue l'acte de naissance de la psychanalyse. L'introduction de la méthode en France est assez lente.

Freud propose une distinction entre névroses actuelles (névrose d'angoisse, neurasthénie et hypocondrie) et névroses de transfert (hystérie de conversion, névroses phobique et obsessionnelle), et invente les notions de fixation et de régression, ainsi que du refoulement (rejet hors de la conscience des pulsions interdites) et de la libido (énergie des instincts sexuels). Son contemporain Pierre Janet s'intéresse également à l'hypnotisme, et développe la théorie de l'automatisme psychique, où l'inconscient se manifeste lorsque la conscience ne le contrôle plus.

Freud a élaboré une conception totalement originale : les concepts opératoires apparaissant au nombre de trois : l'inconscient (il se présente ainsi : l'essentiel des troubles du patient ne se résume pas à la conscience qu'il peut en prendre, et il est ce qu'il ignore être), le refoulement, le transfert (dans toute relation thérapeutique, au moins en psychiatrie, l'image que le patient se fait consciemment et inconsciemment, du thérapeute, joue un rôle décisif).

Ces trois concepts opératoires, constituant la psychanalyse dès ses origines, concernent directement la psychiatrie.

FREUD proposait aussi une genèse des symptômes de conversion, éventuellement transposables à d'autres, et de la Mise en place des concepts opératoires fondamentaux, théorie de la production des signes, mais aussi élaboration durable de la nosographie des névroses.

La psychanalyse, à l'intérieur de sa propre tradition, continuera à fournir à la psychiatrie des références importantes, même après la mort de FREUD ; Nombreux seront les « poursuivants » plus ou moins fortement la théorie initiale.

C'est une nouvelle conception de la clinique, tout un appareillage théorique qui éclaire les catégories du désir et du vouloir à travers l'abord thérapeutique de la maladie mentale par ses instances psychiques, le ça le moi et le surmoi qui organisent les conflits conscients, inconscients, de même que les mécanismes de défense. (22)

Freud dans ses trois articles : « Les criminels par sentiment de culpabilité »,

«La psychanalyse et l'établissement des faits en matière judiciaire » enfin l'expertise de la faculté au procès(Halsmann) dans laquelle en 1931 il dénonce toute tentation de psychologisme en matière criminelle, avec en particulier un usage extensif du complexe d'Oedipe. Il fait référence à des situations d'expertise sans pour autant s'intéresser particulièrement aux formes médico-légales du passage à l'acte.

La théorie freudienne offre une compréhension irremplaçable du fonctionnement psychique normal et pathologique.

Alors que la psychanalyse introduit un « savoir-faire » nouveau dans le champ psychiatrique, l'organisation des soins psychiatriques de la loi de 1838 se trouve de plus en plus coincée. Son action se situe progressivement dans un registre de conduite à tenir vis-à-

vis d'un trouble du comportement social. L'apport de la psychanalyse ne permettait plus de concevoir la psychiatrie de la même manière.

La loi de 1838, qui se situe plus dans un « faire », puisque se situant comme une réaction-action face à une situation sociale, se trouve confrontée à un « savoir » magistralement explicité. De cette confrontation est né un « savoir-faire » nouveau. La psychanalyse, une révolution pour l'époque porte un regard sur toute une multitude de malade dont les troubles ne répondent plus aux critères de l'aliénation. La loi de 1838 devient obsolète, elle ne répond plus aux nécessités du malade.(15)

En effet, l'asile d'aliénés n'est plus considéré comme la seule alternative, ni le moyen thérapeutique le plus puissant pour l'isolement.

L'internement n'est plus systématique et d'autres modalités de prise en charge devront être créées pour répondre à l'ensemble des maladies mentales.

### **B.7-La découverte des traitements biologiques :**

Les saignées, les purges et les bains éventuellement associés aux douches constituent les bases et l'essentiel du traitement médical de la folie, de l'Antiquité à la fin du XVIIIème siècle.(23)

Le recours aux méthodes évacuantes ne concerne évidemment pas les seuls aliénés d'esprit. D'autres méthodes de traitement sont très usitées, comme l'utilisation de l'opium, qui remonte à l'Antiquité, les vésicatoires (qui attirent les humeurs à la surface pour les évacuer et déterminent une fièvre générale salutaire) et autres " irritants " (urtification, sétons -qui entretiennent une suppuration-, moxas et autres cautères), ou encore le pédiluve, ou bain de pieds.

À titre anecdotique, signalons au XVIIème siècle l'essai de transfusion de sang de veau à un malade atteint de folie invétérée, pratiqué par un médecin parisien nommé Jean-Baptiste Denis.

Le XIXème siècle est marqué par une étonnante inventivité : Les traitements violents sont vite abandonnés les "bains permanents" (de plusieurs jours, jusqu'à plusieurs mois en Allemagne) et la clinothérapie ou "alitement continu" en fin de siècle, deux méthodes visant à médicaliser les soins et transformer l'asile en hôpital.

Un autre courant devait prendre une ampleur considérable, c'est ce que l'on appelle classiquement « la psychiatrie biologique ».

- La première maladie à bénéficier d'un traitement efficace serait aujourd'hui considérée non pas comme une maladie psychiatrique *stricto sensu* mais comme une pathologie neurologique à expression psychiatrique.

Il s'agit de la paralysie générale (dite " P.G. ") ,(24)

Arachnitis chronique décrite au siècle précédent (1822) par Antoine-Laurent Bayle et dont la nature syphilitique est révélée par Alfred Fournier en 1879. le Japonais Hideyo Noguchi en 1913 avec la découverte du *Treponema pallidum* chez les " pégétiques ". Ceux-ci représentent alors souvent le tiers des hommes dans les asiles d'aliénés, et souffrent de troubles associant idées délirantes de grandeur, euphorie, détérioration intellectuelle progressive et troubles neurologiques dits parétiques, notamment au niveau de la marche (d'où le nom de " paralysie générale ").(25)

En 1917 par Julius Wagner von Jauregg de sa méthode d'impaludation ou malariathérapie. (59) GALL avait déjà introduit une double idée révolutionnaire, la structure du cerveau est hétérogène, il existe des corrélations entre morphologie de l'encéphale et fonctions psychologiques.(26)

En 1861 Paul BROCA (qui avait relié une anomalie du langage d'un malade au ramollissement d'une partie du lobe antérieur gauche de son cerveau) relance la recherche des « localisations cérébrales ».

WERNICKE complète un peu plus tard les localisations cérébrales des aphasies. MEYNERT et WERNICKE(27)

Parmi les sciences biologiques, liées à la médecine, la bactériologie domina la fin du XIX<sup>ème</sup>. Les découvertes de Louis PASTEUR en firent le domaine privilégié de la recherche médicale.

En 1929, grâce à Hans BERGER, apparut une technique d'exploration cérébrale dynamique : l'électroencéphalogramme, la détection et la localisation des lésions cérébrales, constitua un apport majeur à l'anatomie. La psychophysiologie prenait la suite de l'anatomie.

WEISSMANN avait révélé le rôle des chromosomes et ouvrait la voie aux premières études « mendéliennes », notamment avec WEINBERG dans l'origine de la « dementia praecox ». Entre 1932 et 1938, la découverte des méthodes dite de choc dans le traitement de la schizophrénie :

En 1932, la cure insulinique (coma hypoglycémique provoqué par injection d'insuline) dite *cure de Sakel*, du nom de son inventeur l'Autrichien Manfred Sakel (1900-1957), qui restera jusqu'à la découverte des neuroleptiques en 1952 le traitement biologique le plus utilisé.(23)

En 1934, la convulsivothérapie par injection intraveineuse d'huile camphrée, puis d'un dérivé synthétique, le Metrazol ou Cardiazol (*choc au Cardiazol* ou cardiazolthérapie) qui déclenche une crise d'épilepsie en quelques secondes, est inventée par le Hongrois Ladislav von Meduna (1896-1964) à partir d'une théorie qui s'avérera fautive, mais dont les résultats seront intéressants, notamment dans les dépressions.(28)

En 1937, Lucio BINI signala la possibilité de provoquer des convulsions grâce au courant électrique. (Il conçut le projet de provoquer des convulsions chez les schizophrènes par injection de camphre, puis de cardiazol).

En 1938, Ugo Cerletti invente l'électrochoc, convulsivothérapie électrique.

Lucio Bini (1908-1964) construit le premier sismothère.(29)

Sans oublier de citer Egas Moniz en 1936 qui a été l'inventeur de la psychochirurgie, bien que les premières topectomies à visée curative aient été en 1888 le fait du Suisse Gottlieb Burckhardt (1836-1907),(30)

A partir de 1949, la découverte d'une série de drogues, actives dans les psychoses et dans les névroses, créa véritablement la psychopharmacologie. Cette période constitue un moment décisif dans l'évolution de la psychiatrie.

La psychopharmacologie (et donc la psychiatrie biologique) naît avec la découverte en 1952 par les neuropsychiatres parisiens Jean Delay et Pierre Deniker des effets antipsychotiques de la Chlorpromazine, que LABORIT utilisait en anesthésiologie comme « stabilisateur végétatif ».(31)

Puis, après ce premier psychotrope, en viendront d'autres, l'imipramine, les sels de lithium, les anxiolytiques.

En 1949, John Cade avait préconisé le carbonate de lithium dans la psychose maniaco-dépressive. A partir de 1954, Mogens Schou entreprend la mise au point du protocole de prescription.(32)

En 1964, W. A. Harrington découvre l'action prophylactique des sels de lithium dans la psychose maniaco-dépressive, une découverte partagée avec P.C. Baastrup. Les sels de lithium, (des *thymorégulateurs*), représentent le premier traitement préventif de troubles mentaux.(33)

Dans les années 1950 sont découverts les premiers antidépresseurs (Imipramine et Iproniazide en 1957), et les premiers tranquillisants (le Méprobamate en 1955, puis les premières benzodiazépines, le Chlordiazépoxyde commercialisé en 1960 et le Diazepam en 1963) et hypnotiques non barbituriques.(34)

La « neurobiologie » et la « psychobiologie » exerceront, à partir de 1965, une influence décisive sur la recherche et plus généralement sur le mode de pensée en psychiatrie.

Cette « remédicalisation » de la psychiatrie clinique venait, notamment des Etats-Unis, en réaction contre la psycho dynamisme de la période précédente. Ce mouvement sert de support à une nouvelle appréhension dans l'observation des phénomènes psychopathologiques, qui se concrétisent par le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).(35)

La psychopharmacologie a levé la malédiction de l'incurabilité, a modifié le comportement des malades, a transformé la possibilité de la prise en charge, elle ne semble pas être utilisée dans toute sa mesure. C'est un outil et comme tel peut être utilisé dans diverses directions. Encore trop nombreux sont les services où les neuroleptiques sont utilisés comme assommoir, permettant la quiétude du pavillon, renforçant la chronicisation asilaire de certains malades.

La psychiatrie biologique n'est qu'un élément important dans la palette toujours croissante des possibilités de soins offerts aux malades mentaux et qui ne rentrent pas forcément dans le cadre de la loi du 30 Juin 1838.

Après une période dominée par la psychanalyse et les psychothérapies qui s'en inspirent, individuelles et de groupe (psychodrames, thérapies familiales) naissent d'autres modalités de traitement psychothérapique, telles que les thérapies cognitives et comportementales ou « TCC » (déconditionnement, désapprentissage de conduites inadaptées, de comportements pathologiques) et les thérapies systémiques (prenant en compte le système famille-thérapeute).(36)

### **B.8-La psychiatrie sociale :**

Elle s'intéresse aux corrélations entre faits sociaux et maladies mentales, à l'étude des thérapies de groupe et à l'organisation des hôpitaux psychiatriques, l'importance des facteurs d'environnement dans la pathologie mentale est reconnue depuis longtemps, à la fois pour des raisons d'épidémiologie, qui montrent des corrélations entre la morbidité mentale et le statut socio-économique et de thérapeutique, l'organisation d'un traitement ne pouvant négliger la condition sociale du patient,(37)

La sociogénèse fait de la maladie mentale une adaptation seconde et toujours malencontreuse à l'action pathogène de l'entourage, proche ou lointain, et de la condition sociale elle-même, sans toujours très bien savoir si, finalement, il s'agit de maladie, ou si le prétendre n'est pas une mystification supplémentaire imposée par la société. Dans les années 1945 la sociogénèse des maladies mentales prenait un tournant historique un peu naïf. Bien qu'il apparaisse difficile de tenir le matérialisme de PAVLOV pour autre chose que mécaniste, son invocation s'introduisait à tous les travaux psychiatriques qui fonctionnaient dans la mouvance du marxisme orthodoxe d'alors et la sociogénèse en gardait le modèle des névroses expérimentales.

### **B.9-L'antipsychiatrie :**

Le mouvement antipsychiatrique issu des travaux de David Cooper et Laing est celui qui, en France trouva le plus d'écho, ce mouvement développe les années 60 et 70 une contestation radicale de la psychiatrie et de sa violence institutionnelle.

Cooper a réorganisé tout un service de psychiatrie dans un hôpital afin d'y accueillir des psychotiques, il décida d'expérimenter de nouvelles méthodes avec beaucoup de permissivité.

En 1965 Cooper avec l'aide de Laing et Esterson décida d'ouvrir de nouveaux centres d'accueil pour les schizophrènes (le plus connu est celui de Kingsley Hall à Londres) R.D. LAING D. COOPER montrent que l'existence préalable de quelque chose comme la notion de schizophrénie, venant d'avance préparer une riposte à la fois scientifique et institutionnelle au désarroi du groupe, en partie suscité par le désarroi effectif du sujet, rend fort probable l'évolution péjorative qui, d'une certaine façon, transformera de manière irréductible une altération à son début tout à fait réversible.(38)

L'antipsychiatrie se décrit d'abords par un ensemble de refus :

-Refus de faire de la folie une pathologie dont la vérité scientifique serait détenue par la psychiatrie.

-Refus des traitements instaurés.

« La folie est pensée une difficulté, une réaction et un mal être existentiel » Sur la transmutation de l'aigue en chronique que l'antipsychiatrie anglo-saxonne a su élaborer sa théorisation la plus pertinente, où la notion de violence symbolique, empruntée aux sociologues, prend tout son sens. L'antipsychiatrie anglo-saxonne conçoit ainsi les deux types évolutifs possibles.(39)

Ce mouvement était fortement inspiré par la phénoménologie Sartrienne, Michel Foucault se manifestait ainsi à ce sujet lors d'un entretien « Lorsque j'ai rédigé (HISTOIRE DE LA FOLIE), j'étais à ce point ignorant que je ne savais pas que l'antipsychiatrie existait déjà en Angleterre et je me suis ainsi retrouvé rétrospectivement à l'intérieur d'un courant ». Il partageait avec les antipsychiatres que la folie était une véritable histoire, cachée derrière le masque de la raison avait caché les archives.

Foucault définit ce mouvement comme étant une lutte dans et contre l'institution, n'étant pas lui-même praticien il combattait pour la reconnaissance d'une histoire de la folie(40), Quant à l'antipsychiatrie Italienne dont F. BASAGLIA constituait la référence majeure, il se place d'un point de vue politique, il s'agit de détruire une institution qui est l'asile d'abords en modifiant les mécanismes internes puis en le supprimant en totalité

« L'asile est à détruire », mais titulaire de chaire et inspecteur général, F. BASAGLIA n'avait rien d'un utopiste : la loi de 1978 a prévu la disparition graduelle des

asiles et l'organisation progressive de soins sur les territoires, en attendant, c'est par l'accès à la parole par les internés et les soignants que quelque chose peut changer.

La folie y apparaît, son origine y semble surtout dépendre de l'oppression sociale, économique et culturelle, qui impose des modèles de comportement assimilés comme des devoirs impossibles, l'asile aggrave ses effets, sans qu'on puisse être sûr ni que la disparition de toutes ses conditions supprimerait la folie, ni que le savoir s'y réduise à une mystification académique, ni enfin que le militantisme constitue la seule thérapie acceptable.

L'antipsychiatrie a posé différemment la relation à l'institution médicale et va donner à la folie le droit de s'exprimer dans le but de se libérer d'un pouvoir institutionnel qui l'emprisonne.(41)

### **C- Conclusion et synthèse :**

Les attitudes de méfiance et d'exclusion à l'égard des « fous » ont toujours été omniprésentes, considérés comme hérétiques, possédés par le diable, torturés et brûlés par l'inquisition, enfermés avec des criminels, abandonnés à des conditions de vie inhumaines. Ils ne bénéficient pas de soins, on se contente de les enfermer, et les enchaîner.

Comme disait Michel Foucault « les « fous » sont victimes d'une société qui, pour exister, a besoin de les exclure ».

Puis le regard porté sur la « folie » deviendra plus nuancé, et le traitement plus humain.

La loi du 30 Juin 1838, a été conçue comme une loi d'assistance aux aliénés, tout en étant une loi d'ordre public. Sa grande innovation fut de créer une obligation pour les départements de se doter d'établissement spécialement réservés aux aliénés.

Elle a réformé les conditions d'hospitalisation des malades instaurant notamment la distinction entre « hospitalisation libre » et « hospitalisation sous contrainte ». Mais avec le temps, l'isolement et le traitement moral se sont transformés en exclusion et rapport d'autorité sclérosants.

Avec l'avènement de nouvelles pratiques la compréhension et l'abord thérapeutique du malade mental a été bouleversé, je cite les progrès de la psychanalyse, les découvertes incessantes en neurologie, anatomie, biologie, physiologie et pharmacologie, qui ont transformé l'image du malade mental et les possibilités thérapeutiques, levant ainsi la malédiction de l'incurabilité.

Ainsi se dégagèrent de nouvelles pratiques : la libéralisation des structures hospitalières, leur ouverture progressive, le service libre, le secteur et toute l'assistance extra – hospitalière, actuellement La maladie mentale n'est plus la même qu'au temps d'ESQUIROL. La compréhension de la maladie mentale s'est radicalement transformée.

Les possibilités thérapeutiques sont sans commune mesure avec celles quasi-inexistantes de 1838 et malgré de nombreux projets de réformes, cette loi persiste. Peut-être la folie est-elle encore synonyme de dangerosité, angoissante et l'internement un mécanisme de défense ?

La loi de 1838 persiste, son emploi se réduit parce que les dispositifs extrahospitaliers, les neuroleptiques, la psychothérapie, permettent une prise en charge différente mais cela ne veut pas forcément dire que l'on peut, totalement se passer de la loi de 1838.

L'essentiel reste de faire évoluer les pratiques.

# Chapitre II

## Concept de la Dangérosité

*«L'aliéné est celui, qui, par sa pensée, ses actes, sa conduite, se montre  
autre que ceux qui l'entourent» (DUPRE.E)*

## **A/Introduction :**

« Si tous les moyens d'éducation et de prophylaxie devaient rester impuissants à empêcher certains anormaux et malades de rester un danger grave pour la société et pour leur descendance, il ne faudrait pas hésiter à les éliminer pour un terme illimité de la vie sociale, mais à condition que leur ségrégation soit humaine, scientifique, dégagée de toute préoccupation pénale, inspirée avant tout du désir de les soigner, de les améliorer, et de l'espoir de les rendre si possible à la liberté ». Ainsi s'exprimait en 1926 le Dr. Vervaeck, qui reste proche du Dr. Binet-Sanglé qui avait proposé « la constitution d'un Institut d'euthanasie où les dégénérés fatigués de la vie seront anesthésiés à mort à l'aide de protoxyde d'azote ou de gaz hilarant ».(42)

L'article 64 du code pénal français de 1810, en inscrivant le principe du libre arbitre dans le droit, a induit l'irresponsabilité pénale du malade mental. Celui-ci se trouve exclu du champ juridique et donc du jeu social par annulation après coup de ses actes. C'est à partir de cette exclusion qu'il va y avoir une reconnaissance officielle de la psychiatrie qui, à ses débuts, se structure autour du "fou-criminel" : la psychiatrie médico-légale se développe et fonde la psychiatrie proprement dite, la dangerosité s'inscrivant en filigrane tout au long de son histoire.(43)

Le concept de dangerosité est à la fois évident et complexe. Evident parce qu'il existe une littérature foisonnant sur le sujet et complexe dans son appréhension ; si l'on admet que la psychiatrie contemporaine est née en même temps que la médecine clinique, anatomopathologique et ce au tournant du XVIII-XIX siècle, le concept dangerosité lui ne date que du siècle dernier et il doit autant à la criminologie qu'à la psychiatrie.(44)

L'histoire de ce concept et de sa relation avec la psychiatrie devrait consister à reprendre le rapport de la psychiatrie aux savoirs pénitentiaires, plus particulièrement à la criminologie, terme qui apparaît en 1885.

Si l'accord peut se faire sur la signification de la psychiatrie dont la configuration fondatrice contemporaine serait à chercher dans l'aliénisme et la théorie de l'aliénation mentale de Pinel et Esquirol, que faut-il entendre par dangerosité du point de vue contemporain ?

Prise au sens large, la « dangerosité » est l'expression d'un état de danger qui peut se focaliser, comme l'a rappelé C. Debuyst, sur la personne ou sur la position ou la situation

par rapport au groupe ou à autrui.(45)

Concentrée sur la personne, la dangerosité dit l'état dangereux du sujet.

On associe souvent dans cette perspective, au diagnostic de l'état mental du sujet, l'hypothèse ou l'affirmation d'une étiologie mettant en évidence des anomalies constitutionnelles.

Cette perspective a longtemps eu pour programme de recherche la définition de la personnalité criminelle. La seconde perspective tente d'articuler le sujet qui n'a pas nécessairement une « personnalité criminelle » - aux conditions du milieu à partir desquelles il devient susceptible de commettre une infraction. Il s'agit donc d'une approche psychosociale.

La dangerosité, alors, c'est toujours l'autre, qu'il s'agisse d'un individu isolé ou d'un groupe.

La réalité de la dangerosité chez certains malades mentaux est incontournable. Ceci amène les médecins à pouvoir donner leur avis lors d'une décision d'internement, ou d'une décision de sortie ou non.

Nous essaierons de dégager une ligne de force de l'histoire de la dangerosité en psychiatrie avec un rappel de quelques notions historiques.

### **A.1-Aliénation mentale et ordre public de 1789 à 1838 :**

La question de l'état dangereux fut, avant d'être une question psychiatrique, un problème politique de gestion de maintien de l'ordre. Sous l'Ancien régime, les situations de mise en danger de l'ordre public n'étaient pas toutes réglées par un droit pénal qui prononçait des peines d'élimination (peine de mort) ou d'exclusion (bannissement galères...)(46) et il faut rappeler ici que si la prison pénale occupe une place marginale dans l'Ancien droit, il existait des modalités d'enfermement qui ne passaient pas par une décision judiciaire. Ces mesures prises par ordre du roi ou de police permettaient d'incarcérer des individus « jusqu'à nouvel ordre » Ce n'est qu'à partir de la circulaire Breteuil que l'on tenta de fixer les temps de réclusion selon la nature des individus.(47)

En 1791 la période révolutionnaire éditait une série de textes dont la loi qui stipulait que l'interdiction des aliénés devait être entérinée par une décision de tribunal. Cette formalité était dictée par la double volonté de maintenir l'ordre public et le souci de faire respecter les droits des aliénés en donnant un caractère légal à leur enfermement.(48)

Il revenait au pouvoir judiciaire de statuer définitivement sur le maintien ou la sortie de l'aliéné, une telle mesure visait autant à « protéger » la société qu'à protéger l'individu car les autorités publiques ne devaient intervenir que dans les cas prévus dans l'article 491 du code civil de 1804. Dans tous les autres cas, c'était à la famille seule de statuer sur l'avenir de l'aliéné (art. 490) et de l'empêcher de troubler l'ordre public.

Cette clause restrictive fut renforcée par le Code pénal de 1810, qui prévoyait des peines pour ceux qui auraient laissé « divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde » (art. 475 n° 7).

« Le majeur qui est dans un état d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides ». Article 489 du Code civil qui montre que l'interdiction par voie judiciaire fut délaissée au profit d'enfermements par procédure administrative.

Lorsque le préfet prononçait son arrêté de détention, il ne précisait jamais la durée de l'enfermement. La formule qui revenait était la suivante : « Considérant qu'il est dangereux pour la sûreté publique de laisser plus longtemps divaguer cet infortuné »(49)

L'existence de ces procédures où l'administratif prévalait sur le judiciaire montre bien que les principes de « dangerosité » et de « défense sociale » étaient mis en pratique et ce, bien avant que les positivistes ne les conceptualisent.

Les aliénistes n'ont pourtant pas toujours été du côté de cette décence sociale. Pour Pinel, Esquirol le statut du malade prévaut sur les actes commis par le sujet aliéné.

## **A.2-Vers la dangerosité en psychiatrie :**

L'aliéné acquiert le statut de malade, mais la peur du désordre social a repris le dessus, la posture philanthropique des premiers aliénistes s'estompe au milieu de la Monarchie de Juillet. S'esquisse alors la recherche d'un consensus autour de la question de la prise en charge des aliénés, des criminels, et des criminels-aliénés.

Ainsi, si la médecine mentale a pu s'inscrire partiellement dans le premier tiers du XIX siècle dans une opposition par rapport aux institutions en place, la situation s'est inversée, la loi du 30 juin 1838 considérée comme date essentielle « les médecins aliénistes sont unanimes mettre en avant la nécessité de maintenir l'ordre social »(50)

Mais qui a été jugée insuffisante par la suite pour protéger les intérêts sociaux contre aliénés criminels.

L'enfermement asilaire est pourtant vivement critiqué au sein même de la communauté médicale. L'échec du traitement moral en milieu fermé a suscité

l'expérimentation de nouvelles formes de prise en charge (asile « ouvert » colonie, placement familial...). Certains médecins en appellent aussi au vieux principe de prévention : Les anormaux étant ignorés par la justice et arrivant trop tard à l'asile, il faut les repérer avant qu'ils n'entrent dans une phase malade irrémédiable, avant même qu'ils aient commis leur premier délit. Cette stratégie thérapeutique de dépistage est parallèle à la création de « services ouverts »(51)

Dès la fin du XIX siècle HENRI COLIN appelait à la création dans les grandes prisons d'annexes spéciales d'observations destinées aux inculpés présumés malades ou aliénés. (46)

En 1925 une commission de réforme pénitentiaire conclut à la nécessité de créer des laboratoires d'anthropologie criminelle pour procéder à la sélection rationnelle des prisonniers.

Le psychiatre Robert Vullien(chef de laboratoire à la clinique psychiatrique de Lille) présente en 1929 lors d'un congrès des aliénistes de langue française un rapport détaillé sur les conditions de l'expertise médico-légale de l'état mental du criminel et son analyse a porté sur la révision de l'article 64 et a proposé de le scinder en deux :

- 1) L'inculpé était-il en état de démence médico-légale au moment de l'acte?
- 2) À défaut d'un état de démence caractérisée, présente-t-il des tares psychologiques influant sur son activité ? Ces tares sont elles assez graves pour justifier des mesures spéciales ?

La psychiatrie légale s'implante dans le champ juridico-pénitentiaire le rapprochement entre les communautés médicales et judiciaires progresse sur ce thème avec la création au ministère de la justice d'un conseil supérieur de prophylaxie criminelle (22 mai 1936).

La réflexion théorique sur la prise en charge des délinquants « anormaux » s'est ainsi poursuivie jusqu'à la guerre avec le dépôt en 1937 d'une nouvelle proposition de loi qui évite le terme même de « responsabilité »,

La nécessité d'annexe médico-psychologique dans chaque établissement pénitentiaire a été discutée.(52)

### **A.3-Dangerosité consubstantielle à l'histoire croisée de la psychiatrie et criminologie :**

La dangerosité opère de nos jours un retour remarqué dans les politiques pénales et les champs professionnels de l'exécution des peines.

L'historien des sciences est mal outillé pour analyser le présent et il n'a pas à prendre position sur ces jugements épistémologiques - Il peut toutefois relever ainsi que le concept de dangerosité paraît subir un sort assez proche de la notion de « criminel-né » de Lombroso, la dangerosité : concept nomade, entre criminologie clinique et psychiatrie, cliniquement labile mais toujours liée à la question de récidives et ordre public.

Nombre de psychiatres étaient convaincus que « dans la société future la clinique psychiatrique et la clinique criminologique communiqueront largement ». (cahier d'étude pénitentiaire et criminologique 2011).

Nul doute que la condition du placement d'office dans la loi de 1838 est la "dangerosité", une dangerosité constatée et de fait donc, eu égard aux formules "état d'aliénation mentale qui compromet l'ordre public, la sûreté des personnes" (article 18 de la loi du 30 juin 1838) et "En cas de danger imminent" (article 19 de la loi du 30 juin 1838), Cette condition est reprise dans les lois algériennes, celle du 23 octobre 1976 dans ses articles 167, "lorsqu'un danger, estimé imminent" et 189 "susceptible d'entraîner un risque vital pour lui, ou un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes"(53) et dans la loi du 17 février 1985, toujours en vigueur, dans ses articles 124 "susceptible d'entraîner un risque vital pour lui ou un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes", 111 "le danger de ce dernier" et 112 "lorsqu'un danger imminent est encouru, du fait de la maladie, par le malade lui-même ou par autrui".(54)

L'intérêt de la sûreté des tiers, des parents, des proches, dont la vie peut être menacée par l'effet de la monomanie ;

✓ L'intérêt de l'existence même du malade menacée par les tentatives de suicide, auxquelles un tiers des aliénés est sujet ;

✓ L'intérêt des mœurs publiques qui peuvent être offensées par le spectacle d'aliénés, d'idiots, errants dans les lieux publics ;

Sont les points évoqués par le ministre de l'époque lors de la discussion de la loi de 1838 pour désigner les motifs qui commandaient la décision de placement d'un sujet atteint d'aliénation mentale.

Qu'est-ce qu'un aliéné dangereux ? Dangerosité du malade mental ? il est vrai que nous sommes interpellés sur cette question dès qu'il s'agit d'évaluer le bien fondé d'une mesure d'internement et les critères de sortie d'un malade.

Dans cette perspective nous essaierons essentiellement de jeter les bases de ce que l'on pourrait appeler une grille de lecture de comportement (où certainement la subjectivité des différents intervenants joue encore un rôle très important) et ce à partir de la littérature, avec comme objectif : plus le décodage est correctement fait, plus le traitement sera adapté, voire efficace.

### **B/Rappel étymologique :**

Étroitement liée à la notion de prévention, se dégage la notion de danger, d'état dangereux, de dangerosité : un concept banal en psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle, mais nouveau pour la criminologie où il va s'imposer, apporté par Garofalo, avec le positivisme italien sous le nom de "témibilité"(42). Peu à peu, il va y avoir élargissement de l'objet à "investiguer" et la personnalité, le milieu, puis la situation, vont être considérés comme dangereux. On ne va plus s'attaquer à l'individu lui-même, avec pour finalité de le traiter, le redresser, le punir, mais on va chercher à agir sur les facteurs susceptibles de le contrarier, de le pervertir. Il suffira de manifester des caractères qui appartiennent ou se rapprochent de ces facteurs élaborés comme criminogènes pour devenir un individu suspect.

La dangerosité est un phénomène social et universel que nous définirons d'abord par un recentrage terminologique des différentes notions qui le caractérisent.

A fin de mieux comprendre l'approche de la dangerosité et de l'état dangereux, nous allons avancer un certain nombre de définitions sur des notions qui tentent de cerner à peu près ce concept.

### **Synonymes :**

DANGER, PÉRIL, RISQUE.

En vieux français "danger" veut dire pouvoir

Au XIX<sup>e</sup> et avant Garofalo, le mot réapparaît chez des philanthropes: on définit les classes dangereuses, comme par exemple les ruraux (classes laborieuses) qui viennent dans les villes.

En 1840, Fregier parle "des classes dangereuses dans les villes et comment les rendre meilleures". L'historien Chevalier (XX<sup>e</sup>) explique pourquoi les ouvriers et pauvres suscitaient des peurs.

Le mot a donc une histoire politique et étymologique. Il apparaît en 1885 dans l'ouvrage de Garofalo pour souligner la perversité constante du délinquant, (...) que l'on peut redouter.

### **Danger :**

Certains auteurs (Bescherelle aîné, Dictionnaire National, 1845) voient l'origine du mot danger dans le latin *Damnum*, qui veut dire dommage, préjudice. D'après STAPPERS' l'étymologie du mot danger renverrait à *Damnarum*, issu lui-même de *Damnum* qui a donné en premier lieu *Daninier*, puis *Danger*.

E. Littré pense que le sens primitif de danger est pouvoir, domination, apparut au 12<sup>e</sup> siècle Il fonde l'étymologie de ce mot sur le latin celui qui domine, qui a le pouvoir, le maître. Littré explique le passage depuis *Dominos* à *Dongier* (qui veut dire puissance en normand), puis à *Danger*, soit *Domnarium* – *Dongier* – *Dangier* – *Danger*. Il prend au XIII<sup>e</sup> siècle le sens de péril à partir d'expressions "être en danger de quelqu'un". L'adjectif dangereux se retrouve au 12<sup>e</sup> siècle et l'adverbe dangereusement au XVI<sup>e</sup> siècle.(55)

Ainsi nous sommes en présence d'une double origine de sens du mot danger : dommage et *pouvoir*. Ce double sens est retrouvé dans la définition donnée par Albernhe T. et Tyrol Y .Le sujet considéré comme potentiellement dangereux est celui qui est en mesure d'exercer sa puissance destructrice envers l'ordre intrinsèque. Lequel des deux est à l'origine de l'autre ? Historiquement, le premier sens est de pouvoir, le sens dérivé de dommage. Danger a d'abord signifié domination, résistance, difficulté. Etre en danger est la possibilité pour un sujet de subir un dommage, une atteinte à son intégrité physique ou à ses biens.

Le danger c'est l'association du pouvoir plus la violence.

Il a donc une visée intentionnelle ou non vers autrui tendant à le nier, le détruire ou le diminuer en tant que sujet, c'est le pouvoir plus la violence.

Dans le ROBERT le danger correspond à ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose, c'est aussi la situation qui en résulte.

Le dictionnaire Larousse définit le danger comme les « circonstances où l'on est exposé à un mal, à un inconvénient, ce qui légitime une inquiétude ».

## **Risque :**

La notion de danger apparaît attachée à celle du risque ce qui nous mène à nous pencher sur la définition de celui-ci.

Dans le dictionnaire de la langue philosophique (Foulquier et Saint-Jean), nous trouvons que risque dériverait de l'italien *risco*, il est également défini comme tel : "le risque est le hasard d'encourir un mal, avec espérance, si nous échappons, d'obtenir un bien" (Condillac).

Le risque c'est aussi l'éventualité d'un événement qui ne dépend pas uniquement de la volonté des parties et qui peut causer la perte d'un objet ou tout autre dommage. C'est encore le fait de s'exposer à une situation considérée comme hasardeuse, délicate ou difficile par exemple, avec l'espoir d'en obtenir des avantages.

## **Péril :**

Péril qui vient du latin *péculosus* (dangereux, périlleux), *péculum* (essai, expérience-danger). Péril est à l'origine du terme *péculosité* de l'école positiviste italienne de criminologie.

## **Dangerosité :**

Concept social qui se réfère donc au droit pénal, la dangerosité dérive de danger. L'adjectif dangereux apparaît au 12<sup>ème</sup> siècle alors que son substantif est un néologisme attesté depuis 1949.

Garofalo, il y a tout juste un siècle (1885) dans son fameux traité de criminologie, met particulièrement l'accent sur l'idée de « témébilité » qu'on peut aujourd'hui traduire en termes de capacité criminelle, d'aptitude présentée par un sujet à modifier sa conduite, c'est-à-dire à obtenir un « bénéfice mental » d'enseignements que lui procure le jeu des sanctions pénales, familiales ... par le mécanisme de l'intimidation.(42)

La doctrine et les modalités de la répression dans les sociétés humaines reposent en effet sur l'existence de cette « témébilité » dont le degré joue un rôle dans l'orientation des sanctions judiciaires, et l'estimation de ce degré nécessite l'appel aux experts psychiatres et psychologues. Entre ainsi en lice le concept d'adaptabilité sociale souligné par PINATEL, criminologue contemporain.(56)

L'intrication réciproque de la capacité criminelle résiduelle et de l'adaptabilité sociale permet de l'approcher.

Dans une conceptualisation plus récente de la dangerosité, cette notion sera mieux cernée par les définitions suivantes :

-La dangerosité est un potentiel soulevant la question de la prédiction des agir violents.

-Le patient dangereux est celui qui est susceptible de commettre un passage à l'acte (auto ou hétéro-agressif) .F.Millaud(57)

-L. Roure, donne à la dangerosité un double sens, celui d'état dangereux (disposition durable) et celui d'une potentialité d'agressivité, dont le point commun est le caractère prédictif qu'on lui rattache.

La dangerosité serait donc « la probabilité la plus manifeste qu'un sujet a de devenir auteur de délit ou de commettre de nouvelles infractions (récidive) »(58).

Le procédé de substantivation a permis la création de ce "néologisme" à partir de dangereux. Ainsi par définition, un individu dangereux sera dit posséder une dangerosité : capacité à être dangereux.

Ce terme utilisé de longue date par les psychiatres n'a été introduit dans les dictionnaires de langue française que très récemment. La définition du Petit Larousse de 1984 nous paraît la plus valable : "estimation de la probabilité de passages à l'acte délictueux chez un sujet."

Ces notions, abordées sous l'angle de la simple étymologie, et du vocabulaire, montrent à quel point tous ces termes sont déjà lourds de sens, surtout si l'on prétend ou si l'on tend à en faire des concepts ou des notions éloignées de leurs racines étymologiques.

### **Définition du concept « état dangereux » :**

#### **La notion état :**

Au sens étymologique, le mot *état* vient du bas latin *stator*, de *star* qui signifie "se tenir debout". Mais le sens figuré nous paraît être le plus intéressant, c'est à dire le sens de "position".

La définition première de ce mot est la manière d'être (d'une personne ou d'une chose), considérée dans ce qu'elle a de durable.

Il y a aussi le sens de position statique immuable ou quelquefois modifié. Il y a le mot état définitif, mais aussi état transitoire instable.

Le Larousse le définit comme suit :

**« Manière d'être, disposition de quelqu'un ou de quelque chose à un moment donné : état de santé, état de marche ».**

En médecine, l'état s'attache surtout à qualifier le groupe auquel appartient le sujet : on parlera d'état alcoolique, état angineux, état de détérioration mentale. Ce qui nous apparaît intéressant de noter, c'est que la période d'état est une période succédant à la phase pendant laquelle tous les signes d'une maladie se précisent et s'aggravent.

Celle-ci est alors caractérisée par la stabilité relative des phénomènes morbides. Cette période correspond à ce moment critique où s'accroissent les forces d'agressions et de défenses, mais où elles tendent à s'équilibrer.

Il est significatif que l'état de mal désigne en médecine (épilepsie, asthme, cardiaque), une série de crises survenant de manière itérative (immédiatement les unes après les autres), sans que dans leurs intervalles, le sujet ne revienne à l'état normal.

Cette notion d'état, dont le sens n'a été que récemment explicité par la psychologie, est employée traditionnellement dans l'étude des maladies et plus particulièrement des maladies mentales. Il est habituel de parler d'état maniaque, d'état mélancolique, d'état démentiel, d'état confusionnel, d'état schizophrénique et tout simplement plus généralement d'état pathologique.

La pratique psychiatrique nous engage également à chercher dans la notion d'état l'instrument conceptuel avec lequel nous procéderons à l'inventaire des faits de dangerosité. Dans cette optique, cette idée se révèle intéressante car la notion d'état revêt alors dans ce sens, le caractère de mémoire, en quelque sorte par référence à la comptabilité. Mais on parle aussi d'état morbide, d'état de jalousie rattachée à des entités nosographiques.

Nous retiendrons comme définition : "le reflet d'une manière d'être, d'une condition, d'une situation à un moment donné, et traduisant le résultat des interactions entre deux milieux. C'est aussi l'aspect que revêt l'ensemble des réactions d'adaptations internes ou externes d'un individu. La qualification de celui-ci n'étant qu'une indication précise sur le sens dans lequel doit être perçu cet aspect".

## **C/Définition du concept état dangereux :**

C'est une notion centrale de la criminologie, divers auteurs ont contribué à la définir.

Ceci a fait passer la dangerosité d'une disposition transitoire (une potentialité) à un état qui peut être permanent ou imminent(59).

- Grispini introduit, en 1920, le concept et le définit comme : « Un état créant pour le sujet la possibilité de devenir l'auteur d'un méfait ».

- C. Debuyst– le définit comme un " phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de grandes probabilités pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou contre les biens".(58)

Pour L. Roure– "l'état dangereux est une manière d'être, une condition, une position dans laquelle se trouve un individu à un moment donné de son existence. Cet état est qualifié de dangereux car l'individu est considéré comme nuisible"(60).

On note une variabilité notamment sur la notion de permanence ou non de l'état dangereux :

Pour Oswaldo LOUDET "le sujet en état dangereux est celui qui, étant donné les conditions psychiques constituant ou non les entités nosologiques, ou bien des simples déséquilibres permanents ou transitoires, ou étant donné des habitudes acquises ou imposées par la vie collective ou encore d'autres causes simples ou associées, se trouve dans la probabilité transitoire ou permanente d'avoir des réactions antisociales immédiates".

Selon J. LEYRIE' "C'est la probabilité de conséquences dommageables en relation avec une certaine pathologie mentale qui constituerait la notion d'état dangereux psychiatrique, alors que la dangerosité criminologique concerne le risque de récidive de sujets reconnus par ailleurs responsables de leurs actes". (61)

L'accent est mis sur l'interaction d'un sujet et d'un environnement et on sera amené à considérer l'état dangereux en termes de dynamique.

-La question du malade dangereux en criminologie n'est donc pas de celle à laquelle il est possible de répondre en centrant le discours sur l'auteur (le malade). C'est la dynamique

situationnelle avec tous ses paramètres dans ses rapports avec le sujet qui déterminera l'issue du système global. (59)

L'état dangereux recouvre une situation dont il est malaisé de dire qu'elle traduit une manière d'être fixe ou alors qu'elle exprime quelque chose de passager, d'accidentel, surtout qu'il est difficile de mettre en relation avec des facteurs externes et soumis aux circonstances.

L'état dangereux résulte en fait de l'alternance entre facteurs permanents et facteurs situationnels externes, il fait appel aux données de la psychologie sociale, données axées sur la relation, la communication, le contact entre individu et son environnement.

Elle est basée sur une causalité : l'altération d'un lien, le gauchissement d'un rapport. Et à un moment donné dans une situation particulière, une personne peut être dangereuse sans pour autant présenter de troubles mentaux : il s'agit plutôt d'un désordre, d'une pathologie de la rencontre.

L'état dangereux s'analysant ici comme « l'articulation dynamique des rapports du sujet à ses objets, à son monde, à un moment donné et sous certaines conditions. » D.Zagury(1991)(62).

La conception psychiatrique quant à elle, définit la dangerosité en fonction de la maladie mentale, elle apparaît centrée autour du symptôme « agressivité morbide ».

La dangerosité sociologique du délinquant ordinaire (hors du champ pathologique, et plus spécifiquement du ressort du psychologue) est donc à distinguer de l'état dangereux criminologique plus particulièrement psychiatrique (état subcontinu et théoriquement réversible médicalement).(74)

La notion d'état dangereux en psychiatrie vise des états mentaux avérés se traduisant par des troubles du comportement agressif. .

