



HAL
open science

Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques

M. Bénézech

► **To cite this version:**

M. Bénézech. Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (1), pp.48. 10.1016/j.amp.2009.10.008 . hal-00610677

HAL Id: hal-00610677

<https://hal.science/hal-00610677>

Submitted on 23 Jul 2011

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

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

Accepted Manuscript

Title: Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques

Author: M. Bénézech

PII: S0003-4487(09)00337-0
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.10.008
Reference: AMEPSY 1098

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Bénézech M, Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.10.008

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques
Madness, where are you? Critical essay on the responsibility of psychotic patients****M. Bénézech**

Pr Michel Bénézech, 266, rue Judaique, 33000 Bordeaux, France

Téléphone : 05 57 81 76 86

Email : michel.benezech@gmail.com

« Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante, et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée. »

Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809, paragraphe 191.

Résumé

La lecture de rapports d'expertises mentales de psychotiques criminels hospitalisés d'office en milieu hospitalier met en évidence la responsabilisation partielle (second alinéa de l'article 122-1 du code pénal) de ces patients alors qu'il existe un lien direct et certain entre leurs troubles psychiatriques et leurs homicides. La tendance actuelle à condamner les patients psychotiques fait qu'ils sont maintenant nombreux en milieu pénitentiaire où ils posent de graves problèmes disciplinaires et de prise en charge. Il est rappelé que la « folie » peut être « lucide », que les psychotiques ne perdent pas tout contact avec la réalité, qu'ils peuvent dissimuler leurs troubles et qu'ils sont parfois capables de préméditer leur activité criminelle. Pour autant, ils n'ont pas véritablement conscience du caractère pathologique de leur comportement et leur responsabilité est juridiquement nulle car l'élément moral de l'infraction est absent. Il faut que les experts psychiatres et psychologues modifient leurs pratiques archaïques et utilisent les méthodes actuarielles modernes d'évaluation diagnostique et pronostique. Les personnes délinquantes souffrant de troubles mentaux sévères ne doivent

être ni condamnées ni incarcérées. Elles relèvent avant tout de la médecine et de mesures de sûreté adaptées à leur état.

Mots clés : Crime ; Dangerosité ; Évaluation du risque ; Expertise psychiatrique ; Homicide ; Insight ; Mesures de sûreté ; Patient psychotique ; Prison ; Responsabilité pénale ; Schizophrénie

Abstract

Critical analysis of the psychiatric reports of psychotic criminals attached by order to hospitals demonstrates the partial responsibility of these patients (second paragraph of Article 122-1 of the French Penal Code), whereas there is a direct ascertained relation between their mental disorders and their homicidal acts. The current tendency to sentence psychotic patients has led to their increasing numbers in prisons, where they pose serious problems of management and discipline. The author recalls that «madness» can be «lucid», that psychotic individuals do not lose all contact with reality, that they are capable of dissimulating their disorders and that they can sometimes premeditate their criminal acts. Even so, they are not really conscious of the pathological nature of their behavior. Furthermore, their responsibility is legally not involved since there is no moral element to their criminal acts. Psychiatrists and psychologists should change their archaic practices and use the modern actuarial methods of diagnostic and prognostic assessment. Delinquent individuals suffering from severe mental disorders should not be sentenced and imprisoned. Rather, they should receive medical treatment and be under conditions and supervision.

Keywords: Crime; Criminal responsibility; Conditions and supervision; Dangerousness; Homicide; Insight; Prison; Psychiatric report; Psychotic patient; Risk assessment; Schizophrenia

1. À propos de la cohérence de quelques expertises psychiatriques

Notons d'emblée que ces expertises psychiatriques et psychologiques ont été réalisées de plusieurs semaines à plusieurs années après les homicides ou leurs tentatives, les mis en examen étant sous traitement psychotrope régulier depuis les faits. Tous ces malades psychotiques avaient des antécédents psychiatriques et/ou violents et ont été hospitalisés

d'office (service de secteur, UMD), soit immédiatement, soit en cours d'incarcération, suite à des troubles graves du comportement et à des refus ou des ruptures de traitement rendant leur état incompatible avec la détention. La plupart des experts ont conclu que le trouble psychique ou neuropsychique avait simplement altéré le discernement ou entravé le contrôle des actes, l'infraction restant punissable, mais la juridiction tenant compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime (art. 122-1, alinéa 2 du code pénal).

1.1. Affaire A. Fratricide : refus partiel des experts de la relation de cause à effet

L'intéressé, schizophrène délirant depuis plusieurs mois, se croyant empoisonné et violé par son frère, le tue de cinq coups de couteau au cours d'une violente dispute. Peu avant les faits, A. avait menacé avec une arme blanche les membres de sa famille. Il dit avoir voulu simplement se défendre.