Ce concept d'état dangereux est banal en psychiatrie, dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle. Cela est illustré par la loi promulguée en France le 30 juin 1838. Depuis, cette notion est devenue une notion "carrefour", concept transdisciplinaire au centre des préoccupations des criminologues.

Cette notion s'écarte totalement de l'appréciation personnelle du praticien car

elle doit se soumettre à une discipline rigoureuse. Il ne faut pas négliger le fait que l'on peut s'illusionner en croyant pouvoir facilement apprécier l'état dangereux, soit sa présence, soit son absence. De même qu'il faut remarquer qu'il n'existe toujours aucune méthode qui soit actuellement susceptible d'établir avec certitude un "état dangereux"(63). Aucune des disciplines, qu'il s'agisse de la psychologie, de la psychanalyse ou de la psychiatrie, ne peut donner de résultats absolument déterminants.

Il nous semble judicieux, d'aborder cette notion de dangerosité et état dangereux en faisant l'économie d'un certain nombre de concepts plus ou moins pertinents, tels que la violence, l'agressivité, l'agression. D'impulsivité et de passage à l'acte.

### **Agression et agressivité :**

Vient du latin « ad gradere » qui signifie marcher vers, l'agression apparaît au 18ème siècle pour désigner deux troupes allant à la rencontre l'une de l'autre.

Le dictionnaire Larousse définit l'agression comme " une attaque brutale et soudaine contre une personne ou un pays". Si l'agression est une mise en acte, l'agressivité se définit comme une disposition à agir violemment(64).

Pour Lorentz (Ethologue), l'agressivité– appartient aux instincts élémentaires comme la faim et la sexualité. Il la considère comme une disposition régulatrice de l'être social. Elle ne devient dangereuse que lorsqu'elle se convertit en agression(65).

Ainsi, la potentialité aggressive est inscrite dans la nature humaine.  
– Dans la théorie psychanalytique, l'agressivité se conçoit à travers la notion de pulsion d'agression ou de destruction .Freud intégrera l'agression à la pulsion de mort ; dans sa théorie dualiste des pulsions, la pulsion d'agression représenterait la partie de la pulsion de mort tournée vers l'extérieur.son but est la destruction de l'objet.(66)

– J.Bergeret, la considère comme une intégration minimale de la dynamique sexuelle et prend donc la valeur d'une activité mentale élaborée, mettant en échec les tentatives de sublimation de la libido(67).

– Pour F.Millaud,. " Si l'agressivité est la tendance à attaquer, l'agression est un comportement social représentant l'action même d'attaquer : il y a alors volonté de nuire". Le patient agressif met en avant une problématique pulsionnelle dont le contrôle est incertain(59).

### **Violence :**

Du latin, « violentia », qui signifie la force, le caractère farouche ; c'est au 12ème siècle que le mot apparaîtra dans la langue française.

Le dictionnaire Larousse définit la violence comme l'état « d'un être animé qui agit par la force, qui cède à des instincts brutaux, qui ne réfléchit pas avant d'agir ».

La violence est toujours sous-tendue par l'agressivité mais à l'inverse toute agressivité ne saurait se convertir en violence.

Les approches récentes permettent une meilleure définition :

- Selon Y.Michaud : « il y a violence, quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs auteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et naturelles(68).

Pour F.Millaud "le patient violent est celui qui a déjà posé des gestes sur autrui et qui continue de le faire (...) il se situe au niveau de l'agir.(59)

- J.Bergeret, propose quant à lui le concept d'une violence fondamentale universelle et naturelle qui appartient aux instincts primitifs de la vie, qu'il oppose à la violence agie (érotisée) beaucoup plus secondaire et témoignant de la mauvaise intégration de la première(67).

### **Impulsion et impulsivité :**

Ces traits du comportement humain dérivent du latin « implusio », qui signifie le choc, le heurt ou une disposition à faire du mal à autrui. Il s'agit d'une pulsion.

Le dictionnaire Larousse définit l'impulsion comme un « penchant irrésistible qui pousse quelqu'un à une action : céder à des impulsions irréfléchies ».

Dans la théorie freudienne, ce concept s'articule autour de la théorie des pulsions.

J.Laplanche et J.B. Pontalis, définissent la pulsion comme un "processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but.(69)

Selon Freud, une pulsion a sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle ; c'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but".(66)

Pour J.L.Senninger, l'impulsivité est définie comme étant "l'incapacité à différer une réponse comportementale à type d'agression ".

Elle est de plus le reflet de décharges pulsionnelles comportant une grande affectivité et dont la mise en acte fait suite à une réflexion très courte(70).

**Passage à l'acte criminel :** Il est défini comme étant un : « Mouvement par lequel l'individu se porte vers le crime ».

C'est une « action humaine spécifique recelant un sens externe manifeste punissable par une société donnée, et un sens interne qui peut être caché à l'individu même. »(71)

### **Conceptions de l'état dangereux :**

Marcel a distingué diverses conceptions de l'état dangereux, selon que l'on se place du point de vue du diagnostic positif, du diagnostic étiologique et du diagnostic différentiel. Cet auteur distingue en effet :

#### **Une conception juridique :**

Cette conception extrinsèque définit l'état dangereux par l'acte dangereux et s'attache à en préciser les critères formels : gravité,

- Violence,
- Répétition,
- Soudaineté,
- Imprévisibilité,
- Passage à la chronicité,

Voire même incompréhensibilité de l'acte qui "une fois accompli" n'admet aucune explication logique, pas même celle si tranquillisante de l'état de démence"(44).

COLIN ne tient pas, cependant, cette définition comme assurée, aucun de ces critères n'est pathognomonique(72)

#### **a) Une conception étiologique et diagnostic différentiel:**

Celle-ci consiste à définir la dangerosité par ce qui la crée :

Ñ Une conception criminologique enfin, qui prétend intégrer dans une même structure sociopathique l'auteur, l'acte et la victime, l'état dangereux devant être saisi "globalement, comme une maladie de la rencontre"(44).

Ñ Cette conception "se refuse la limitation de l'acte dangereux à l'acte du fou... introduit l'état dangereux dans le domaine plus réaliste d'une sociopathie relationnelle et ouvre sur deux démarches indissolublement liées, psychothérapeutique et sociothérapeutique. Pour COLIN, il apparaît impossible, en matière de comportement humain, de se référer au bel enchaînement logique d'une causalité objective " c'est dans cet espace que HESNARD dénomme "le lien interhumain" que doit être perçu l'état dangereux(73).

Ñ Une conception victimologique, également étiologique : le seuil de dangerosité serait donné par le degré de réceptivité et de vulnérabilité de la victime (exhibitionnisme) ou son attitude provocatrice (crime passionnel) ;

Ñ Une conception psychiatrique ; l'état dangereux est défini par la maladie qui le détermine, étant entendu qu'il ne saurait y avoir de parallélisme entre la gravité de la maladie et le degré de dangerosité, et même, que "au maximum, on pourrait prétendre que la dangerosité est inversement proportionnelle à la dissolution de la conscience ou à la déstructuration de la personnalité"

L'état dangereux a un sens qui diffère selon les auteurs et selon les conceptions (juridique, psychiatrique, sociologique, criminologique). Ses frontières sont mal définies et varient avec les civilisations, le niveau socioculturel ou le code moral du groupe. Limité par les uns aux attentats contre les personnes physiques (homicides, attentats sexuels, suicides ...),

Il est permis de se demander si tous les psychiatres ont sur ce point une opinion uniforme. Ceci ne semble pas être le cas comme l'illustre les résultats d'une étude d'auteurs américains : MENZIES, WEBSTER et BUTLER"(74)

Ils ont demandé à vingt huit psychiatres spécialisés en Médecine Légale qui a eu à examiner (au total) 3501 patients ou présumés malades ayant été dangereux pour autrui, quelle définition ils donnaient de la dangerosité ; ils ont regroupé les réponses en cinq types :

; La présence de traits de personnalité, avec ou sans maladie mentale, avec ou sans facteurs situationnels, qui prédisposent un sujet à des actes de violence intermittents ou répétés envers autrui, particulièrement si l'on retrouve impulsivité et/ou des antécédents et/ou des hallucinations paranoïdes en rapport avec ces violences ;

; Un processus actif et destructif basé sur à la fois un état de dissociation partielle et de mauvaise appréciation de l'environnement ; mécanisme de défense (du moi) qui se traduit par des réponses "Coup pour Coup" ; un état "psycho-organique", entraînant une défense contre les stimuli jugés hostiles.

; Une opinion pour laquelle en fait seul un psychiatre peut juger sur la base d'observations répétées et d'une anamnèse la plus complète.

; Les psychiatres ne peuvent et ne doivent pas donner une définition de la dangerosité. Au mieux c'est un terme, justifié, de "police" (au sens d'organisation, d'ordre dans la cité).

La dangerosité est un pseudo concept, un abus de langage, en psychiatrie médico-légale, dont l'usage est auto-entretenu et entretient des situations conflictuelles.

## **D/Ethiopathogénie :**

### **1- Approche neurobiologique :**

Lombroso avec sa théorie du criminel-né a été le fondateur de l'anthropologie criminelle (atavique) donnant lieu par la suite aux théories anthropométriques et morphologiques, théories actuellement désuètes(59).

Dans la continuité de ces théories s'est développé ce que l'on pourrait appeler la neuropsychologie du passage à l'acte basée sur l'étude de facteurs héréditaires, biologiques, environnementaux...

La contribution de la science génétique à la science criminologique paraît soulever davantage de questions qu'elle ne semble apporter de réponses définitives. Rien ne permet d'affirmer qu'il existe une relation de cause à effet entre une anomalie génétique et une "disposition criminelle".

Les neurobiologistes ont localisé certaines régions du cerveau impliquées dans la production d'un comportement agressif et ont déterminé la nature des neuromédiateurs probablement en jeu.(70)

- Certaines structures cérébrales comme le septum, l'hypothalamus ventro-médian et les noyaux du raphé seraient impliquées dans la modulation de la réponse agressive. De même, le rôle de l'amygdale semble déterminant dans la préparation d'un comportement agressif. Le cortex préfrontal interviendrait comme structure régulatrice.

- Anomalies de l'activité électrique cérébrale localisée au niveau du système limbique, lobe temporo-frontal(75).

- Au niveau biochimique, Les nombreux travaux sont arrivés à la conclusion que la neuro-modulation des comportements agressifs semble résulter d'un équilibre dynamique entre les systèmes noradrénergiques d'une part et les systèmes sérotoninergiques d'autre part : dopamine et noradrénaline exercent une action stimulante alors que la sérotonine serait inhibitrice.

Il a été remarqué que la plupart des noyaux du raphé était constitué de neurones sérotoninergiques, alimentant ainsi la thèse d'une implication des neurones à sérotonine dans la régulation des comportements agressifs.

Ainsi, les comportements dangereux d'agression et d'impulsivité seraient soutenus par différentes substances exerçant des activités neuro-modulatrices complexes :

(Diminution de l'indice 5-HIAA dans le LCR qui serait corrélée à des comportements impulsifs auto ou hétéro agressifs et activité paroxystiques des systèmes noradrénergiques chez les primates. Résultats similaires en clinique humaine).

## **2- Approche génétique :**

- Le chromosome Y surnuméraire (47xyy) appelé "chromosome du crime", découvert chez 1% des criminels violents a été suspecté de tenir un rôle important dans les comportements agressifs.

Des mutations sur le chromosome X du gène codant pour la M. AO ont été découvertes chez des sujets impulsifs et agressifs(76). L'année 1993 a été celle du "gène du crime". Reste à trouver les relais allant du gène aux comportements, puis à formuler des hypothèses, pour notre espèce, en proposant certains gènes candidats.

Au fur et à mesure que les recherches en analyse génétique se poursuivaient, on a assisté à un glissement idéologique intéressant, Jean PINATEL le décrit comme suit : " [...] *de la disposition criminelle absolue d'abord, puis susceptible de gradation, on en est arrivé à la conception de tendances criminogènes qui ne sont pas de nature intrinsèquement criminelle mais sont simplement susceptibles de faire entrer plus facilement un sujet qu'un autre en conflit avec le code pénal.* "(71)

## **3-Approche psychanalytique :**

Freud (1856-1939) pose la question de la signification inconsciente du crime, réflexion centrée sur « l'acte » en rapport avec le complexe paternel et la transgression. Il distingue des types de criminels :

- Les criminels par culpabilité chez lesquels le passage à l'acte est mu par une culpabilité inconsciente et qui se soulagent de leur culpabilité par l'acte et trouvent dans le texte de loi un moyen de re-symbolisation d'une identité floue.(66)

- Les criminels sans culpabilité « monstres narcissiques » dans la transgression pure, ils ne ressentent aucune tension entre Moi et Sur Moi et sont caractérisés par une absence de Sur Moi ou un Sur Moi poreux avec auto investissement de soi, « Soi grandiose » tendant à l'auto- réalisation au prix de la destruction de l'autre.

Selon Freud, la pulsion de destruction n'est pas originaire, l'opposition centrale concerne les pulsions de vie et les pulsions de mort. Ces dernières tendent à la déliaison (pulsion de mort intense qui s'écoule dans le monde extérieur), confirmant la faillite libidinale érotique du criminel.

Le sadisme criminel peut s'avérer être une haine de soi mise en acte. Freud note que la haine du père peut mener à une telle tendance.

## **4- Approche Systémique :**

- Les actes de délinquance commis par certains adolescents sont compris par les théories systémiques comme ayant potentiellement le pouvoir de maintenir la famille dans

un état d'équilibre malgré les tensions internes et externes auxquelles cette dernière est soumise(59).

- Le concept de délégation : coupable de ne pouvoir répondre aux attentes parentales, le jeune délinquant prouve aux parents leur propre échec par des comportements agressifs. (H.Stierlin).

-Le délit comme signal de problèmes insolubles au sein de la famille (C.Chirol).

## **5- Approche sociologique :**

Le crime atteste de la socialisation manquée des criminels : construction de leur personnalité dans un environnement affectif et socio culturel perturbé.

L'instabilité socio culturelle et l'indisponibilité des parents compromettent l'insertion sociale du sujet. Le recours à des conduites interdites est déterminé par la proximité de pairs traversant les mêmes crises(le groupe), la précarité et des traits psychologiques particuliers(77).

Les individus concernés empruntent des voies normativement prohibées afin de soulager leur frustration.

## **E/Notion d'état dangereux en criminologie clinique :**

GAROFALO a mis en lumière cette notion en deux étapes successives, il a dégagé en premier la notion de capacité criminelle puis il a mis l'accent sur l'adaptation sociale(78).

### **1- Le concept de capacité criminelle ou temibilité :**

Il a été précisé dans l'ouvrage « la criminologie » de Garofalo en 1885, le terme témibilité n'a pas d'équivalent français, il désigne la perversité constante et agissante du délinquant et la quantité de mal que l'on peut redouter de sa part.

On comprend alors pourquoi ce terme a été traduit par celui de redoutabilité et dangerosité.

### **2- Le concept d'adaptabilité :**

GAROFALO a cherché une notion plus dynamique et a construit un nouveau concept celui de l'adaptabilité.

IL s'agit de préciser pour chaque délinquant l'obstacle capable de l'éloigner du danger en fonction de sa perversité ou du degré de sociabilité qui lui reste.

Il faut chercher les capacités d'adaptation du délinquant, cette formule est orientée dans un sens positif et constructif. Cette optique d'adaptation dépasse le diagnostic et le

pronostic de l'état dangereux elle envisage le traitement dans une perspective de reclassement social.

Selon GAROPHALO les différentes combinaisons entre ces deux variables permettent de décrire quatre tableaux possibles :

<b>TEMEBILITE</b>	<b>ADAPTABILITE</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES</b>
ELEVEE +	SATISFAISANTE +	; Forte délinquance ; Sujets rarement appréhendés
ELEVEE +	REDUITE -	; Délinquants actifs ; Souvent récidivistes ; Souvent appréhendés
FAIBLE -	REDUITE -	; Passages à l'acte rares ; Sujets vulnérables (rôle important de phénomènes événementiels)
		; Souvent appréhendés
FAIBLE -	SATISFAISANTE +	; Passages à l'acte accidentel du suje "normal" – exemple : crime passionnel Exemple : crime passionnel

Une branche de la criminologie clinique est représentée par sa théorie de la personnalité criminelle (1970) : PINATEL décrit le "noyau central de la personnalité criminelle" caractérisé par un égocentrisme, une labilité, l'agressivité et l'indifférence affective. Ces traits psychologiques sous-tendent les conditions du passage à l'acte ; chez le délinquant, soit l'un de ces traits est hypertrophié, soit les quatre traits se cumulent(71).

L'approche psychanalytique fait intervenir différents concepts : Ça, Surmoi, conflits psychiques, régression, sentiment d'infériorité, personnalité asociale, acting-out, etc.

J. LEYRIE". (73) a proposé l'équation criminologique suivante:

**Passage à l'acte [c]**



**Individu [A] + Situation [B]    Infraction [D]    Victime [E](79)**

Penchons-nous sur les données de cette équation.

## **Facteurs individuels :**

L'intérêt se porte sur le "corps" du criminel, en tant que lieu d'observations, de mesures, d'expérimentations, et cherchent à mettre en évidence des "singularités criminelles". C'est le cas de l'anthropologie, la génétique et la neurophysiologie.

## **Facteurs situationnels :**

Ces facteurs introduisent à la notion de situation pré-criminelle : ensemble de circonstances qui précèdent et entourent l'acte délictueux.

- L'événement originaire du projet criminel peut ne pas exister. S'il existe, il peut s'agir d'un événement isolé ou d'une succession d'événements précédant parfois pendant longtemps la formation du projet criminel. L'événement originaire donne la motivation de l'acte : son rôle est décisif ou au contraire circonstance futile.
- Les circonstances de mise à exécution du projet criminel qui sont les faits plus ou moins recherchés mettant en situation de réalisation du passage à l'acte. KINBERG<sup>4</sup> distingue trois séries de situations pré criminelles(80).
- Situations spécifiques ou dangereuses, ou s'associent l'occasion de commettre un crime, qui est toujours présente, et la pulsion vers un acte criminel. C'est l'exemple des situations pré-incestueuses, les situations de jalousie (meurtre de maîtresse), situation de tourmenteur d'épouse (fréquente chez les sujets alcooliques qui ont l'habitude d'insulter leurs épouses).
- Situations non spécifiques ou amorphes : là, l'occasion de commettre un délit n'est pas présente et doit être recherchée. Il y a élaboration d'un plan, la reconnaissance des lieux du crime projeté, les préparatifs du crime, le choix des complices.
- Situations mixtes : l'occasion de commettre le crime est donnée à l'individu sans qu'il ait à la rechercher. La criminalité en bande (mafia) peut associer une situation amorphe (les chefs) et une situation spécifique (les subalternes).
- Le facteur temps permet de distinguer les situations pré-criminelles permanentes, où le crime est l'aboutissement d'une longue situation psychologique (exemples : situations professionnelles, familiales, les couples criminels : le mandant et le mandataire) et les situations pré-criminelles instantanées illustrées par les infractions de circonstance (exemple violence et passage à l'acte lors d'un conflit d'automobilistes, crime passionnel ...)

### 3- Le passage à l'acte :

Plusieurs modèles descriptifs et interprétatifs ont été donnés pour analyser la succession des séquences menant un individu à commettre un acte.

L'état dangereux pré-délictuel est parfois décrit selon trois modalités.

- Avec crise : c'est l'état pré-délictuel aux trois stades de De Greef.
- En court circuit : réaction primitive, explosive ou raptus. Le passage à l'acte n'est pas l'aboutissement d'une élaboration.
- Chronique : marqué par un étalement dans le temps de la conduite criminelle.
- De Greef a décrit trois phases successives dans le crime utilitaire et le crime passionnel, trois phases précédant l'assassinat(81).
- ✓ **Phase d'assentiment inefficace ou phase d'acquiescement mitigé ou mode criminel optatif** L'idée criminelle se développe insidieusement à un niveau préconscient. Exemple : idée fugitive de l'héritier qui n'en finit pas d'attendre.
- ✓ **Phase d'assentiment formulé ou mode criminel impératif.** Phase durant laquelle il y a élaboration du projet criminel avec plans, moyens, mesure de risques ...
- ✓ **Phase de passage à l'acte ou crise ou mode criminel indicatif.**

#### **L'infraction.**

Le code pénal qui introduit trois catégories d'infractions.

- Les infractions contre les biens : vols, délinquance économique, incendie volontaire, banditisme.
- Les infractions contre les personnes. C'est l'homicide, les coups et blessures, les sévices à enfant, l'infanticide, les agressions sexuelles (outrage à la pudeur, viol).
- Les agressions contre la chose publique(82).

#### **La victime :**

De nombreux courants théoriques vont être à l'origine de classifications des crimes et des victimes. Certains se limiteront à décrire les prédispositions victimogènes d'autres par contre vont tenter d'individualiser une victime-née.

La victimologie introduit le concept de "victime latente" : c'est la personne sur laquelle va peser un potentiel de victimité.(83)

#### **4- Formes de l'état dangereux :**

##### **Etat dangereux chronique ou permanent :**

Cet état est défini comme une modalité psychologique et morale dont le caractère est d'être antisocial(84).

Il existe un certain nombre de délinquants qui présentent cet état dangereux. Mais au sein même de cette catégorie nous pouvons faire des sous distinctions de cet état et ce : selon l'intensité de l'état dangereux entre délinquants professionnels et récidivistes ordinaires, en fonction de l'orientation de l'état dangereux entre les délinquants commettant les mêmes infractions et ceux dits mixtes et qui commettent des infractions diverses.

En fonction du moment de l'état dangereux (entre le délinquant précoce et les autres).

Il est à noter que quelques délinquants seulement présentent un état dangereux chronique.

##### **Etat dangereux imminent :**

Il s'agit d'un état de danger avant le crime qui va exprimer l'étape décisive de la trajectoire du crime (c'est-à-dire le moment de crise qui va précéder le passage à l'acte).

#### **5- Prédiction de la dangerosité du malade mental :**

##### **Relativité, absence de fiabilité :**

Ce sujet a suscité de très nombreux travaux depuis les années 70 et encore plus ces dernières années, plus particulièrement aux USA et dans les pays scandinaves.

Les études conduites au cours des années 70-80 ont brossé un tableau assez pessimiste de la capacité des cliniciens à établir la dangerosité.

Dès 1971 Monahan évaluait que les cliniciens n'estimaient adéquatement la dangerosité qu'une fois sur trois. Il montre par ses travaux que la prise en compte même en grand nombre d'informations concernant l'histoire du patient et le contexte dans lequel il

vit, ne suffit pas à une prédiction fiable d'un futur comportement dangereux, prédiction où l'on pêche souvent par excès(85).

Pour M.Landry (1976) : Hormis quelques cas très exceptionnels, le diagnostic d'état dangereux ne repose pour l'essentiel que sur le comportement présent et passé de l'expertisé et sur l'idée, très largement partagée, selon laquelle un homme qui a commis un crime doit être considéré à priori comme plus dangereux que celui qui n'en a pas commis.

J. Leyrie fait remarquer que la valeur scientifique de la notion de dangerosité est contestable, toutes les études criminologiques dotées d'une méthodologie fiable ayant conclu à la faible valeur de prédiction de ce concept.(70)

Certaines synthèses sont pessimistes concernant la question de la prédiction de la dangerosité,H.J. Steadman en 1980, se demande « si la prédiction de la dangerosité est de l'ordre de l'art, de la magie ou de la science »(87).

### **Possibilité : évaluation à court terme**

Des études relatives à un comportement agressif, violent apparaissent, ce comportement qui est un élément plus facile à repérer, à mesurer, les psychiatres commencent à utiliser des instruments d'observation et d'analyse complexes standardisés pour répondre à la question de la prédiction des comportements agressifs et violents(88).

Avec l'approche des années 90, s'accroît l'orientation qui consiste conformément à l'évolution actuelle des sciences médicales, y compris la psychiatrie, à utiliser de plus en plus des outils de précision et de rigueur comme les statistiques.

Plusieurs études intéressantes sont menées, ayant en commun de s'intéresser à la prédiction de comportements agressifs ou violents dans le cadre limité des services hospitaliers sur un temps court, en cherchant à valider par une étude rétrospective des items ou un modèle prédictif retenu comme hypothèse au vu de la littérature ou d'observations empiriques(89).

D'autres études se sont intéressées aux prédicteurs de récurrence d'actes criminels, ces derniers ont été résumés dans une importante méta analyse effectuée par Gendreau et coll.

Cependant, la prédiction de la violence par les cliniciens se traduit encore par une proportion importante de faux positifs(90).

Des grilles dites grilles actuarielles ont été développées par Quinsey, Harris et Cormier (1998) (elles sont les plus connues) : l'une est adaptée à l'évaluation du risque posé, par les patients atteints d'un trouble sévère et persistant du comportement (VRAG : Violence Risk Appraisal Guide), l'autre s'adresse essentiellement aux délinquants sexuels (SORAG : Sex Offender Risk Appraisal Guide).(91)

Il existe une variété de facteurs de dangerosité dans la maladie mentale avec, indiscutablement, qu'il y a lieu d'étudier pour avoir une idée du potentiel dangereux d'un sujet. De plus, l'état dangereux en psychiatrie est en général temporaire, sauf dans certains cas. Quant à la question du pronostic, elle est étroitement liée à l'effet que l'on peut attendre de la chimiothérapie.

Ce qui est important de rechercher, c'est le signal-symptôme, par les signes d'alarmes qui annoncent l'imminence de l'état dangereux. Cela représente l'intérêt prophylactique d'une telle mise en évidence.

Malheureusement, ces signes d'alarmes sont souvent infidèles et de ce fait, le pronostic d'imminence est très hypothétique, ce qui a pour effet de réduire la portée pratique, voir prophylactique de la notion d'état dangereux.

### **Facteurs prédictifs de dangerosité :**

Critères de dangerosité selon Seninger :

#### **Critères généraux :**

Sujets jeunes, de sexe masculin (D'une façon générale les hommes sont plus dangereux que les femmes et les jeunes plus que les personnes âgées).

Le goût pour les armes (à feu, blanches) spécialement lorsque leur port est habituel.

L'existence d'antécédents judiciaires : menaces de mort, voies de faits, coups et blessures, crimes de sang, incendies... (Motif des interpellations ou des arrestations, type habituel de délinquance, condamnations pour menaces de mort, voies de fait, coups et blessures, port d'arme prohibée, incendie volontaire, homicide, etc.)

L'existence d'antécédents psychiatriques en particulier d'hospitalisation sous contrainte (H.O).

L'alcoolisme et la toxicomanie(92).

## **Critères médico-psychologiques :**

- Médiocrité intellectuelle. (La faiblesse ou la détérioration des facultés intellectuelles sont à prendre en considération comme d'ailleurs la suggestibilité, l'immatunité, la pauvreté affective et éthique).
- Impulsivité, susceptibilité, méfiance.
- Episodes d'agitation ou de dépression et plus encore les oscillations entre hétéro et auto agression.
- Les périodes de crises.

Les syndromes hallucinatoires, en particulier : les hallucinations impératives, de suggestion et de provocation.

- Les sentiments de persécution, l'impression de danger, le sentiment d'insécurité.
- Le délire avec en particulier, les thèmes mystiques de persécution, de jalousie, de préjudice, de revendication et l'existence d'un persécuteur désigné.
- Les périodes d'obscurcissement de la conscience.
- La réticence, les dénégations mensongères, les mauvaises relations du sujet avec son entourage familial ou avec l'équipe soignante. (Difficultés existentielles).
- L'absence, l'interruption ou l'inefficacité de la chimiothérapie
- L'absence de diagnostic, c'est à dire l'existence d'une symptomatologie chez un sujet, non repérée comme telle par l'entourage.

Récemment, Benezech et Coll ; conscient de l'intrication en pratique médico- légale de facteurs criminologiques purs et ceux de la dangerosité psychiatrique, ont proposé une nouvelle classification des facteurs prédictifs (ou indicateurs pronostiques) du comportement agressif ou violent, plus adaptée à l'évaluation d'un individu susceptible de commettre une agression ou de récidiver.

Plus proches de la réalité de la dynamique de la dangerosité ils ont aussi tenu compte de facteurs environnementaux et de facteurs liés à la victime potentielle.

Cette classification tient aussi compte des avancées faites dans le domaine de la recherche(93).

Outre l'âge : 15 ans à 30 ans et le sexe masculin, ces prédicteurs sont:

### **1) Facteurs liés à l'enfance du sujet :**

- Milieu familial brisé et abusif.
- Brutalités parentales, événements traumatiques.
- Perte précoce d'un parent.

- Education froide , hostile, permissive.
- Manque de supervision des parents.
- Placement familiaux ou institutionnels.
- Tendances incendiaires , énurésie et cruauté envers les animaux.
- Echech scolaire.

## **2) Facteurs liés aux antécédents criminels :**

- Précocité de la délinquance violente.
- Multiplicité et gravité des infractions.
- Condamnations pour violences physiques ou sexuelles.
- Non lieux pour troubles mentaux (94)

## **3) Prédicateurs liés à l'état mental :**

- Immaturité psychologique intellectuelle et morale.
- Mentalisation et verbalisation déficientes.
- Introspection difficile.
- Incapacité à communiquer avec autrui.
- Caractère extraverti avec anxiété.
- Personnalité psychopathique, limite.
- Troubles psychotiques.
- Conduites addictives.
- Impulsivité pathologique , perte de contrôle.
- Auto mutilations.
- Fantômes délirants agressifs, sexuels, incendiaires, sadiques.
- Comportement imprévisible irrationnel.
- Colère, hostilité ou ressentiment chronique.
- Egoïsme , absence de compassion, inaffectivité.
- Hyperémotivité, instabilité émotionnelle.
- Fanatisme politique, religieux.

## **4) Facteurs liés au mode de vie et aux attitudes sociales :**

- Inadaptation socio familiale.
- Absence d'emploi.
- Marginalité toxicomanie, prostitution.
- Port d'armes, accès à des instruments de violence.
- Conduite automobile dangereuse, autres conduites à risque.

- Fréquentation des délinquants.
- Attitude de victime, vécu d'injustice critique de la société.
- Négation ou minimisation des actes violents passés.

### **5) Facteurs liés à la situation pré-criminelle :**

- Situation de crise.
- Etat de stress.
- Apparition d'un état dépressif.
- Idées de suicide ou d'homicide.
- Abus d'alcool et de stupéfiants .
- Activité et intensité des symptômes psychiatrique.
- Episode fécond délirant.
- Forte intentionnalité de faire mal.
- Plan concret d'agression.

### **6) Facteurs liés à la victime virtuelle :**

- Proximité affective et géographique de la victime.
- Menaces de mort à l'endroit de la victime.
- Désignation nominale d'un persécuteur.
- Victime hostile, provocatrice, dépendante, imprudente, jeune, de sexe féminin.

### **7) Facteurs liés à la prise en charge :**

- Echech répété des tentatives de réinsertion.
- Absence de projets d'avenir réalistes.
- Attitudes négative à l'égard des interventions.
- Manque de référents médical et social.
- Mauvaises relations avec l'entourage personnel et soignant.
- Absence , refus , inefficacité du traitement psychotrope.

L'analyse de ces prédictors et leur association peuvent donner une bonne indication de l'importance du risque statistique théorique de passage à l'acte violent et de récidive.

Le psychiatre est confronté dans sa pratique quotidienne à la dangerosité du malade mental.

## **Un examen psychiatrique complet et minutieux permet de donner des indications nosographiques :**

Il convient d'étudier avec soin les thèmes psychoaffectifs qui centrent la vie du sujet.

Le repérage de thèmes violemment pénibles tels que persécution, délire d'influence, passionnels, doivent plus inquiéter que les thèmes de satisfaction ou de mégalomanie(95).

Il est important d'apprécier en dehors de l'acuité des troubles, l'altération du jugement ou du contrôle de soi.

Les critères généraux et les critères médico-psychologiques de l'état dangereux doivent être systématiquement recherchés(92)

Il faut souligner que l'absence ou l'inefficacité de la chimiothérapie est maintenant l'un des éléments péjoratifs majeurs dans l'évaluation de la dangerosité : opposition au traitement, diminution insuffisante de la sthénie, des productions délirantes, des revendications agressives. L'efficacité du contrôle des prises médicamenteuses, la certitude de l'administration (injections intramusculaires régulières d'un neuroleptique retard) sont aussi des critères à prendre en compte.

**Une enquête sociale :** recherche des circonstances d'apparition, le contexte : (interrogatoire de l'entourage).

Il faut savoir que la plupart des passages à l'acte antisociaux sont imprévisibles, leur déclenchement, souvent accidentel, étant favorisé par des facteurs situationnels hasardeux et occasionnels et/ou tenant à l'attitude de la future victime : rencontre, dispute, frustration, intoxication, alcoolisation, intuition soudaine, incident, geste interprété comme une menace ou ayant une signification symbolique(96).

Cet aspect aléatoire de la prévisibilité de la victime est l'une des caractéristiques de la criminalité psychiatrique. Certains malades présentant des signes cardinaux de dangerosité (alcoolisation, persécution, dépression, désocialisation) ne passeront pourtant jamais à l'acte majeur, alors que de "petits débiles" paraissant

inoffensifs surprendront un jour leur entourage en commettant un homicide, un viol, un incendie volontaire...(97)

### **Les examens para cliniques :**

Les examens psychologiques utilisant les tests mentaux qui peuvent fournir des éléments intéressants en corrélation avec l'observation clinique et les examens para cliniques. Ils permettent aussi d'analyser certains aspects du comportement. Ils constitueront plus un appoint dans la pose d'un diagnostic de personnalité, d'insuffisance mentale ou de détérioration mentale(59).

➤ Les tests d'efficiences ou d'intelligence, représentés par le WAIS et le WISC vont être le témoin des possibilités intellectuelles de l'individu.

Leur intérêt se situe dans leur appréciation chez l'insuffisant mental de la profondeur de l'atteinte intellectuelle et des capacités de jugement et de raisonnement.

Chez l'adulte, leur intérêt se situe notamment dans l'appréciation de la détérioration pathologique qui signe le plus souvent une démence. Ceci est intéressant dans les démences débutantes, considérées comme la phase médico-légale, où la clinique est médico-légale.

➤ Les tests de personnalité : l'utilisation des tests psychologiques, tel que le psycho diagnostic myokinétique de MIRA Y LOPEZ, celle des tests projectifs. RORSCHACH, SZONDI, ROSENZWEIG ou TAT ou des questionnaires tels le MMPI, donne une photographie au moment donné, mais aucune certitude.

➤ explorations : en fonction de l'orientation.

➤ L'électroencéphalographie qui permet de contrôler l'efficacité d'un traitement antiépileptique.

### **6- Approche nosographique de l'état dangereux (troubles mentaux criminogènes) :**

La criminalité des malades mentaux est un problème de société complexe. La question de la criminalité des malades mentaux est double.

Il s'agit d'envisager d'une part l'ensemble des processus psychopathologiques qui peuvent amener un malade mental à commettre un acte violent de nature criminelle. La dangerosité d'un malade mental est fonction du trouble pathologique dont il souffre. La maladie mentale n'étant pas unique, il faut s'intéresser aux types de malades mentaux considérés comme dangereux et ainsi potentiellement criminels du fait de leur trouble.(98)

De même il faut souligner que le passage à l'acte ne se traduit pas et ne se comprend pas de la même manière chez un criminel exempt de maladie mentale et chez un malade mental ayant accompli un crime.

On peut considérer que pratiquement toutes les affections psychiatriques, les troubles de l'intelligence, les troubles du caractère, peuvent provoquer l'apparition de l'état dangereux.

Une revue de détail *des* principaux états psychopathologiques permet de rendre compte de l'existence de caractéristiques de dangerosité propres aux différentes affections psychiatriques.

Il ne saurait être question ici d'évoquer toute la nosographie psychiatrique, mais nous envisageons les troubles psychopathologiques pouvant être reliés à la psychiatrie légale.

Seules les pathologies psychiatriques les plus impliquées dans les crimes de par leur dangerosité potentielle seront étudiées.

### **Les psychoses :**

#### **Les schizophrénies :**

Statistiquement considérées comme les plus criminogènes des maladies mentales,

On retrouve les caractéristiques classiques :

- Pas de mobile apparent et l'absence de préméditation ;
- Les moments propices sont le début de la maladie et les moments délirants féconds;
- Absence de culpabilité, froideur et indifférence tout en gardant un récit précis du passage à l'acte;
- La victime est le plus souvent un proche;
- L'agression peut être soudaine, immotivée, irrationnelle, sans signe annonciateur, ou au contraire intervenir dans un contexte clinique bruyant (délire fécond ...)
- La nature de l'agression est souvent impressionnante de violence (le patient s'acharne sur la victime).

L'acte antisocial du schizophrène se caractérise par sa soudaineté imprévisible, son irrationalité, son incohérence, sa discordance, son inintelligibilité apparente(99)

Le schizophrène, marqué par cet apragmatisme, ce désintérêt, cette apparence dévitalisée de toutes les conduites qui frappent d'une sorte d'inertie plus apparente que réelle son affectivité, dont la communication est modifiée par sa

réfraction dans un univers hermétique, insolite, alimenté par des dérivés paranoïdes et hallucinatoires, est susceptible de la décharge impulsive réflex la plus inattendue.

Il est classique de décrire la phase prodromique de cette affection comme une «phase médico-légale», en raison de la fréquence des réactions antisociales. Ce sont souvent des actes étranges, d'apparence gratuite ou paradoxale : meurtres, coups et blessures....

L'imprévisibilité de l'acte criminel chez le schizophrène en fait de lui d'un point de vue potentiel le plus dangereux des malades mentaux, d'autant plus que même à la Phase terminale de la dissociation, de brusques et imprévisibles actes meurtriers restent possibles(100).

La pratique actuelle a démontré que deux formes cliniques de schizophrénie passaient plus facilement à l'acte, les délirants paranoïdes et les héboïdophrènes [forme caractéristique et asociale de la schizophrénie). Susceptibles de commettre tous les types d'actes délinquants.

### **La psychose paranoïaque :**

Du point de vue psychopathologique, l'agression du paranoïaque s'appuie sur le mécanisme de la projection : tuer pour ne pas être tué ; une projection sous-tendue par un délire interprétatif (ou folie raisonnante ») où persécuté et persécuteur sont en danger de mort.

Les délires paranoïaques sont certainement parmi les plus dangereux, car le caractère passionné d'une part et d'autre part le fond mental anormalement rigide traduisent une agressivité existant avant l'état délirant(101).

Il arrive souvent que chez ces patients les réactions agressives précèdent l'éclosion du délire.

Certains éléments cliniques doivent faire craindre un passage à l'acte:

- La conviction délirante inébranlable;
- Le persécuteur désigné (souvent en fonction du thème de leur délire : querulents processifs, idéalistes passionnés ...);
- Un syndrome dépressif surajouté voire une phase de dépit (chez l'érotomane);
- Les moments propices : fécondité délirante, alcoolisation, dépression;
- Les formes cliniques à risque majeur: les délires passionnés dont le délire de jalousie (Très meurtrier) et le délire érotomane.

Le mécanisme du délire est plus ou moins criminogène en fonction de la

prégnance du danger qui l'induit. Il est classique de dire que le persécuté interprétant n'est dangereux que pour une ou plusieurs personnes (dangerosité focalisée avec préméditation homicide) alors que le persécuté halluciné l'est pour tout le monde du fait de la possibilité d'un meurtre impulsif(100).

L'adhésion du sujet à son délire, sa conviction, peuvent le rendre dangereux. Plus il investit affectivement l'activité délirante, plus il est susceptible de passer à l'acte (réactivité délirante).

Le délire est sous-tendu par un ou plusieurs thèmes qui doivent être pris en compte. En ce qui concerne la question de la dangerosité, on retrouve volontiers :

### **Délire de persécution :**

Le sujet acquiert la conviction bientôt inébranlable qu'un autre ou d'autres cherchent à nuire à sa personne physique, à son psychisme, à ses biens, à sa réputation, ... Le danger devient maximal lorsque le délirant ne voit pas d'autre solution pour « survivre » que d'éliminer le persécuteur désigné.(102)

Quelles que soient les variantes imaginées (complots, actions à distance, machinations), tout se réduit à la conviction inébranlable d'être persécuté et en contrepoint à l'élaboration d'un système défensif-offensif qui caractérise le vécu paranoïaque dont le registre dangereux est d'autant plus réel qu'il nie ou camoufle dans la réticence l'aspect morbide de ses sentiments et entreprises.

Dans le thème d'influence, le sujet a l'impression « d'être commandé par une force extérieure».

Le délirant jaloux lui se fixe un persécuteur précis. Ce dernier sera surtout en danger si le délire est bien structuré. Une telle situation peut conduire dans quelques cas au meurtre de la personne aimée et/ou du prétendu rival(103).

### **Délire de revendication :**

La forte charge affective qui les caractérise est parfois à l'origine de passages à l'acte hétéro-agressif. Ils se construisent en secteur car ils ne s'étendent pas à l'ensemble de la vie psychique. Ils restent centrés sur l'objet et la thématique quasi-exclusive du délire(100).

On peut considérer que la nature, le degré, la violence des réactions revendicatrices dépendent essentiellement du caractère. Il y a des types de revendicateurs dont l'esprit dialectique fournit la quérulence de la lettre et du code de

toutes les ressources de la procédure : ce sont les processifs, décrits autrefois par le terme "délire de la chicane"(96)

Le délire érotomane qui existe (illusion délirante d'être aimé, décrite en 1921 par Gaëtan Gatian de Clérambault). Il débute volontiers brusquement par une interprétation ou une intuition délirante. Il s'enrichit ensuite d'autres interprétations délirantes. La forte charge affective associée est parfois à l'origine de passages à l'acte hétéro-agressifs, Ce délire au potentiel criminogène majeur est heureusement peu fréquent. Les trois stades évolutifs que sont l'espoir, le dépit, la rancune ou la haine, apparaîtront suivant les traits fournis par le caractère ou la susceptibilité émotive.

Les idéalistes passionnés : qu'ils rêvent de nouveaux systèmes politiques, de paix universelle ou de philanthropie, ils sont animés d'une volonté farouche et agressive de lutte et de combat. Ils allient souvent à l'altruisme le plus utopique la cruauté la plus impitoyable. Leurs passages à l'acte, certes peu fréquents mais aux conséquences souvent dramatiques, peuvent changer le cours de l'histoire.

L'acte que commet le paranoïaque est en quelque sorte en harmonie avec ses idées délirantes. Des agressions verbales ou physiques mineures doivent faire redouter une importante potentialité criminogène cachée. L'hospitalisation sans consentement du sujet devient potentiellement urgente tant le risque de passage à l'acte hétéro-agressif contre le persécuteur est probable.

Les délirants sthéniques persécutés ou passionnés passent plus facilement à l'acte hétéro-agressif que les délirants sensitifs. Le délire de relation des sensitifs est plus rare en pratique criminologique avec parfois des passages à l'acte meurtrier sur des personnes de l'entourage familial, professionnel ou de voisinage. Les auto-agressions survenant dans les moments dépressifs semblent à l'opposé plus fréquentes(104).

### **La psychose hallucinatoire chronique :**

Cette entité typiquement française mais d'individualité nosologique controversée.

C'est un syndrome délirant où les hallucinations sont prévalentes et peuvent prendre L'aspect d'un syndrome d'influence (le malade est « agi » par une force extérieure) qui devient dangereux quand le thème du délire est persécutif et/ou mystique.

Dans les PHC, la base est constituée par l'automatisme mental (syndrome d'influence, hallucinations verbales, écho et devinement de la pensée), ces malades obéissent à des ordres hallucinatoires auxquels ils sont soumis.

La PHC peut être responsable de passage à l'acte hétéro-agressif axé, le plus souvent, sur une thématique variée persécutoire ou mystique(100).

## **Psychoses aiguës :**

### **Les bouffées délirantes aiguës (BDA) :**

Les BDA sont des moments délirants très féconds qui occupent de façon intense le vécu du sujet lui interdisant toute référence au passé et toute projection dans le futur.

Le passage à l'acte agressif semble plus directement tributaire de la déstructuration proprement dite de la conscience avec son corollaire clinique de bouleversement du vécu immédiat. Ces états psychotiques aigus peuvent donner lieu à une agressivité soudaine et brutale souvent directement liée à la thématique délirante (mysticisme ...) ou à la déréalisation qui l'accompagne. Le tableau clinique est terrifiant par l'émergence de phénomènes hallucinatoires et délirants extrêmement prégnants(105).

(Dans une atmosphère plus dramatique qu'extatique, les idées délirantes de persécution, de grandeur, d'influence, de mysticisme peuvent envahir la pensée du patient en proie à des troubles du comportement et amener à des réactions violentes de défense, de menace ou d'attaque dans le cadre de son vécu hallucinatoire ou imaginé).

De même les altérations de la conscience sont généralement criminogènes par l'intensité de l'angoisse qu'elles entraînent.

### **Les états confusionnels :**

Ces malades sont redoutables par leur brutalité ils constituent un groupe hautement criminogène lors d'ivresse pathologique ou plus tard quand il se retrouvera soumis à une, déchéance éthico-sociale.

Le véritable danger est beaucoup plus du fait des troubles du caractère, de la jalousie, des conflits conjugaux ou familiaux, des menaces ou des provocations avec le voisinage, les accidents de la circulation que des troubles observés lors du delirium tremens avec son agitation forcenée ou même lors de l'accès subaiguë de l'alcoolisme chronique.

Les réactions antisociales sont conditionnées par l'importance du désordre anarchique, facteur de violence, et limitées par la profondeur de la confusion.

Désorientés agités, stuporeux anxieux et presque toujours atteints d'un délire onirique ils ne perçoivent l'extérieur qu'à travers leur obnubilation intégrée dans ce délire.

Par ailleurs nous devons distinguer les réactions qui sont provoquées par des facteurs endogène et celles induites par des facteurs exo toxiques, intoxications par les produits cannabiques, stupéfiants hallucinogènes.

### **La maladie épileptique :**

L'acte criminel de l'épileptique est un véritable « raptus Comitial » sans aucune préméditation, dont la mise en acte est extrêmement violente (acharnement sur la victime), et à laquelle succèdent une anosognosie et une amnésie postcritique(106)

L'épilepsie est une affection où se rencontre des états confusionnels avec, une dangerosité importante. Ils encadrent les crises convulsives ou bien constituent des équivalents paroxystiques, correspondant à des phases d'altération de la conscience.

De même les actions commises au cours de ces états crépusculaires épileptiques sont souvent violentes, sanglantes, amnésiques ou confusément remémorées (frénésie destructrice et sanglante) On peut observer des accès d'automatisme à caractère violent (impulsions clastiques, suicidaires, sexuelles et meurtrières).

Une autre particularité clinique est à souligner « L'aura ». En effet il est habituel de constater que le paroxysme épileptique soit précédé d'une modification profonde de l'humeur du caractère et du comportement habituel.

Il est classique de considérer que chez un même sujet, Ces changements prémonitoires se reproduisent de façon identique, dans des actes comme dans les thèmes idéiques, affectifs ou passionnels par lesquels ils sont sous-tendus(107).

Certains sujets peuvent se livrer à des actes absurdes et saugrenus au cours des crises paroxystiques. Ce sont des états d'impulsivité latente, pouvant durer de quelques heures à plusieurs jours et représentent à un gros danger.

Mais les troubles graves du comportement demeurent exceptionnels. Par ailleurs, l'épilepsie temporale est communément impliquée dans les comportements violents. Elle concerne Plusieurs structures cérébrales contiguës et intimement reliées entre elles.

L'épilepsie peut apporter à des degrés divers des remaniements de la personnalité parmi lesquels sont décrits une impulsivité, une explosivité et des troubles caractériels à

l'origine de violence(108).

L'existence d'une personnalité épileptique prédispose notamment à la délinquance.

On peut observer des actes de pyromanies, des accès de somnambulisme, des voyages pathologiques. La période post-paroxystique peut se transformer en manie furieuse soudaine.

Ce serait durant ces périodes plus ou moins brèves, d'égarement\_ que peut se manifester un état dangereux, par le fait que les sentiments se résolvent rapidement en agressivité forcenée ou en réaction de défense désespérée.

### **Troubles de l humeur :**

C'est une conception représentée par deux entités cliniques les états d'excitation (accès maniaque), et les états dépressifs.

Chacun de ces troubles est une urgence, la mélancolie à cause du risque majeur de suicide, la manie à cause d'un risque social devant des troubles graves du comportement mettant en danger tant le sujet lui-même que l'entourage(108).

### **L'accès maniaque :**

Ce terme a été employé pour la première fois par Arrêtee de Cappadoce au deuxième siècle avant notre ère.

Ce qu'il faut redouter chez ces sujets c'est les colères violentes incontrôlées, les brusques variations de l'humeur, l'exaltation des pulsions érotiques propices aux scandales et parfois au passage à l'acte(100).

Deux éléments psychopathologiques rendent compte de la dangerosité du patient En cette phase, le sentiment de toute puissance et les débordements instinctuels.

On retrouve ainsi:

- Une absence de préméditation due à l'agitation désordonnée (peu propices aux actes violents élaborés) ;

L'état dangereux peut se caractériser par des actes extrêmement variables: vols, escroqueries, délits sexuels, agressivité, délits multiples.

Les incidences néfastes sont variées mais volontiers lourdes de conséquences pour le sujet et pour l'entourage : dépenses excessives avec chèques sans provision, risque de ruine, excès de vitesse avec accidents de la voie publique, prise de décisions inconsidérées (vente rapide d'un bien immobilier, achat de biens luxueux ...)(109).

Les conséquences des débordements instinctuels sont surtout liées à l'hyper érotisme (exhibitionnisme, attentat à la pudeur, viol) ;

- Les conséquences de la toute puissance sont multiples, grivèleries en tout genre, affrontements avec l'autorité (policière, médicale ...).

De plus, ne supportant pas l'humiliation, le maniaque devient très dangereux lorsqu'il est heurté de front;

- Un délire surajouté aggrave le danger (surtout si persécution).

Bien qu'il fasse généralement plus de bruit que de mal le maniaque peut devenir potentiellement dangereux car il ne tolère aucune frustration.(100)

### **Les états dépressifs :**

La mélancolie peut se décliner en miroir de la manie. Le début est le plus souvent progressif, parfois brutal. Un suicide inattendu peut augurer l'entrée dans la mélancolie. Cet état est une urgence de tous les instants.(82) Le patient en phase mélancolique a *une* idée fixe: la mort. Il présente donc un risque suicidaire majeur avec:

- Une préméditation longue et cachée; Une mise en acte suicidaire souvent imparable.

Par ailleurs, des éléments psychopathologiques doivent faire craindre le suicide altruiste rendu possible par sa culpabilité inflexible et son sentiment d'indignité. On recherchera notamment si sa souffrance morale lui semble envahir son entourage (il ne peut accepter de le faire souffrir) et si se surajoutent des éléments délirants (délires de ruine, de damnation ...)(109).

Il est à noter que les signes suivants que l'on peut qualifier de signes d'alarme « un virage de l'humeur, une levée d'inhibition, une insomnie prodromique et une décompensation matinale » sont les moments privilégiés du passage à l'acte dangereux.

En effet, tout état profond de dépression (réactionnelle, névrotique), toute angoisse paroxystique survenant brutalement chez des sujets indemnes jusque là, ou bien durant une évolution psychotique, peut avoir pour conséquence un passage à l'acte agressif.

De même la crise saturée en tendance suicidaire peut représenter un danger pour les personnes aimées(110).

Le suicide dit altruiste, suicide associant le patient et des personnes de son entourage proche constitue un danger classique, régulièrement illustré par les médias, en particulier lors de la phase terminale de la crise.(100)

Ce trouble s'accompagne souvent d'une bonne conservation de l'intelligence.

De ce fait ces patients peuvent être capables d'agressions réfléchies et efficaces, ce qui les rend particulièrement dangereux pour leur entourage.

### **Les états démentiels :**

Cet affaiblissement intellectuel provoque des troubles caractériels et comportementaux à connotation parfois médico-légale et \_C'est surtout au début de la maladie qu'elles sont souvent génératrices d'actes antisociaux.

Dans certains cas, le dément peut développer des idées délirantes hypocondriaques, de préjudice, ou de persécution, idées absurdes et incohérentes(98).

Les facteurs psychopathologiques résultant du déficit intellectuel (troubles mnésiques, perte du jugement moral, désinhibition par rapport aux normes sociales..) rendent compte des délits en tout genre (exhibitionnisme, grivèleries, délits sexuels ...).

### **Les déficiences mentales :**

Dans ce cas ce sont surtout les troubles de la personnalité et de l'adaptation sociale qui posent question en matière de dangerosité potentielle. En effet Il y a souvent corrélation entre l'importance de l'agressivité du débile mental et le degré du déficit intellectuel.

La dangerosité du débile est liée aux atteintes de son affectivité selon des psycho-dynamiques variées : manque d'intégration des valeurs morales, insuffisance du contrôle pulsionnel, suggestibilité, intolérance aux frustrations, irritabilité, besoin d'affirmation de soi, etc.(111)

Ces sujets sont facilement manipulables par des tiers ils ne peuvent pas se projeter dans le long terme et donc ne mesurent pas la portée de leur actes.

Les violences rencontrées sont variées (allant des meurtres, incendies, destructions diverses aux vols et délits sexuels] selon la profondeur du déficit intellectuel.

### **Troubles de la personnalité où la question du passage à l'acte dangereux peut être posée :**

#### **La psychopathie :**

Le déséquilibré antisocial est classiquement décrit comme un être amoral aux passages à l'acte agressifs fréquents.

Dans cette entité pathologique nous retrouvons un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites marquées par une impulsivité, une imprévisibilité, une intolérance aux frustrations et une instabilité affective et socioprofessionnelle(112).

Le DSM décrit cette personnalité comme « un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui(113).

Trois mots clés reviennent en permanence pour décrire ce déséquilibré asocial : instabilité, inadaptabilité, impulsivité Cette personnalité pathologique révèle dans chacune de ses caractéristiques un recours possible à la violence en tant que mode réactionnel.

La violence du psychopathe est rarement déconnectée de la réalité et se veut, le plus souvent, une réponse en à une agression physique ou psychique; de ce fait il est de plus en plus responsabilisé. Ce sont des sujets considérés comme responsables de leurs actes.

En fait, se situant à la frontière de la psychiatrie et de la criminologie, cette entité rassemble les cas dit "difficiles". Et soulève les plus grandes difficultés dans le domaine des discussions médico-légales. « Manipulateur, théâtral, aimant tromper l'autre par plaisir ou par profit, perpétuellement dans le passage à l'acte » c'est le psychopathe.

Le passage à l'acte du psychopathe se caractérise par:

- L'absence de préméditation: ils se font dans l'instant;
- Ils sont polymorphes et variés (de la grivèlerie au meurtre) et concernent surtout les biens;
- Ils surviennent a des moments privilégiés non spécifiques: toutes les situations frustrantes.
- Il accumule sanctions judiciaires et oscille entre la prison et l'hôpital psychiatrique Par ailleurs le psychopathe peut retourner son agressivité contre sa personne (risque suicidaire lors des phases dépressives) Et rappelons qu'une appétence pour les conduites addictives accentue sa dangerosité(100).

### **L'état limite :(personnalité Border line) :**

Son comportement est dominé par l'impulsivité qui en fait toute sa potentielle dangerosité.

Les caractéristiques de sa dangerosité sont proches de celles du psychopathe.

N'oublions pas **les névroses** : il faut noter ici le cas de la névrose obsessionnelle. Dans de rares cas, l'aménagement mis en place pour lutter contre les obsessions s'épuise, ce qui aboutit parfois a la mise en acte d'une impulsion obsessionnelle et passage à l'acte hétéro-agressif Ainsi que l'hypocondriaque, oscillant entre les pôles anxieux de la conversion et de la revendication paranoïaque(114)

Nous citons également les troubles liés à la consommation de substances psychoactives qui peuvent être responsables de passages à l'acte dangereux A savoir :

### **Alcoolisme chronique :**

Ou tous les types de violence peuvent être observés D'une manière globale, l'alcool lève des inhibitions sociales, favorisant comportements antisociaux et violences diverses. Notamment les accidents mortels de la circulation qui est une autre forme de violence.(115)

**Le cannabis :** L'intoxication par les produits cannabiques, stupéfiants hallucinogènes génèrent des réactions aiguës avec leur cortège d'idées délirantes, d'émotions désordonnées et d'impulsions,

A titre récapitulatif et dans le but de résumer l'ensemble des pathologies mentales criminogènes que nous avons revues en lecture précédemment, nous nous sommes permis d'emprunter un tableau représentatif tiré de l'ouvrage de T. Albernhe et Y. Tyrode".

**Principaux aspects nosographique des passages à l'acte criminel**

<b>Catégories diagnostiques</b>	<b>Préméditation</b>	<b>Violence contre les personnes</b>	<b>Violence contre les biens</b>	<b>Moments pour le passage à l'acte</b>
<b>Schizophrénie</b>	Classiquement absente : passage à l'acte impulsif	Homicide envers l'entourage (famille dont ascendants, ami, médecins). Gravité de l'agression. Prédilection pour les armes blanches	Vols utilitaires. Destruction.	Début de la maladie moments féconds changement de traitement
<b>Paranoïa</b>	Très organisée, pathologique et vengeresse. Met tous les atouts de son côté.	Conjoint (jalousie), voisins et médecin (revendication). Gravité de l'agression.	Destruction sournoise et complots de longue date	Moments féconds Phases D'alcoolisation possibles. Episodes dépressifs de formes sensitives
<b>Manie</b>	Absente. Début brusque de l'accès maniaque.	Hyper érotisme : attentat à la pudeur, viol, etc.	Grivèleries d'aliments, abus de confiance, grande dépenses, etc.	Virage de l'acte (posologies médicamenteuses inadaptées, alcoolisation)
<b>Mélancolie</b>	Très importante et dissimulée (suicide imparable). Si virage maniaque, la préméditation peut disparaître	Homicides (exceptionnels). Parfois suicide, altruiste collectif	Rare	Virage de l'acte insomnie précoce Décompensation matinale avec l'acte suicidaire
<b>Psychose</b>	Le délire évolue	Désignation d'un bouc	Les biens du persécuté	Moments féconds

<b>hallucinoire chronique</b>	longtemps à bas bruit puis s'enkyste. Il génère le projet	émisnaire que le patient voudra éliminer.	persécuté	Ordres halluc
<b>Psychose aigue</b>	Début brutal de l'accès de violence, en général éphémère et non préméditée.	Homicide violences physiques ou sexuelles.	Incendie, vol, destructions diverses.	Pendant tout délirant. Si le déshydrate, a du risque de décompensati
<b>Ivresse pathologique</b>	Absente, mais l'alcoolisme étant volontaire, est pénalement répréhensible, s'il s'agit d'une ivresse publique manifeste ou d'un état alcoolique au volant	Comme pour les psychoses aigue. Importance des accidents de la route.	Comme pour les Psychoses aiguës.	Tout dépend tolérance Individuelle à L'alcool.
<b>Alcoolisme chronique</b>	Passage à l'acte favorisé par la détérioration mentale. Eventuelle ivresse surajoutée.	Conjoint agressé, rixes, homicides (fréquence importante)	Vol ; Escroqueries désinsertion social et vagabondage (fréquence importante)	Pré-délirium crises de jalousie d'impuissance etc.
<b>Toxicomanie</b>	Variable selon la personnalité du sujet.	Agression utilitaire (vols avec violences), prostitution.	Dégradation diverses ; vol de médicaments ; etc.	Etat de manque confusionnel hallucinoire

<b>Psychopathie</b>	Passage à l'acte dans l'instant sans préméditations.	De fréquence et de gravité variables.	Fréquente et polymorphe escroquerie ; dégradation diverses ; etc.	Toutes les for frustration pa l'acte itératif
<b>Débilité</b>	Souvent le fait d'un tiers qui manipule le sujet.	Meurtres, viols, coups et blessures, etc.	Incendies destruction diverses, etc.	Alcoolisation une bande.
<b>Epilepsie</b>	Le raptus comitial ne comporte pas de préméditation.	Grande violence classique	Incendies ou autre violence	Crise tempora mal tempora automatismes psychomoteur crépusculaire conscience.
<b>Démence</b>	Absente, sauf dans le délire sénile de préjudice.	Coups et blessures, exhibitionnisme.	Grivèleries d'aliments, dégradation, etc.	Episodes anx confuso-oniri

La dangerosité psychiatrique reste avant tout une préoccupation sociale qui nécessite donc un cadre juridique. Ce qui nous renvoie à la responsabilité pénale et de-là à la décision d'hospitalisation d'autorité judiciaire.

« Qu'advienne-t-il de ce dangereux criminel malade mental ?

## **7- Expertise psychiatrique et évaluation de la dangerosité :**

Cette question qui est le rôle de l'expertise psychiatrique dans l'évaluation de la dangerosité prend une place prépondérante dans les débats actuels.

Nous retenons comme définition de l'expertise médicale celle qui est rédigée ainsi :

« Approche médicale peut être décrite comme un contexte dans lequel s'expriment les souffrances personnelles, mais aussi les non-souffrances, multiples, verbales, non verbales d'un patient ou expertisé vis-à-vis d'un médecin qui a sa propre perception personnelle, son expérience de vie, de clinicien et sa capacité d'écoute propre. L'expert doit être dans une position de neutralité. » Rosatti P( édition médecine et hygiène).(117)

Quand à l'expertise psychiatrique:

« Le psychiatre, en explorant le monde intra psychique de l'expertisé, le met en comparaison et en résonance avec son propre vécu, et constate aussi ressemblances et/ou différences, sa capacité de se représenter l'autre souffrant. Il fait appel à sa culture, ses capacités d'empathie, ses propres expériences de la souffrance, ses aptitudes à pouvoir extrapoler les données subjectives de son interlocuteur sans avoir eu le même vécu, mais aussi sa capacité de mise à distance, de recul et de neutralité. »(118)

L'évaluation de la dangerosité va être le fil conducteur de l'expertise qui elle-même servira de filtre visant à repérer les malades mentaux.

La mission de l'expert sera essentiellement la détermination de l'état mental du criminel au moment des faits, sa capacité de contrôler ses actes, et son discernement afin de déterminer sa responsabilité pénale. Donc il s'agit de repérer l'existence éventuelle de troubles psychiatriques l'altération du jugement au moment des faits et de déterminer l'irresponsabilité du mis en examen concernant l'acte qui lui est imputé, après avoir mis en évidence un lien direct entre les troubles psychiatriques au moment des faits et l'acte criminel(119).

L'expertise a également pour but d'évaluer la dangerosité psychiatrique en rapport avec l'évolution de la pathologie mentale.

Toute expertise pénale, doit passer par trois stades essentiels :

construction du diagnostic rétrospectif,  
-légale du lien entre l'état mental au moment de la commission de l'acte et l'acte lui même.

De ce fait La responsabilité du médecin expert s'en trouve alourdie puisque c'est à partir de son appréciation pronostique que des mesures, dites de défense sociale, pourraient, un jour ou l'autre, être prises à l'encontre du prévenu(120).

Depuis ces dernières années, nous avons assisté à une multiplication des conditions dans lesquelles une expertise pénale est requise et indispensable.

Aborder cet exercice qui est l'évaluation de la dangerosité sous ces prémisses, c'est d'abord le situer comme une démarche clinique, construction hypothétique et le rejeter comme table de vérité, nouveau mode d'organisation du déterminisme, non seulement au service d'une répression accrue mais aussi au détriment de tout ce que le soin et l'interrogation clinique peuvent apporter dans l'approche de ces problématiques.(118)

Cette évaluation est une construction qui procède d'une rencontre entre un sujet et celui qui l'évalue à l'aune de ses connaissances et de son expérience dans un processus unique.

## **8- Dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique ?**

La maladie mentale a tendance à être criminalisée, à l'encontre de l'esprit de la loi qui se voulait protectrice à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux.

Il faut souligner aussi qu'il existe une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez des personnes souffrant de troubles mentaux, en lien avec des représentations de la maladie mentale parfois erronées. Il ne faudrait pas non plus tomber dans l'excès inverse, comme cela a pu être le cas dans le passé. Ainsi, dans les années 80, la psychiatrie prônait que les malades mentaux graves n'étaient pas plus dangereux que les individus issus de la population générale.

A l'heure actuelle, ces déclarations ont été nuancées par de nombreuses études.

La maladie mentale n'est plus retenue comme un facteur causal direct de violence ; en revanche il existe un lien de nature dynamique et multifactoriel.

L'expert doit s'attacher à l'évaluation des facteurs psycho-dynamiques. Il faut pouvoir déterminer si le passage à l'acte est plutôt de l'ordre de l'acte, ou de l'*acting out*, repérer les capacités d'élaboration psychique et de mentalisation.

La **dangerosité psychiatrique** peut se définir comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale. L'agression est une traduction possible d'un trouble mental. Donc c'est la manifestation symptomatologique liée à l'expression directe de la maladie mentale(121)

En terme médical elle relève non de la démarche diagnostique mais de l'évaluation pronostic. Quant à La **dangerosité criminologique** elle envisage le comportement du sujet à travers sa capacité à commettre une infraction de nature criminelle ou délictuelle portant atteinte aux personnes et/ou aux biens et par son risque de récidives.(122)

Elle serait ainsi perçue comme une agressivité orientée tandis que la dangerosité psychiatrique ressortirait du domaine de l'impulsivité.

Les réflexions sur la dangerosité ont emprunté des cheminements parallèles entre criminologie et psychiatrie(123).

Les travaux criminologiques ont mis l'accent sur la notion de personnalité criminelle et ont construit une criminologie. Dite clinique. Se référant à des modèles explicatifs parant d'un certain nombre de théories de la personnalité dans lesquelles les apports psychanalytiques n'ont, d'ailleurs, pas été en reste.

Par ailleurs les psychiatres ont œuvré en dehors du domaine criminologique ils considéraient la dangerosité sous l'angle de l'atteinte à la sécurité dont le malade mental peut être l'auteur soit en tant que sujet justifiant une mesure d'internement au sens de la loi de 1838, soit en tant que phénomène concomitant d'un état pathologique profond conduisant à l'irresponsabilité pénale(122).

Qu'est ce qui peut être attendu du psychiatre expert. Établir un diagnostic, ou à conclure à l'absence de diagnostic ?

L'objectivation du caractère dangereux d'un individu dans le cadre d'une expertise psychiatrique pénale ne doit elle pas proposer de :

ène,

à un passage à l'acte,

identifier des situations potentiellement à risque(124).

Quels sont les niveaux d'intervention de l'expert ?

Confusion entretenue par la demande faite au niveau pénal ou social qui n'attend plus du psychiatre qu'il émette un diagnostic, mais qu'il soit aussi capable d'émettre un pronostic, quel qu'en soit le soubassement psychopathologique.

Certains traits de personnalité qui sont fréquemment liés à la personnalité criminelle ou « dangereuse », dépendent d'un ensemble de variables plus complexes dont certaines sont indiscutablement situationnelles. Cette confusion doit être élaborée dans une perspective clinique permettant d'étayer des faits d'observation de les intégrer dans une nosographie en mouvement qui peut se soutenir d'instruments d'aide à la décision(125).

Dans les deux dernières décennies il ya eu une série de travaux principalement nord Américains et anglo-saxons, délaissant à la fois le caractère central du diagnostic psychiatrique mais aussi la perspective purement criminologique pour se concentrer sur l'évaluation du risque de comportement violent ,De même l'écoute et l'accompagnement des auteurs de violence dans leur parcours pénitentiaire, sont aussi venues modifier notre compréhension.

### **Méthodes d'évaluation :**

Il est important de bien différencier dans l'évaluation : dangerosité et comportements violents.

L'appréciation de la dangerosité repose non seulement sur une connaissance approfondie de la psychopathologie du patient mais aussi sur la connaissance des mécanismes interactifs environnementaux.(126)

L'appréciation de la dangerosité d'un sujet dans le cadre de l'expertise répond à plusieurs exigences :

Ñ Elle a pour point de départ la survenue d'un ou plusieurs actes posés par le sujet, qui lui valent l'incrimination pour laquelle il est poursuivi.

Ñ Elle déterminera une partie de la réponse pénale par l'importance que prendra cette appréciation.

Nous rappelons que pour établir l'existence d'un état dangereux, il existe trois sortes d'indices :

-psychologiques : tendances psycho intellectuelles, psychosexuelles,

L'expert dispose de plusieurs sources, mais en premier lieu, bien sur, ce sont les entretiens avec le prévenu qui constitueront la base du matériel que l'expert va réunir pour mener à bien sa mission.

Le rapport d'expertise doit être clair et accessible à ceux auxquels il est destiné, de même les experts doivent donner un discours compréhensible pour que leur démarche et raisonnement puissent être expliqués.

### **Méthodes D'évaluation :**

L'évaluation doit être active,

Nous disposons de différents instruments pour évaluer la dangerosité : les méthodes cliniques représentées par les entretiens cliniques basés sur un jugement clinique structuré, L'évaluateur doit étudier les différents domaines influant le risque de violence.

Il évalue les facteurs de risque statiques et dynamiques et recueille des données anamnestiques,(127)

Et les méthodes actuarielles qui sont des instruments structurés qui, à partir de variables anamnestiques ou socio- démographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative, statistique et de risque (table actuarielle), s'appliquant à des circonstances données (définies généralement) et à une période donnée. Les variables considérées sont appelées statiques et regroupent les éléments démographiques et ceux liés à l'histoire de la personne.

L'élaboration d'un instrument actuariel se base sur des recherches dites « empiriques », de type longitudinal, portant sur des facteurs de passage à l'acte. Cette évaluation repose sur des facteurs stables, statiques et prédéfinis(128)

Les méthodes semi structurées créées dans les années 90. Ces instruments sont centrés sur la personne, avec ses caractéristiques propres, dans un environnement particulier. Ils consistent à passer en revue de façon systématique les facteurs de risque historiques, cliniques, environnementaux et les facteurs de protection(59). Il revient à l'évaluateur de juger de la pondération à appliquer aux différents facteurs pour déterminer le risque futur de violence.

L'évaluation se fait sur plusieurs étapes et va permettre de :

-Recueillir les informations concernant le sujet (antécédents de violence, état mental, abus de substances), à partir de différents référents (le patient, la Famille ou un tiers), Identifier les facteurs de risque de violence (historiques, cliniques, environnementaux, contextuels),

-Rechercher l'existence de facteurs protecteurs, Évaluer le risque de violence à partir des informations obtenues en précisant sa nature, sa sévérité, l'imminence, l'évolution et les facteurs pouvant l'aggraver, (mettre en évidence les facteurs de risque ayant le plus d'impact sur l'augmentation du risque de violence).

-Proposer une prise en charge adaptée au type de risque de violence (traitement, gestion de la violence)(129).

De même l'évaluation du risque de récidives (réitération d'un acte) d'une infraction se fait en recherchant les paramètres suivants :

L'aggravation des infractions, leur nombre, la proximité temporelle, leur nature et leur enchaînement.

La dynamique de l'acte délinquant : sa notation sociologique, son positionnement et une certaine compréhension de la personnalité visant à assimiler le sujet à son « Projet » criminel et à classer les délinquants.

L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique est actuellement l'enjeu de débats politiques et médiatiques, elle a longtemps, rapproché Justice et Psychiatrie.

L'expertise psychiatrique reste un exercice de décision, celle-ci ne peut s'élaborer qu'à travers une discussion médico-légale.

# **Chapitre III**

## **Internement Judiciaire**

## **Droit pénal :**

### **A- Principes généraux de la responsabilité pénale :**

Le code pénal prend principalement en compte la personne du délinquant. La notion de délinquant est étroitement liée à celle de l'infraction, car est auteur celui qui a commis un Acte prévu et puni par la loi pénale.

La responsabilité, qui est d'une façon générale l'obligation de répondre des conséquences de ses actes, consiste en droit pénal dans l'obligation de répondre de ses actes délictueux et en cas de condamnation, d'exécuter la sanction pénale prévue pour cette infraction. Elle n'est donc pas un élément de l'infraction, elle en est l'effet et la conséquence juridique.

C'est donc l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par les textes qui les répriment(130).

Elle concerne un fait volontaire ou involontaire qui trouble l'ordre public qui n'entraîne pas obligatoirement de préjudice. Sachant que la norme légale étant censée protéger l'ordre public, son trouble va engendrer l'exercice d'un recours par l'État, Ainsi, toute personne, qu'elle soit physique ou morale, a, en principe, vocation à voir sa responsabilité engagée dès lors qu'elle aura commis une infraction.

Pour qu'il y ait responsabilité pénale au sens strict, il faut que le délinquant ait commis une faute (culpabilité), et que cette faute puisse lui être imputée (imputabilité)(131).

### **La culpabilité :**

Le mot coupable vient du latin « culpa ») suppose la commission d'une faute au sens large, soit intentionnelle, soit d'imprudence ou de négligence qui constitue l'élément moral de l'infraction.

Définition du Lexique juridique de Dalloz : "Situation d'une personne qui se voit reprocher l'élément moral d'une infraction, soit au titre de l'intention, par hostilité aux valeurs sociales protégées, soit au titre de la non-intention, par indifférence aux dites valeurs. La culpabilité suppose acquise l'imputabilité".

S'il n'y a pas de faute, il n'y a pas de culpabilité et il n'y a pas d'infraction au sens classique. Dès lors le problème de la responsabilité ne se pose même pas, le droit pénal, en effet, ne condamne pas ceux qui n'ont pas commis de faute, le droit pénal est constamment dominé par la crainte de l'erreur judiciaire qui consiste à déclarer coupable un innocent. Or un innocent est précisément quelqu'un qui n'a pas commis de faute, quelqu'un qui n'est

pas coupable, En cas de doute sur l'existence de cette faute, le droit commande au juge d'acquitter. C'est une différence avec le droit civil.

Quant à l'**imputabilité**, elle consiste dans la possibilité de mettre la faute au compte de celui qui l'a commise. Elle suppose la conscience et une volonté libre ; en cas de trouble psychique ou de contrainte, il n'y a pas d'imputabilité possible, par-là même il ne saurait y avoir de responsabilité véritablement pénale.

Définition du Lexique juridique de Dalloz : "Fondement moral de la responsabilité pénale, reposant sur le discernement et le libre arbitre. Sont en conséquence des causes de non-imputabilité, et donc d'irresponsabilité, les troubles psychiques ou neuropsychiques et la contrainte".

La culpabilité est l'élément moral de l'infraction (rapport entre le sujet et sa conduite) ; l'imputabilité est un état (qualification du sujet lui-même).

Même les populations de l'antiquité ne faisaient pas une distinction aussi complexe que la nôtre. Si on lit par exemple, l'**Iliade** et l'**Odyssee**, l'on voit que, chez les Grecs, au moins vers 1200 av. J.-C. il n'y avait pas d'exclusion de la responsabilité pour les enfants qui commettaient une infraction pénale ou qui causaient une mort. Il n'y avait pas de différence entre ceux qui, volontairement, tuaient quelqu'un ou qui, au contraire, avaient accompli leur acte sans le vouloir. Le droit, à la suite d'une longue évolution, subordonne l'existence de la responsabilité pénale à la capacité chez l'auteur de l'acte matériel illicite d'une **capacité de comprendre et de vouloir** sans laquelle cet acte ne peut pas être constitutif d'une infraction pénale. Précisons ce qu'est l'imputabilité avant d'examiner les causes qui peuvent faire disparaître cette imputabilité.

Toutefois pour être constituée l'infraction pénale doit présenter 3 éléments:

- \* Élément moral: soit intention volontaire coupable, soit faute morale de comportement (acte involontaire mais relevant d'un comportement négligent), l'infraction est le résultat de l'intention coupable de son auteur ou d'une faute commise par ce dernier
- \* Élément légal : le contenu de la loi (l'infraction doit être prévue par la loi)
- \* Élément matériel: c'est l'acte "perturbateur" dans sa matérialité apprécié notamment en considération du préjudice corporel et/ou psychologique de la victime. (l'auteur doit avoir commis les actes réprimés par la loi) (133)

Dans certaines hypothèses, l'un des éléments constitutifs de l'infraction sera manquant, de sorte que la responsabilité pénale de son auteur devra être écartée ou bien atténuée.

Par ailleurs, nous soulevons le problème des déterminismes qui nous renvoie à la sociologie criminelle, celle-ci établit l'existence d'un certain nombre d'évènements prévisibles en fait de criminalité, donc d'évènements déterminés. Il y a deux groupes de facteurs à considérer :

Les facteurs généraux et individuels de la criminalité

En effet, la première difficulté rencontrée, est de concilier le postulat du libre arbitre, indispensable à la responsabilité pénale, avec le déterminisme de facteurs sociaux généraux, est soluble.

### **1- Causes d'irresponsabilité pénale :**

Le degré de liberté morale actuel dépend d'une succession d'évènements vécus auparavant, dont certains ont été des succès et d'autres des échecs. Il est indispensable de prendre en compte aussi ces images du passé. En fait, l'imputabilité dont il est ici question est inséparable de la culpabilité qui représente son corollaire.

Parce que la responsabilité pénale vient sanctionner par une peine l'auteur d'une infraction, elle ne peut se concevoir que pour les individus capables de comprendre et de vouloir leurs actes.

La personne atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique sera ainsi déclarée irresponsable si cet état a aboli son discernement au moment des faits.

Le discernement s'entend de la capacité à apprécier avec justesse et clairvoyance une situation.

Dans les articles 47 et 48 du code pénal, sont définies deux des principales causes de non-imputabilité.

« N'est pas punissable celui qui était en état de démence au moment de l'infraction, sans préjudice des dispositions de l'article 21, alinéa 2 » « N'est pas punissable celui qui était en état contraint à l'infraction par une force à laquelle il n'a pu résister »

Il s'agit là d'un examen restreint à l'instant de l'acte. Le temps est arrêté au moment où le sujet accomplit l'acte matériel délictueux. Sa lucidité, l'état de sa volonté sont appréciés à cet instant. Qu'il ait été pris d'un accès de folie antérieurement ne modifie pas la peine concourue.

Certains facteurs personnels détruisent la liberté de choix et empêchent d'imputer la responsabilité pénale de l'acte à son auteur, On les appelle encore, d'une expression synonyme, causes subjectives de non- culpabilité. Elles ne doivent pas être confondues avec les faits justificatifs. Elles ne sont, certes, pas sans rapport. Elles motivent, comme eux, une relaxe ou un acquittement.

On peut même ajouter que les faits justificatifs provoquent non seulement la disparition de l'élément illicite de l'infraction, mais encore, comme les causes de non-culpabilité, la disparition de l'élément psychologique de l'infraction. Une personne n'a pas le sentiment de commettre une infraction quand, par exemple, elle obéit à l'ordre de la loi ! La différence est que les causes de non-imputabilité n'ont pas d'effet sur l'élément illicite de l'infraction. Elles agissent de plein fouet sur le seul élément psychologique.

### **a/La maladie mentale :**

Donc la personne atteinte d'un trouble psychique ou mental sera déclarée irresponsable.

Une difficulté est à soulever: la psychiatrie moderne a détruit le postulat psychiatrique sur lequel reposait ce code pénal de 1810 qui nous régit encore, celui d'une coupure nette entre la folie et la normalité, celui de l'absence de catégorie intermédiaire entre la folie et la normalité.

Il existe trois variantes de maladies mentales :

-Les troubles de l'intelligence qui arrêtent prématurément l'évolution normale de l'intelligence de certains êtres humains (idiotie, imbécillité, débilité) ou bien créent après coup des états de régression mentale.

-Les troubles de l'affectivité.

-Les troubles de la volonté. Les dominateurs deviendront chefs de gangs et, à l'inverse, de malheureux influençables sans volonté, abouliques, suivront, comme l'on dit dans le langage des prisons, comme des « cloches ».

Ces trois groupes de facultés mentales peuvent être naturellement plus ou moins sérieusement atteintes et, dans certaines maladies dont nous parlerons d'abord et qu'on appelle des cas de folie, toutes les facultés disparaissent à la fois temporairement ou durablement : il n'y a plus de conscience.

Nous citons une autre catégorie représentée par les intoxications volontaires (alcool, drogue), ce troisième groupe à reformuler l'état de démence dans une entité nouvelle appelé

comorbidité c'est-à-dire association d'une affection psychiatrique et de la consommation des substances psycho-actives.

### **La folie sur le plan juridique :**

Jadis les Aliénistes avaient d'emblée manifesté un double souci :

- D'abord, circonscrire un champ à l'intérieur duquel il existe une contre-indication à l'action judiciaire, en une sorte de tri médico-judiciaire : ces sujets sont pour nous, pour les Asiles, pour le soin et nous devons les protéger - et conjointement protéger la société contre leurs éventuelles infractions qui sont l'expression de leur aliénation mentale. Les autres relèvent du cours normal de la Justice, car la clinique ne permet pas de les considérer comme des aliénés.

- La seconde préoccupation des Aliénistes fut d'éviter la dilution de la clinique, son interpellation dans tous les registres de l'expérience humaine. On pourrait multiplier les citations. Contentons-nous de rappeler la fameuse querelle des monomanies. Jean-Pierre Falret écrivait qu'il ne fallait pas tomber dans de ridicules « *discussions d'avocats* » ; non par quelles soient ridicules dans la bouche des avocats ; c'est sous la plume ou dans les propos des psychiatres qu'elles le deviennent. Falret défendait la dignité des concepts cliniques, afin que les psychiatres ne soient pas amenés à tenir un rôle qui n'est pas le leur.

Si le savoir des Aliénistes fut contesté dans le camp des juristes, car son avis lui conférait un pouvoir estimé exorbitant, le principe clinico-éthique de l'irresponsabilité pénale du malade mentale a été maintenu de façon intangible pendant plus d'un siècle. Il suffit de se référer aux multiples déclarations de foi qui fourmillent dans les travaux médico-légaux. Citons, parmi tant d'autres, Joffroy, dans sa contribution à l'étude de la période médico-légale de la démence précoce (1907) : « *Il vaut mieux, me semble-t-il, retarder la condamnation d'un coupable que d'envoyer à la prison un malheureux dont l'unique tort serait d'être atteint de démence précoce* ».

L'ancien article 64 du code pénal déclarait :

« Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action »(133).

Par conséquent, les juristes ont de la démence, une conception plus large que les psychiatres : ils rangent sous cette expression, et ils appliquent l'article 47 du code pénal à toute abolition de la conscience, de la lucidité et du contrôle, même passagère.

En France L'article 122-1 al. 1 dispose : "*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*".

Selon les termes de l'article 122-1 l'irresponsabilité pénale découle donc de la perte du libre-arbitre.

Toutes les formes de l'aliénation mentale sont prises en compte comme le défaut de développement des facultés mentales (idiotie, imbecillité...) et les dissociations de l'esprit (schizophrénie,...).

Il introduit les notions suivantes : Trouble psychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes et trouble psychique ayant altéré le discernement ou entrave le contrôle des actes.

Le droit pénal présume chaque majeur responsable de ses actes. La preuve de la démence est donc nécessaire pour détruire cette présomption, elle est administrée par la voie d'une expertise psychiatrique. Le juge d'instruction, au cours de l'instruction préparatoire et la juridiction de jugement, au cours de l'information définitive, commettent un médecin spécialiste de psychiatrie, si un doute sérieux existe relativement à la santé mentale du sujet.

Mais le juge est libre d'apprécier l'opportunité de l'expertise comme ensuite de ne pas suivre l'avis émis par l'expert. La juridiction répressive peut même ordonner d'office l'expertise, et Le soin de décider s'il y a lieu ou non, en définitive, d'appliquer l'art 47 incombe au juge et non à l'expert.

La mission de l'expert consiste à : détecter les simulateurs, dont certains parviennent à limiter les principaux symptômes de la démence.

Émettre un avis sur l'étendue du trouble mental et dire si, selon lui, le délinquant était en état de démence, au sens juridique du terme, au moment de la commission de l'infraction

Une réponse affirmative s'impose dans les formes caractérisées d'arriération mentale, de démence stricto sensu, au cours d'une des crises que provoquent l'épilepsie et les psychoses, quand elles font temporairement disparaître la conscience du sujet, et, même, dans la période qui précède la crise épileptique. Mais la preuve de leur existence au moment du crime peut être délicate à rapporter.

La réponse est encore plus complexe dans le cas de névroses et de sociopathie qui n'altèrent ni l'intelligence ni la lucidité. Ces troubles par ailleurs ne sont pas considérés comme assez graves pour justifier l'application de l'art (47), leur responsabilité est seulement atténuée.

Si démence établie, l'accusé sera déclaré irresponsable selon L'article 47 du code pénal. Se pose alors problème de suite à donner c'est l'internement dans un établissement psychiatrique, qui consiste dans le placement en un établissement approprié, par une ordonnance, un jugement ou une décision de justice après expertise médicale.

La mesure de placement à prendre vis-à-vis de l'aliéné était ordonnée par l'autorité administrative, jusqu'à l'avènement de l'internement judiciaire.

### **b/Les états voisins du trouble psychique :**

Les états voisins de la démence ne sont pas assimilés à la démence hésitation permise quant à l'application de l'article 47 du code pénal concernant ces troubles passagers provenant d'évènements accidentels

Il s'agit essentiellement des maladies de la volonté, du somnambulisme, et surtout des intoxications volontaires.

#### **Les maladies de la volonté :**

Elles n'affectent ni le raisonnement, ni l'intelligence mais uniquement la volonté, Le sujet obéit à des obsessions et impulsions irrésistibles pouvant l'entraîner à commettre des infractions.

On s'accorde cependant à considérer comme des troubles de la volonté la psychasthénie la neurasthénie et l'hystérie, cette dernière, qui se produit surtout chez les femmes, conduit parfois à des dénonciations calomnieuses,

Nous avons également la kleptomanie et la pyromanie,... Elles peuvent être intermittentes ou spécialisées. Cependant il faut préciser que ces maladies n'exonèrent pas l'auteur de sa responsabilité, la peine est réduite ou au contraire aggravé en appliquant les circonstances atténuantes, notamment quand il existe un lien entre la maladie et l'infraction.

#### **Le somnambulisme :**

Il est généralement admis que le somnambule n'est pas responsable des infractions qu'il commet en état de sommeil.

Le débat sur la responsabilité pénale du dormeur s'amorce dès les années 1150. Théologiens et canonistes s'emparent de la question dans leurs développements sur le rêve sexuel et la pollution nocturne, d'abord dans une perspective de rémission des péchés. Puis, au lendemain de la renaissance juridique du XIIe siècle et de la redécouverte des compilations justiniennes, les juristes médiévaux ont massivement utilisé le droit romain : comparant le « dormiens » au « furiosus », ces derniers ont bâti un principe général

d'irresponsabilité pénale du dormeur. À l'aide des concepts techniques de la responsabilité aquilienne, canonistes et civilistes ont toutefois décidé que le dormeur, et plus spécialement le somnambule, devenait responsable si, connaissant son handicap, il n'avait pas pris toutes les précautions nécessaires avant son endormissement. Cette doctrine, fixée dans les années 1310, a exercé une influence directe sur la doctrine pénaliste contemporaine.

### **Les intoxications volontaires :**

L'ivresse est un état passager, qui se distingue de l'alcoolisme, qui peut être dû à d'autres causes que l'absorption d'alcool (stupéfiants, médicaments,...).

Si la personne s'est "enivrée" de manière fortuite, en étant exposée à son insu à des substances enivrantes (gaz toxique...), ou en ayant absorbé (médicament), elle n'encourt pas de responsabilité.

Si l'auteur s'est intoxiqué sciemment, la jurisprudence admet que l'ivresse, malgré l'altération de volonté qu'elle entraîne, laisse subsister la responsabilité pénale.

L'intoxication volontaire pose un problème particulier parce qu'elle est fautive. Doit-on, tenir compte de l'état mental de l'intoxiqué au moment de l'action pour le déclarer irresponsable ou partiellement responsable ? Y a-t-il lieu d'ériger en circonstance aggravante le fait de s'être intoxiqué ?

### **L'alcoolisme :**

Nous avons l'alcoolisme chronique et notre droit, dans son article 22 du code pénal, permet d'ordonner la désintoxication d'office des alcooliques chroniques ; (loi n° 06-23 du 20 décembre 2006) « le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique consiste en la mise sous surveillance, dans un établissement approprié par ordonnance, jugement ou décision rendus par la juridiction devant laquelle est déféré l'individu atteint de toxicomanie habituelle causé par l'alcool , des stupéfiants ou des substances psychotropes lorsque la criminalité de l'intéressé apparaît comme liée à cette toxicomanie ».

Cette désintoxication d'office n'a d'effet qu'avec le consentement et le bon vouloir du délinquant alcoolique, ce qui n'est pas facile à réaliser.

Ce placement peut être ordonné dans les conditions prévues par l'article 21 (alinéa 2) Le placement judiciaire dans un établissement thérapeutique peut être révisé, en fonction de l'évolution de l'état de dangerosité de l'intéressé et suivant les procédures et les modalités prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

### **La drogue :**

La loi algérienne a pris des dispositions contre la drogue et que, en permettant une désintoxication d'office des drogués, en réalité elle s'oriente surtout vers la lutte contre le trafic de stupéfiant et elle cherche à prévenir plutôt qu'à réprimer.

L'idée générale est qu'il faut punir sévèrement les trafiquants de drogue et ne pas poursuivre, au contraire, les drogués qui doivent être incités à se faire soigner.

### **Les anormaux :**

L'anomalie mentale est définie par l'état de tout individu qui, par suite d'un état psycho-pathologique durable, dû à des troubles mentaux ou à un développement mental incomplet, est partiellement incapable d'entendre le caractère délictueux de ses actes ou de se déterminer conformément à cet entendement. Les anormaux sont tantôt des débiles légers, tantôt des déséquilibrés.

Le code pénal fut silencieux à l'égard de cette catégorie de criminels, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle on optait pour une solution qui est l'atténuation de la responsabilité pénale de ces délinquants, actuellement il est question de circonstances atténuantes, Considérant l'anormal comme un demi-fou.

Ces situations sont assez complexes, l'expert se trouvant investi dans une mission malgré lui : se prononcer, à titre consultatif, sur un point qui relève du droit plus que de la médecine.

Décider à titre d'exemple si les pervers, doivent ou non subir pleinement leurs peines, ou de dire quelle atténuation de responsabilité accorder à tel paranoïaque

Le juge se trouvant en difficulté d'apprécier par lui-même si la responsabilité doit être atténuée, est souvent amené à suivre l'avis du praticien, à qui il laisse le soin de statuer sur un problème juridique essentiel pour l'issue du procès pénal.

Une autre difficulté relative à cette entité est que cet effet reconnu à l'anomalie mentale, ne permet ni de protéger efficacement la société ni de soigner l'anormal, Il aboutit à multiplier les courtes peines de prison, Loin d'être guéris, certains délinquants sont souvent plus corrompus qu'ils n'étaient entrés.

De même la brièveté de la sanction empêche l'administration pénitentiaire d'entreprendre une action thérapeutique à long terme vis-à-vis du psychopathe. par ailleurs la fragilité morale des débiles et des déséquilibrés qui les exposent à subir plus que d'autres les mauvaises influences d'autres détenus. Elle les prédispose à la récidive.

## **B- Les Placements judiciaires :**

L'histoire des soins sans consentement a connu de multiples abus notamment avec des enfermements aléatoires et abusifs par soucis de maintien de l'ordre public

Rappelons brièvement sans rater que sous l'ancien régime, la lettre de cachet à caractère disciplinaire relevait de la justice du roi, il n'existait aucune législation spécifique sur la séquestration des aliénés ni d'établissements qui leur soit réservé.

Au début de la révolution Française le système était hybride (administratif et judiciaire) Cette période verra décliner l'asile et l'aliénisme.

Un changement de régime s'est établi par la suite et s'accompagne de la disparition des institutions et abrogation des lois régissant la séquestration des aliénés, disparition des lettres de cachet la loi de 1791 confiait à l'administration la mission de remédier aux fâcheux événements pouvant être commis par les insensés laissés en liberté, sans pour autant préciser les mesures à prendre.

La loi de 1838 est venue par la suite montrer la convergence de ce point de vue médical avec les préoccupations des autorités.

Elle a soustrait les malades mentaux à la sanction pénale, réussit à instaurer la création d'asiles d'aliénés et favorise l'accès rapide aux soins.

Elle définit deux modalités d'internement. L'une sur ordre du préfet (placement d'office, actuellement hospitalisation d'office ou HO), l'autre à la demande d'un tiers au vu d'un certificat médical rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, se prononçant sur les particularités de la maladie, l'état d'aliénation de la personne et la nécessité de la maintenir enfermée.

Le régime juridique des hospitalisations a toujours été le point central autour duquel le droit positif de la psychiatrie publique s'est dans son ensemble articulé.

La loi tient compte d'un impératif : « La société doit être protégée contre la dangerosité vraie ou supposée des malades mentaux ».

La législation de la psychiatrie publique développe donc des concepts juridiques qui se rattachent au domaine de la police administrative, prenant en considération les menaces envers l'ordre public et la sûreté des personnes.

Toute l'histoire de la psychiatrie publique tourne autour de cette idée qui est la notion juridique « d'hospitalisation d'autorité » et de préservation des libertés individuelles

En Algérie les psychiatres ont tiré profit des expériences multiples des différents pays et ont mis en forme les idées et les projets élaborés par l'école de psychiatrie

Algérienne de post indépendance. C'est ainsi qu'est née la première loi algérienne de santé mentale en 1976 ; « La loi de 1838, ne prévoyait que deux modes de placements. Elle n'était utilisée chez nous que sous la forme de placement d'office renouvelable tout les six mois. Elle contribuait à développer un important sédiment dans les hôpitaux psychiatriques ».

Les psychiatres Algériens ont été alors partisans de la création d'une nouvelle législation qui puisse répondre :

Aux progrès de l'assistance psychiatrique actuelle et aux objectifs des responsables de la division santé mentale O.M.S qui désiraient concrétiser l'harmonisation des politiques nationales des santés mentale.

Nous citons la loi 62-157 du 31 décembre 62 qui a reconduit la législation antérieure en vigueur à l'exception des textes relatifs à la souveraineté nationale la loi française du 30 Juin 1838 à donc été reconduite.

Et l'ordonnance 73-29 du 5 Juillet 1973 qui a abrogé la loi tendant à reconduire la législation française en vigueur avant 1962, elle a par la même, rendue caduque la loi sur les aliénés.

Il a fallut donc attendre cette année 1973 pour assister à la naissance d'une législation psychiatrique Algérienne, ainsi disparaît en Algérie la loi sur les aliénés de juin 1838 considérée comme incompatible avec l'option socialiste

### **Présentation des Lois Algériennes de santé mentale :**

#### **a) La loi du 23 Octobre 1976 :**

Cette loi constitue le titre IV du code de la santé publique publié au journal officiel du 19 décembre 1976 portant : « Assistance - traitement et protection des malades mentaux ».

#### **b-La loi du 16 Février 1985 :**

Cette loi est venu remplacer celle de 1976, c'est une loi« relative et à la promotion de la santé ».

Nous aborderons ce chapitre (lois de santé mentales algériennes) avec détails dans la partie pratique .

## **C/Conclusion :**

Notre société fait de la sécurité individuelle une priorité absolue. Répondant à l'émoi suscité par les crimes des malades mentaux, le législateur a fait le choix de protéger la société de ces derniers.

C'est un fait, les affaires criminelles sont de plus en plus médiatisées. Les faits divers impliquant des malades mentaux dans la réalisation d'actes criminels engendrent systématiquement des lois qui accentuent l'enfermement et l'exclusion de ces derniers. D'un point de vue psychiatrique, puisqu'il est impossible de supprimer la folie elle-même, seul l'enfermement des fous permettrait de tendre vers ce « risque zéro ». Cette politique était celle des précédents siècles où les malades mentaux, exclus de la société, passaient le reste de leur vie dans des asiles. Mais en choisissant de soigner le malade mental et de favoriser sa réinsertion, la médecine s'est enrichie de valeurs humanistes. Elle veut aider ceux qui n'ont pas choisi leur maladie. La médecine prend le même risque que la justice avec le criminel en tentant de réinsérer le malade dans la société.

Les politiques pénales et de Santé publique actuelles méritent d'être revues.

En ces temps de malaise général, d'inquiétudes profondes face aux défit de la mondialisation, de faits divers violents défrayant l'actualité des institutions psychiatriques, des incidents jetant un jour particulier sur le fonctionnement erratique de la justice et de l'expertise psychiatrique au pénal, la banalisation et la médicalisation des hospitalisations, un réexamen du dossier de santé mentale Algérienne n'est certainement pas malvenu.

Une loi régissant les hospitalisations ne suffirait pas à elle seule de résoudre tous les problèmes. Elle doit s'intégrer dans une politique de santé mentale cohérente répondant aux besoins de santé mentale de la population.

# Partie Pratique

## **I/Contexte De L'étude Et Présentation Globale**

Nous nous sommes proposé à travers cette humble contribution d'aborder la problématique de l'internement judiciaire en deux parties distinctes :

-La première sera consacrée à une enquête épidémiologique dont les objectifs spécifiques seront :

- De rechercher et étudier les pathologies psychiatriques associées au passage à l'acte, ainsi que les différents délits et chefs d'inculpation liés à l'application de cette mesure qui est l'hospitalisation d'autorité,
- Permettre de mieux déterminer les contextes et les facteurs de risque de passage à l'acte.
- De même , établir une comparaison et confrontation des résultats avec les données de la littérature.

-Dans une seconde partie nous avons présenté les différentes lois Algériennes de santé mentale avec des commentaires critiques et recommandations personnelles.

## **A/Matériels d'étude et méthodologie de la recherche :**

### **1/Type d'étude :**

L'étude que nous envisageons dans notre recherche a été menée au niveau du service de psychiatrie médico-légale sis à l'établissement hospitalier spécialisé Frantz Fanon de BLIDA.

Il s'agit du service Asselah (unité homme), et le service Allami Ratiba (unité femme).

Notre étude sera rétrospective, longitudinale, la population ciblée concerne les patients admis dans le cadre d'un internement judiciaire.

La période d'admission à l'enquête va du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012.

Les techniques envisagées dans cette étude se traduisent par :

Ø L'étude de dossiers médicaux et rapports d'expertise.

Ø L'analyse des conclusions de l'évaluation médico-légale effectuées en consultation.

Ø L'enquête auprès des internés.

Ø L'enquête auprès des familles.

Ø L'exploitation des données juridiques (procès verbaux).

Ø Un questionnaire adapté a été utilisé afin de recueillir les différentes informations sur la population ciblée.

Ø Celui-ci sera rempli à partir des données du dossier médical, administratif et juridique.

## **2/Critères d'inclusion et d'exclusion :**

### **Critères d'inclusion :**

Sont concernés par cette étude tous les patients admis en internement judiciaire (non lieu-expertise) sans sélection préalable.

### **Critères d'exclusion :**

Sont exclus de notre étude tous les sujets admis en hospitalisation d'office administrative et hospitalisation libre.

### **3/Durée d'étude :**

La période d'étude s'est étalée sur une période allant du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012.

Durant cette période nous avons analysé 307 cas de malades admis en internement judiciaire au niveau du service de psychiatrie médico-légale.

### **4/Moyens utilisés :**

-Moyens personnels : prévus pour l'exécution de la recherche :

Ø Equipe médicale (médecins psychiatres et résidents).

Ø Equipe paramédicale.

Ø Médecins épidémiologistes.

Ø Secrétariat (secrétaire, agent de saisies).

-Moyens matériels :

Ø Outil informatique pour le traitement des données et l'accès à internet.  
(Ordinateur et consommables « cartouches, papiers, imprimante »).

Ø Matériels de bureau.

Ø Ouvrages scientifiques et thèses.

Echéancier du programme de travail : Plan de travail s'échelonnant sur trois années soldées par l'exploitation des résultats et l'établissement du rapport final.

## **5/Définition des paramètres et des différentes variables :**

### **Le sexe :**

Les deux modalités de cette variable sont : sexe masculin et sexe féminin.

### **Age :**

Les tranches d'âge concernées sont celles définies par l'organisation mondiale de la santé : 16-19ans.

ò 20-29ans.

ò 30-39ans.

ò 40-49ans.

ò 50-59ans.

ò 60-69ans.

ò 70ans et plus.

### **Situation familiale ou matrimoniale :**

ò Célibataire.

ò Marié (e).

ò Divorcé(e).

ò Veuf (Ve).

### **Niveau d'instruction :**

Ø Sans instruction.

Ø Niveau primaire, moyen, supérieur, universitaire.

### **Profession :**

Ø **Chômeur** : sujet en âge de travailler et qui n'a pas exercé un emploi.

Ø **Etudiant** : sont compris dans cette catégorie les élèves, les collégiens, les lycéens, les stagiaires de la formation professionnelle, les universitaires.

Ø **Ouvrier** : un salarié exerçant un emploi à titre temporaire ou permanent.

Ø **Cadre supérieur** : un bachelier porteur d'un diplôme universitaire.

Ø **Retraité** : qui est une personne vivant du salaire de sa retraite et n'exerce aucune autre activité rémunérée.

Ø **Femme au foyer** : c'est une femme âgée de 15ans et plus quel que soit son statut personnel qui n'assume pas d'activité avec incidence financière, et qui s'adonne aux tâches ménagères.

### **Niveau socio-économique :**

Ø **Bon** : correspondant à toute personne gagnant un salaire jugé bon et qui est supérieur à deux fois le SMIG.

Ø **Moyen.**

Ø **Médiocre** : toute personne gagnant un salaire inférieur au SMIG.

### **Autres paramètres :**

Ø Antécédents psychiatriques familiaux.

- ò Antécédents psychiatriques personnels.
- ò Antécédents judiciaires et carcéraux.
- ò Chef d'inculpation.
- ò Provenance.
- ò Décision judiciaire.
- ò Diagnostic.
- ò Date d'hospitalisation.
- ò Durée d'hospitalisation.
- ò Décision médicale de sortie.
- ò Devenir de la décision médicale de sortie.

Chacun des paramètres successivement étudié va nous entraîner à une étude analytique.

### **6/Saisie et analyse des différentes données :**

Les données ont été analysées par le logiciel EPI INFO 6.04.

Quant aux variables quantitatives, les moyennes, ainsi que les écarts types ils ont été calculés de même que les valeurs qualitatives et les pourcentages.

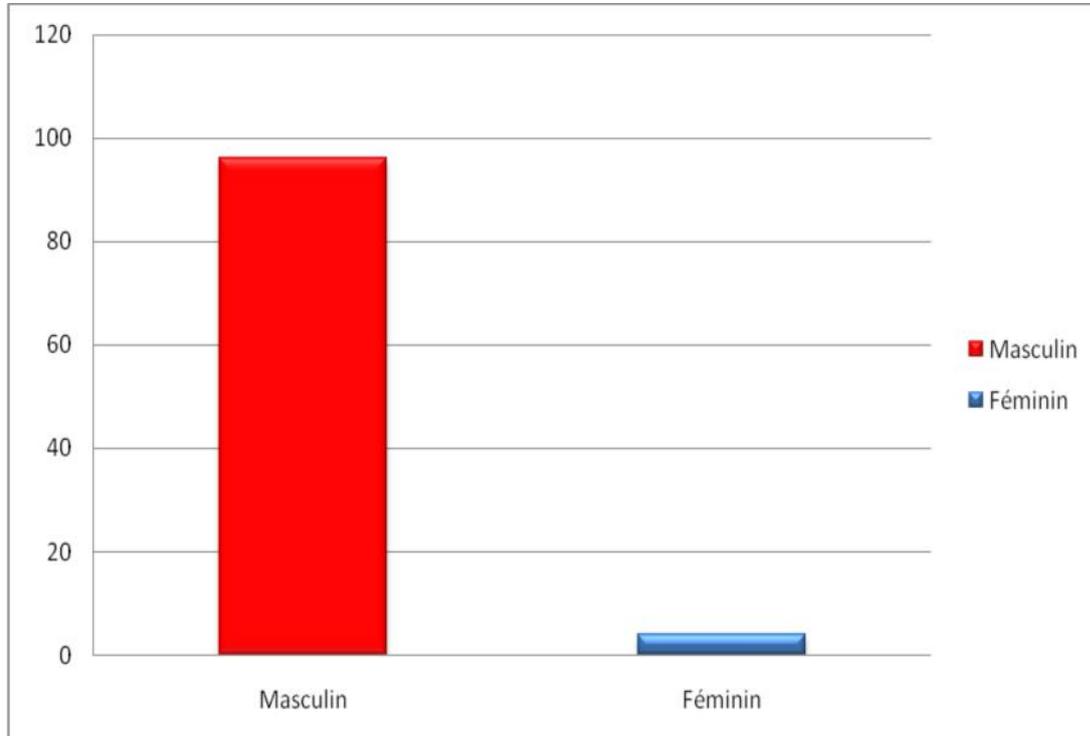
## **B/ Présentation et analyse des résultats :**

**Tableau 01 :**

Répartition des patients en fonction du sexe au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 :

<b>SEXE</b>	<b>FR%</b>
Masculin	96 ,09
Féminin	03,91

**Graphe 01 : Répartition des patients en fonction du sexe**



## **Commentaires :**

Le sexe masculin prédomine dans notre étude et il est représenté par un taux de 96%.(qui est un chiffre très représentatif).

Cette prédominance marquée est normale quand on sait que les tendances agressives sont plus marquées chez les hommes, tout au moins quant à leur extériorisation.

Tandis que la population féminine, elle est très peu représentée, seulement 4% de l'ensemble des sujets inclus dans cette étude, ce qui confirme les données épidémiologiques nationales (faible taux d'hospitalisation des femmes en milieu psychiatrique) ainsi que les données de la littérature internationale concernant la faible incidence des comportements violents voire de la dangerosité chez le sexe féminin.

De nombreuses études se sont intéressées aux facteurs prédictifs de la dangerosité, je cite l'étude Benezech détaillée dans la partie théorique :

« Sujets jeunes, de sexe masculin (D'une façon générale les hommes sont plus dangereux que les femmes et les jeunes plus que les personnes âgées).

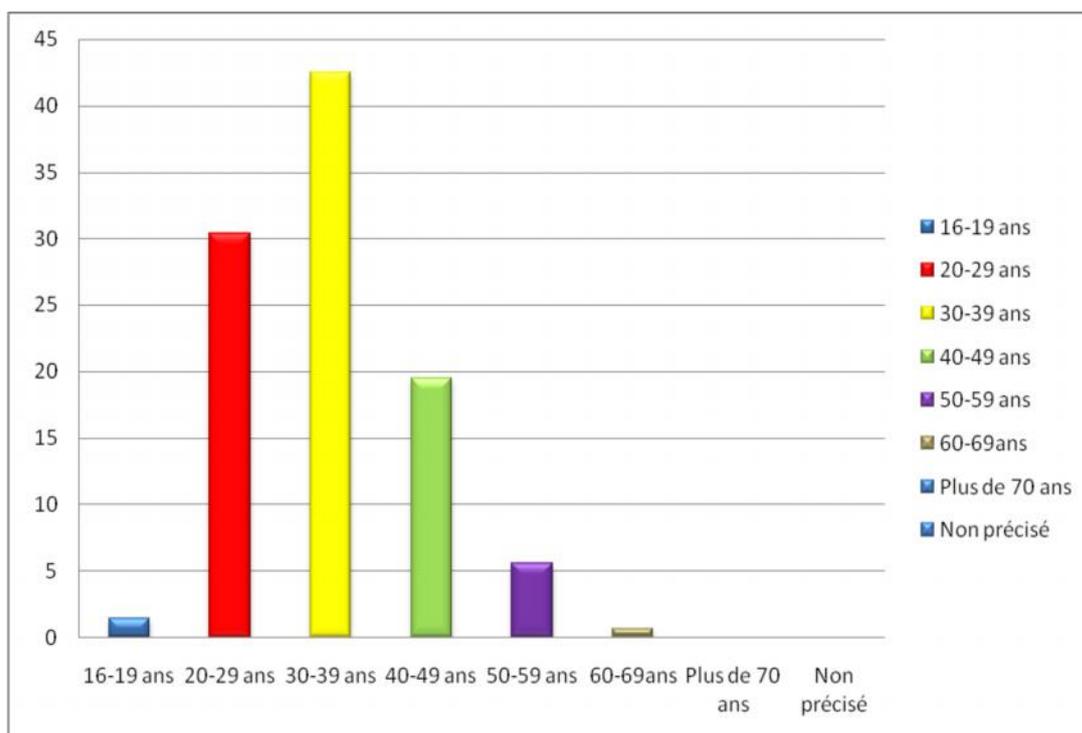
Le goût pour les armes (à feu, blanches) spécialement lorsque leur port est habituel »

## **Tableau 02 :**

Répartition des patients en fonction des classes d'âge au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 :

<b>Classe d'âge</b>	<b>FR%</b>
16-19ans	1,4
20-29ans	30 ,4
30-39ans	42 ,5
40-49ans	19,5
50-59ans	5,6
60-69ans	0,6
Plus de 70ans	0
Non précisée	0

**Graphe 02: Répartition des patients en fonction des classes d'âge**



## Commentaires :

- Près de 75% des patients objet de notre étude correspondent à une tranche d'âge entre 20 et 40 ans, ce qui est en rapport avec la phase active de leur pathologie.

(ce qui confirme une seconde fois les données de la littérature quant aux classifications qui ont tenu compte des avancées faites dans le domaine de la recherche et qui sont plus proches de la réalité de la dynamique de la dangerosité, comme BENEZECH ET COLL qui ont proposé une nouvelle classification des facteurs prédictifs (ou indicateurs pronostiques) du comportement agressif ou violent, plus adaptée à l'évaluation d'un individu susceptible de commettre une agression ou de récidiver, citant l'âge entre 15 et 30 ans, sexe masculin comme un des facteurs généraux).

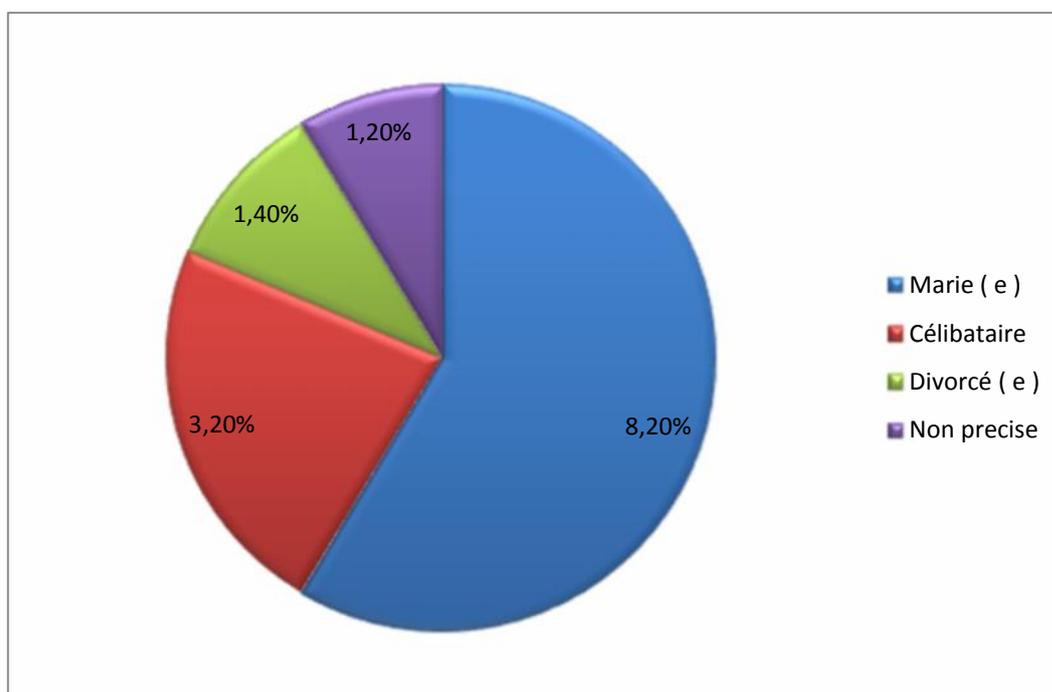
- Nous pouvons conclure à une carence de prise en charge de tels malades dont l'affection a débuté avant 30ans.
- Seulement 6% des malades ont plus de 50 ans, ce qui correspondrait semble-t-il à la phase résiduelle de la maladie notamment chez les patients souffrant de psychose schizophrénique.
- Entre 40 et 50 ans, ce sont surtout des délirants chroniques dont la majorité sont des paranoïaques, auteurs pour leur majorité d'actes homicides.
- Dans cette tranche d'âge, la symptomatologie rencontrée œuvre plutôt en faveur d'états démentiels qui sont peu pourvoyeurs en actes médico-légaux.

### **Tableau 03 :**

Répartition des patients en fonction de leur situation matrimoniale du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON

<b>Situation Matrimoniale</b>	<b>FR%</b>
Marié(e)	16,8
Célibataire	77,2
Divorcé(e)	5,8
Veuf (ve)	0,2
Non précisée	0

**Graphe 03: Répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale**



## **Commentaires :**

Dans notre étude la grande majorité des malades mentaux sont soit célibataires ou divorcés, près de 80% sont concernés par ce statut marital, ce taux est là encore très représentatif et significatif.

Donc ces conditions de carence peuvent constituer un facteur déterminant dans la genèse de l'acte délictueux, car rien ne vient freiner le déclenchement et l'assouvissement des tendances anti sociales.

Un milieu socio familial structuré a un effet modérateur, dans une large mesure sur les mécanismes d'agressivité, ne serait-ce qu'en permettant au malade de suivre régulièrement le traitement prescrit, et surtout en étant un élément sécurisant qui évite souvent une décompensation.

Ce qui correspond aux résultats des études concernant les facteurs de vulnérabilité dans les populations psychiatriques en internement judiciaire : parmi eux nous retrouvons :

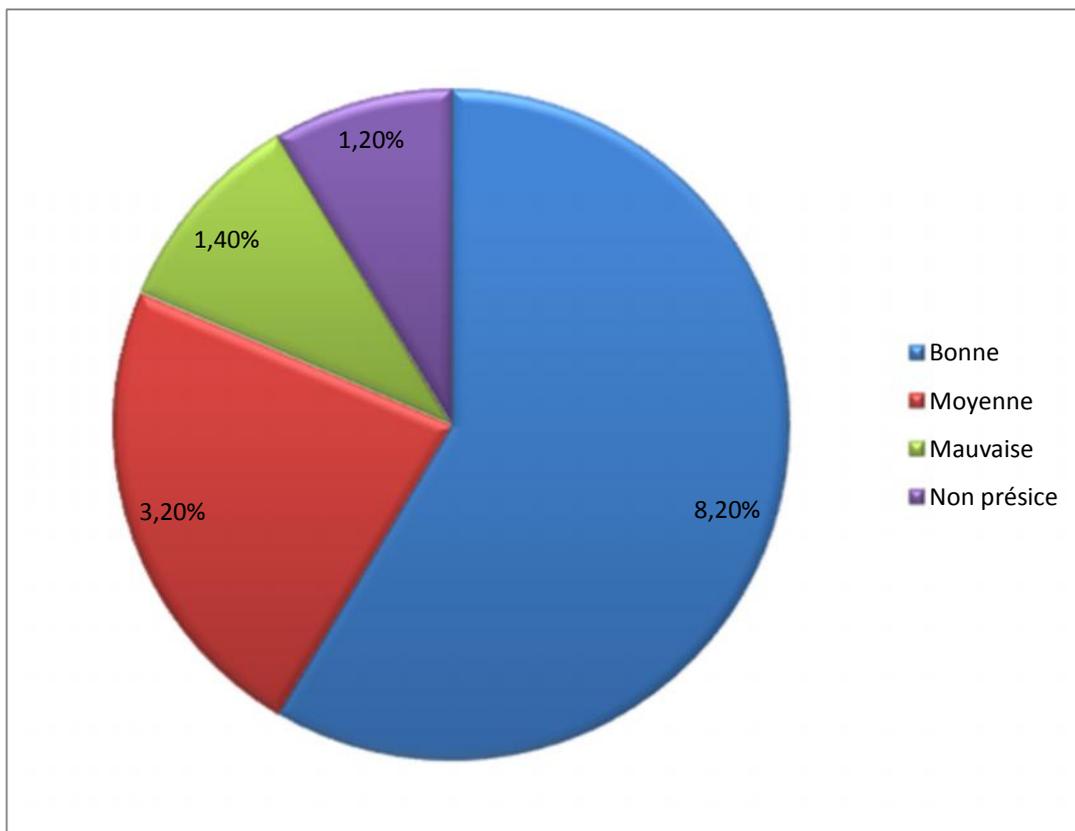
Le célibat et son corollaire immédiat, l'isolement affectif et social qui constituent des facteurs de risque non négligeables de rechutes et donc d'éventuels passages à l'acte médico-légaux.

**Tableau 04:**

Répartition des patients en fonction du niveau social du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON :

Situation sociale	FR%
Bonne	1,6
Moyenne	60
Mauvaise	36,5
Non précisée	1,9

**Graphe 04: Répartition des patients en fonction de la situation sociale**



### **Commentaires :**

37% des sujets dont il est question dans cette étude sont d'un niveau social médiocre, 60% sont d'un niveau moyen, et seulement 2% sont représentés par la classe sociale bonne.

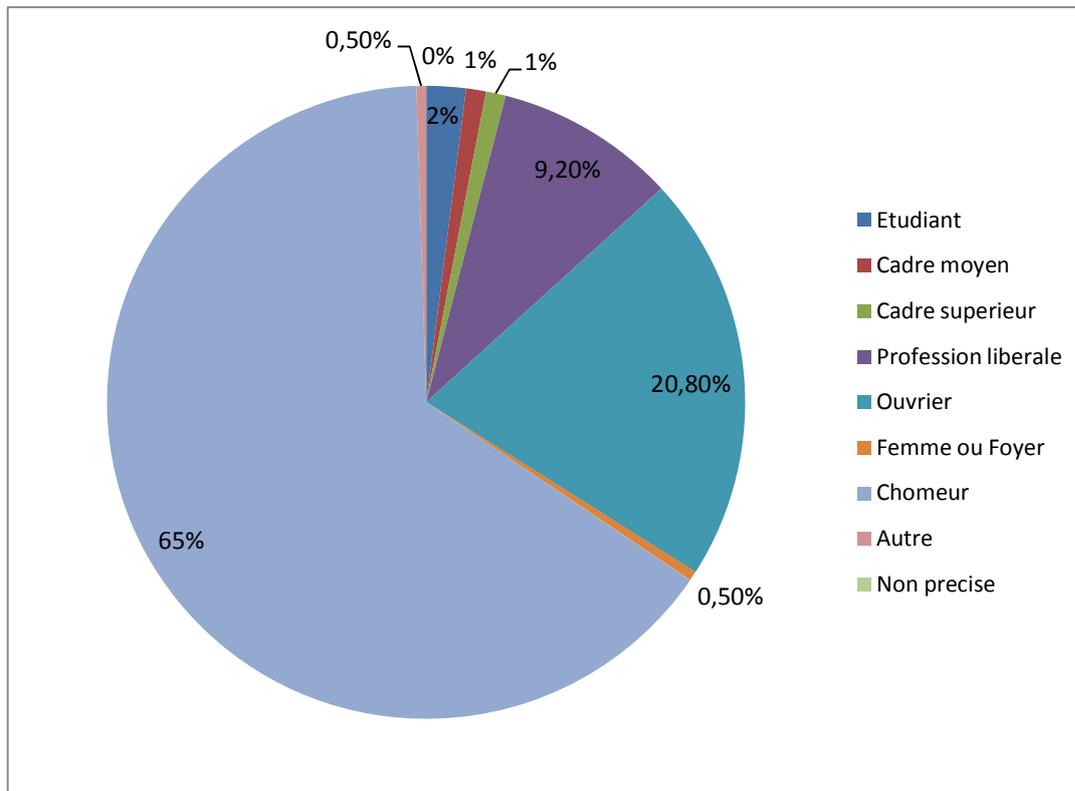
Ces chiffres confirment le rôle et l'impact non négligeables du niveau socio économique dans l'éclosion de la pathologie psychiatrique, l'irruption de la violence, la prise en charge en psychiatrie et le pronostic.

**Tableau 05 :**

Répartition des patients en fonction de la situation professionnelle du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON :

<b>Situation professionnelle</b>	<b>FR%</b>
Etudiant	2
Cadre moyen	1
Cadre supérieur	1
Profession libérale	9,2
Ouvrier	20,8
Femme au foyer	0,5
Chômeur	65
Autre	0,5
Non précisée	0

**Graphe 05: Répartition des patients en fonction de la situation professionnelle**



**Commentaires :**

65% soit plus de 2/3 des malades, dans la population étudiée, n'exercent aucune activité professionnelle.

(Ce qui confirme les données théoriques citées dans la première partie : la désocialisation, l'absence d'emploi, l'inadaptation socio familiale sont des prédicteurs de passage à l'acte violent).

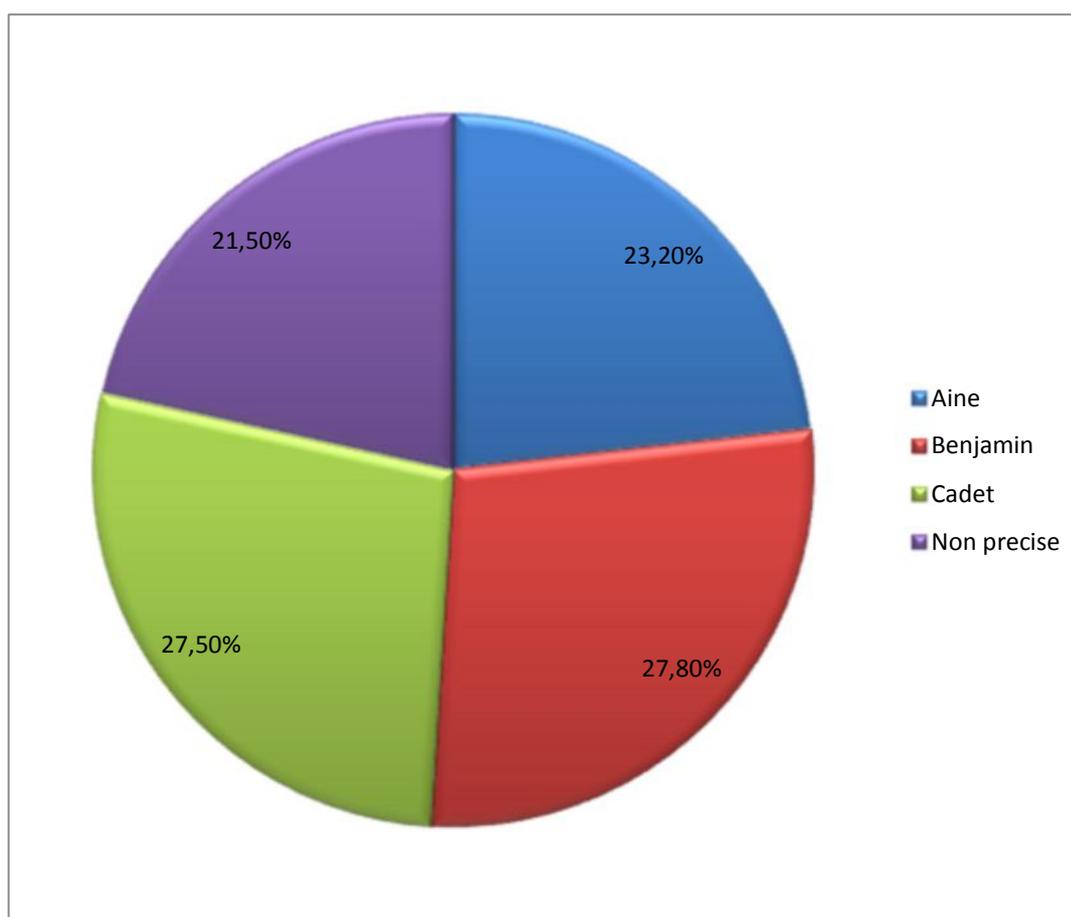
Cette population à risque nécessiterait une prise en charge psychosociale adéquate et complète. Mais hélas, nous n'avons aucune prise sur les problèmes sociaux souvent insolubles.

**Tableau 06 :**

Répartition des patients en fonction de leur rang dans la fratrie du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON :

<b>Rang dans la fratrie</b>	<b>FR%</b>
Ainé	23,2
Benjamin	27,8
Cadet	27,5
Non précisé	21,5

**Graphe 06: Répartition des patients en fonction du rang dans la fratrie**



### **Commentaires :**

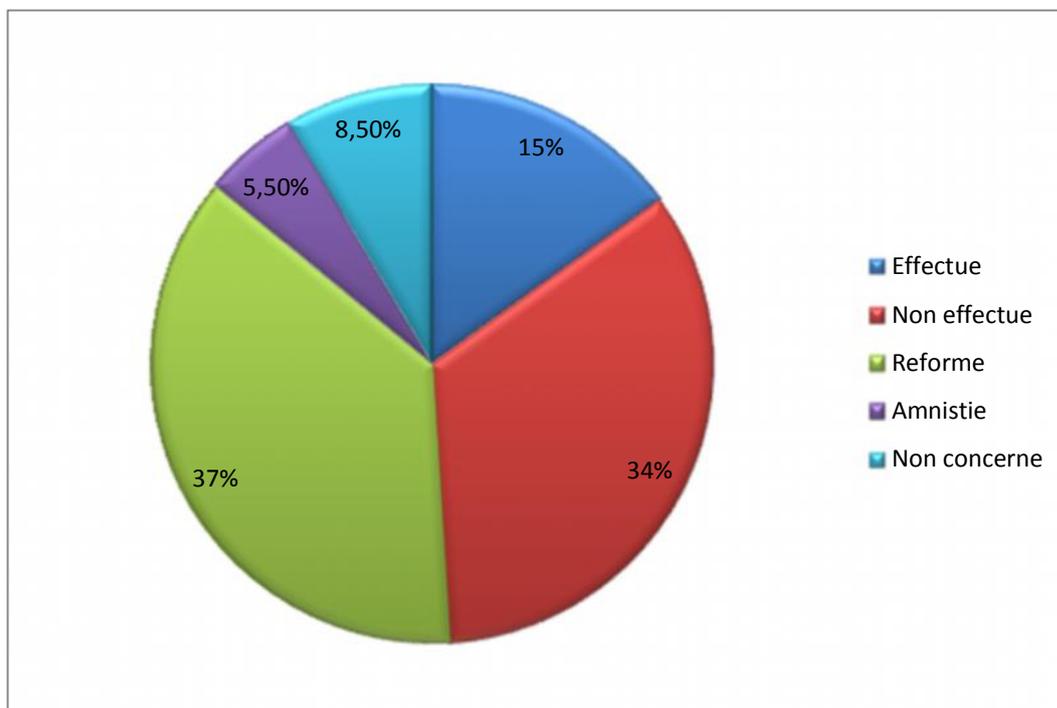
Concernant le rang qu'occupent nos patients dans leur fratrie nous n'avons retrouvé aucune spécificité puisque les chiffres se rapprochent, ce qui correspond aux données de la littérature internationale. Aucune hypothèse de spécificité n'a pu être évoquée.

**Tableau 07 :**

Répartition des patients en fonction de leur situation vis-à-vis du service national du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON :

Service national	FR%
Effectué	15
Non effectué	34
Reformé	37
Amnistié	5,5
Non concerné	8,5

**Graphe 07: Répartition des patients en fonction la situation vis-à-vis du service national**



### **Commentaires :**

34% représente les patients n'ayant pas effectué leur service national ce qui correspond à cette catégorie de patients non insérés ni sur le plan social ni professionnel.

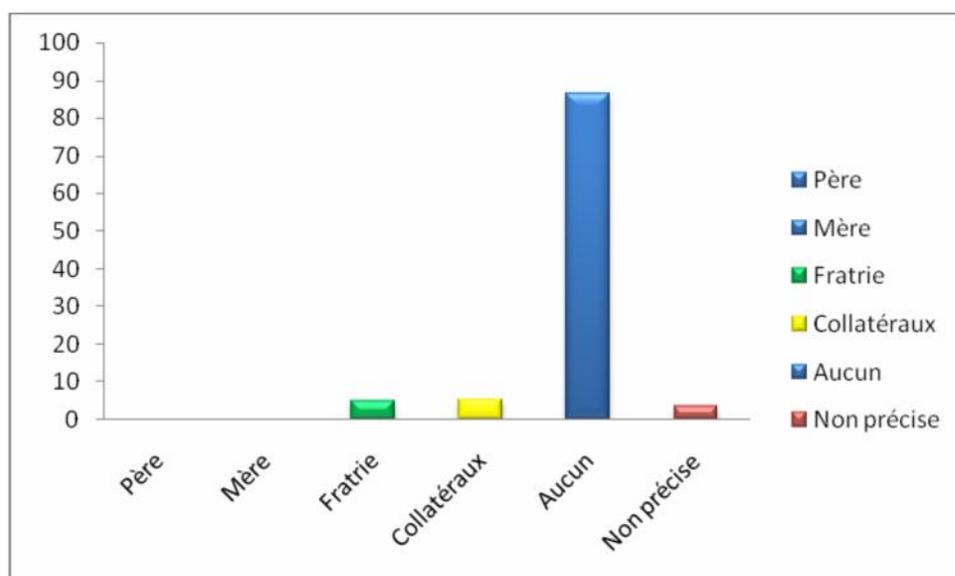
Et seulement 15% des sujets ont effectué leur service national qui est un taux relativement faible et qui semblerait être en relation avec le début des troubles morbides.

### **Tableau 08 :**

Répartition des patients en fonction des antécédents familiaux psychiatriques du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON :

<b>Antécédents familiaux psychiatriques</b>	<b>FR%</b>
Père	0
Mère	0
Fratric	4,8
Collatéraux	5,2
Aucun	86,6
Non précisés	3,4

**Graphe 08: Répartition des patients en fonction des antécédents familiaux psychiatriques**



### **Commentaires :**

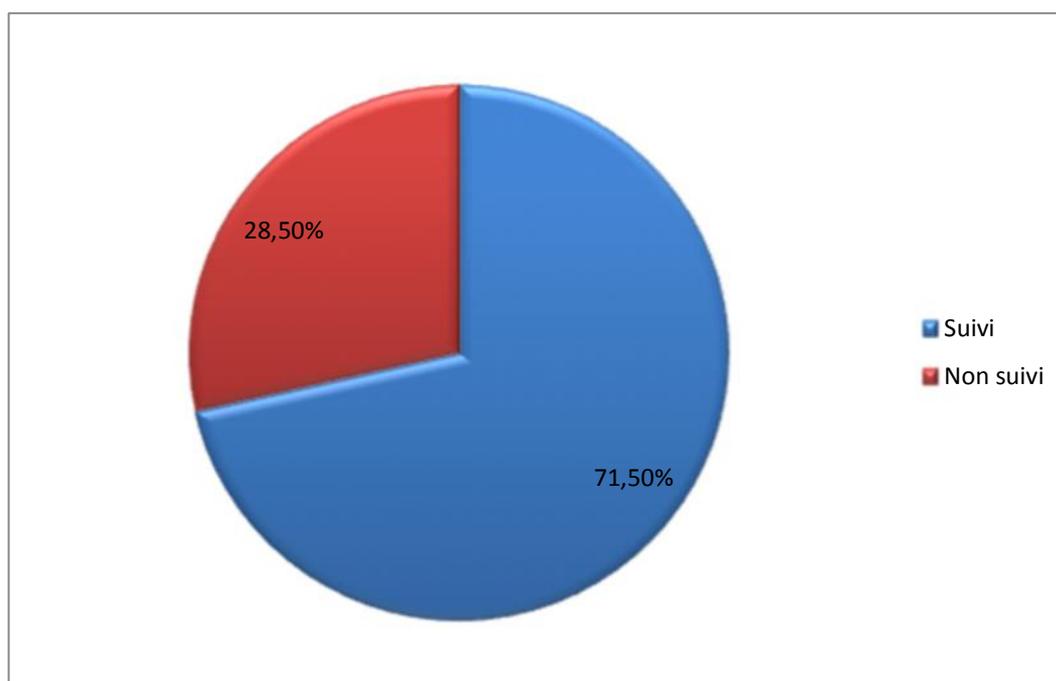
Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents familiaux de suivi en milieu psychiatrique Chez plus de 86% de nos patients, qui est un chiffre substantiel nous laissant conclure que les antécédents familiaux ne représentent pas un élément prédictif dans le passage à l'acte auto ou hétéro agressif.

**Tableau09 :**

Répartition des patients en fonction des antécédents personnels psychiatriques du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ.

<b>Antécédents Psychiatriques Personnels</b>	<b>FR%</b>
Suivis	71,5
Non suivis	28,5

**Graphe 09: Répartition des patients en fonction des antécédents personnels psychiatriques**



## **Commentaires :**

Plus de 70% des sujets concernés ont fait l'objet d'un suivi antérieur en psychiatrie. Dès lors plusieurs questions restent posées notamment celle de la compliance de ces malades aux traitements prescrits par leurs thérapeutes.

Près de trois quarts de nos malades médico-légaux ont fait l'objet d'une hospitalisation ou du moins d'un traitement psychiatrique, il s'agissait donc d'une rechute, d'un moment fécond, du parfois au génie évolutif de la maladie, mais le pus souvent à un abandon thérapeutique.

Il en résulte que le risque de passage à l'acte s'accroît avec l'existence de troubles mentaux antérieurs.

Le comportement violent est donc statistiquement en corrélation étroite avec la présence chez son auteur de perturbations mentales avérées.

Ainsi nous pouvons dire que les sujets à haut risque criminel sont en particulier, ceux qui souffrent de la sommation d'handicaps médico-psychologiques et de facteurs liés à leur prise en charge (échecs répétés des tentatives de réinsertion-absence de projets).

Il faut souligner aussi que l'absence ou l'inefficacité de la chimiothérapie est maintenant l'un des éléments péjoratifs majeurs dans l'évaluation de la dangerosité et la prédiction des récidives.

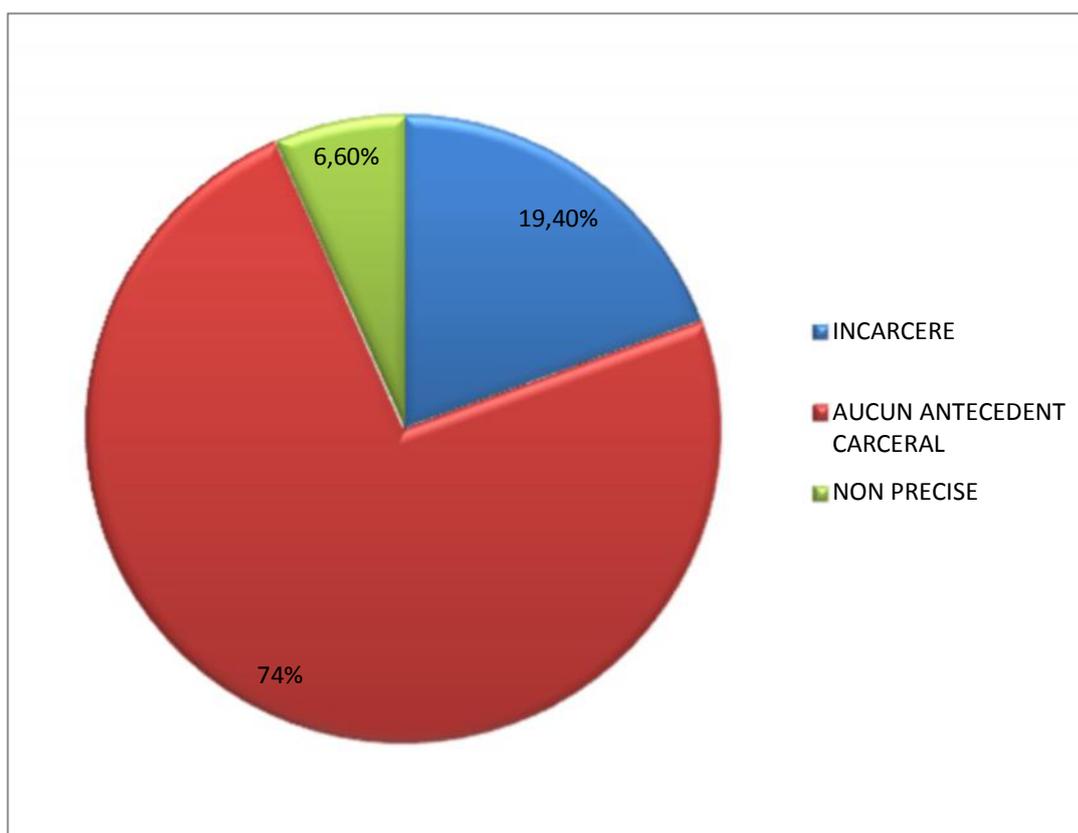
Il ya bien sûr certains malades dont la personnalité s'est organisée selon un mode pathologique chronique mais qui permet une relative adéquate adaptation sociale, ce qui ne permet pas de soupçonner l'imminence d'un acte dangereux : c'est surtout le cas des personnalités anti sociales et paranoïaques.

### **Tableau10 :**

Répartition des patients en fonction des antécédents judiciaires et carcéraux du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ.

<b>Antécédents judiciaires</b>	<b>Fr%</b>
Incarcéré	19,4
Aucun antécédent carcéral	74
Non précisés	6,6

**Graphe 10: Répartition des patients en fonction des antécédents judiciaires**



## **Commentaires :**

Les variables : chefs d'inculpations, passé judiciaire, passé carcéral, profession, niveau scolaire, état matrimonial représentent autant d'éléments ayant un rôle plus au moins important sur le risque de récidive dès lors qu'elles sont examinées individuellement. Que peut-on dire des variations des taux de récidive en fonction de l'ensemble de ces caractéristiques ?

Les variables les plus importantes (chef d'inculpation, passé judiciaire, profession) permettent d'affiner les typologies et de calculer des probabilités du risque le plus fort au risque le plus faible en fonction de la combinaison de ces variables.

En les complétant par des analyses qualitatives, ces indices peuvent se révéler fort utiles pour permettre une sortie anticipée avec une assistance et un contrôle adapté à la situation du condamné.

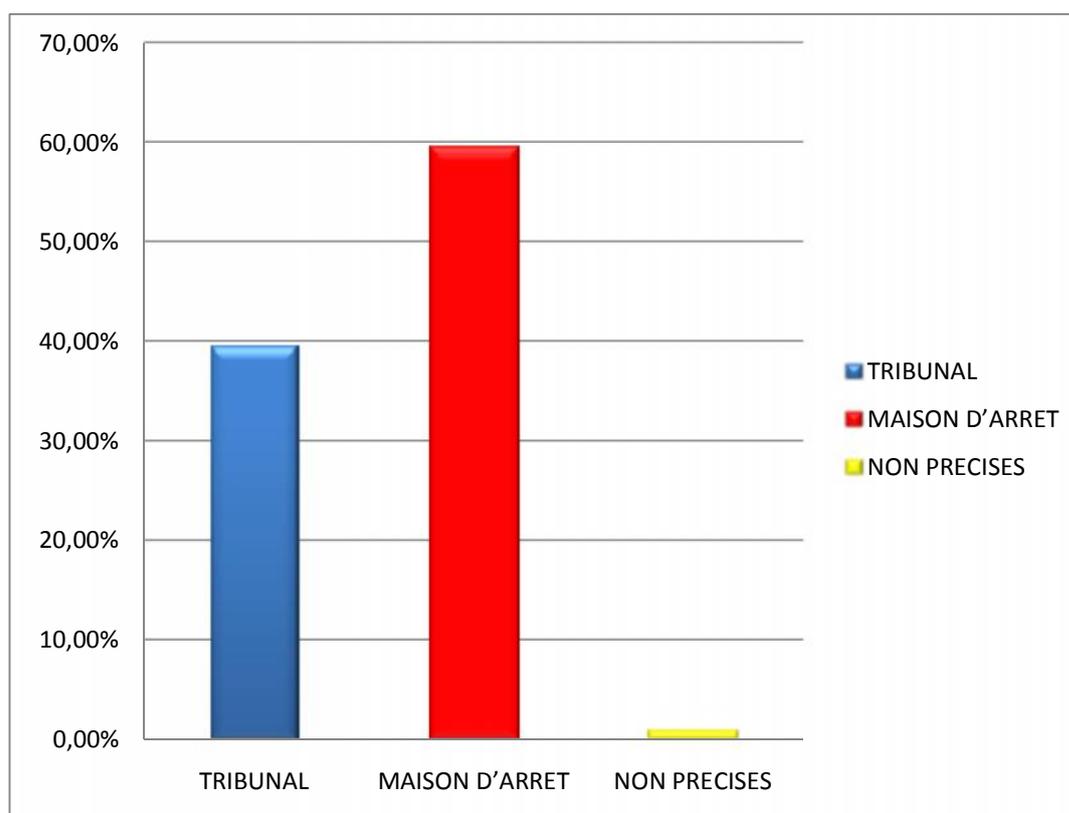
Nous pouvons soulever dans cette catégorie l'hypothèse des antisociaux ou marginaux anormaux qui basculent de la prison à l'hôpital selon l'appréciation et la décision du médecin expert.

### **Tableau 11 :**

Répartition des patients en fonction de leur provenance du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ.

<b>Provenance des Inculpés</b>	<b>FR%</b>
Tribunal	39,4
Maison d'arrêt	59,6
Non précisée	1

**Graph 11: Répartition des patients en fonction de leur provenance**



## **Commentaires :**

Près de 40% des patients proviennent du tribunal.

Les juges et les procureurs évitent l'incarcération lorsqu'il s'agit d'un cas évident. Ils adressent l'inculpé à l'hôpital pour expertise et confirment l'internement lors du dépôt de l'avis médical, ce qui est un fait nouveau.

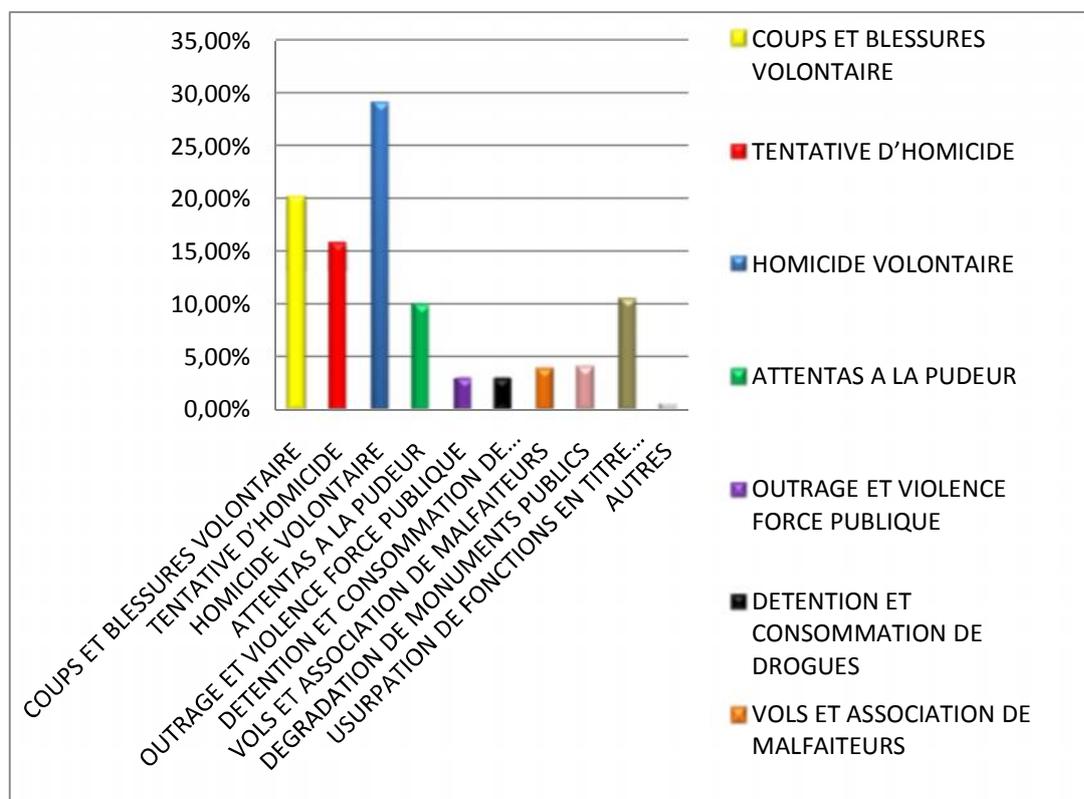
Nous nous interrogeons alors sur le pourquoi de cette mesure, étant donné que l'internement n'interviendrait que sous l'autorité judiciaire et que l'inculpé doit impérativement être accompagné par les forces de l'ordre lors de l'exécution de la décision du magistrat.

**Tableau 12 :**

Répartition des patients en fonction de leur délit ou chef d'inculpation du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ.

<b>Délits</b>	<b>Fr%</b>
Coups et blessures volontaires	20,2
Tentatives d'homicide	15,8
Homicides volontaires	29
Attentas à la pudeur	10
Outrage et violence sur une force publique	3
Détention et consommation de drogues	3
Vols et associations de malfaiteurs	3,9
Dégradation de monuments publics	4,1
Usurpation de fonctions, Faux et usage de faux Escroquerie	10,5
Autres	0,5

**Graphe 12: Répartition des patients en fonction de leur délit ou chef d'inculpation**



**Commentaires :**

Nous avons constaté la prédominance des inculpations liées aux violences physiques dont le taux est estimé à presque 70%.(homicide volontaire, tentative d’homicide, coups et blessures volontaires).

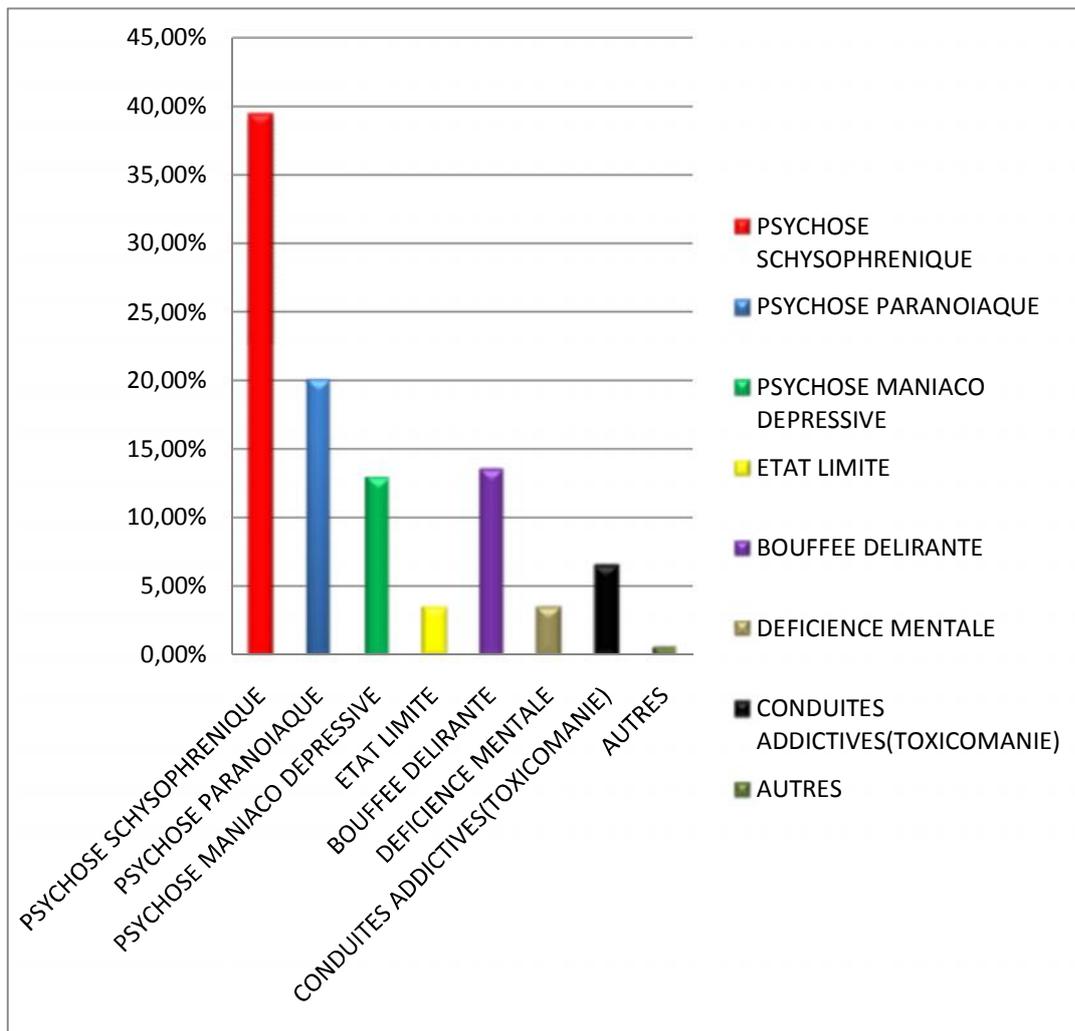
Notre étude a démontré l’ampleur de cette catégorie d’infraction dont les chiffres sont nettement représentatifs.

**Tableau13 :**

Répartition des patients en fonction de l'affection psychiatrique retenue du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON.

<b>Pathologie Psychiatrique</b>	<b>FR%</b>
Psychose schizophrénique	39,5
Psychose paranoïaque	20
Psychose maniaco dépressive	13
Etat limite	3,5
Bouffée délirante	13,5
Déficiência mentale	3,5
Conduites addictives (toxicomanie)	6,5
Autres	0,5

**Graphe 13: Répartition des patients en fonction de l'affection  
psychiatrique retenue**



**Commentaires :**

La schizophrénie vient nettement en tête avec un taux de 39,5%, c'est l'affection la plus fréquente et qui prédispose le plus l'individu à des comportements anti sociaux, ce qui correspond aux données statistiques ainsi qu'à la littérature qui considère ce trouble comme le plus criminogène des maladies mentales.

Notre étude a révélé que La schizophrénie (surtout dans sa forme paranoïde) est la plus grande pourvoyeuse de médico-légaux, plus d'un tiers à elle seule ce qui est conforme à la proportion de schizophrènes mais aussi à la dangerosité de cette

affection dont L'acte antisocial se caractérise par sa soudaineté imprévisible, son irrationalité, son incohérence, sa discordance, son inintelligibilité apparente.

En second nous retrouvons les délires chroniques, parmi lesquels une majorité de paranoïaques (soit un taux de 20%), dont on connaît le potentiel extrême de dangerosité et chez lesquels la motivation du délit était la jalousie à l'égard de l'épouse et se terminant par un homicide.

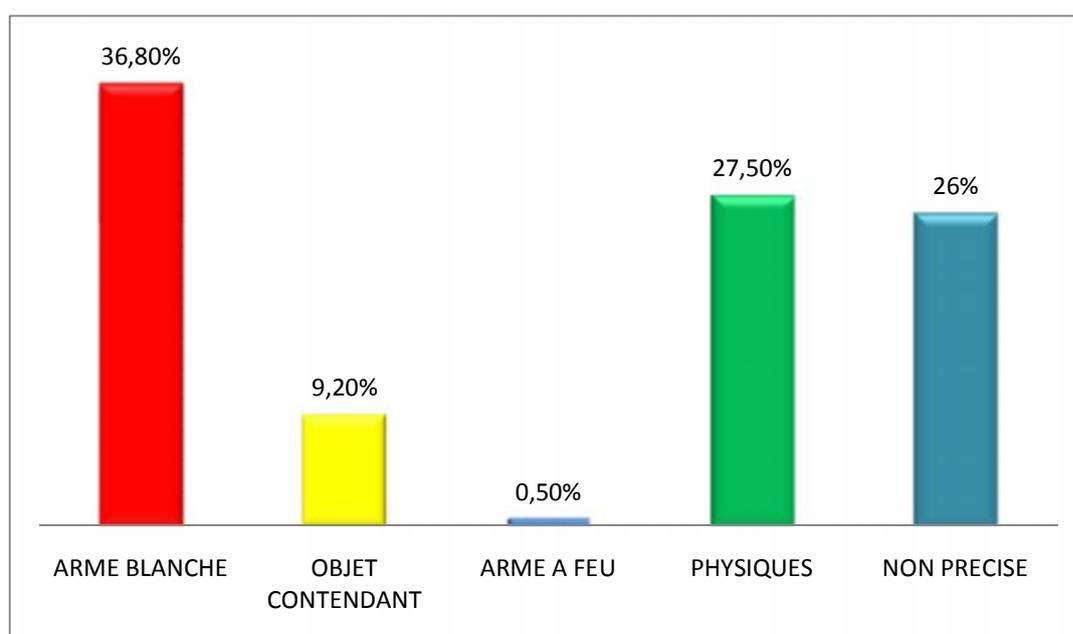
De même le caractère passionné d'une part et d'autre part le fond mental anormalement rigide traduisant une agressivité existante avant l'état délirant font de ces patients parmi les plus dangereux.

### **Tableau14 :**

Répartition des patients avec diagnostic correspondant à la violence (Coups et blessures volontaires, tentatives d'homicide, homicides) en fonction des moyens utilisés du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ FANON.

<b>Moyens Utilisés</b>	<b>FR%</b>
Arme blanche	36,8
Objet contendant	9,2
Arme à feu	0,5
Physiques	27,5
Non précisés	26

**Graphe 14: Répartition des patients en fonction de l'affection psychiatrique retenue**



### **Commentaires :**

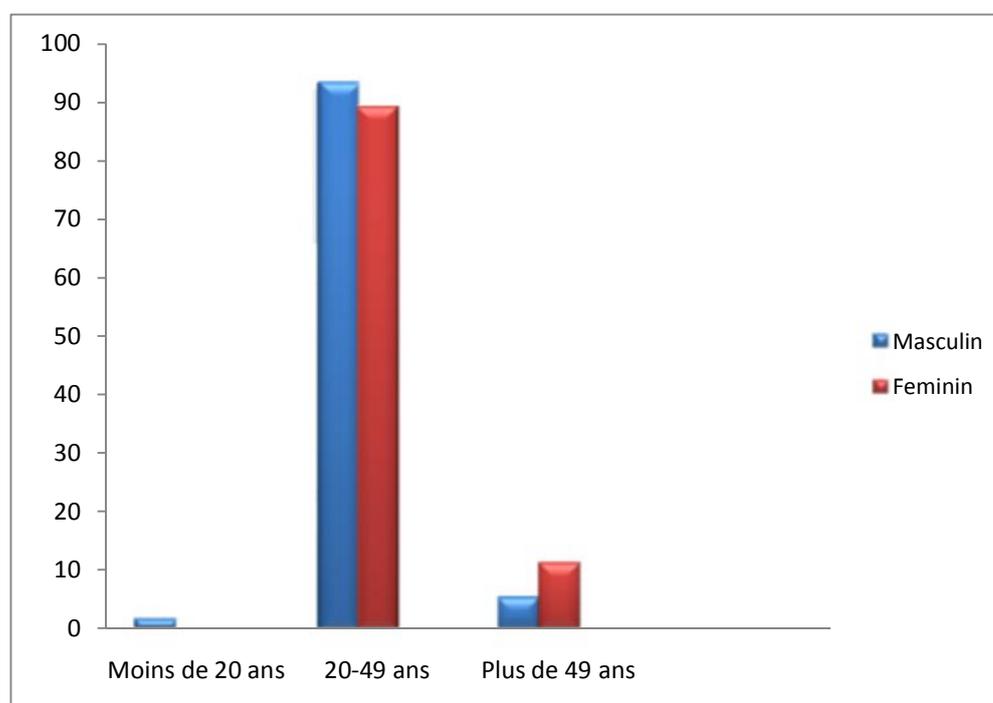
Les moyens les plus utilisés sont les armes blanches, sinon les objets contundants, ou il peut s'agir simplement de violences physiques, par ailleurs les armes à feu sont faiblement représentées (0,5%) ce qui reflète la réalité de notre société quant à l'obtention et le port d'arme qui sont sévèrement réglementés.

### **Tableau15:**

Répartition des patients en fonction du sexe et de l'âge du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ.

AGE /SEXE	MASCULIN	FR%	FEMININ	FR%	TOTAL	FR%
-De20ans	5	1,73	0	0	5	1,62
20-49ans	269	93,07	16	88,88	285	92,83
+de49ans	15	5,19	2	11,11	17	5,53
<b>Total</b>	<b>289</b>		<b>18</b>		<b>307</b>	

### **Graphe 15: Répartition des patients en fonction du sexe et de l'âge**



### **Commentaires :**

92,83% des sujets objets de notre étude ont entre 20 et 49 ans dans les deux sexes, ce qui correspond à l'âge de l'écllosion des manifestations cliniques de la pathologie psychiatrique .

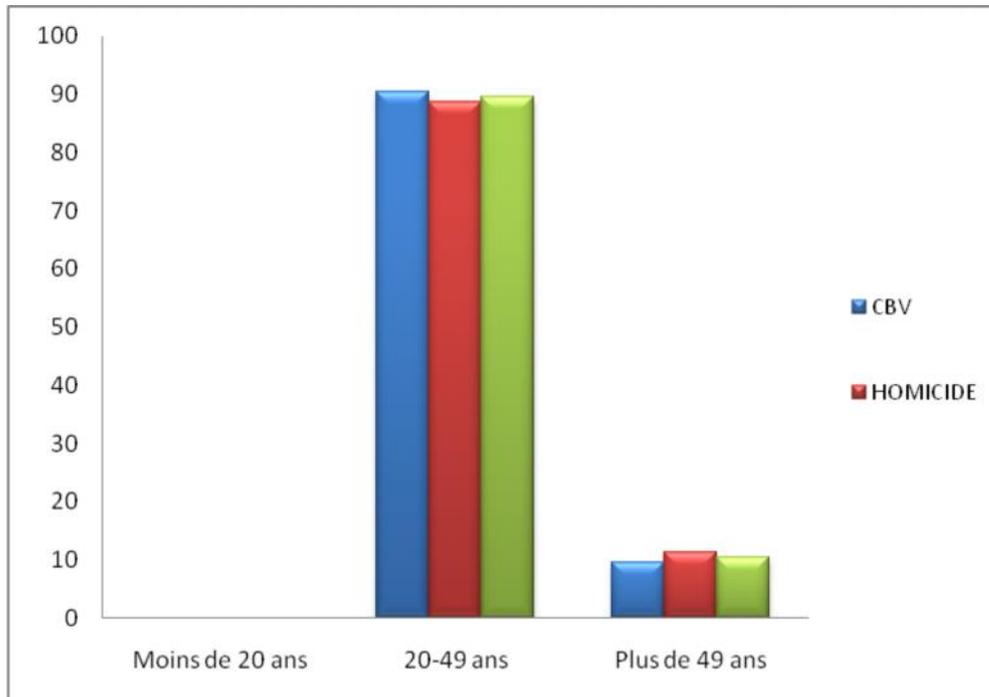
De même les études internationales ont retrouvé une augmentation du risque de violence lié à un âge jeune, par contre ce risque de passage à l'acte violent est faible chez les individus âgés de plus de 50 ans,

**Tableau 16 :**

Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge et du délit commis du mois de janvier 2010 au mois de janvier 2012 au niveau du service de psychiatrie médico-légale de BLIDA EHS FRANTZ.

<b>Age/délit</b>	<b>CBV</b>	<b>Fr%</b>	<b>Homicide</b>	<b>Fr%</b>	<b>Tentative d'homicide</b>	<b>Fr%</b>
-de 20ans	0	0	0	0	0	0
20-49ans	56	90,32	79	88,76	43	89,58
+de 49ans	6	9,67	10	11,23	5	10,41
Total	62		89		48	

**Grphe 16: Répartition des patients en fonction du sexe et de l'âge**



**Commentaires :**

Le passage à l'acte agressif prédomine chez les sujets dont la tranche d'âge varie entre 20 et 40 ans.

De même les résultats de notre étude montrent que les chefs d'inculpation les plus fréquents sont les coups et blessures volontaires précédés par l'homicide et suivis par les tentatives d'homicide.

## **II- Présentation et commentaires critiques des Lois Algériennes de santé mentale**

### **A-1/La loi du 23 Octobre 1976 :**

Cette loi constitue le titre IV du code de la santé publique publié au journal officiel du 19 décembre 1976 portant : « Assistance - traitement et protection des malades mentaux », comportant 85 articles.

Elle traite en six chapitres des points suivants :

- ❖ Chapitre 1 : Des établissements psychiatriques ;
- ❖ Chapitre 2 : De l'hospitalisation des malades mentaux ;

Introduisant six modalités d'hospitalisation. Le souci majeur qui prédomine, est celui de tenter de concilier les nécessités thérapeutique et le respect des libertés individuelles.

Les Six modalités tentent de couvrir tous les risques encourus du fait de la maladie mentale.

Ñ L'hospitalisation en service ouvert, hospitalisation libre, ordinaire qui n'est soumise à aucune réglementation particulière ;

Ñ La mise en observation simple qui peut se faire soit à la demande du malade, de la famille, du tuteur ou de curateur, soit par toute personne publique prenant intérêt du malade « Mais la mise en observation reste dans tous les cas subordonnée à la décision du médecin psychiatre de l'établissement auquel le malade aura été présenté ». L'hospitalisation peut avoir une durée de 15 jours.

Ñ La mise en observation complémentaire pendant une durée qui peut atteindre deux mois.

Ñ Le placement volontaire qui est une hospitalisation sous contrainte sans l'intervention de l'autorité publique à la quelle elle est toutefois signifiée et obtenue par accord du malade- famille- psychiatre.

Ñ l'hospitalisation d'office ;

- ❖ Chapitre 3 : Des mesures de contrôle pendant l'hospitalisation ;
- ❖ Chapitre 4 : De la mise sous surveillance médicale ;
- ❖ Chapitre 5 : Des voies de recours ;
- ❖ Chapitre 6 : De la protection des biens des malades mentaux.

Certains chapitres sont restés incomplets (chapitre VI) en attendant l'élaboration du code de la famille, qui finalement a été promulgué le 9 Juin 1984. Certains autres ne prêtent pas à discussion (Chapitre I – III et V). Ils préconisaient une organisation sanitaire en secteur psychiatrique autour de l'hôpital psychiatrique de wilaya. Ils proposent de nommer à la tête de chaque hôpital, un médecin psychiatre directeur et de créer un hôpital de sûreté pour malades particulièrement dangereux.

Notons que la loi de juin 1838 considérée comme vieille par le législateur, a continué à servir de référence, mais encore un vide juridique en matière de législation sanitaire a été ménagé par la chronologie des événements.

### **A-2/La loi du 16 Février 1985 :**

Cette loi est venu remplacer celle de 1976 Elle a donné une base au secteur psychiatrique. Le secteur psychiatrique étant généralisé et légalisé, (la loi de 1838 sur les soins sans consentement continuait de s'appliquer).

C'est une loi « relative et à la promotion de la santé ». Son titre III traitant de la « Santé mentale » reprend en grande partie les dispositions de la loi de 1976. Il comporte 47 articles (art 103 à 149) répartis en quatre chapitres .

❖ Chapitre 1 : Traitement des malades mentaux.

- Section 1 : structures.
- Section 2 : hospitalisation en service ouvert.
- Section 3 : mise en observation.
- Section 4 : placement volontaire.
- Section 5 : hospitalisation d'office.

❖ Chapitre 2 : Les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation.

❖ Chapitre 3 : La mise sous surveillance médicale.

❖ Chapitre 4 : La mise sous surveillance médicale.

## **B/Critique des lois « étude comparative » :**

### **De la mise en observation d'office :**

Dans la loi de 1976 l'article 174 définit La mise en observation d'office comme une mesure d'hospitalisation d'autorité. Elle est immédiatement exécutoire et sans délais. Elle s'apparente à la législation anglo-saxonne, mais elle s'en distingue par le souci de rendre la durée de cette hospitalisation coercitive, modulable entre 1 et 15 jours, avec la possibilité de s'adapter à chaque situation clinique, ce qui témoigne d'un assouplissement par rapport aux anciennes dispositions copiant la mise en observation comme le permettait la législation française et qui n'a été légalisée qu'en 1981. L'hospitalisation rapide dans le cas de l'urgence, survenant n'importe où, est prévue.

La durée est limitée Quinze jours (art. 175), une durée suffisante pour confirmer le bien fondé de la mesure et d'entamer un traitement, qui aurait atténué les éléments de dangerosité et permis plus facilement de s'assurer du consentement du sujet aux soins pour éventuellement lui appliquer une mesure d'hospitalisation libre pour la suite des soins.

Il s'agit d'une réquisition en vue d'examen médical, justifiée par l'imminence d'un danger, du fait de la maladie. Ce qui en fait, dans l'esprit de la loi, représente une clause qui vise les malades de dangerosité exceptionnelle nécessitant la prise de mesures de placement et de traitement rapide.

Cette mesure est administrée pour état de maladie et pas nécessairement pour délit associé à cet état.

Nous relevons également cette notion de rapidité d'exécution (art. 168), ainsi que la répartition des tâches. Il appartiendrait donc, au wali voire au

maire, chargés du maintien de l'ordre public de prononcer une mesure d'hospitalisation d'autorité et à la justice d'en contrôler et d'arbitrer.

La législation n'ait pas pensé à une mesure d'urgence donnant la possibilité à l'autorité publique locale, la plus proche des administrés d'intervenir en cas d'urgence.

la mise en observation d'office de la loi de 1976 est l'équivalent du placement d'office d'urgence adopté dans la loi de 1838. A ce moment là, nous verrions plus le maire, les commissaires de police, parmi les autorités aptes à ordonner une mise en observation d'office, à charge pour eux d'en référer le plus tôt possible, dans les 24 heures au wali de la wilaya siège du lieu d'hospitalisation qui incombe à la police générale dans le territoire qu'il administre.

Mais persiste le risque de placements abusifs notamment de cas sociaux engendrant la chronicisation des patients.

Le comité national de psychiatrie dans son rapport de Juillet 1995 relevait à propos des hospitalisations d'autorité : « Beaucoup trop souvent, les arrêtés de wali de placement de malades recouvrent des projets familiaux plus ou moins clairement affichés, de rejet et d'exclusion de longue durée, sinon perpétuelle d'un patient socialement mal toléré, pour des motifs avec des fondements plus ou moins légitimes ». Et ce, malgré l'existence d'une loi essayant d'éviter cette situation.

La solution la plus judicieuse consisterait en l'établissement d'un arrêté municipal dans les mêmes formes que l'arrêté préfectoral, l'arrêté motivé et appuyé par un procès verbal constatant la dangerosité, d'un certificat médical attestant que c'est le trouble mental qui a été à l'origine de ce passage à l'acte dangereux et d'un bulletin de renseignements administratifs.

Le wali de la wilaya siège sera informé dans les 24 heures du lieu d'hospitalisation (service psychiatrique ou hôpital psychiatrique) par le président d'APC.

Le wali pourra rejeter la décision. Dans les cas contraires le sujet sera maintenu et au terme des 15 jours de la mise en observation d'office, il revient au médecin psychiatre de l'établissement de la suite à donner.

Si la décision est en faveur de l'hospitalisation d'office, au terme des 15 jours, Le médecin hospitalier traitant établit une requête qui sera confiée à l'administration de l'établissement qui la transmettra à l'autorité administrative compétente, (le wali de la wilaya siège de l'établissement dans notre cas),

Dans laquelle seront portés en détail les motifs pour lesquels il estime cette mesure nécessaire, (les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade et les risques que peut engendrer la sortie de celui-ci).

La loi devra fixer Un délai nécessaire pour la réponse du wali, et Si aucune réponse n'est donnée au terme de ce délai le malade ne peut être retenu. Si le médecin juge cette décision injustifiée il peut saisir le procureur de la république du tribunal du lieu siège de l'établissement.

### **De l'examen psychiatrique d'office :**

La loi de 1985 a introduit cette mesure, qui semble t il est venue remplacer la mise en observation,

Que signifie cette notion d'examen nouvellement utilisée? A noter qu'aucune précision n'a été donnée quant au délai concernant ce statut, est-ce un examen médical ou un examen au sens juridique, actuellement seul un personnel spécialisé dans une structure appropriée peut accomplir cette

mission dans l'immédiat« Les deux motifs fondamentaux de l'introduction de la mesure d'examen psychiatrique d'office seraient liés au danger « estimé imminent », constaté par un P.V de police générale, et au danger « encouru du fait de la maladie» et qui serait lui constaté par un certificat médical ».

La loi de 1976 a été très claire quant aux suites à donner en cas de mise en observation, et a donné au médecin psychiatre la liberté d'en décider.

(Hospitalisation libre ; hospitaliser en placement volontaire ; Ou demander une hospitalisation d'office).

Les critiques que nous pouvons apporter à cette mesure concernent :

L'imprécision du législateur quant aux suites à donner (celles-ci n'ont pas été édictées clairement contrairement à la mise en observation), l'absence également de précision sur le délai. La nécessité de séparation des pouvoirs (l'autorité judiciaire aura le rôle de surveillance quant à la décision, qui reviendra plutôt à l'autorité administrative). Implication et non exclusion des autorités (maire, et commissaires de police dans les grandes villes) qui peuvent recourir à des mesures d'urgence. La formulation « mise en observation d'office », nous semble plus appropriée à celle « d'examen psychiatrique d'office »,

L'absence de textes réglementaires explicitant et définissant les modalités de cette mesure ainsi que les suites à lui donner, porte à quiproquo.

### **De l'hospitalisation d'office :**

La loi de 1985 a repris toutes les dispositions de l'hospitalisation d'office décrites par la loi de 1976, n'y apportant aucune modification dans le fond si ce n'est quelques changements dans la formulation.

Cette modalité d'hospitalisation s'est inspirée de la législation française, à quelques différences près :

Elle se fait uniquement sur la base d'un séjour hospitalier en cours (art. 178-187-188 loi de 1976) Et (122-123 de la loi de 1985 « Au terme ou au cours de la mise en observation le médecin de l'établissement peut prendre l'initiative de recourir une hospitalisation d'office »), Nous reprenons également l'article 125 « Pour provoquer l'hospitalisation d'office le médecin psychiatre de l'établissement adresse au wali une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure nécessaire ».

Le médecin traitant est donc l'inducteur de la décision du wali, qui reste, dans tout les cas, seul auteur possible de la décision.

De même nous avons relevé une autre différence concernant la durée de cette hospitalisation, celle-ci a été limitée à « six mois » (art. 191 loi de 1976), six mois renouvelables par arrêté du wali (art. 127 loi de 85) Cette modalité d'hospitalisation n'est plus qu'un internement à terme.

La demande d'hospitalisation d'office est donc introduite par le médecin psychiatre de l'établissement en utilisant la procédure du réquisitoire (art. 190 loi de 76/ art. 125 loi de 85). Le psychiatre « adresse au wali une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure utile (loi de 76) / nécessaire (loi de 85), les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade et les risques que peut entraîner sa sortie ».

Des articles suivants (art. 189 loi de 76/ art. 124 loi de 1985), (art. 178-187-188 loi de 76/122-123 loi de 85), nous comprenons que la décision de cette mesure d'hospitalisation revient au praticien psychiatre et que la possibilité du recours est exceptionnelle Les deux lois prévoient qu'au cas où le wali estime injustifiée la requête, il saisit automatiquement (loi de 76) /

obligatoirement (loi de 85) la commission de santé mentale (art. 190 loi de 76 / art. 125 loi de 85), non sans avoir procédé au préalable à une expertise médicale comme le prévoit la loi de 85 (art. 125 alinéa loi de 85).

Ne serait-il pas judicieux de donner un délai raisonnable pour ne pas tomber dans le piège de la chronicisation de l'internement?

Al' instar de la loi de 1838, est ce que cette mesure évite de faire du psychiatre un interneur, ou au contraire elle fait de lui un véritable décideur de (privation de liberté) ?

N'oublions pas que le législateur a fait du psychiatre l'initiateur, mais le wali reste dans tous les cas seul auteur de la décision.

De même cette mesure d'hospitalisation d'office entre dans le cadre d'un projet thérapeutique qu'aucune autre forme d'hospitalisation prévue par la loi n'offre :

La mise en observation d'office ne répond au mieux qu'à des situations d'urgence, nécessitant une intervention rapide à la fois conservatoire et préventive en vue de faire cesser un risque ou un danger imminents et de permettre de procéder à une évaluation diagnostique et pronostique.

Le placement volontaire et l'hospitalisation libre n'offrent aucune assurance de sécurité que réclame la présence d'un sujet malade dont la dangerosité potentielle est le caractère dominant , Un fait fréquent engendrée par l'adoption de cette mesure, est qu'elle soit devenue un moyen pour résoudre des problèmes sociaux, des individus errant mais ne présentant aucun danger se retrouvent hospitalisés par arrêté du wali, d'ou saturation des services de psychiatrie qui n'arrivent pas à gérer et résoudre les problèmes de santé publique par manque de moyens humains et matériels, ou plutôt par une mauvaise répartition et utilisation de ceux-ci.

La répétition introduite au niveau des articles 187 et 201, portant sur la transformation du placement volontaire en hospitalisation d'office semble avoir été relevée par le législateur qui n'y a consacré qu'un seul article, l'article 122, dans la loi de 1985.

Quelques contradictions soulevées quant à la décision de sortie du patient :

«Il est tenu de mettre fin sans délai, à toute forme d'hospitalisation du malade, dès que l'état de celui-ci présente une amélioration compatible avec sa sortie » stipule l'article 202 de la loi de 76.

« Le médecin doit en saisir le wali ou attendre le terme des six mois (art 195) ».

« Dans le cas où le médecin n'applique pas les dispositions de cet article il y aurait lieu de retenir contre lui le chef d'inculpation de séquestration arbitraire, pour une infraction dont il n'est pas responsable au contraire qui lui est stipulée par la loi ! ».

Le législateur ne place-t-il pas le médecin dans une situation paradoxale inintelligible ?

Les articles 195 – 196 de la loi de 76 repris dans leur intégralité par la loi de 85 (art 130 – 131 de la loi 85) permettent au médecin psychiatre de prendre l'initiative de demander à l'autorité qui l'a ordonné (le wali) .La levée de la mesure d'hospitalisation d'office qu'il juge inappropriée cliniquement.

Par ailleurs l'article 195 alinéa 4 de la loi de 1976 et repris par l'article 130 alinéa 4 de la loi 1985, les deux ont repris la règle de la main levée, qui permet un certain assouplissement au bénéfice de la libération du malade: la « notification au médecin psychiatre de l'établissement de la réception de la

requête de levée de l'hospitalisation d'office, rend exécutoire immédiatement et sans délai la sortie du malade ».

L'article 196 de la loi de 76, auquel correspond l'article 131 de la loi de 85, autorise clairement le médecin à procéder à la sortie de son malade, non plus immédiatement, mais à l'expiration du délai de validité de l'arrêté d'hospitalisation d'office. Et seule l'opposition exprimée du wali à la sortie du malade interné suspend le cours de l'application de l'article 195 de la loi de 76 devenu l'article 130 de la loi de 85. On ne peut à l'ère actuelle prendre une mesure de privation de liberté individuelle pour une durée indéterminée. La durée de six mois nous semble une durée raisonnable.

Le médecin est confronté à nouveau à un paradoxe en cas d'absence, pour une raison quelconque, de réponse de la wilaya dans les délais impartis, il se retrouve devant deux alternatives choisir entre la détention abusive de personnes sous peine de sanctions pour séquestration ou non-assistance à personne en danger ;

Une autre lacune constatée est que le statut du malade en attente d'une prolongation de son hospitalisation n'a pas été spécifié par la loi ainsi que le délai durant lequel il peut ou doit être maintenu dans l'attente d'une réponse.

L'article 197 de la loi 76 similaire à l'article 132 de la loi de 85a donné au médecin la possibilité d'autoriser la sortie du malade en hospitalisation d'office au terme fixé par le dernier arrêté, qui est nécessairement inférieur à six mois ,et à la commission de trancher « après double expertise, dans des délais ne dépassant pas deux mois, à compter de la date d'introduction du recours ».

Selon ce même article le législateur a accordé aux familles la possibilité d'introduire un recours auprès de la commission de santé mentale après avis

favorable du ministre de la santé publique. Cette clause a été modifiée par la loi de 85 qui en introduisant son article 131 autorise l'accès direct de la famille à la commission sans avoir recours au ministre.

Concernant les évasions des patients en hospitalisation d'office l'article 198 de la loi de 1976, comme l'article 133 de la loi de 1985, est venu combler une lacune de la loi de 1838.

(Je cite l'article 133 « Dans le cas où un malade hospitalisé d'office s'évaderait de l'établissement où il est maintenu en traitement, le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de prévenir en urgence le wali et de lui adresser un certificat de situation faisant état des risques éventuels réels ou supposés de développement de réaction »).

Il reviendrait plutôt au directeur de l'établissement d'aviser le wali de la wilaya lieu de situation de l'établissement de toute « sortie sans autorisation » en lui faisant transmettre le certificat de situation rédigé obligatoirement à ce sujet par le médecin du service où le malade se trouvait en traitement.

Actuellement on préfère substituer au terme d'évasion, qui a une connotation de détenu de prison, celle de « sortie sans autorisation » .

Dans ce cas, la loi est encore restée muette quant aux dispositions qu'il faut prendre en cas d'évasion, de même que pour le délai de réintégration (Alerter Les services de police dans un délai raisonnable, aviser les familles de malades par exemple.)

L'article 200 de la loi de 76 et 135 dans la loi 85, reprend une disposition de la loi de 1838 et permet la transformation de l'hospitalisation d'office en volontaire.

« L'hospitalisation d'office peut à tout moment, sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement et par décision du wali, être transformée en volontaire » (art 135).

Toujours pour les mêmes motifs évoqués plus haut, c'est au wali de la wilaya dont dépend l'établissement de prendre cette décision.

Les articles (204 – 205- 206 de la loi de 76 et 136-137-138 de la loi de 85) ont exclu de la mesure d'hospitalisation d'office deux catégories de sujets :

- Les mineurs « enfants et adolescents non pervers âgés de moins de 16 ans » et « les personnes séniles dont l'affaiblissement intellectuel constitue l'essentiel de la maladie ». dont l'hospitalisation ne peut s'effectuer qu'en dehors de toute mesure autoritaire, mise en observation d'office et placement volontaire inclus.

Cette disposition qui procède « de l'éthique et de la protection de l'enfance d'une part, mais aussi plus pratiquement du souci de prévention du rejet d'enfants présentant des handicaps de toutes natures et de tous degrés » pose problème dans l'utilisation du terme de pervers.

La loi pourra prévoir que les mineurs. « Tout court », soient exclus de la mesure de mise en observation et de placement volontaire. Quant aux hospitalisations sous contrainte, qui restent motivées par la notion de danger, il est dans ces cas là nécessaire d'y recourir. L'hospitalisation libre reste toujours possible et relève du consentement du tuteur légal.

Concernant les personnes âgées (séniles tel qu'il a été rapporté dans la loi de 85) Il est à relever que le législateur a été clair : « cette exclusion ne touche que les personnes dont l'affaiblissement des facultés psychiques constitue l'essentiel de la maladie ».

Les mesures d'hospitalisation sans consentement, en dehors de la mise en observation, restent applicables en dehors de cette catégorie.

Un autre point nous semble essentiel à soulever : le problème des sorties d'essai et permissions, qui à notre avis représentent un moyen assez sûr pour une insertion meilleure des patients hospitalisés stabilisés, et pour s'assurer de leur guérison significative après avoir bénéficié d'une prise en charge thérapeutique.

Dans ce cas les deux lois n'ont prévu aucun aménagement des conditions de prise en charge (sortie d'essai ou permission), impliquant un suivi médical et la possibilité de réintégration du sujet sans formalité particulière à tout moment, le dernier arrêté d'hospitalisation d'office étant toujours en cours.

Ces sorties d'essai dont le délai devrait être fixé par la loi, ne devraient pas excéder un mois (il s'agirait là d'un maximum).Elles pourraient s'effectuer non seulement au lieu de résidence du patient, au sein de sa famille, mais également dans certaines structures ne fonctionnant pas à temps plein.

Concernant la gestion provisoire des biens des malades en hospitalisation d'office, le législateur devrait introduire une mesure de protection souple, d'instauration et de levée rapide pour palier à certaines insuffisances .

La procédure est longue, elle nécessite un jugement désignant le tuteur vu le peu de souplesse de cette procédure ; en effet la levée de la tutelle ne se fait pas automatiquement avec la sortie du sujet mais un autre jugement est nécessaire. La gestion provisoire des biens du malade s'impose, en premier

lieu parce qu'il est dans l'incapacité physique (car détenu) et psychique temporaire, de pourvoir à ses intérêts.

### **Internement judiciaire :**

Dans le journal officiel du 16/02/1982 apparait le texte législatif régissant l'internement judiciaire, l'article 21 du code pénal : « *l'internement judiciaire dans un établissement psychiatrique consiste dans le placement en un établissement approprié par une décision de justice, d'un individu en raison du trouble de ses facultés mentales existant au moment de la commission de l'infraction ou survenue postérieurement. Cet internement peut être ordonné par toute décision de condamnation, d'absolution, d'acquiescement ou de non-lieu, mais, dans ces deux derniers cas, si la participation matérielle aux faits incriminés de l'accusé ou de l'inculpé est établie* ».

Depuis son institution par la législation l'internement judiciaire obéissait aux mêmes procédures que l'hospitalisation d'office. Entraîner un changement équivaldrait à une révolution avec toutes les répercussions négatives (nouveaux moyens, nouvelles habitudes).

Par ailleurs quelques suggestions nous semblent appropriées :

Ø Il faudrait que la sortie de même que le contrôle concernant les malades en internement judiciaire soient assimilés à celui des hospitalisations d'office

Ø Il faudrait prendre en compte le maintien de la procédure de main levée en cas d'absence de réponse du wali tel que prévu par la loi de 85 (pour ne pas chroniciser, perdurer l'hospitalisation des patients et favoriser ainsi une rapide et meilleure insertion).

Ø Introduction de textes précisant les mesures à prendre en cas de sortie sans autorisation :

Ø L'introduction des sorties d'essai et permissions pour les malades hospitalisés et stabilisés).

Ø Prévoir des textes plus appropriés concernant la protection des biens, qui se trouve dans un vide juridique et que le code de santé publique ne couvre que partiellement.

Ø Prévoir de réelles structures alternatives au niveau des hôpitaux.

### **III/Avant projet de loi de santé Mentale 2003 :**

La loi de santé mentale de 1985 a été critiquée et décriée par les professionnels de la santé et ce par manque d'arrêtés d'application en vigueur dans notre pays. Les placements d'office et administratifs, datant de 1982 réclamaient une nouvelle loi en urgence.

C'est ainsi qu'est venu le projet de loi de santé mentale de 2003 afin de régulariser le statut des médicolégaux qui se trouvaient hors champ juridique, mais hélas il est resté lettre morte et aujourd'hui une zone de non droit pour cette catégorie de criminels malades mentaux.

### **Critiques et propositions d'aménagement :**

#### **1/ La mise en observation d'office**

Un retour à la mise en observation d'office de la loi de 1976, avec quelques corrections est fortement recommandé du fait de la difficulté d'application de la mesure d'examen psychiatrique d'office due à la nouvelle organisation administrative territoriale.

Ø Qui ordonnera cette mise en observation d'office ?

Nous préférons à la judiciarisation, la mesure administrative.

Le président d'A.P.C. ou le commissaire de police en leur qualité d'agents d'exécution de police administrative générale à qui incombe la charge de maintien de l'ordre sont les personnes les mieux désignées pour ordonner cette mesure urgente de placement. qu'ils assument sous la surveillance du wali. Le wali sera informé dans les 24 heures de la mesure prise. Il s'agirait du wali de la wilaya ou se situe de l'établissement, qui en cas de désaccord pourra annuler cette mesure.

Cette mesure interviendrait lorsque le malade constituerait un danger du fait de sa maladie pour l'ordre public.sa protection et celle de la société.

La décision de mise en observation sera matérialisée par un arrêté du président d'A.P.C. ou une réquisition du commissaire de police et sera réalisée après :

Un procès verbal d'enquête.

Un bulletin de renseignements administratifs.

Un certificat médical qui sera délivré par tout médecin saisi à cette fin par l'autorité publique et n'interviendrait qu'après la constatation par l'autorité publique à l'origine de la demande, "du danger pour l'ordre public et la protection de la personne ou celle de son entourage".

Il attestera les troubles mentaux présentés par le sujet et le danger de ce dernier, et doit exposer les raisons de la mise en observation d'office.

Ce certificat dont la validité ne doit pas dépasser les quinze jours doit comporter les faits observés, exprimés en termes ne faisant pas ambiguïté et décrivant le trouble mental de manière à le rendre si évident qu'il serait convaincant pour une personne étrangère à l'art médical. Il devra être conclu par "la nécessité d'être admis en observation d'office dans un service de psychiatrie", et devra être joint à l'ordre de mise en observation d'office.

Le délai d'application de cette décision ne devra pas dépasser 48 à 72 heures.

L'arrêté communal ou la réquisition du commissaire de police devra stipuler :

L'objet de l'ordre de mise en observation.

Le visa des lois, décrets et arrêtés en vertu desquels cet ordre est pris.

Les circonstances datées et localisées pour lesquelles cet ordre est pris.

Le motif.

L'identité réelle ou présumée.

Le lieu de destination, l'ordre d'y transporter et d'y maintenir le sujet.

Le lieu et date de la décision de mise en observation d'office.

Les personnes désignées pour exécuter cet ordre.

Les noms et titres du signataire de cet ordre.

Ø Qui exécutera l'ordre de mise en observation d'office ?

C'est l'autorité publique à l'origine de l'ordre qui sera tenue d'accompagner le malade dans toutes les procédures médicales et administratives de son hospitalisation.

Le patient sera hospitalisé dans un service ou unité fermée.

« Créer et organiser des structures spécialisées est indispensable. L'institution et la réglementation de ces structures devront être définies dans le cadre de l'organisation sanitaire. Ceci permettrait aux services libres de jouer pleinement leur rôle et d'être plus "ouverts" ».

Ø Quelle sera la durée de la mise en observation d'office ?

Quinze jours nous semblent une période suffisante pour apporter une décision définitive.

Au terme de cette période, le médecin psychiatre de l'établissement devra décider :

Soit la sortie du malade qui se fera sans formalités chez tout patient présentant une amélioration.

Soit le maintien du sujet en hospitalisation libre.

Soit avec l'accord de la famille du malade ou de toute personne étrangère à l'établissement d'accueil prenant intérêt du malade, prendre l'initiative d'un placement volontaire conformément aux dispositions légales en cette matière, et si les motifs à l'origine de la mise en observation d'office (dangerosité) ne sont plus présents, ou une hospitalisation d'office.

### **2/L'hospitalisation d'office :(hospitalisation d'autorité au long court)**

Cette mesure intervient chez un patient déjà hospitalisé et dont l'état demeure incompatible avec la sortie, et que celui-ci représente un danger pour lui, pour l'ordre public ou pour son entourage. Elle intervient donc :

Au décours d'une hospitalisation libre.

Au décours d'un placement volontaire.

Au terme d'une mise en observation d'office.

Ø Qui ordonnera l'hospitalisation d'office ?

C'est le wali de la wilaya ou se situe l'établissement ou est actuellement hospitalisé le sujet qui ordonne l'hospitalisation d'office sur l'initiative du

médecin psychiatre de l'établissement.

Le psychiatre établit une requête motivée dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure nécessaire, cette requête est transmise par le directeur de l'établissement, au wali de la wilaya dont relève de l'établissement.

Cette mesure devient effective après délivrance par le wali d'un arrêté d'hospitalisation d'office. Cet arrêté est fait sous forme régulière des arrêtés de wilaya et portera les mêmes indications que celles que nous avons énoncées pour l'ordre de mise en observation d'office.

La loi doit prévoir une période durant laquelle, le malade peut être maintenu en instance d'une prise de décision d'hospitalisation d'office.

Une période d'une semaine, à compter de la date de la notification par le wali de la réception de la requête nous semble être un maximum. Ce sursis provisoire à la sortie cesse de plein droit à l'expiration du délai d'une semaine, si aucune décision n'est parvenue à l'établissement hospitalier et le malade ne peut en aucun cas être maintenu au-delà.

Ø Qui exécutera l'ordre d'hospitalisation d'office ?

C'est à l'hôpital ou le sujet se trouve actuellement hospitalisé qu'est donnée la charge du transfert au cas où le sujet doit être admis au sein d'un autre établissement.

Cette hospitalisation d'office ne peut, s'effectuer qu'au sein d'un service fermé. Sa durée sera étudiée en fonction de l'évolution et de la disparition des éléments à l'origine de la mesure.

Ø Quant à la sortie elle peut intervenir ;

- Lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune la sortie du malade hospitalisé d'office,

Dans ce cas, il adresse au wali de la wilaya localité de l'établissement une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office. Cette requête doit être transmise dans les 24 heures par le directeur de l'établissement hospitalier, au wali qui statue.

En l'absence de décision du wali, la main levée de l'hospitalisation d'office est acquise d'office après un délai d'une semaine à compter de la date de notification de la réception de la requête de levée d'hospitalisation d'office.

- A tout moment, par décision du wali de la wilaya où est sis l'établissement, il est établi alors un arrêté de levée d'hospitalisation d'office qui devra stipuler les circonstances datées et localisées par lesquelles cet ordre est donné.
- Par décision de justice, par ordonnance du président du tribunal, saisi par lui-même, le procureur de la république, le patient ou toute personne portant intérêt au malade, après jugement en référés et débat contradictoire, intervient cette situation événementielle.

Le médecin psychiatre de l'établissement établit un certificat de sortie du malade selon les règles en usage dans les services de psychiatrie. Ce certificat sera transcrit sur le registre de la loi et une copie est transmise par le directeur de l'établissement d'accueil au wali de la wilaya à laquelle est assujéti l'établissement, chargé d'en adresser une copie au procureur de la république du tribunal dont relève l'établissement et au procureur de la république du tribunal du lieu de résidence habituelle du malade.

La loi doit impérativement s'intéresser aux sorties d'essai, elle doit habiliter le psychiatre traitant de l'établissement à octroyer des sorties d'essai aux malades présentant une stabilisation de leur maladie avec disparition des

signes de dangerosité.

A cet effet, le psychiatre de l'établissement établit un certificat de sortie d'essai qu'il communique au directeur de l'établissement. Ce dernier est tenu d'en aviser le wali de la wilaya où se situe l'établissement. Ce certificat sera transcrit sur le registre de la loi.

La durée de la sortie d'essai ne peut excéder un mois et peut être renouvelée dans les mêmes conditions.

En cas de "sortie sans autorisation", le médecin psychiatre de l'établissement doit prévenir d'urgence le directeur de l'établissement qui avisera le wali de la wilaya lieu de résidence de l'établissement en lui transmettant le certificat de sortie sans autorisation rédigé obligatoirement à ce sujet par le psychiatre.

Ce certificat doit établir si, de l'avis du psychiatre, le sujet est ou non dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes ; et si sa réintégration est ou non souhaitable. et doit toujours conclure à la réintégration du sujet en cas de persistance d'un danger.

Un délai à la réintégration du malade "sorti sans autorisation" doit être fixé par la loi. Ce délai pourra être d'une durée d'un mois à compter de la date de "sortie sans autorisation". Passé ce délai, les formalités pour une nouvelle hospitalisation d'office deviennent nécessaires, si l'état du patient le nécessite toujours.

### **3/Mesures de surveillance de contrôle et de protection :**

#### **A/L'établissement de certificats doit être à la base du contrôle.**

Ils ne concerneraient que l'hospitalisation d'office,

Ø **Le certificat de 24 heures** qui suit l'admission du malade hospitalisé d'office, est rédigé par le psychiatre de l'établissement et constate l'état de la personne hospitalisée. Une copie du certificat est transmise au wali de la wilaya dont dépend l'établissement.

Ø **Le certificat de quinzaine et les certificats semestriels.** Ces certificats médicaux circonstanciés confirmant ou infirmant, s'il y a lieu. les observations contenues dans le précédent certificat doivent préciser notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation.

#### Ø **Les autres certificats**

- Certificats de situation : rédigés par le psychiatre de l'établissement de façon spontanée ou bien à la demande du wali ou du procureur de la république.
- Certificat de sortie sans autorisation.
- Certificat de sortie d'essai.
- Certificat de sortie définitive.

Ces certificats sont transmis dans les 24 heures par le directeur de l'établissement au wali de la wilaya siège de l'établissement. Ce dernier est tenu, dans les 24 heures qui suivent leur réception, d'en transmettre une copie au procureur de la République du tribunal régissant l'établissement et au procureur de la république du lieu de résidence habituelle du malade.

**B/Dans tout établissement pourvu d'un service fermé recevant des malades en hospitalisation d'office, il est tenu un registre "le livre de la loi" côté et paraphé par le président de l'A.P.C, siège de l'établissement. Sur ce registre doivent être transcrit dans les 24 heures :**

Les noms, prénom(s), profession, âge et domicile des personnes admises en hospitalisation d'office, La date de l'hospitalisation (Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous mesure de protection du malade),

Les certificats prévus par la loi, que le directeur doit adresser aux autorités administratives, Les dates, durées et modalités des sorties d'essai, ainsi que les levées d'hospitalisation d'office et Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui en application de la loi visitent l'établissement.

**C/Tous les établissements recevant des malades en hospitalisation d'office doivent être visités régulièrement par :**

- > Le wali, le président du tribunal, le président de l'A.P C tous les semestres.
- > Le procureur de la république systématiquement une fois tous les trois mois.

Ces personnes doivent prendre connaissance du "livre de la loi" et sont tenues de contrôler le respect des libertés.

**D/ La loi doit permettre l'introduction d'un recours contre toute décision d'hospitalisation d'office. Ce recours doit être ouvert :**

- > A la personne hospitalisée, son tuteur ou curateur, le conjoint, tout parent ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade.et le procureur de la république.

Ce recours consiste en l'introduction d'une simple requête devant le président du tribunal du lieu de situation de l'établissement.

Le président du tribunal peut également se saisir d'office à tout moment pour ordonner qu'il soit mis fin à une hospitalisation d'office.

Le président du tribunal statue après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires et ordonne s'il y a lieu, la sortie immédiate du malade.

### **E/Un autre point doit être débattu : il concerne la protection des biens des malades mentaux**

Les sujets en hospitalisation d'office doivent bénéficier de mesures de protection, concernant notamment la gestion de leurs biens.

Nous envisageons deux possibilités :

- Opter pour une loi dé-spécifiée. Le code de la famille aborde cet aspect. La critique essentielle est que les mesures adoptées par ce code sont lourdes et difficilement applicables.
- Ou créer une loi spécifique concernant uniquement les sujets en hospitalisation d'office. Les mesures de protection seraient alors intégrées à la loi de santé mentale.

Le législateur doit penser à instaurer une mesure de protection souple, et de levée rapide, assujettie à la mesure d'hospitalisation d'office.

### **F/ La loi doit reconnaître à la personne atteinte de troubles mentaux hospitalisée d'autorité des droits,**

Le malade hospitalisé d'autorité doit disposer en particulier du droit ;

- > De communiquer avec : Le wali.

Le président du tribunal.

Le président d'A.P.C.

Le procureur de la république.

> De consulter le règlement Intérieur de l'établissement et de connaître les explications qui s'y rapportent, de voter, de recevoir et émettre des courriers.

**G/Des dispositions pénales devraient être intégrées au texte de loi dans un souci de protection contre l'arbitraire,**

Ces dispositions s'appliqueraient.

**Au directeur de l'établissement hospitalier :**

> S'il retient une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie est ordonnée ou la main levée obtenue.

> S'il omet de fournir au wali les certificats médicaux en temps voulu.

> S'il supprime ou retient une requête ou réclamation adressée à une autorité.

**Au médecin :**

> S'il supprime ou retient une requête ou réclamation adressée à une autorité.

> En cas de refus ou omission d'établir les certificats dans les délais prévus.

**4/L'internement judiciaire :**

L'internement judiciaire est une mesure de la législation, cette mesure est l'équivalent de l'hospitalisation d'office. Elle intervient en raison du trouble des facultés mentales existant au moment de la commission de l'infraction ou survenu postérieurement.

Nous citons l'article 177 :

**Alinéa 3** : le président de la chambre d'accusation (après avoir été saisi) désigne un rapporteur pour instruire le dossier notamment, pour requérir l'avis obligatoire de la commission de santé mentale de wilaya et demander à la juridiction qui a connu de l'affaire des éléments du dossier pénal. Il peut entendre toute personne susceptible d'éclairer la juridiction.

**Alinéa 4** : lorsque l'instruction du dossier est terminée, le rapporteur dresse un rapport qui doit relever tous les éléments du dossier et doit conclure si la levée de l'hospitalisation n'est pas de nature à constituer un danger pour le malade et pour ses tiers.

**Alinéa 5** : le président de la chambre d'accusation fixe la date d'audience et informe les requérants ou leurs représentants, les quels pourront faire à l'audience des observations orales.

L'audience se déroule à huis clos et la décision est, après délibération prononcée en audience publique.

L'internement judiciaire obéissait aux mêmes procédures que l'hospitalisation d'office. Cette manière de fonctionner n'a jamais connu de difficultés, de graves perturbations ou d'incidents pouvant justifier un changement quelconque dans les procédures. Au contraire la loi se devrait de venir légaliser ce qu'est en droit et une habitude.

Pour cela nous suggérons que la sortie de même que le contrôle concernant les malades en internement judiciaire soit assimilée à celui des hospitalisations d'office,

- Le maintien de la procédure de main levée en cas de non réponse du wali tel que prévu par la loi de 1985.

Introduire les sorties d'essai. Ainsi que des articles concernant les « sorties sans autorisation » ou évasions.

### **5/Pour une meilleure application de la loi :**

Un certain nombre d'aspects doivent être pris en charge par les autres textes réglementaires, décrets, arrêtés, circulaires, etc.

A /La préparation matérielle de l'arrêté d'hospitalisation incombe aux bureaux compétents de la wilaya, la gestion de cet aspect doit être attribuée à un service unique qui sera identique pour toutes les wilayas. Ce service n'a pas à être spécifiquement et uniquement chargé des hospitalisations d'office.

- Cette tâche incomberait logiquement au service qui a en charge les aspects relatifs au maintien de l'ordre et à la police administrative. Dans l'organisation actuelle il s'agirait de la direction de la réglementation et des affaires générales.

- Fonction de l'importance des dossiers à gérer : un bureau des malades mentaux pourrait être organisé au sein de cette direction. Cette structure devient une nécessité dans les wilayas siège d'hôpitaux psychiatriques ou s'effectuent des hospitalisations d'office. Ce bureau sera chargé alors, en sus de la préparation matérielle de l'arrêté d'hospitalisation, du suivi des hospitalisations d'office. C'est à son niveau que sera traitée toute la correspondance administrative (certificats édictés par la loi) concernant les malades admis en hospitalisation d'office.

B/ Les procédures doivent être uniformes sur tout le territoire national afin d'éviter ainsi les disparités relevées entre les wilayas et parfois même au sein d'une même wilaya. Les pièces nécessaires à la prise de la décision de mise en observation d'office et d'hospitalisation d'office doivent être réglementées, les imprimés nécessaires normalisés.

- C/ Le bureau des entrées des structures recevant des malades en hospitalisation d'autorité aura un rôle important :

- C'est à son niveau que le dossier administratif de tout sujet en hospitalisation d'office sera déposé, dossier qui comportera toutes les pièces administratives concernant cette hospitalisation "Le livre de la loi" sera déposé à son niveau.

- C'est lui qui veillera à la transmission des différents certificats édictés par la loi.

- C'est par lui que transitera tout le courrier administratif relatif au sujet en hospitalisation d'office.

D/ La spécificité des services fermés rend nécessaire une réglementation précise qui prendra en charge tous les aspects d'organisation et de gestion.

. Ce règlement intérieur déterminera les règles administratives de leur fonctionnement.

## **En Conclusion :**

Nous assistons actuellement à un déficit qui est double : déficit en moyens humains et en structures de soins qui vont de la consultation à l'hospitalisation en passant par le déficit en thérapeutique (la part des psychothérapies est infime, la nomenclature des médicaments offre un éventail limité en produits pharmaceutiques, les ruptures en médicaments sont fréquentes).

Du fait de la mauvaise répartition géographique du potentiel humain et des structures de soins qui se trouvent concentrées au niveau des grands pôles urbains, ce déficit s'est accentué.

Cet état de fait est secondaire à l'absence d'une politique de soins en santé mentale. L'ébauche d'une politique de soins en santé mentale amorcée par la loi de 1976 a été abandonnée sans qu'elle soit remplacée par une quelconque autre alternative.

Quoi qu'il en soit de ces débats très vifs, on peut remarquer que les lois précédentes soulèvent inquiétude.

C'est sans doute pourquoi le législateur doit prévoir un réexamen pour savoir comment les dispositions de la loi seront ou non appliquées et quelles modifications devront y être apportées.

### **Conclusion de l'étude épidémiologique :**

Ainsi dans notre enquête épidémiologique prospective :

La grande majorité de nos malades sont hospitalisés pour le traitement de l'état de violence ayant généré un acte, mais aussi pour essayer de prévenir la récurrence.

Mais à part les psychopathes, de loin la catégorie fréquemment rencontrée est celle des psychoses schizophréniques délirantes, paranoïaques et débiles mentaux.

Nous avons souligné dans ce travail toute l'évolution des lois de 1838 à 1976 et de 1976 à 1985, nous avons constaté que cette période de non droit du placement d'office judiciaire dure de 1982 à nos jours. La notion de dangerosité a été largement débattue dans ses aspects théoriques et pratiques, car dans l'internement la dangerosité est l'élément décisif qui désignera celui que l'on doit en raison de son étrangeté, exclure de la communauté humaine.

Dans les mesures de contrôle, nous avons souligné qu'à travers toutes les lois de 1838 à 1985, que sur un plan strictement juridique, c'est la juridiction administrative qui est compétente pour examiner la légalité de décision, c'est-à-dire le respect des formes, dans la rédaction des différents documents alors que c'est la juridiction judiciaire qui se prononce pour juger de l'atteinte aux libertés.

C'est ainsi que nous avons souligné que la dangerosité peut être comprise de différentes manières. Si l'on ne s'intéresse qu'à son aspect purement psychiatrique, c'est l'essentielle décision d'une hospitalisation après un non lieu en raison du trouble à l'ordre public et à la sécurité des personnes. L'évolution de l'état de démence demeure le pilier de la réforme de loi de santé publique en Algérie.

La judiciarisation de la décision d'internement pose le problème de la fin de l'internement et de la sortie du criminel malade mental. Elle était administrative jusqu'à l'année 1962 et à 1982, une période de non droit de 1982 jusqu'à présent.

Cette solution a l'avantage de permettre la prise en compte de l'avis de justice sans que celle-ci paraisse imposer sa solution.

La sortie étant décidée par l'autorité administrative et l'autorité judiciaire en est totalement absente. Celle-ci est décidée par le médecin chef, les faits reprochés à l'aliéné étant approximativement connus des médecins, d'où les difficultés facilement compréhensibles.

Ces polémiques sur la judiciarisation des placements ne sont pas closes mais la raison juridique doit être essentiellement pratique.

En effet c'est l'anti-judiciarisation qui faisait la psychiatrie ancienne et c'est dans une période d'ambiguïté de la psychiatrie, mais aussi de demande victimologique que la justice et le droit reprennent l'offensive.

Entre l'unilatéralité de la raison juridique et le champ médico-juridique de la psychiatrie publique il y'a place pour des innovations incluant une meilleure qualité de soins et conjointement des avancées notables au niveau des libertés.

En attendant une loi prenant en compte l'article 21 du code pénal, le service médico-légal de Blida, continue à appliquer les modalités d'hospitalisations du placement d'office judiciaire en y ajoutant une attention particulière aux victimes.

## **Conclusion Générale :**

L'apparition, puis le développement de la psychiatrie dans la société sont en effet profondément inscrits dans son histoire mentale, culturelle, idéologique et juridique. Elles en sont en quelque sorte une des expressions les plus fondamentales comme si on pouvait lire, à livre ouvert, la société à travers sa conception anthropologique de la «folie», de la «maladie mentale».

De la folie avec cette connotation péjorative qu'on connaît, les fous ont été métamorphosés en malades mentaux.

La maladie mentale n'est guère une maladie comme les autres, puisque le cadre législatif en perpétuelle évolution demeure nécessaire pour protéger ceux qui en sont atteints.

Depuis des siècles, l'évolution de la psychiatrie s'est manifestée par une efficacité de soins et par le développement des connaissances scientifiques. La disparition grâce à la psychopharmacologie des états d'agitations violentes a transformé l'atmosphère des institutions, a transformé le malade mental en permettant un niveau appréciable d'adaptation sociale.

L'époque actuelle semble marquée par le déplacement de l'attitude ségrégative vers une attitude thérapeutique. Des courants divers ont contribué à l'émergence de la psychanalyse, à l'apparition de la psychopharmacologie et des neurosciences et à celle du courant des aliénistes, attitude qui amènera un renouveau des discussions médico-légales des placements d'office en internement judiciaire.

De l'indépendance au 05 juillet 1975, la loi française du 30 juin 1838 a été automatiquement reconduite avec l'ensemble de l'équipement législatif et réglementaire hérité de l'époque coloniale et qui pouvait, être accepté par l'état algérien comme "non contraire à la souveraineté nationale".'

Cette loi de 1838 a longtemps été critiquée et considérée comme vieillissante. Force nous est de reconnaître qu'au troisième millénaire elle demeure un arsenal médico-juridique incontournable pour les hospitalisations d'autorité.

Cette reconduction visait d'une part, à éviter la constitution d'un vide législatif. Elle ménageait d'autre part, une période de transition permettant au droit algérien nouveau de se constituer et de venir progressivement se substituer au droit français et colonial jusque là en vigueur. Cette période transitoire s'achèvera au 05 juillet 1975.

Toute législation n'est valable que par la manière dont elle est appliquée malheureusement cette loi promulguée en 1976 n'a jamais connu d'application effective.

Dix ans après, alors que la situation n'avait guère évoluée, une autre loi de santé mentale est promulguée en 1985. Cette dernière en l'absence de décrets d'application connaîtra le même sort sur le plan fonctionnel.

- De 1975 à 1976 une période sans loi, de fonctionnement hors de toute législation.

- De 1976 à 1985 : la première loi algérienne, celle du 23 octobre 1976 est venue combler ce vide de près de 18 mois. Malheureusement faute de décrets et de circulaires d'application, faute de moyens humains, matériels et logistiques mais également compte tenu de l'impact de la loi de 1838 dans tous les rouages hospitaliers et administratifs, cette loi fut méconnue des acteurs et n'a

guère trouvé de solution pratique.

- De 1985 à ce jour : nouveau code de santé publique, nouvelle loi de santé mentale, celle du 16 février 1985.

Une nouvelle loi ? Plutôt une nouvelle version, étriquée, vidée de son sens, de la loi de 1976. Elle également ne connaîtra pas de véritable application avec toutes les conséquences d'ordre juridique, administrative et médicale.

L'absence de textes d'application ne peut expliquer à elle seule, l'anarchie qui régit actuellement les hospitalisations en psychiatrie. Penser qu'à elle seule une loi régissant les hospitalisations va résoudre tous les problèmes est un leurre. Un texte n'est qu'un élément, important certes, mais sans doute pas suffisant pour décrire et orienter une pratique soignante. Une telle loi doit s'intégrer dans une politique de santé mentale cohérente répondant aux besoins de santé mentale de la population.

En psychiatrie, l'hospitalisation en général, et l'hospitalisation d'autorité en particulier constituent le sommet de la pyramide. La construction de cette pyramide commence par sa base : l'instauration d'une politique de soins en santé mentale, intégrée à la politique de santé en générale. Or en près de quarante ans d'existence, le pays ne s'est doté d'aucune politique concrète, d'aucun modèle d'organisation, en matière de santé mentale. La prise en charge psychiatrique se trouve compromise et à fortiori la mise en application médico-juridique des hospitalisations d'autorité.

Le retard mis dans l'élaboration des textes d'application est à l'origine d'une situation paradoxale, l'existence d'une loi telle une épée de Damoclès au dessus de la tête du psychiatre qui se sent tenu de s'y conformer mais sans

savoir comment, le plaçant dans deux registres de fonctionnement, celui du formel et celui de l'informel, position qui est des plus inconfortables.

### **Un cadre légal à revoir**

Procéder, dans le cadre d'un large processus participatif, à la refonte de la loi relative à la prévention des maladies mentales et à la protection et au traitement des malades mentaux, harmonisée avec les normes internationales et adaptée aux nouvelles réalités de la santé mentale en Algérie. L'objectif est non seulement de combler les lacunes du texte en vigueur, mais aussi d'enrichir le futur texte par l'expérience de terrain de tous les acteurs, les bonnes pratiques relevées et les savoirs acquis.

Une politique de santé mentale à concevoir et à mettre en œuvre  
Faire de la qualité de service et de vie, de la dignité inhérente à la personne humaine, du droit égal de tous à la santé mentale et physique, des objectifs primordiaux et transversaux de toutes les politiques et de tous les programmes de santé mentale ;

Adopter d'urgence une politique publique de santé mentale distincte et intégrée, claire dans ses objectifs, précise quant aux moyens mobilisés et évolutive, à partir d'un débat public et d'une concertation avec toutes les parties intéressées ou concernées par les questions de la santé mentale, et avec le concours de l'expertise nationale et internationale

# Références Bibliographiques

## BIBLIOGRAPHIE

**Françoise Cabanel et Lungeri Patricia** , « Psychiatrie-sociale : quelques réflexions en guise d'idées... » Empan 2005/2 (n° 58), 176p, 64-70p.

**Baratta A .et al.** La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. A propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas. L'information psychiatrique 2012 ; 88 :559-64.

**CAILLATA.S, Horreard.A.S, Kottler.C.** "Les méthodes d'évaluation de la dangerosité" les dangers, p286.

**Rivière Alexandra** « Histoire des psychothérapies » <http://www.psychologue-riviere.com/histoire-des-psychotherapies/.consulté> le 20 janvier 2015.

**Baratta Alexandre, Morali Alexandre,** « Les traitements biologiques en psychiatrie entre la seconde moitié du XIXe siècle et la première moitié du XXe siècle. », *L'information psychiatrique* 6/2010 (Volume 86) , p. 539-547.

**Article 21**/code pénal Algérien ; 196 p .titre II .p 9bis.

**Article 47**/code pénal Algérien ; 196 p .titre II.chapitreII ;p 14bis.

**GravierB., LustenbergerY.** / Communication « L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question », *Annales Médico Psychologiques* 163 (2005), p 668–680.

**Bergeret J,** *La violence fondamentale*, (1984), Paris, Payot, *La violence et la vie*, (1994) Paris, Payot.

**GIBELBERNARD** "Pensée, mémoire, folie: Réflexions d'un clinicien » 2013 - Science, chapitre 7, 148, 150, 151p.

**BhugraD,** *Psychiatry in ancient Indian texts, a review*, vol 3, 1992, 167 -186p.

**Bouchard J.-P.** Violences, homicides et délires de persécution/Violence, homicide and delirium of persecution. *Annales Médico Psychologiques* (Paris), 2005, n° 10, Vol.163, 820-826.

**-Brothwell, Don R.**, Digging up Bones; the Excavation, Treatment and Study of Human Skeletal Remains, 1963. Article disponible sur:  
[https://fr.wikipedia.org/wiki/histoire\\_des\\_troubles\\_mentaux\\_note-Dening1996-10](https://fr.wikipedia.org/wiki/histoire_des_troubles_mentaux_note-Dening1996-10).

Bulletin de psychiatrie, Bulletin N°20, Edition du 7 avril 2011 Mise à jour du 18 août 2011 version 180811.

**Bulletin de psychologie**, Volume 59 Groupe d'études de Psychologie de l'Université de Paris., 2006, p 481 à 483.

**Debuyst C.**, « Le concept de personnalité dangereuse considéré comme expression d'un point de vue » in C. Debuyst (dir), Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique, Paris Genève, Masson, Médecine et hygiène, 1981, p. 19-34.

**Debuyst C.**, « Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs : la personnalité (criminelle) », *Déviance et société*, 1977, volume 1, numéro 4, 363-387p.

**LOUZOU M. C.** Législation de santé mentale en Europe – la documentation française – 1990.

**Gheorghiev Charles et al.** « DANGÉROSITÉ ET MALADIE MENTALE », L'information psychiatrique 2008/10 - Volume 84, p941 à 947.

**DEBUYST Christian**, La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie, *Criminologie*, n°2, 1984, pp.7-24.

**Quétel Claude, Pierre Morel**, Les fous et leurs médecines de la Renaissance au xxe siècle, [Revue d'histoire de la pharmacie](#) Année 1981 Volume 69 [Numéro 248](#) pp. 57-58.

**COCOZZA J. J., STEADMAN H. J.** The failure of Psychiatric Predictions of Dangerousness: clear and convincing evidence *Rutgers Law Review*, 29 (1976), p1084-1101.

**Ginestet D.** « historique et classification des antidépresseurs », Lavoisier Paris, 2013, 1, 2, 3p.

**Labreure David** « Michel Foucault, Psychiatrie et médecine », [http://www.memoireonline.com/06/07/479/m\\_michel-foucault-psychiatrie-et-medecine32.html](http://www.memoireonline.com/06/07/479/m_michel-foucault-psychiatrie-et-medecine32.html), consulté le 5 février 2015.

Delay et Deniker, 38 cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de 4560 RP, comptes-rendus du Congrès d'aliénation et de neurologie de langue française, Paris, Masson, 1952, p. 497-502.

**Cottin Delphine et ShantiHabets**, La folie et ses traitements, <https://perso.helmo.be/jamin/euxaussi/sante/folie.html>, consulté le 15 JUILLET 2015.

**DSM-IV**. Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. GUELFY et al. Masson, Paris, 1994.

**DegreeffE**. Amour et crimes d'amour. Bruxelles : édition Charle. Dessart, 1942.

**ToulouseE.**, « Le mouvement français de prophylaxie mentale. Congrès international d'hygiène mentale à Washington. 1930 », La prophylaxie mentale, 1930, n° 25, p.204.

**MillaudF**. Maladie mentale et violence. In Proulx J, Cusson M, Ouimet M Eds. Les violences criminelles, 1999 :p 267-288.

**Fattah E**, « Vers une typologie criminologique des victimes », revue internationale de criminologie et de police technique, volume XXI/2, 1967, p113-124

**FIDELLE Christine**, « La criminalité des malades mentaux », Master II Thèse en Droit pénal et Sciences pénales Année 2009 / 2010, 147p.

**Millaud Frederic** « Le passage à l'acte », 2eme édition, Paris, masson 2009.

**Millaud Frédéric**, « Criminologie », vol. 29, n° 1, 1996, p. 7-23.

**Fiechter-Boulevard Frédérique**, « Des liens entre la criminologie et le droit pénal : propos autour de la notion de « dangerosité », Archives de politique criminelle, 2009/1 (n°31), 263-290p.

**LandronG.**, « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés », Déviance et Société, 1995, p. 3-21.

**VidalG., J. Magnol**, Cours de droit criminel et de science pénitentiaire, 9<sup>ème</sup> éd., 1949, p. 308.

**G.BALLET**, L'expertise médico-légale et la question de responsabilité, (1907), suivi de la discussion avec JOFFROY, REGIS, GRASSET, etc., L'Harmattan, Paris, 1999.

**BerriosGE**, « *The origins of psychosurgery* », History of Psychiatry, vol. 8, 1997, p. 61–82 ([DOI 10.1177/0957154X9700802905](https://doi.org/10.1177/0957154X9700802905)).

**Georges Alex GERMAIN** « L'ÉVOLUT ON JUR D QUE DES SO NS PSYCH ATR QUES SANS CONSENTEMENT EN France DE L'ANC EN RÉG ME A LA LO DU 05 JU LLET 2011 » décembre 2011,134p, 18-20-22-33-34-35p.

**Lantéri-LauraGeorges**, « Evolution de la fonction d'expert au pénal : du code de 1810 à la circulaire Chaumié » in H. Grivois (dir.), Les monomanies instinctives : funestes impulsions, Paris, Masson, 1990, p. 39-60.

**Coté Gilles**, « De la dangerosité à l'évaluation du risque », psychologie Québec, Mai 2011.

**GOLDFARB et BAUDOUIN** « Histoire de la psychiatrie, de l'antiquité à nos jours » 1986 actualisé en 1991, disponible sur : <http://www.ch-charcot56.fr/index.php/histoire-de-la-psychiatrie.html>, consulté le 20 février 2015.

**GORWOOD P.**, « Autres troubles psychotiques », dans GRANGER B. (sous la direction de), La psychiatrie d'aujourd'hui, Paris, Odile Jacob, 2003, p.133-146.

**Gravier B.** « Comment évaluer la dangerosité dans l'expertise psychiatrique pénale et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation »p 151-162.

**EYH.** « Histoire de la Psychiatrie » E.M.C. Psy N° 2 – 1955 – 37005 A20 « La Folie et les valeurs humaines » Etude psychiatrique N° 1 Bibliothèque neuro- psychiatrique de langue Française DESCLEE et BROWER et Cie 1952 « Dynamisme et mécanisme » Etude psychiatrique N° 2 « Le développement mécaniste de la psychiatrie à l'abri du dualisme » Etude psychiatrique N° 3 « La notion de maladie Mentale » étude psychiatrique N°4 « Introduction à la Psychiatrie » E.M.C. 2 – 1955 – 37005 A 10 « La psychiatrie psycho-sociogénétique » E.M.C 2 – 1955 – 37005 A 20.

**LÔOH.**, « Toxicomanies ou pharmacodépendances non alcooliques », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Paris, Masson, 1990, p.309- 317.

**BARTHEH.N.- OSTAPTZEFFG.**« Législation psychiatrique Française » E.M.C. Psy. 10.81 – 37901 A 10.

**BARTE H.N. ,OSTAPTZEFF G. ;** Criminologie clinique. Masson 1992. P 04.

**HallH.V.**, Predicting dangerousness for the courts. Am. J. Forensic Psychiatry 1984; 5(2): p77-96.  
Brunner Han et *al.*, « Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A », *Science*, 262, 1993.

**Monahan J**« Predicting violent behaviour; an assessment of the clinical techniques. Sage publications,1981.

**MonahanJ**, « The prediction of violent criminal behavior, a methodological critique and prospectus», in U.S, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, WASHINGTON, 1978, p244-269.

**ADES J.** « Alcoolisme », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Paris, Masson, 1990, p.211-215.

**LEYRIE J.** Manuel de Psychiatrie légale et de criminologie clinique Paris : 1977.

**PradelJ.**, L'expertise psychiatrique, in L'expertise, Travaux du Colloque des Instituts d'études judiciaires, Angers, 1994, Dalloz, 1995, p. 11.

**CHEVALIERJ.-F.,LEMPÉRIÈRE Th**« Troubles psychiques liés à l'épilepsie », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Paris, Masson, 1990, p.202-209.

**DubreucqJ.-L, JoyalC.,MillaudF.**, Risque de violence et troubles mentaux graves, *Annale Médico-psychologique.*, 2005 ; 163 : 852-65.

**J.-L SENNINGER.**, « Dangerosité psychiatrique », *Santé mentale*, 128, 2008, p. 16-21.

**MICHELJacques** « Par-delà la loi du 30 juin 1838 : la rationalité juridique » *L'information psychiatrique*, vol. 64, n° 6,1988.

**James Davies**, 1962, « Toward a theory of Revolution », *American Sociological Review*, vol. 27, n° 1, février, p. 5-19.

**JANET P.**, Les névroses, Editions Ernest Flammarion, Paris, première édition 1909, 397 pages.

**COLOMBIER Jean et DOUBLET F.** Introduction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison –Éditions originale de 1785 – Imprimerie Royale.

**Danet Jean**«La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante », revue champ pénal,volume v /2008, varia

**Laplanche Jean et Jean Bertrand Pontalis**, « Vocabulaire de la psychanalyse", 1967, Éd.: Presses Universitaires de France, 2007, Coll.: Quadrige Dicos Poche ([ISBN 2130560504](#)).

**OulèsJean**, Soins aux malades mentaux, Librairie Le Livre, 1972.

**PinatelJean**, « La criminologie d'aujourd'hui », Déviance et société, Geneve 1977, volume I, n°1,87-93p.

**NoëlMissaJean-** : Naissance de la psychiatrie biologique. Paris, PUF, 2006,[ISBN 2-13-055114-9](#).

**SenningerJL.** Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37- 510-A-10. Paris : Elsevier Masson SAS, 2007.

**Daudé Juliette**, Les causes d'irresponsabilité et d'atténuation de la responsabilité pénale, Actualités juridiques.

**DavidsonK.**,Historical aspects of mood disorders,vol 5, 2006,115-118p.

**Kinbergolof** « Les problèmes fondamentaux de la criminologie, centre Français de droit comparé, Paris, Cujas, 325p.

**ROURE L.** « L'état dangereux, Aspects sémiologiques et légaux » Masson 1991 : 172p.

**Lamothe, P., Gravier, B.** « Facteurs objectifs de détermination de la responsabilité pénale ». In F. Koenraadt and M. Zeegers (Eds), "Trends in law and mental health. Utrecht" : Gouda Quint, 1988: p260-265.

**Lande RG.** The dangerous patient. J Fam Pract 1989 ; 29 :74-8.

**LandryMichel.** – *L'état dangereux. Un jugement déguisé en diagnostic*, Paris, L'Harmattan, 2002.

**Guignard** Laurence, « L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, entre classicisme et défense sociale », *Champ pénal*, XX. XIV<sup>e</sup> Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005, consulté le 05 février 2015. <http://champpenal.revues.org/368>.

**Le Bihan P, Bourgeois M.** « Crimes et violences dans les troubles affectifs ». *Confrontations psychiatriques* 2008;(47):121-47.

**Le dictionnaire Littré**, « danger », définition, <http://www.littre.org/definition/danger>, consulté le 20 janvier 2015.

**Lisbonne et Camboulives**, « Une proposition de loi française de protection sociale relative aux délinquants mentalement anormaux », *Annales de médecine légale*, 1938, pp. 561-599.

**Loi N° 85-05 du 16 Février 1985.** Relative à la protection et à la promotion de la santé (*Journal officiel de la République Algérienne* du 17 février 1985 : 122-140).

**LORENZ K**, *L'agression, une histoire naturelle du mal*, Paris : Flammarion, 1969.

**Fineltain Ludwig**, « LES CLASSIFICATIONS EN PSYCHIATRIE »,

**Benezech M, Le Bihan P, Bourgeois ML.** *Criminologie ET psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-906-A-10. Paris : Elsevier Masson SAS, 2002.

**Zou Yishuang M D.**, *History of chine psychiatry*, Société chinoise de psychiatrie 20 février 2005.

**Voyer M**, Comment évaluer le risque de violence des malades mentaux ? Des méthodes actuarielles aux méthodes d'évaluation partagées dans l'équipe soignante, in *Audition Publique HAS, Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011.

**Bénézech M.**, « Introduction à l'étude de la dangerosité » *Les dangerosités*, p. 7 ; voir plus particulièrement « Evaluation et prédictivité » p.15.

**BenezechM.**, Réflexion sur le passage à l'acte et la responsabilité pénale du criminel: perte d'objet, démence juridique, à propos de l'affaire M., *Annales médico-psychologiques*, 1978, p 136, 10, 1184-1191.

**DESRUELLESM.– BERSOT H.** « Note sur les origines arabes de l'assistance aux aliénés » communication au XLII Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue Française – Alger 6-11 Avril 1938.

**M.Doyle, Dolan M**, Standardized risk assessment, *Psychiatry*, 2007, 6 (10): 409-14

**M. FOUCAULT** « Histoire de la Folie à l'âge classique » Gallimard 1972.

**HANNOUZM. M , HAKEM A.R.** Précis de droit médical – Alger O.R.U 1991 : 183.

**M. SCHOU** « Cinquante ans de traitement par le lithium », *L'Encéphale* Vol 26, N° 2 - avril 2000.

**HARDY-BAYLÉM.-C., HARDY P., CORRUBLE E., PASSERIEUX C.**, Enseignement de la psychiatrie, 2ème édition, Doin, 2003, 295 pages.

**TabtiMadjid**, these "l'internement judiciaire", 2008, 290p, 16-17-18-19-20-22p.

**RennevilleMarc**, « La dangerosité en psychiatrie : perspective historique », cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, octobre 2011, n°37.

**KaluszynskiMartine**, « Le retour de l'homme dangereux, Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages », revue champ pénal, volume v/2008, varia.

**Meggitt JJ**, The madness of king Jesus, vol 29, 2007, p 379.

**Voyer Mélanie**, « Dangerosité psychiatrique et prédictivité », *L'information psychiatrique*, 2009/8 (Volume 85), p745-752.

**MENZIES, R.J., C.D. Webster, B.T. Butler and R.E. Turner**, "The Outcome of Forensic Psychiatric Assessment: A Study of Remands in six Canadian Cities", (1980) *7 Criminal Justice and Behavior* 471-480;

**MICHAUDY.**, Violence et politique, Paris : Gallimard, coll. "Les essais", 1978, p.20.

**BénézechMichel**, « Introduction à l'étude de la dangerosité », page 15..

**CaireMichel**, *Journal Français de Psychiatrie*, 2013.

**FoucaultMichel**, « Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir » in *Dits et Ecrits*, Quatro Gallimard, Paris, 1994, p1392.

**LaferrièreMichel**, « Les pièges de l'antipsychiatrie », *Philosophiques*, vol. 4, n° 2, 1977, p. 267-276.

**TansellaMichele**, « *The scientific evaluation of mental health treatments: an historical perspective* », *Evidence Based Mental Health*, vol. 5, n° 1, 2 Janvier 2002, p. 4-

**Moreau RicaudMichelle** Une « utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle, édition L'Esprit du temps, 2004, 200p, 95-108p.

**BakiriMohamed Abdelfattah**, thèse « La Loi Algérienne de santé mentale », 1980, tome i 194 p. 10,11,13 p.

**Monahan J., Steadman H., Silver E. and coll.** Rethinking risk assessment. The Mc Arthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press 2001.

**MOSER (G)**, L'agression, Paris : PUF, Coll. "Que sais-je ?", 1987, 125 pages.

**Laurent BonneN.**, Les origines de l'irresponsabilité pénale du somnambule, dans : *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé* 2013/3, p. 547-558.

**DeraboursNelly**, « Les définitions de la violence », troisième partie, *serpsy*, [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/violence%28s%29/nelly3.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/violence%28s%29/nelly3.html), consulté le 20 janvier 2015.

**CastanNicole**, « Du grand renfermement à la révolution » in J. -G Petit (Éd.), *Histoire des galères, bagnes et prisons*, Toulouse, Privat, 1991, p. 45-77; (p71).

**Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al.** Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 1012-6.

**ORDONNANCE 76-79 DU 23 OCTOBRE 1976** portant code de la santé publique en Algérie.

**DENIKERP., OLIÉJ.-P.** « Dérèglements de l'humeur. États dépressifs et maniaques », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈ Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Paris, Masson, 1990, p.105-129.

**RosattiP.** (sous la direction de), *L'Expertise médicale : de la décision à propos de quelques diagnostics difficiles*, Vol. 2, Ed. Médecine et Hygiène.

**Raoult Patrick Ange**, « Figures de la dangerosité : de la monomanie au tueur en série », *Bulletin de psychologie*, 2006/1, n°481, édition groupe d'études de psychologie, 31-39p.

**F.PETITJEAN** « La personnalité antisociale (Dyssociale) », dans FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (sous la direction de), *Les troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion, Médecin-Sciences, 2002, p.171-184.

**Pierre-Ludovic Lavoine**, « Approche nosographique de la dangerosité » *Santé mentale* n°128, Mai 2008, p29-30.

**R. Vienne**, "Considérations sur la psychologie, l'origine de l'état dangereux et les facteurs de réadaptation des multirécidivistes", Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 1957, pp. 53-63.

Langeais Raymond, Grands systèmes de droit contemporains : approche comparative, 2<sup>e</sup> éd., Litec, 2008 ([ISBN 978-2-7110-1034-9](https://doi.org/10.1017/9782711101034)), p. 386, 387, 388,389.

**Duvergier** Recueil Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838, <http://goo.gl/KvLgZ>

**Bartholomew Robert and Erich Goode**(2000) Mass Delusions and Histerias Highlights from the Past Millennium,

**lefort Robert**« Antipsychiatrie », Encyclopaediauniversalis, consulté le 5 janvier 2015,<http://www.universalis.fr/encyclopedie/antipsychiatrie/>.

**RODIÈRE C., LEMPÉRIÈRE Th.** « Troubles psychiatriques chez les arriérés mentaux à l'âge adulte », dans DENIKER P., LEMPÉRIÈRE Th., GUYOTAT J. (sous la direction de), Précis de psychiatrie clinique de l'adulte, Paris, Masson, 1990, p.211-215.

**RIDHARym - Fakhreddine HAFFANI** « L'ETAT DANGEREUX », septembre 2005.

**FREUDS**, Pulsions et destins des pulsions, dans Métapsychologie, Paris : Gallimard, Coll. "Idées", 1940.

**LézésS.**, Les Politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains, 2008, Champ pénal / Penal Field, V,

**SENNINGER (J.L), FONTAA (V)**, Psychopathologie des malades dangereux, Paris : Dunot, 1996, 173 pages, p9.

**TriboletSerge, George Desous**, « Etat dangereux et dangerosité, définition criminologique », Droit et psychiatrie guide pratique, 1995,354p, p193 ,194.

**TriboletSerge.** La Folie, un bienfait pour l'humanité, 2004, Santé édition, collection Humanités, 191 pages.

**CrampagneSophie** « Evaluation de la dangerosite dans le cadre de l'expertise psychiatrique penale » Thèse soutenue pour l'obtention du doctorat en médecine, 9 Oct 2013.

**hanafyYoucef,A,YoucefFatmaA, et Dening T R**, Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society ,vol 7, 1996,55-62p.

# ANNEXXES

# **1- LOI DU 23 OCTOBRE 1976**

## **TITRE IV**

### **ASSISTANCE, TRAITEMENT ET PROTECTION DES MALADES MENTAUX**

#### **CHAPITRE I.**

#### **DES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES**

Art 144 - Chaque wilaya dispose d'au moins un service hospitalier public, destiné de manière spécifique, à traiter des malades dont les troubles mentaux constituent soit l'unique maladie, soit la maladie principale.

Le traitement des malades mentaux à l'hôpital psychiatrique de wilaya pourra s'effectuer selon les modèles d'accueil, de séjour et de traitement appropriés suivants :

- hospitalisation selon les dispositions du présent titre ;
- hospitalisation à temps partiel.
- traitements ambulatoires ;
- consultations simples ou prolongées périodiques ;
- tout autre mode d'accueil, de séjour et de traitement susceptible d'amener le malade à un état de stabilisation, de sédation ou de guérison de ses troubles.

Art 145 - L'hôpital psychiatrique de wilaya devra avoir pour emplacement la ville chef-lieu de la wilaya ou de préférence la ville ayant, dans la wilaya, la plus forte population d'habitants en charge.

L'hôpital psychiatrique de wilaya devra être situé dans les limites géographiques du secteur sanitaire principal de cette même ville.

Art 146 - L'hôpital psychiatrique de wilaya est tenu de recevoir et de traiter, selon les modalités visées à l'article 144, les malades mentaux des deux sexes.

Il dispose, à cet effet, d'équipements répartis en proportions adéquates fixées par

décision du ministre chargé de la santé publique, et révisables par la même autorité.

Art 147 - Sur proposition de la section de psychiatrie et d'hygiène mentale de l'institut national de la santé publique, la capacité de l'hôpital psychiatrique de wilaya est fixée par décision du ministre chargé de la santé publique.

Toute augmentation de capacité d'hospitalisation sera soumise dans les mêmes conditions à approbation par décision du ministre chargé de la santé publique.

Art 148 - Des informations hospitalières ou extrahospitalières destinées à la prévention, au dépistage, au traitement ou à la prise en charge d'enfants ou d'adolescents des deux sexes, âgés de moins de 16 ans, dont les troubles ou les déficiences mentales constituent soit l'unique maladie, soit la maladie principale, pourront être créées en tout point de la wilaya.

Art 149 - Dans les limites géographiques de la wilaya, le secteur psychiatrique regroupe l'ensemble de l'infrastructure psychiatrique publique spécialisée et différenciée, desservie par l'ensemble des personnels spécialisés ou non spécialisés ; œuvrant en coordination étroite vers la prise en charge de la totalité des problèmes d'hygiène et de santé mentales de la population.

La création de secteurs psychiatriques est du ressort du ministère de la santé publique qui fixe, par décision et pour chaque secteur psychiatrique, la composition, les limites géographiques et le schéma d'organisation interne et de fonctionnement.

Une wilaya pourra comporter un ou plusieurs secteurs psychiatriques.

Un secteur psychiatrique pourra comporter une ou plusieurs wilayas.

Art 150 - Institution thérapeutique et ré-adaptative dans sa globalité, l'hôpital psychiatrique de wilaya sera dirigé par un médecin psychiatre directeur, assisté d'un médecin directeur adjoint et d'un directeur adjoint chargé des affaires administratives et de la gestion économique de l'établissement.

Art 151 - Les hôpitaux des villes sièges de wilaya, devront comporter un service de psychiatrie dirigé par un médecin psychiatre qualifié.

Ces services seront destinés au traitement et à l'hospitalisation de malades mentaux des deux sexes, domiciliés dans les limites géographiques de la wilaya.

Les malades mentaux en situation d'hospitalisation d'office ne relèveront pas de ces services.

La capacité de ces services sera fixée par décision du ministre de la santé publique, sur proposition de la section de psychiatrie et d'hygiène mentale de l'institut national de la santé publique.

Art 152 - Dans les hôpitaux de villes sièges de daïra, ne comportant ni psychiatre, ni

personnel qualifié, il pourra être créé une unité hospitalière, techniquement rattachée au service de médecine générale, destinée à l'accueil provisoire de malades mentaux des deux sexes.

Ces malades y recevront les premiers soins pour une période d'hospitalisation ne pouvant excéder 15 jours, à l'issue de laquelle ils devront être transférés soit vers l'hôpital dit chef-lieu de wilaya, soit vers l'hôpital psychiatrique de wilaya.

La capacité de ces unités hospitalières de Daira sera fixée par décision du ministre chargé de la santé publique, sur proposition de la section de psychiatrie et d'hygiène mentale de l'institut national de la santé publique.

Art 153 - Tout hôpital psychiatrique et tout service de psychiatrie des hôpitaux sont tenus de comporter dans leurs locaux un service, ouvert et un service de placement.

Art 154 - Un hôpital psychiatrique national de sûreté sera réservé à l'hospitalisation, traitement et gardiennage de malades mentaux en situation d'hospitalisation d'office judiciaire présentant de surcroît un danger particulier et extrême, habituel et durable.

Les besoins, des services psychiatriques inter-wilayas pourront être créés par décision du ministre chargé de la santé publique et seront organisés suivant le modèle de l'hôpital psychiatrique national de sûreté.

L'ouverture des services visés dans les premiers alinéas du présent article, ainsi que leurs règlements intérieurs sont soumis à approbation préalable du ministre chargé de l'intérieur et du ministère chargé de la justice.

Art 155 - Tous les établissements publics destinés à l'accueil et aux soins des malades mentaux sont placés sous la direction et le contrôle de l'autorité publique.

Art 156 - La création d'hôpitaux psychiatriques, de services de psychiatrie des secteurs sanitaires et de service d'accueil provisoire des malades mentaux dans les hôpitaux, visés au présent chapitre, est subordonnée à une autorisation du ministre chargé de la santé publique.

Art 157 - Est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé publique, l'ouverture de tout établissement ou la création de tout organisme ayant pour objet l'accueil, l'hébergement, l'assistance, le traitement ou la réadaptation des infirmes mentaux, notamment les centres de rééducation pour oligophrènes, les internats et externats médico-pédagogiques et les établissements pour personnes âgées dont l'affaiblissement psychique constitue l'essentiel de la maladie.

Art 158 - Les règlements intérieurs des hôpitaux psychiatriques, des services de psychiatrie des hôpitaux, des services d'accueil provisoire ainsi que de tout organisme ayant pour objet l'accueil et le traitement des malades mentaux seront soumis à l'approbation du ministre

chargé de l'intérieur et du ministre chargé de la justice.

## **CHAPITRE II.**

### **DE L'HOSPITALISATION DES MALADES MENTAUX.**

#### ***Section 1. De l'hospitalisation en service ouvert***

Art 159 - L'hospitalisation en service ouvert de psychiatrie n'est soumise à aucune réglementation particulière.

L'hospitalisation en service ouvert fait suite à l'établissement par le médecin psychiatre du dit service d'un bulletin d'admission rédigé selon les règles d'admission en usage dans tout secteur sanitaire.

La sortie d'un malade hospitalisé en service ouvert de psychiatrie, n'est soumise à aucune réglementation particulière.

Cette sortie devient effective dès l'établissement par le médecin psychiatre traitant, d'un bulletin de sortie rédigé selon les règles de sortie en usage dans tout hôpital.

La sortie a un caractère obligatoire dès que le malade ou sa famille, ascendants directs, conjoint, descendants directs majeurs, collatéraux au 1er degré majeurs, oncle ou tante directe en formulant la demande écrite.

Il en sera de même lorsque la demande écrite de sortie sera formulée par le curateur ou le tuteur du malade.

Dans le cas où les personnes désignées à l'alinéa 5 de l'article 159 ci-avant, devaient requérir la sortie alors que le malade s'y oppose, il sera tenu compte d'abord de l'avis de ce dernier, à la condition qu'il soit majeur et capable.

#### ***Section 2. De la mise en observation***

Art 160 - La mise en observation d'un malade s'effectue dans le service d'admission de l'hôpital psychiatrique ou du service de psychiatrie du secteur sanitaire.

Art 161 - La mise en observation a lieu :

- > soit à la demande du malade lui même,
- > soit sur présentation du malade, à l'autorité médicale d'un service spécialisé visé à l'article 160, par la famille du malade par son curateur ou encore par son tuteur.
- > soit sur présentation du malade, à l'autorité, médicale d'un service spécialisé visé à l'article 160, par toute personne privée prenant intérêt du malade.
- > soit sur présentation du malade, à l'autorité médicale d'un service spécialisé visé à

l'article 160, par toute personne publique prenant intérêt du malade ; wali, président d'assemblée populaire communale, commissaire de police, responsable de gendarmerie ou leurs représentants dûment mandatés.

Art 162 - La mise en observation à lieu sur le vu d'une demande de mise en observation. La demande de mise en observation est rédigée à l'adresse du médecin psychiatre de l'établissement.

La demande de mise en observation comportera les indications suivantes : état civil, situation de famille, adresse du domicile habituel, profession et moyens d'existence du malade.

La demande de mise en observation comportera l'état civil, la profession, l'adresse du domicile habituel du demandeur ainsi que le degré de parenté ou la nature des relations de celui ci avec le malade.

La demande de mise en observation devra mentionner, de façon aussi précise et aussi détaillée que possible, les raisons qui ont motivé la présentation du malade à l'hôpital et les troubles du comportement du malade.

La demande de mise en observation devra être signée de son auteur.

Art 168 - Seul le procureur général près la cour ou le wali sont habilités à prendre la décision de mise en observation.

Art 169 - La décision de mise en observation d'office devra être obligatoirement introduite par l'une des deux pièces suivantes :

- un certificat médical établi par tout docteur en médecine, attestant les troubles mentaux présentés par le malade et le danger de ce dernier conformément aux termes de l'article 167 ci dessus.
- une attestation établie par une assistante sociale ou à défaut par un agent paramédical spécialisé assermenté établissant la notoriété publique des troubles mentaux présentés par le malade et le danger de ce dernier conformément aux termes de l'article 167.

Art 170 - Les attestations et certificats visés à l'article 169, destinés au wali et au procureur général, devront être conclu par la formule « ce malade doit être mis en observation d'office dans un service ou hôpital psychiatrique ».

Art 171 - Les signataires de l'attestation et du certificat médical visés à l'article 169 engage leurs responsabilités professionnelles et civiles respectives.

Art 172 - Aucun des signataires des attestations et certificats visés à l'article 169 ci dessus, ne doit présenter de liens de parenté directe ou indirecte avec le malade à mettre en

observation d'office.

Nul ne peut attester ou certifier la demande de mise en observation d'un parent ascendant ou descendant, d'un conjoint, d'un collatéral, frère ou sœur d'un oncle, d'une tante.

Nul ne peut attester ou certifier la demande de mise en observation d'office du conjoint, des personnes énumérées à l'alinéa précédent.

Art 173 - Nul ne peut décider la mise en observation d'office d'un parent, ascendant ou descendant, d'un conjoint, d'un collatéral frère ou sœur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

Art 174 - La décision de mise en observation d'office est exécutoire immédiatement et sans délai.

Art 175 - La durée de mise en observation ne peut excéder 15 jours, y compris pour la mise observation d'office.

Art 176 - Le médecin psychiatre de l'établissement est habilité à décider la sortie du malade mis en observation avant le délai de 15 jours dès qu'il estime que l'état du malade rend injustifiée la prolongation de sa mise en observation.

Art 177 - Le médecin psychiatre de l'établissement devra obtenir, au préalable, l'accord du procureur général ou du wali, auteur de la décision de mise en observation d'office, avant d'autoriser la sortie du malade soumis à celle ci.

Art 178 - Au terme du délai de 15 jours de toute mise en observation simple ou d'office, le médecin psychiatre de l'établissement devra décider :

- soit de la sortie du malade.
- soit différer la sortie du malade pour une période d'observation et de traitement complémentaire de deux mois maximum.
- soit décider avec l'accord de la famille du malade, prendre l'initiative d'un placement volontaire.
- soit décider d'une hospitalisation d'office conformément aux dispositions prévues aux articles 188, 189, 190 et 191.

Art 179 - Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre doit mettre fin sans délai et sans formalités à l'hospitalisation d'un malade présentant une amélioration compatible avec sa sortie, sous réserve des dispositions prévues à l'article 177 ci-dessus.

Art 180 - Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre de l'établissement peut décider de différer la sortie du malade pour une période d'observation et de traitements complémentaires, d'une durée ne pouvant excéder deux mois, non

renouvelable.

A l'échéance de cette dernière période, une décision définitive devra être prise ; elle signifiera pour le malade intéressé :

- soit la sortie,
- soit le placement volontaire,
- soit l'hospitalisation d'office.

La décision de mise en observation complémentaire sera portée sur le dossier médical du malade.

### ***Section 3. Du placement volontaire***

Art 181 - Au terme ou au cours de la mise en observation, le malade peut être placé sous le régime du placement volontaire, sur proposition du médecin psychiatre de l'établissement.

L'accord de la famille du malade ou du représentant dûment mandaté de celle-ci, est requis, nécessaire et suffisant pour toute transformation de mise en observation en placement volontaire.

L'accord de la famille sera matérialisé par une demande de placement volontaire dont la teneur sera transcrite sur le registre de la loi. L'exemplaire de cette demande de placement volontaire, reçu par le médecin psychiatre de l'établissement, revêtu de son accord et de sa griffe, sera déposé par lui, en un lieu sûr à la direction de l'établissement, à l'effet d'y être conservé et présenté à toute réquisition de contrôle des autorités compétentes désignées au chapitre III du présent titre.

Art 182 - Dans le cas où le malade n'ayant pas de famille est majeur et civilement capable, il peut lui-même établir la demande de placement volontaire le concernant.

Dans le cas où le malade n'ayant pas de famille est mineur ou civilement incapable, toute personne prenant son intérêt à l'exception du médecin psychiatre de l'établissement et de celle de tout préposé à l'établissement, pourra être désignée par le procureur de la république curateur ou tuteur du malade et remplira à l'un de ces titres, la demande de placement volontaire.

Art 183 - Dans les cas prévus par l'article 182, la demande de placement volontaire, ainsi que les décisions éventuelles du procureur près la cour, seront acheminées et conservées suivant la procédure décrite à l'article 181 et aux mêmes fins.

Art 184 - La mesure de placement volontaire est prise pour une durée de temps indéterminée.

Art 185 - La mesure de placement volontaire aux mesures de contrôle prévues chapitre III

du présent titre.

Art 186 - La sortie d'un malade placé volontaire se fera :

- > soit sur initiative du médecin psychiatre de l'établissement,
- > soit obligatoirement, dès qu'une requête de sortie est écrite signée et remise ou transmise au médecin de l'établissement par la personne qui a demandé le placement volontaire,
- > une des personnes ci-après désignées pourra demander et obtenir automatiquement, sauf opposition du malade majeur et civilement capable lui-même, la sortie du malade en placement volontaire,
- > un ascendant direct du malade,
- > un descendant direct majeur du malade,
- > le conjoint du malade,
- > un collatéral majeur du malade, frère ou sœur,
- > l'oncle ou la tante directe et majeure du malade,
- > le curateur ou le tuteur du malade.

#### ***Section 4. de l'hospitalisation d'office***

Art 187 - La mesure de placement volontaire est susceptible d'être transformée en hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article 201.

Art 188 - Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre de l'établissement peut prendre l'initiative de requérir une hospitalisation d'office.

Art 189 - La décision d'hospitalisation d'office est prise par un arrêté du wali, sur requête motivée du médecin de l'établissement, lorsque la sortie du malade est susceptible d'entraîner un risque vital pour lui, pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes.

Art 190 - Pour provoquer l'hospitalisation d'office, le médecin psychiatre de l'établissement adresse au wali une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure utile, les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade, les risques que peut engendrer la sortie de celui-ci.

Si le wali estime injustifiée la requête d'hospitalisation d'office, il le fait connaître au psychiatre et saisit automatiquement la commission de la santé mentale.

Art 191 - La décision d'hospitalisation d'office est prise pour six mois et peut être renouvelée tous les six mois par arrêté du wali sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement.

A cet effet, le médecin psychiatre de l'établissement adresse tous les six mois une nouvelle

requête motivée et détaillée.

Art 192 - Sous peine de nullité de l'arrêté provoqué du wali, sans préjudice des poursuites et de sanctions pénales encourues, le médecin psychiatre de l'établissement ne peut, en aucun cas, requérir une hospitalisation d'office pour un malade membre de sa famille en particulier parent ascendant ou descendant, conjoint, collatéral, frère ou sœur, oncle ou tante. Il ne peut requérir d'hospitalisation d'office pour les conjoints des personnes désignées à l'alinéa précédent.

Art 193 - Les personnes visées à l'article 192 ne peuvent, être hospitalisées ni sous le régime de la mise en observation, ni sous le régime de l'hospitalisation d'office, dans un établissement psychiatrique où exerce de manière habituelle un médecin psychiatre ayant avec elles des liens de parentés compris dans les degrés énoncés au même article 192.

Art 194 - Nul ne peut prendre d'hospitalisation d'office, concernant un parent ascendant ou descendant, un conjoint, un collatéral frère ou sœur, un oncle, une tante, ni leurs conjoints respectifs.

Art 195 - La sortie des malades hospitalisés d'office s'effectue dans les conditions suivantes : - Lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune la sortie d'un malade hospitalisé d'office, il adresse au wali une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office. Cette requête de levée d'hospitalisation d'office, devra parvenir au wali avant l'échéance des six mois à compter de la date du dernier arrêté d'hospitalisation d'office concernant le malade.

- Un accord du wali ou la simple notification au médecin psychiatre de l'établissement de la réception de la requête de levée de l'hospitalisation d'office, rend exécutoire immédiatement et sans délai la sortie du malade.

- Le médecin psychiatre de l'établissement établit à cet effet un bulletin de sortie du malade selon les règles habituelles de rédaction du bulletin de sortie en usage dans les secteurs sanitaires.

Art 196 - Dans le cas d'un avis défavorable émis par le wali et transmis au médecin psychiatre de l'établissement, la sortie du malade hospitalisé d'office ne pourra s'effectuer avant l'échéance de la dernière période de six mois couverte par l'arrêté d'hospitalisation d'office.

Au terme de ce délai, le médecin psychiatre de l'établissement sera libre d'autoriser la sortie du malade en hospitalisation d'office suivant la procédure décrite au 5<sup>ème</sup> alinéa de l'article 195.

Art 197 - Dans les conditions décrites au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 196, le wali et le médecin

psychiatre de l'établissement peuvent se munir séparément d'un recours auprès de la commission de la santé mentale qui tranchera par voie de double expertise dans les délais ne dépassant pas deux mois, à compter de la date d'introduction du recours.

Le recours auprès de la commission de santé mentale pourra être provoqué par la famille du malade, après avis favorable émis par le ministre de la santé publique.

Le recours auprès de la commission de santé mentale n'est pas suspensif de l'alinéa 2 de l'article 196.

Art 198 - Dans le cas où un malade hospitalisé d'office s'évaderait de l'établissement où il est maintenu en traitement, le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de prévenir d'urgence le wali et de lui adresser un certificat de situation faisant état des risques éventuels réels ou supposés de développement de réaction.

Art 199 - La sortie d'un malade hospitalisé d'office ne peut s'effectuer que dans les conditions prévues par les articles 195, 196 et 197 hormis les cas où suivant les dispositions prévues aux articles 223 et 224, elle est décidée par l'autorité judiciaire ou la commission de santé mentale.

Art 200 - L'hospitalisation d'office peut, à tout moment, sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement, et par décision du wali, être transformée en placement volontaire.

Art 201 - Inversement, le placement volontaire peut à tout moment, sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement et par arrêté du wali, être transformé en hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article 189, 190 et 191.

Art 202 - Le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de mettre fin sans délai, à toute forme d'hospitalisation du malade, dès que l'état de celui-ci présente une amélioration compatible avec sa sortie.

Art 203 - La requête de sortie pour cas d'un malade en tutelle, peut-être introduite par le tuteur, par le conjoint, par les ascendants directs, par les descendants directs, majeurs, par les collatéraux frère ou sœur majeurs, par l'oncle, par la tante ou par toute personne agissant dans l'intérêt évident du malade.

Art 204 - Les enfants et les adolescents non pervers, âgés de moins de 16 ans ne peuvent faire l'objet de mesures de mise en observation d'office, ni de placement volontaire, ni d'hospitalisation d'office.

Art 205 - Les personnes âgés de 65 ans et plus, dont l'affaiblissement des facultés psychiques constitue l'essentiel de la maladie, ne peuvent faire l'objet de mesure de mise en observation d'office, ni de placement volontaire, ni d'hospitalisation d'office.

Art 206 - Les malades visés dans les articles 204 et 205 seront hospitalisés dans les établissements prévus à l'article 157, suivant les règles d'hospitalisation communes en usage dans les secteurs sanitaires.

# **LOI DE SANTE MENTALE 1985**

## **TITRE III**

### **SANTE MENTALE 1985**

#### **CHAPITRE I**

#### **TRAITEMENT DES MALADES MENTAUX**

##### *Section 1 Structures*

Art. 103. - Les malades mentaux sont pris en charge dans l'une des structures suivantes:

- établissements hospitaliers spécialisés psychiatriques;
- services psychiatriques et services des urgences psychiatriques des hôpitaux généraux;
- unité du réseau sanitaire de base.

Art. 104. - Il est créé des unités hospitalières ou extrahospitalières destinées à la prévention, au dépistage, au traitement ou à la prise en charge d'enfants et d'adolescents des deux sexes, âgés de moins de 16 ans, dont les troubles ou les déficiences mentales constituent, soit l'unique maladie, soit la maladie principale.

##### *Section 2 L'hospitalisation en service ouvert*

Art. 105. - L'hospitalisation et la sortie d'un malade en service ouvert de psychiatrie n'est soumise à aucune réglementation particulière. L'hospitalisation en service ouvert fait suite à l'établissement, par le médecin psychiatre du dit service, d'un billet d'admission rédigé selon les règles d'admission en usage en ce domaine.

##### *Section 3 La mise en observation*

Art. 106. - La mise en observation d'un malade mental s'effectue dans un service psychiatrique.

Art. 107. - La présentation peut avoir lieu:

- soit par le malade lui-même;
- soit à l'autorité médicale d'un service spécialisé, par la famille du malade ou par son représentant légal;

- soit à l'autorité médicale d'un service psychiatrique, par toute personne publique prenant intérêt du malade, wali, président d'assemblée populaire communale, commissaire de police, responsable de gendarmerie ou leur représentants dûment mandaté.

Art. 108. - La personne qui aura présenté le malade est tenue d'accompagner celui-ci pendant les phases médicales et administratives de son hospitalisation, aux fins de fournir tous renseignements utiles.

Art. 109. - La mise en observation reste, dans tous les cas, subordonnée à la décision du médecin psychiatre de l'établissement auquel le mandat aura été présenté dans les formes décrites ci-dessus.

La mise en observation ne devient effective, qu'après établissement, au nom du malade, par le médecin psychiatre du service, d'un bulletin d'administration pour mise en observation.

Art. 110. - Toute personne physique privée ou publique, qui aura usé de la mise en observation d'une tierce personne, dans un but manifestement autre que celui de l'intérêt de celle-ci, sera passible de poursuites et de sanctions pénales.

Art. 111. - Seul le procureur général près la cour, ou le wali, sont habilités à prendre une décision d'examen psychiatrique d'office.

La demande d'examen psychiatrique d'office devra être, obligatoirement, introduite par un certificat médical établi par tout médecin attestant les troubles mentaux présentés par le malade et le danger de ce dernier, conformément aux dispositions de l'article 113 ci-dessous.

Art. 112. - Dans le cas où l'autorité publique le juge utile, notamment lorsqu'un danger estimé imminent est encouru, du fait de la maladie, par le malade lui-même ou par autrui, une décision d'examen psychiatrique d'office peut être prise par l'apposition au formulaire de demande d'examen psychiatrique de la mention "examen psychiatrique d'office".

Art. 113. - Le certificat médical visé à l'article 111 ci-dessus, destiné au wali ou au procureur général, devra être conclu par le formule: "ce malade doit être examiné d'office dans un service ou hôpital psychiatrique"

Art. 114. - Nul ne peut certifier la nécessité de l'examen d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un conjoint, d'un collatéral, frère ou sœur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

Art. 115. - Nul ne peut décider l'examen d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un collatéral, frère ou sœur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

#### ***Section 4 Le placement volontaire***

Art. 116. - Au terme ou au cours de la mise en observation, le malade peut être placé sous le régime du placement volontaire, sur proposition d'un médecin psychiatrique de l'établissement.

L'accord de la famille du malade ou représentant dûment mandaté de celle-ci est requis, nécessaire et suffisant, pour toute transformation de mise en observation en placement volontaire.

L'accord de la famille du malade sera matérialisé par une demande de placement volontaire dont la teneur sera transcrite sur un registre ad-hoc.

L'exemplaire de cette demande de placement volontaire, reçu par le médecin psychiatre de l'établissement, signé et revêtu de son accord, sera déposé à la direction de l'établissement, à l'effet d'y être conservé et présenté à toute réquisition des autorités compétentes.

Art. 117. - Dans le cas où le malade, n'ayant pas de famille, est majeur et civilement capable, il peut lui-même établir la demande de placement volontaire le concernant. Dans le cas où la malade, n'ayant pas de famille, est mineure ou civilement incapable toute personne prenant son intérêt, à l'exception du médecin psychiatre de l'établissement, pourra être désignée, par le procureur de la république, curateur ou tuteur du malade et remplira, à l'un de ces titres, la demande de placement volontaire.

Art. 118. - Dans les cas prévus par les articles 116 et 117 ci-dessus, la demande de placement volontaire ainsi que les décisions éventuelles du procureur général près la cour, seront acheminées et conservées suivant la procédure décrite au présent chapitre.

Art. 119. - La mesure de placement volontaire est prise pour une durée indéterminée.

Art. 120. - La mesure de placement volontaire est soumise aux mesures de contrôle prévues au chapitre II du présent titre.

Art. 121. - La sortie d'un malade en placement volontaire se fera:

- soit sur l'initiative du médecin psychiatre de l'établissement;
- soit sur la demande du malade lui-même, quand il est majeur et civilement responsable;
- soit obligatoirement, dès qu'une requête de sortie est écrite, signée et remise ou transmise au médecin de l'établissement par la personne qui a demandé le placement volontaire;
- soit par une des personnes ci-après désignées qui pourra demander et obtenir automatiquement sauf opposition du malade majeur et civilement capable lui-même la sortie du malade en placement volontaire;
- un ascendant direct du malade,
- un ascendant direct majeur du malade
- le conjoint du malade,
- un collatéral majeur du malade, du frère ou sœur
- l'oncle ou la tante directe et majeure du malade,
- le curateur ou tuteur du malade.

## ***Section 5 L'hospitalisation d'office***

Art. 122. - La mesure de placement volontaire peut être transformée en hospitalisation d'office conformément aux dispositions de la présente section.

Art. 123. - Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre de l'établissement peut prendre l'initiative de requérir une hospitalisation d'office.

Art. 124. - Sous réserve des dispositions prévues à l'article 129 ci-dessous, la décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali, sur requête motivée du médecin de l'établissement lorsque la sortie du malade est susceptible d'entraîner un risque vital pour lui ou un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes.

Art. 125. - Pour provoquer l'hospitalisation d'office, le médecin psychiatrique de l'établissement adresse, au wali, une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure nécessaire, les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade et les risques que peut engendrer la sortie de celui-ci.

Si le wali, après expertise médicale, estime injustifiée la requête d'hospitalisation d'office, il le fait connaître au psychiatre et saisit obligatoirement la commission de santé mentale prévue à l'article 126 ci-dessous.

Art. 126. - La commission de santé mentale est composée:

- d'un représentant du wali,
- d'un magistrat ayant rang de président de chambre à la cour, président de la commission.
- de deux médecins spécialisés en psychiatrie.

La commission examine la décision du wali et conclut par le bien fondé ou le mal fondé de celle-ci. Les décisions de la commission sont exécutoires.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 127. - La décision d'hospitalisation d'office est prise pour six mois, au maximum et peut être renouvelée par arrêté du wali, selon les modalités prévues aux articles 124 et 125 ci-dessus.

Art. 128. - Sous peine de nullité de l'arrêté du wali, et sans préjudice des poursuites et des sanctions pénales encourues, le médecin psychiatrique de l'établissement ne peut, en aucun cas, requérir une hospitalisation d'office pour un malade membre de sa famille, en particulier: parents, ascendant ou descendant, conjoint, collatéral, frère ou sœur, oncle ou tante. il ne peut requérir l'hospitalisation d'office pour les conjoints des personnes désignées à l'alinéa précédent.

Art. 129. - Nul ne peut prendre l'arrêté d'hospitalisation d'office concernant un parent ascendant, un conjoint, un collatéral, frère ou sœur un oncle, une tante, ni leurs conjoints respectifs.

Art. 130. - La sortie des malades hospitalisés d'office s'effectue dans les conditions suivantes.

Lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune la sortie d'un malade hospitalisé d'office, il adresse au wali une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office.

Cette requête de levée d'hospitalisation d'office devra parvenir au wali avant l'échéance fixée par le dernier arrêté d'hospitalisation d'office concernant le malade.

Un accord du wali, ou la simple notification du médecin psychiatre de l'établissement de la réception de la requête de levée d'hospitalisation d'office rend exécutoire, immédiatement et sans délai, la sortie du malade.

Le médecin psychiatre de l'établissement établit, à cet effet, un bulletin de sortie du malade, selon les règles habituelles de rédaction du bulletin de sortie en usage dans les services de santé.

Art. 131. - Dans le cas d'un avis défavorable, émis par le wali et transmis au médecin psychiatre de l'établissement, la sortie du malade hospitalisé d'office ne pourra s'effectuer avant l'échéance de la dernière période couverte par l'arrêté d'hospitalisation d'office.

Au terme de ce délai, le médecin psychiatre de l'établissement sera libre d'autoriser la sortie du malade en hospitalisation d'office.

Art. 132. - Dans les conditions décrites au 1er alinéa de l'article 131 ci-dessus, le wali et le médecin psychiatre de l'établissement peuvent exercer, séparément, un recours auprès de la commission de santé mentale, qui tranchera après double expertise dans des délais ne dépassant pas 2 mois à compter de la date d'introduction du ou des recours.

Le recours auprès de la commission de santé mentale pourra être exercé par la famille du malade.

Le recours auprès de la commission de santé mentale n'est pas suspensif des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 126 ci-dessus.

Art. 133. - Dans le cas où un malade hospitalisé d'office s'évaderait de l'établissement où il est maintenu en traitement, le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de prévenir d'urgence le wali et de lui adresser un certificat de situation faisant état des risques éventuels réels ou supposés de développement de réaction.

Art. 134. - La sortie d'un malade hospitalisé d'office ne peut s'effectuer que dans les conditions prévues par les articles 130, 131 et 132 ci-dessus, hormis les cas où elle est décidée par la commission de santé mentale.

Art. 135. - L'hospitalisation d'office peut à tout moment, sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement et par décision du wali, être transformée en placement volontaire.

Art. 136. - Les enfants et les adolescents non pervers, âgés de moins de 16 ans, ne peuvent faire l'objet de mesure d'examen psychiatrique d'office.

Art. 137. - Les personnes séniles, dont l'affaiblissement des facultés psychiques constitue l'essentiel de la maladie, ne peuvent faire l'objet de mesure d'examen psychiatrique d'office ni de placement volontaire, ni d'hospitalisation d'office.

Art. 138. - Les malades visés aux articles 136 et 137 ci-dessus, seront hospitalisés dans les établissements prévus à l'article 103 ci-dessus, suivant les règles d'hospitalisation communes en usage dans les services de santé.

## **CHAPITRE II**

### **LES MESURES DE CONTROLE PENDANT L'HOSPITALISATION**

Art. 139. - Lorsque la mise en observation est transformée en placement volontaire ou en hospitalisation d'office, le médecin psychiatre de l'établissement devra établir un certificat descriptif.

Art. 140. - Le contenu du certificat relatif aux malades en hospitalisation d'office sera porté sans délai, à la connaissance du wali qui a ordonné l'hospitalisation d'office et à celle des autorités judiciaires suivantes:

- le procureur général près la cour dont relève la commune du domicile habituel du malade;
- le procureur général près la cour relève la commune, siège de l'établissement psychiatrique d'hospitalisation du malade.

Art. 141. - Il est interdit d'employer le malade mental à des travaux, quelle que soit leur forme ou leur nature, pendant l'hospitalisation. Dans tous les cas, seul le médecin psychiatre de l'établissement peut prescrire, sous son entière responsabilité, des travaux à caractère ergothérapie pour la réinsertion sociale du malade.

Art. 142. - Dans chaque établissement où est organisé un service d'examen psychiatrique d'office, de placement volontaire ou d'hospitalisation d'office, il est tenu un registre coté et paraphé par le président du tribunal.

Les indications à consigner dans le registre sont fixées par voie réglementaire.

Art. 143. - Le wali et le procureur général près la cour peuvent, à tout instant, demander un certificat de situation du malade hospitalisé d'office, au médecin psychiatre de l'établissement.

Art. 144. - Le wali ou les personnes spécialement déléguées par lui, à cet effet, le procureur général près la cour dont relève la commune, siège de l'établissement, le président de l'assemblée populaire communale, siège de l'établissement, le directeur de la santé de la wilaya, siège de l'établissement, toute personne dûment déléguée par le ministre chargé de la santé, à cet effet, exercent la surveillance et le contrôle des établissements visés au présent titre. Ils sont chargés de visiter au moins deux fois par an ces établissements aux fins de recevoir les réclamations des personnes qui y sont placées et de prendre à leur égard tout renseignement propre à faire connaître leur proposition ou à améliorer leur sort.

Lors de ces visites, ils doivent prendre connaissance du registre, des dossiers individuels et se faire présenter tout malade.

## **CHAPITRE III**

### **LA MISE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE**

Art. 145. - Pour les malades susceptibles, faute de traitement continu ou réguliers, de devenir dangereux, la mise sous surveillance médicale est une mesure qui rend obligatoire, à titre externe, surveillance et traitement périodiques et réguliers. Cette mesure conservatoire et préventive peut s'appliquer à tout malade mental, quelle que soit la nature de son affection.

Art. 146. - La requête de mise sous surveillance médicale sera formulée par le médecin psychiatre traitant.

Art. 147. - La requête de mise sous surveillance médicale est adressée par le médecin psychiatrique traitant au wali. Le wali notifie au malade la décision de mise sous surveillance médicale. Cette décision est communiquée au médecin psychiatre traitant.

Art. 148. - La décision de mise sous surveillance médicale est prononcée pour une durée maximale de 6 mois, éventuellement renouvelable à la demande du médecin psychiatre traitant.

## **CHAPITRE IV**

### **LES VOIES DE RECOURS**

Art. 149. - Toutes les décisions prévues au présent titre peuvent faire l'objet de recours, dans les conditions et suivant les procédures fixées par la législation en vigueur.

## **CHAPITRE III**

### **DES MESURES DE CONTROLE PENDANT L'HOSPITALISATION**

Art 207 - Un dossier individuel doit être constitué et tenu à jour pour tout malade hospitalisé.

Ce dossier doit contenir les notes d'observations médicales hebdomadaires, le relevé détaillé des examens et traitements pratiqués ainsi que toute pièce ou correspondance intéressant le malade.

Art 208 - A partir du moment où, suivant les dispositions des articles 181, 187 et 188, la mise en observation est transformée en placement volontaire ou en hospitalisation d'office, le médecin psychiatre de l'établissement devra établir un certificat descriptif du comportement du malade, indiquant éventuellement le diagnostic de l'affection en cause.

- > Le 1er jour à compter de la transformation de la mise en observation en placement volontaire ou en placement d'office.
- > 15 jours après la date de cette transformation.
- > 30 jours après la date de cette transformation.
- > 6 mois après la date de cette transformation.
- > Puis tous les 6 mois.

Art 209 - Le contenu des certificats mentionnés à l'article 208 doit être transcrit sur le registre de la loi prévu à l'article 211.

Art 210 - Le contenu des certificats mentionnés à l'article 208, relatifs aux malades mentaux en hospitalisation d'office seront, en plus des dispositions de l'article 209, portés sans délai à la connaissance du wali qui a ordonné l'hospitalisation d'office et à celle des autorités judiciaires suivantes :

- Ñ le procureur près la cour dont relève la commune de domicile habituel du malade.
- Ñ Le procureur près la cour dont relève la commune siège de l'établissement Psychiatrique d'hospitalisation du malade.

Art 211 - Dans chaque établissement où est organisé un service de mise en observation d'office, de placement volontaire, ou d'hospitalisation d'office, il sera tenu un registre de la loi coté et paraphé par le président de l'A.P.C.

Ce registre concerne uniquement les malades hospitalisés d'office. Ce registre portera, pour chaque malade, les indications suivantes :

-état civil, âge, adresse du domicile habituel, profession du malade.

-Éventuellement, état civil et adresse de la personne ayant demandé l'hospitalisation du malade.

-Transcription des certificats prévus à l'article 208.

- Transcription de toute décision administrative ou judiciaire prise à l'égard du malade du fait de sa maladie mentale.

-Mention des visas de contrôle des autorités administratives ou judiciaires habilitées par la loi à cet effet.

-date de sortie du malade.

-état de santé mentale du malade à la date de sa sortie.

-éventuellement, adresse de destination du malade à sa sortie.

Art 212 - Le wali ou les personnes spécialement désignées par lui à cet effet, le procureur général près la cour dont relève la commune siège de l'établissement, le président de l'assemblée populaire communale de la commune siège de l'établissement, le directeur de la santé de la wilaya siège de l'établissement, toute personne dûment déléguée par le ministre de la santé publique, à cet effet, exercent la surveillance et le contrôle des établissements visés aux articles 144, 148, 151, 154 et 157. Ils sont chargés de visiter au moins deux fois par an ces établissements aux fins de recevoir les réclamations des personnes qui y sont placées et de prendre à leur égard tout renseignement propre à faire connaître leur position ou à améliorer leur sort. Lors de ces visites, ils devront prendre connaissance du registre de la loi, des dossiers individuels et se faire présenter tout malade.

Art 213 - Le wali et le procureur général près la cour peuvent à tout instant, demander un certificat de situation du malade hospitalisé d'office au médecin psychiatre de l'établissement.

## **CHAPITRE IV.**

### **DE LA MISE SOUS SURVEILLANCE MEDICALE**

Art 214 - Pour les malades susceptibles, faute de traitements continus ou réguliers, de devenir dangereux, la mise sous surveillance médicale est une mesure qui rend obligatoire, à titre externe, surveillance et traitements périodiques et réguliers.

Cette mesure conservatoire et préventive peut s'appliquer à tout malade mental, quelle que soit la nature de son affection. Elle pourra être prescrite en particulier, à des épileptiques caractériels, à des toxicomanes, à des alcooliques.

Art 215 - La requête de mise sous surveillance médicale sera formulée par le médecin psychiatre du service public où le malade a été hospitalisé.

Dans les mêmes conditions de l'alinéa 1<sup>er</sup>, la requête de mise sous surveillance médicale pourra être formulée par un malade n'ayant jamais été hospitalisé.

Art 216 - La requête de mise sous surveillance médicale sera adressée par le médecin psychiatre traitant au wali.

Le wali ou le directeur de la santé de la wilaya, fera connaître au malade la décision de mise sous surveillance médicale.

Cette décision sera communiquée au médecin psychiatre traitant et au médecin responsable de l'établissement psychiatrique concerné.

Art 217 - La décision de mise sous surveillance médicale est prononcée pour une durée maximale de 6 mois, éventuellement renouvelable par période de 6 mois à la requête du médecin psychiatre traitant

## **CHAPITRE V.**

### **LES VOIES DE RECOURS**

Art 218 - Un recours peut être introduit contre :

- les décisions de mise en observation.
- les décisions de mise en observation d'office.
- les décisions de mise en observation complémentaire prévues à l'article 180.
- les décisions de transformation de la mise en observation, en placement volontaire.
- les décisions de transformation de la mise en observation en placement d'office.
- les décisions de mise- sous surveillance médicale.

Art 219 - Le recours peut être formulé par :

- > le malade majeur et civilement capable,

- > le conjoint du malade, ses ascendants directs, ses descendants directs majeurs, ses collatéraux majeurs frère et sœur, son oncle, sa tante,
- > le curateur ou le tuteur du malade,
- > l'autorité administrative,
- > le procureur près la cour.

Art 220 - Le recours est transmis :

- au procureur près la cour,
- et à une commission de santé mentale composée de :

- Ñ un représentant du ministre de la santé publique,
- Ñ un représentant du wali,
- Ñ un magistrat ayant rang de président de chambre à la cour,
- Ñ deux médecins spécialistes de psychiatrie.

Art 221 - La commission de santé mentale est chargée de procéder à une enquête sur le bien fondé de la décision mentionnée à l'article 218, objet de recours.

Les résultats de cette enquête sont communiqués au procureur près la cour et à l'auteur de la décision contestée.

La commission doit conclure au bien-fondé ou au mal-fondé de la décision.

Art 222 -Quelles que soient les conclusions de l'enquête, si l'auteur de la décision contestée n'a pas répondu à l'expiration d'un délai de 10 jours, ou a confirmé sa décision, le procureur près la cour pourra :

- > ordonner une enquête complémentaire avec expertise par un médecin psychiatre autre que celui de la commission de santé mentale,
- > référer au tribunal pour provoquer un jugement, si au terme de cette enquête, la décision contestée paraît suspecte ou manifestement abusive.

Art223-Lorsqu'au terme d'un délai de 20 jours après la date de dépôt des conclusions de l'enquête menée par la commission de santé mental le procureur n'a ni ordonné une enquête complémentaire, ni référé au tribunal pour provoquer un jugement, il appartient à la commission de statuer sur le recours.

Art 224 - Les décisions de sortie prises par jugement ou par la commission de santé mentale sont transmises au médecin psychiatre de l'établissement où le malade est hospitalisé.

Art 225- Nul ne pourra retenir une personne placée ou hospitalisée d'office dans un établissement psychiatrique dès lors que sa sortie aura été décidée par l'autorité judiciaire ou la commission de santé mentale.

Art 226 - Le tuteur du malade n'a pas l'exclusivité de l'introduction du recours qui pourra être formulé par les personnes visées à l'article 216.

Art 227 - Dans le cas où le médecin psychiatre de l'établissement le jugerait utile, il pourra joindre au recours du malade, ou du représentant de celui-ci, un certificat médical donnant toutes précisions utiles sur l'état mental du malade. Ce certificat sera adressé au procureur près la cour et à la commission de santé mentale.

## **CHAPITRE VI.**

### **DE LA PROTECTION DES BIENS DES MALADES MENTAUX.**

Art 228 - Les biens des malades mentaux sont protégés conformément à la loi.

Art 229 - Un décret définira l'application aux malades mentaux des régimes de protection juridique, institués par le code civil et la législation relative à la famille.

# **LOIS DE SANTE MENTALE ETRANGERES**

## **1/Revue de la législation Française après 1985 :**

### **La loi du 27 juin 1990 :**

*Son intitulé* : «La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, et à leur condition d'hospitalisation», Cette loi n'a apporté que peu de modifications par rapport au placement volontaire et au placement d'office de la loi de 1838.

La première partie de la loi - (Des articles L 326.1 à L 330.1)

Précise les droits et garanties légales des personnes hospitalisées.

- «Nul ne peut être, sans son consentement, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux».

- «Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause».

Les principales innovations de cette loi sont :

La nécessité de deux certificats de médecin, dont l'un par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement pour « les hospitalisations à la demande d'un tiers »

La nécessité d'un certificat médical circonstancié d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil pour « L'hospitalisation d'office » l'institution d'une Commission départementale des hospitalisations psychiatriques chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés

### **La loi du 27 juillet 1992**

Modifie l'ancien article 64 du Code pénal.

L'article 122.1 précise que « *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* ».

## **La loi du 28 février 2008**

Relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Le premier objectif de la loi est de permettre de retenir dans des centres fermés les auteurs de crimes pédophiles qui, ayant été condamnés à 15 ans de réclusion ou plus, seront considérés comme encore dangereux à leur sortie de prison avec un risque persistant de récidive.

Cette décision de rétention étant sous la responsabilité des juges.

Cette loi a apporté une modification de la procédure de jugement des personnes considérées comme pénalement irresponsables pour causes de troubles mentaux.

Les juges ne pourront plus simplement notifier une ordonnance de non-lieu, mais devront prononcer une déclaration d'irresponsabilité pénale à l'issue d'une audience qui pourra être publique si les victimes le demandent.

## **Loi du 5 juillet 2011 :**

Cette loi émane directement du Président de la République ,elle a été demandée par celui-ci à la suite du meurtre à Grenoble en 2008 d'un étudiant par un malade mental en hospitalisation d'office et sorti sans permission.

L'objectif de cette nouvelle loi était sécuritaire.

Les principales innovations apportées par la loi «c'est avant tout la possibilité de prendre en charge les patients sous contrainte et non plus au moyen d'hospitalisations complètes».

La possibilité de soins ambulatoires sans consentement et une amorce de judiciarisation par le rôle donné aux juges des Libertés et de la Détention.

Titre : La 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

La Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques a modifié substantiellement la procédure d'admission aux soins psychiatriques sans consentement en introduisant plusieurs changements :

1. Il n'est plus question d'hospitalisations sans consentement mais de Soins Sans Consentement :

Dans ce cadre, les Hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) deviennent Soins sans consentement à la Demande d'un Tiers (SDT) et les Hospitalisations d'Office (HO) des Soins sans consentement sur Demande du Représentant de l'Etat (SDRE).

2. Ces Soins sont envisageables en Hospitalisation complète ou, en Ambulatoire après une période initiale d'hospitalisation de 72 heures (période d'observation). De part cette dernière et nouvelle modalité de prise en charge les anciennes sorties d'essai à durée limitée dans le temps disparaissent au profit de Programmes de Soins Ambulatoires sans Consentement, sans durée minimale ou maximale, pouvant prendre diverses formes conjuguées ou non (hospitalisation séquentielle, à temps partiel, consultation médicales spécialisées et visites infirmières à domiciles).

3. Le juge des libertés et de la détention (JLD) n'intervient plus seulement de manière facultative en cas de demande de mainlevée mais de manière systématique pour contrôler les hospitalisations sans consentement dans un délai de 15 jours maximum à partir de l'admission puis dans un délai de 6 mois maximum. Il porte notamment un regard particulier sur la rédaction des certificats médicaux dont la teneur et le nombre surtout est augmenté dans les premiers temps de l'hospitalisation.

4. Des procédures spécifiques renforcent par l'introduction d'un collège de 3 soignants l'examen de demande de sorties des patients aux antécédents d'Hospitalisation d'Office par décision d'irresponsabilité pénale ou de séjours en Unité pour Malades Difficiles.

Les nouvelles dispositions de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisations établies par la loi du 5 juillet sont les suivantes :

1. Trois types de Soins sans consentement à la demande d'un tiers SDT sont possibles :

- SDT dite de procédure normale s'appuyant sur deux certificats médicaux et une demande de tiers. Le premier certificat émane obligatoirement d'un médecin n'appartenant pas à l'établissement d'accueil.

- SDT dit d'Urgence ou avec risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, avec une demande de tiers et un seul certificat pouvant émaner d'un médecin appartenant à l'établissement d'accueil.

- SDT dit de Péril Imminent, lorsqu'aucun tiers n'a pu être trouvé, ne nécessite qu'un certificat médical mais émanant obligatoirement d'un médecin n'appartenant pas à l'établissement d'accueil.

2. Deux types de soins sans consentement à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) pour lesquelles un médecin généraliste peut-être sollicité:

- SDRE dite de procédure normale : sur arrêté préfectoral et un certificat médical rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

- SDRE dite de Danger Imminent pour la Sûreté des Personnes : sur arrêté provisoire municipal référé au préfet dans les 24 h avec un certificat ou avis médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

En résumé le rôle du médecin généraliste n'a pas foncièrement changé. Il reste le premier médecin prescripteur et certificateur de la plupart des nouvelles modalités de Soins Psychiatriques Sans Consentement. Toutefois la Loi du 5 juillet 2011 exige une lisibilité graphique et un contenu plus précis des certificats au risque d'une main levée prononcée par le JLD lors de son contrôle des mesures dans les quinze premiers jours après l'admission et donc d'une sortie prématurée des patients.

## **2/LEGISLATION TUNISIENNE :**

### **Les conditions d hospitalisation en psychiatrie a la loi:**

Les modalités d'hospitalisation des malades mentaux sont régies par la loi 92-83 du 3 août 1992 réformée par la loi 2004-40 du 3 mai 2004.

### **L'hospitalisation d'office :**

La décision d'hospitalisation d'office est judiciaire. Elle est de la compétence du président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne à hospitaliser.

Elle survient après requête écrite émanant soit de toute autorité sanitaire publique soit du procureur de la république et accompagnée d'un avis médical écrit (Annexe 3) (Art 24).

En cas de danger imminent menaçant la sécurité du malade ou celle des tiers, le procureur de la république peut décider d'une HO provisoire à condition d'en référer dans les 48h au président du tribunal de première instance (Art 25).

L'HO ne sera effective qu'après décision du président du tribunal de première instance. Elle est caduque faute de décision de ce dernier au terme d'une durée de 8jours.

Le psychiatre des urgences publique (Art 24 bis loi 2004-40) peut hospitaliser en HO provisoire les patients dont l'état et le comportement peuvent menacer leur sécurité ou celle d'autrui.

Cette hospitalisation est possible à condition que le directeur de l'hôpital ou son suppléant informe le procureur de la république dans les 24 h et lui transmettent un certificat médical attestant de l'état de santé de la personne hospitalisée et y mentionne la durée de l'hospitalisation nécessaire.

La levée de l'hospitalisation est acquise de plein droit dans un délai de 4 jours à défaut d'une décision du procureur de la république.

Dans les 48h qui suivent l'hospitalisation, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical confirmant ou infirmant la nécessité du maintien de l'HO.

La décision d'HO est prise pour une durée maximale de 3mois. Elle est renouvelée autant de fois que nécessaire pour la même durée, après un avis motivé du psychiatre traitant.

En cas de non renouvellement au bout de 3 mois, la levée de l'HO est acquise de plein droit.

La Sortie (Art 28 nouveau loi 2004-40) est faite à la demande du psychiatre traitant qui établit un certificat médical. Le directeur de l'hôpital transmet ce certificat médical dans les 48h au président du tribunal de première instance qui doit statuer sans délai.

Passé ce délai de 48 h, la levée d'HO est acquise de plein droit.

Cas de L'HO Médicis l'égle : les autorités judiciaires peuvent ordonner une HO pour un sujet qui a bénéficié d'un non lieu judiciaire pour cause de démence (Art 38 du code pénal) et dont l'état mental pourrait menacer sa sécurité ou celle d'autrui.

En Tunisie, la décision d'hospitalisation d'office est judiciaire mais aussi elle n'admet pas un pouvoir, elle est de la compétence du président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne atteinte de troubles mentaux. Il statue sur une simple requête écrite sur la base d'un avis médical d'une autorité sanitaire.

Une autre formule d'hospitalisation d'office décidée par l'autorité judiciaire lorsqu'elle juge que l'état de santé mentale du prévenu qui a bénéficié d'un non lieu pour irresponsabilité pénale conformément à l'article 38 du code pénal, pourrait être source de menace pour sa sécurité et celle du tiers. Dans ce cas le tribunal qui a jugé l'affaire peut ordonner une hospitalisation d'office et informer le ministre de la santé. La levée de cette hospitalisation ne peut être prononcée que sur une décision du président du tribunal et après avis d'un collège d'experts en psychiatrie, qui ne doit comprendre ni le psychiatre traitant ni un psychiatre expert ayant donné son avis lors de l'hospitalisation du malade

## **B) Contrôle et surveillance :**

### **a) Le registre de la loi :**

La loi institue un registre de la loi (art 23), côté et paraphé par les services de l'inspection médicale au ministère de la santé publique sur lequel sont transcrits dans les 24 heures :

- Les noms, prénoms, profession, âge et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation. 118

- Les noms, prénom, profession, âge, et domicile de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée.

- Les certificats médicaux joints à la demande d'admission à l'hôpital.

- Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle.

- La date et l'heure des levées d'hospitalisation.

- La date et l'heure des décès ainsi que les certificats médicaux les constatant.

Ce registre est soumis au contrôle des personnes qui sont tenues par la loi de visiter les établissements d'hospitalisation.

Ces dernières apposent à l'issue de leur visite, leur visa, leur signature et, s'il y a lieu, leurs observations.

### **b) Les certificats médicaux :**

1°/ Le certificat médical de 24 heures (art 24) : Il est établi par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce certificat médical est également transmis dans les 48 heures au président du tribunal dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée, au procureur de la république et au ministère de la santé publique.

2°/ Les certificats mensuels (art 19 et 27) « Circonstanciés, confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment l'évolution ou la disparition des troubles mentaux justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au service compétent du ministère de la santé publique »

3°/ Le certificat médical rédigé par le médecin psychiatre traitant de l'établissement déclarant que la sortie peut être ordonnée. Ce certificat est transmis dans les 48 heures, par le directeur de l'établissement d'hospitalisation, au président du tribunal territorialement compétent qui statue sans délai (art 28)

4°/ Le certificat médical rédigé éventuellement lors de la mesure d'hospitalisation d'office provisoire prononcée par le procureur de la république.

### **c) Les Visites (art 32) :**

La loi institue des visites annuelles, « au moins une fois par année », à des jours indéterminés », que doivent effectuer :

- Les médecins inspecteurs de la santé publique.

- Les personnes désignées spécialement à cet effet par le président du tribunal de première instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

- Le procureur de la république dans le ressort duquel est situé l'établissement.

- Le gouverneur 119 dans le ressort duquel est situé l'établissement

« Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées et procèdent le cas échéant à une enquête »

d) La commission régionale de santé mentale (art 33 – 34 et 35) :

La loi institue une commission régionale de santé mentale 120 dans chaque gouvernorat 121 où existe un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux. La composition de cette commission n'est pas définie par la loi, cette précision devant faire l'objet d'un décret. Cette commission n'agit pas directement. Elle est informée par le ministère de la santé publique, dans un délai maximum d'un mois, de toute hospitalisation à la demande d'un tiers et en hospitalisation d'office.

Elle peut être saisie par le malade directement (article 12 paragraphe 4) quand il est majeur et jouit de toutes ses facultés mentales, ou bien par les ascendant, descendants, conjoint, collatéraux ou le tuteur légal de la personne hospitalisée.

Cette commission a quatre tâches :

- \* Elle est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité humaine.

- \* Elle examine, en tant que besoin, la situation de personnes hospitalisées et obligatoirement se prolonge au-delà de trois mois.

- \* Elle saisit, en tant que besoin, le ministre de la santé publique, le procureur de la république ou le gouverneur de la situation des personnes hospitalisées.

- \* Elle rend compte, par un rapport annuel, de son activité au ministre de la santé publique, ainsi qu'au procureur de la république et aux gouverneurs concernés.

a) Une dernière modalité de contrôle et de surveillance

Est introduite par l'article 32. Il s'agit du droit octroyé à toute personne hospitalisée en hospitalisation d'office d'être examinée, une fois par an, par un médecin de son choix parmi ceux installés dans le gouvernorat où se trouve l'établissement d'hospitalisation. Les frais occasionnés par cet examen sont pris en charge par l'établissement hospitalier.

### **C) Recours (art 36) :**

Un recours peut être introduit devant le tribunal de première instance du lieu de la situation de l'établissement d'hospitalisation qui, statuant en matière des référés et après les vérifications nécessaires ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Ce recours peut être introduit par :

- \* Le malade lui-même a quelques époques que ce soit et sur simple requête.

- \* Ou bien le père, la mère ou le tuteur légal du malade quand il s'agit d'un mineur.

- \* Le procureur de la république.

Loi n° 92-83 du 3 août 1992, relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison de troubles mentaux JORT n° 52 du 7 août 1992

### Chapitre III. - DE L'HOSPITALISATION SANS LEUR CONSENTEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

#### **Section 2.** Hospitalisation d'office

Article 24. - La décision d'hospitalisation d'office est de la compétence du président du tribunal de première instance, dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne à hospitaliser. Le président du tribunal est saisi par requête écrite assortie d'un avis médical écrit émanant de toute autorité sanitaire publique ou du procureur de la République.

<sup>Note</sup> Le président du tribunal de première instance ordonne l'hospitalisation d'office des personnes, dont les troubles mentaux compromettent leur sécurité ou celle des tiers, dans l'établissement public hospitalier le plus proche du domicile de la personne à hospitaliser et disposant d'un service de santé mentale, et ce, après audition du malade en audience par le président du tribunal de première instance ou son suppléant et en cas d'impossibilité il est procédé à son audition dans le lieu où il se trouve. Dans ce cas, il n'est procédé à l'hospitalisation qu'après présentation de la décision prise à cet effet par le président du tribunal concerné.

Un certificat médical établi par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil est transmis au président dudit tribunal, au procureur de la République et au ministère de la santé publique dans les quarante-huit heures suivant l'admission.

La décision d'hospitalisation d'office est inscrite sur un registre spécial semblable à celui qui est prévu par l'article 23 de la présente loi et dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Article 24 bis. <sup>Note</sup>- Le médecin psychiatre exerçant au service des urgences dans les structures sanitaires publiques peut hospitaliser au sein de l'établissement sanitaire les personnes qu'il examine, lorsque leur état de santé et leur comportement révèlent des troubles mentaux manifestes pouvant menacer leur sécurité ou celle d'autrui. Dans ce cas, le directeur de l'établissement ou son suppléant, doit en informer le procureur de la République dans un délai de vingt-

quatre heures et lui transmettre en même temps un certificat médical attestant de l'état de santé de la personne hospitalisée et mentionnant la durée de l'hospitalisation que nécessite son état de santé. A défaut d'une décision du procureur de la République conformément aux dispositions de l'article 25 de la présente loi ou si le directeur de l'hôpital ou son suppléant ne sont pas informés de sa décision dans un délai de quatre jours à partir de la date de l'émission de la notification qui lui a été adressée, la levée de l'hospitalisation est acquise de plein droit.

Article 25. - En cas de danger imminent menaçant la sécurité du malade lui-même ou celle des tiers, les procureurs de la République arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires notamment l'hospitalisation, à charge d'en référer, dans les quarante-huit heures au président du tribunal de première instance territorialement compétent. Ce dernier devra statuer sans délai sur la demande d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à [l'article 24](#) de la présente loi et au vu d'un certificat médical établi par un médecin psychiatre de l'établissement hospitalier où le malade a été admis. Faute de décision du président du tribunal ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de huit jours.

Article 25 bis. <sup>Note</sup> - L'autorité judiciaire saisie d'une affaire pénale peut, sur la base de l'avis d'un médecin expert, ordonner l'hospitalisation d'office du détenu dans un établissement sanitaire public qu'elle désigne à cet effet, et ce, en vue de le soumettre à l'observation et à l'examen médical afin de vérifier l'état de ses capacités mentales et déterminer sa responsabilité dans les faits retenus contre lui. Cette hospitalisation est exécutée en collaboration avec les services pénitentiaires compétents et sous leur contrôle, et ce, durant toute la période prévue pour l'hospitalisation. Cette période peut être prolongée selon les mêmes procédures.

Article 26. - La décision d'hospitalisation d'office est prise pour une durée maximum de trois mois et peut être renouvelée pour une même durée, autant de

fois que nécessaire, après avis motivé du médecin psychiatre de l'établissement. Faute de décision à chacune des périodes prévues à l'alinéa précédent, la levée de l'hospitalisation d'office est acquise de plein droit. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le président du tribunal territorialement compétent peut, à tout moment, mettre fin à l'hospitalisation d'office, après avis écrit et motivé d'un médecin psychiatre de l'établissement d'hospitalisation ou sur proposition de la commission mentionnée à l'[article 33](#) de la présente loi.

Article 27. - Les dispositions de l'[article 19](#) de la présente loi s'appliquent à l'hospitalisation d'office.

Article 28 (nouveau). <sup>Note</sup> La sortie des malades hospitalisés d'office a lieu lorsque le médecin psychiatre exerçant à l'établissement d'hospitalisation déclare, en vertu d'un certificat médical, que la sortie peut être ordonnée. Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'hospitalisation est tenu de porter cette déclaration sur le registre spécial prévu par l'article 23 de la présente loi et d'en référer dans les quarante-huit heures au président du tribunal territorialement compétent qui statue sans délai et en informe la direction de l'hôpital dans les quarante-huit heures qui suivent, passé ce délai, la levée d'hospitalisation d'office est acquise de plein droit.

Article 29. - Lorsque les autorités judiciaires jugent que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application de l'article 38 du code pénal pourrait menacer sa sécurité ou celle des tiers, elles peuvent ordonner une hospitalisation d'office et en informent le ministre de la sante publique sans délai.

<sup>Note</sup> La personne ainsi hospitalisée est régie par les dispositions de la présente loi relatives au régime de l'hospitalisation d'office. Toutefois, la levée d'hospitalisation ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission formée de trois médecins psychiatres nommés par le président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne concernée par la levée d'hospitalisation. Ladite commission ne doit comprendre ni le

médecin traitant du malade ni le médecin expert ayant déjà donné son avis lors de l'hospitalisation du malade. L'avis de la commission doit préciser que l'état du malade concerné par la levée d'hospitalisation ne constitue plus une menace pour sa sécurité ou celle des tiers.

Article 30 (nouveau). <sup>Note-</sup> A la demande de l'autorité sanitaire, le président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée dans les conditions fixées au chapitre III de la présente loi, peut lui ordonner, après la levée de l'hospitalisation de se présenter, à des intervalles périodiques qui lui seront fixés par le médecin traitant, à l'établissement public où elle a été hospitalisée, pour y être soumise aux examens de contrôle et éventuellement à tout traitement que nécessiterait son état de santé. Dans ce cas, la force publique peut être requise pour soumettre le malade aux examens à l'hôpital, et ce, en vertu d'une ordonnance émise par le procureur de la République.

Article 30 bis. <sup>Note-</sup> L'Etat prend en charge les frais de soins et d'hospitalisation des malades soumis aux régimes de l'hospitalisation d'office.

### **3/LOI DE SANTE MENTALE MAROCAINE :**

La législation marocaine sur la santé mentale remonte aux premières années de l'indépendance. Il s'agit du Dahir n° 1-58-295 du 30 avril 1959 relatif à « la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux ».

Cette loi représentait à son époque, et durant des années, une avancée considérable et un acquis normatif indéniable, d'autant plus que le nombre de pays qui disposaient alors d'une telle loi était très limité. En effet, si 75% à peu près des pays dans le monde possèdent actuellement une législation portant sur la santé mentale, le Maroc fait partie des 15% de pays qui ont adopté une telle législation avant les années 1960.

Pourtant, et contrairement à la majorité des textes de loi marocains, cette loi n'a subi, depuis sa promulgation, aucune modification.

La loi du 30 avril 1959 ne définit ni son objet ni la population ciblée par ses dispositions. Elle ne donne aucune définition de la santé mentale et/ou de la maladie mentale, et ne fait bien évidemment aucune allusion au droit à la santé.

L'hospitalisation ou la mise en observation d'office

La loi de 1959 stipule que « lorsque le malade constitue un danger pour ses proches ou pour l'ordre public ou se trouve dans un état mental susceptible de mettre sa vie en danger »<sup>22</sup>, il peut être mis en observation par décision du gouverneur, et d'ajouter qu'en cas de « danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou la notoriété publique »<sup>23</sup>, le pacha ou le caïd prend les mesures nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au gouverneur qui ordonne dans les quarante-huit heures qui suivent la mise en observation d'office du malade ou met fin aux mesures provisoires ordonnées par l'autorité locale.

L'hospitalisation et la mise en observation peuvent être transformées en hospitalisation d'office, pour une durée de six mois renouvelable dans un établissement ou un service psychiatrique public par décision du gouverneur, sur avis conforme du médecin traitant « lorsque la sortie du malade constituerait un danger pour sa vie, pour ses proches ou pour l'ordre public »

Si le psychiatre traitant peut prendre une décision consistant à mettre fin à l'hospitalisation d'office ou à la mise en observation d'office de tout patient présentant une amélioration compatible avec sa sortie, le malade demeure hospitalisé ou mis en hospitalisation jusqu'à décision de la Commission de la santé mentale, au cas où le ministre de l'Intérieur formule un recours contre ladite décision.

En tout état de cause, l'autorité publique est avertie de la sortie de tout malade dont elle a demandé ou ordonné la mise en observation ou l'hospitalisation.

En plus des attributions accordées à l'autorité publique qu'incarne en l'occurrence le gouverneur, celui-ci peut être saisi par le médecin psychiatre d'une mesure de mise en surveillance médicale d'un malade hors des services psychiatriques. En externe, si le médecin traitant considère que cette surveillance ne peut pas être exercée du fait du malade, il doit aviser le psychiatre en vue d'émettre une décision de mise en observation d'office de l'intéressé.

#### La mise en surveillance médicale hors des services psychiatriques

Lorsque la surveillance psychiatrique externe permet d'éviter ou d'écourter l'hospitalisation d'un malade mental, les soins ambulatoires réguliers qui lui étaient indiqués peuvent être rendus obligatoires par décision motivée d'un psychiatre qualifié de la santé publique. Cette décision, prononcée pour une durée n'excédant pas six mois renouvelables, est notifiée au malade, à l'autorité administrative et, le cas échéant, au conjoint ou au plus proche parent du malade.

La personne bénéficiant de cette mesure, qui s'apparente beaucoup plus à la mise en surveillance judiciaire prévue par les articles de 159 à 174 du code de procédure pénale qu'à une mesure de protection prévue dans l'intérêt d'un malade mental, est tenue d'indiquer au médecin psychiatre qui a pris la décision le nom du médecin psychiatre qui sera chargé par le malade ou son plus proche parent d'assurer ladite surveillance.

Lorsque la surveillance médicale est exercée par un médecin de la Santé publique, la gratuité des soins et des médicaments nécessaires au traitement est assurée par l'Etat.

Les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation, la mise en observation et la surveillance médicale

Il s'agit des mesures consistant à établir un dossier médical exhaustif permettant, à qui de droit, de suivre et l'évolution de la maladie et la trajectoire de son traitement. La responsabilité de ce dossier et de tout ce qui s'ensuit est à la charge du psychiatre traitant.

Les principales mesures sont les certificats, le registre d'hospitalisation et le dossier individuel.

Le psychiatre traitant est tenu conformément à l'article 22 de la loi de 1959 d'établir un certificat motivé et détaillé indiquant l'état civil du malade, son comportement, le diagnostic effectué, son numéro d'entrée dans l'établissement de soins et l'évolution de la maladie depuis le dernier certificat, et ce lors de l'admission du malade, pendant l'hospitalisation (au quinzième jour, au trentième jour, à la fin du premier semestre, puis annuellement), lors de la demande de transformation de l'hospitalisation volontaire en hospitalisation d'office, lors de la sortie, du transfert et du décès et lors de la mise en surveillance médicale. Il doit établir également un certificat similaire lorsque les autorités judiciaires ou administratives le lui demandent. S'il s'agit d'un malade marocain, une copie des certificats d'admission et de sortie est adressée, d'office, avec indication de ses coordonnées personnelles, au procureur du roi, en vue de permettre à la juridiction compétente de prononcer éventuellement son interdiction, car la maladie mentale altère ou risque d'altérer sa faculté de discernement.

Le registre d'hospitalisation est un registre paginé qui doit être tenu à jour dans tout service public ou privé recevant des malades mentaux. Ce registre contient pour chaque personne hospitalisée, une photographie, les renseignements personnels, la transcription des certificats établis par le médecin traitant, les dates et lieux des hospitalisations psychiatriques antérieures et les mesures de mise en surveillance.

Le dossier individuel doit être constitué et tenu à jour, par le service d'hospitalisation, pour tout malade mis en observation, hospitalisé ou placé sous surveillance médicale. Il contient, en plus de la photographie d'identité du patient, les traitements et examens dont il a bénéficié, les feuillets d'observations médicales et les différents certificats et documents le concernant.

## Les voies de recours

La loi de 1959 reconnaît la possibilité au malade, au tuteur, au conjoint, aux ascendants et descendants, au chef du parquet près la cour d'appel et au ministre de l'Intérieur de formuler des recours. Ces recours peuvent être exercés contre les décisions transformant la mise en observation ou l'hospitalisation volontaire en hospitalisation d'office, les décisions de maintien prises suite à une demande de sortie, les décisions de mise en surveillance médicale et les décisions de sortie.

Le recours est adressé au ministre de la Santé qui le communique à l'auteur de la décision contestée.

Ce dernier dispose d'un délai de dix jours, à compter de la réception du recours, pour faire parvenir sa réponse au ministre de la Santé. S'il ne répond pas à l'expiration du délai ou se contente de confirmer sa décision, l'affaire est portée devant la Commission de la santé mentale, laquelle prend sa décision à la majorité des voix et la notifie sans délai à l'auteur du recours par lettre recommandée avec accusé de réception, au médecin traitant et éventuellement aux autorités concernées. Il faut noter que la loi ne soumet pas le recours à des formalités et ne prévoit pas de garanties pour l'exécution de la décision.

## La protection juridique des malades mentaux hospitalisés

Il résulte de la lecture du titre VI du Dahir de 1959 (articles 29 à 28) que celui-ci réduit la protection juridique des malades mentaux à la protection de leurs biens. L'administration des biens des malades mentaux non interdits peut être confiée à un administrateur provisoire commun ou à un administrateur provisoire judiciaire.

L'administrateur provisoire commun est un fonctionnaire, en activité ou retraité, désigné par le biais d'un arrêté conjoint du ministre de la Santé et du ministre des Finances<sup>26</sup>, pour chaque établissement public recevant des malades mentaux. Ce fonctionnaire, qui ne peut nullement être l'administrateur de l'hôpital, est chargé de la gestion provisoire des biens revenant aux personnes non interdites placées dans ces établissements. L'administrateur provisoire désigné doit fournir un cautionnement dont le montant est fixé par l'arrêté de nomination. Son rôle consiste à recouvrer les sommes dues, acquitter les dettes, passer des baux qui ne peuvent excéder trois ans et procéder, avec l'autorisation du tribunal compétent, à la vente des meubles corporels. Les sommes provenant de ces opérations sont versées et employées au profit du malade concerné.

Le placement judiciaire est effectué, en vertu de l'article 75 du Code pénal, par décision d'une juridiction de jugement, à l'égard d'un individu présumé auteur, coauteur ou complice d'un crime ou d'un délit qui, en raison des troubles de ses facultés mentales existant lors des faits qui lui sont imputés et constatés par une expertise médicale, doit être déclaré totalement irresponsable et se trouve ainsi soustrait à l'application éventuelle des peines prévues par la loi. Dans ce cas, la validité du titre de détention est prolongée jusqu'à l'internement effectif et l'internement judiciaire se prolonge aussi longtemps que l'exigent « la sécurité publique et la guérison de l'interné »<sup>29</sup>.

La personne internée doit initialement être l'objet d'une mise en observation et doit être examinée chaque fois que le psychiatre l'exige nécessaire, et en tous cas tous les six mois.

Lorsque le psychiatre traitant estime devoir mettre fin à l'internement judiciaire, il doit en informer le chef du parquet général de la cour d'appel qui peut, dans un délai de dix jours à compter de la réception de cet avis, exercer un recours contre la décision de sortie, dans les conditions fixées par la loi de 1959 relative à la prévention et au traitement des maladies mentales et à la protection des malades mentaux. Ce recours est suspensif.

L'hospitalisation psychiatrique incidente au cours de la procédure est effectuée, selon les articles 79 et 136 du Code pénal lorsque la juridiction de jugement ou d'instruction estime, après expertise médicale, que l'individu qui lui est déféré sous l'accusation de crime ou de prévention de délit était responsable en totalité ou en partie au moment des faits qui lui sont imputés, mais qu'en raison de troubles de ses facultés mentales survenus ou aggravés ultérieurement, il se trouve hors d'état d'assurer sa défense au cours des débats. Le tribunal décide dans ce cas de surseoir à statuer et ordonne l'hospitalisation de la personne dans un établissement psychiatrique.

Le psychiatre traitant est tenu d'informer le chef du parquet général de la décision de sortie, dix jours au moins avant qu'elle ne soit exécutée. Ceci étant, le titre de détention en vigueur au moment de l'hospitalisation reprend effet et les poursuites seront enclenchées dès la sortie. En cas de condamnation à une peine privative de liberté, la juridiction de jugement a la faculté d'imputer la durée de l'hospitalisation sur celle de cette peine.

L'hospitalisation préalable à l'exécution de la peine privative de liberté est ordonnée, conformément à l'article 78 du Code pénal, par la juridiction de jugement qui constate, après expertise médicale, que l'auteur d'un crime ou d'un délit, bien qu'en état d'assurer sa défense au cours des débats, était néanmoins atteint -lors des faits qui lui sont imputés- d'un affaiblissement de ses facultés mentales entraînant une diminution partielle de sa responsabilité.