Les deux premiers experts concluent que A. présente des éléments psychotiques et des éléments psychopathiques, et que l'infraction qui lui est reprochée est en relation avec ses deux « anomalies ». Ils précisent que le passage à l'acte doit être relié au comportement psychopathique et non aux voix, aux hallucinations, etc. Le sujet reste accessible à une sanction pénale, mais sa dangerosité semble extrêmement importante et sa réadaptation difficile. La responsabilité est seulement atténuée. Les experts basent leurs conclusions sur les déclarations « formelles » de l'intéressé : « Il n'a pas agi sous l'empire d'un délire, d'une hallucination, d'une voix qui lui aurait dicté son geste... Un acte de défense. »

Les deux psychiatres de la contre-expertise constatent que A. souffre d'une décompensation psychotique délirante, hallucinatoire et dissociative, évocatrice d'une psychose chronique schizophrénique de type paranoïde, et que son infraction est « en grande partie » en relation avec la pathologie décrite. Sa dangerosité psychiatrique reste préoccupante et il est accessible à une sanction pénale. Il n'est pas curable « stricto sensu », mais son état peut être contrôlé et stabilisé par une prise en charge médicale adaptée et un cadre contenant. La responsabilité est simplement atténuée. Les conclusions des experts reposent sur les trois points suivants : l'ancienneté des troubles empêche leur caractère suraigu au moment des faits ; la victime est identifiée comme telle et une « part » des motivations restent dans la réalité ; le sujet a montré « une volonté délibérée » de tuer son frère, ayant gardé la conscience et le jugement pour se défendre de ce dernier qui avait sorti un couteau après avoir été frappé par A. En UMD, la symptomatologie psychotique florissante est confirmée ainsi que sa relation indéniable avec le fratricide.

1.2. Affaire B. Matricide : refus partiel des experts de la relation de cause à effet

L'intéressé, aux multiples hospitalisations psychiatriques antérieures, tue en état d'excitation sa mère qui voulait le faire réhospitaliser devant son état mental inquiétant.

Dans leur rapport, les experts (deux psychiatres et un psychologue) notent des éléments à « tonalité schizophrénique » (dissociation, discordance, troubles du cours de la pensée), des éléments dysthymiques (alternance d'épisodes de sub-excitation et de dépression atypique, troubles du comportement), un niveau intellectuel moyen/faible, et des traits dysharmoniques (solitude, repli, hypersensibilité, méfiance, rigidité, impulsivité). Malgré ces « troubles psychiatriques marqués et incontestables », ils concluent que B. ne présente pas « de façon absolue » de dangerosité psychiatrique et que le passage à l'acte est à comprendre à un niveau criminologique. Le matricide est intervenu en dehors d'un état aigu et d'éléments délirants francs, d'après le sujet lui-même qui reconnaît les faits et les regrette. L'acte reste compréhensible, l'irritabilité meurtrière de B. étant liée au comportement de sa mère. La responsabilité n'est qu'atténuée. En UMD, il est constaté des symptômes dysthymiques (état maniaque atypique) et psychotiques avec syndrome dissociatif, automatisme mental, hallucinations acoustico-verbales. Selon le patient, son crime a été perpétré sous l'effet de voix comminatoires lui ordonnant de tuer sa mère dans un contexte d'influence satanique.

1.3. Affaire C. Tentative d'assassinat et autres : refus partiel des experts de la relation de cause à effet

L'intéressé a agressé avec préméditation, à l'arme blanche et sous Subutex et alcool, une connaissance, croyant que cet homme voulait faire partouzer et prostituer sa mère et sa sœur pour de l'argent.

Le premier expert psychiatrique conclut que C. présente une personnalité psychotique paranoïde avec hermétisme, bizarrerie, troubles du cours de la pensée, éléments interprétatifs et allusifs « à l'origine du passage à l'acte délictueux qui lui est reproché ». Le sujet est dangereux et accessible à une sanction pénale car « il est conscient d'avoir porté atteinte à une personne ». La responsabilité partielle est retenue. L'accusé est condamné aux assises à quinze ans de réclusion criminelle.

Trois ans plus tard, en appel de cette condamnation, trois psychiatres sont désignés par une nouvelle cour d'assises. Ils notent que C. souffre de schizophrénie paranoïde évoluant depuis de nombreuses années et ayant donné lieu à de multiples décompensations avec délire, hospitalisations et traitement lourd. Bien qu'atteint d'un trouble neuropsychique « sévère »,

l'intéressé demeure accessible à la sanction pénale et est capable d'argumenter sur sa transgression et son séjour en prison, son comportement faisant « sens pour lui et dans lequel il distingue sa volonté avec la capacité de délibérer avec lui-même, son libre arbitre, au sens philosophique... ». Le sujet présente une dangerosité psychiatrique plutôt que criminologique. Sa responsabilité reste atténuée.

Une seconde expertise est ordonnée un an plus tard par la même cour d'assises afin d'indiquer si l'accusé, hospitalisé d'office depuis plusieurs mois, est en mesure physiquement et psychologiquement d'assister à son procès. Le psychiatre désigné constate que C. sera certainement indifférent aux débats et qu'il ne paraît « nullement » accessible à une sanction pénale. Il note : « C'est un malade psychotique, schizophrène chronique particulièrement résistant au traitement et éminemment dangereux, pour lequel une prise en charge médicale stricte et contenante doit être envisagée à très long terme dans une Unité pour Malades Difficiles qui nous paraît être plus adaptée à sa problématique que l'enfermement carcéral. » Le sujet, assisté de deux soignants, peut cependant comparaître devant la cour d'assises pour être confronté à la procédure d'appel qu'il a lui-même sollicitée. Jugé une seconde fois, C. sera condamné à vingt ans de réclusion criminelle avec une période de sûreté des deux tiers, et dix ans d'interdiction de séjour dans son département d'origine après sa libération.

1.4. Affaire D. Parricide : expert se contredisant entre constatations et conclusions

L'intéressé, sous l'effet d'un syndrome d'influence hallucinatoire auditif qui l'accusait d'avoir le sida, donne la mort à son père, pédéraste complice des persécuteurs, après lui avoir porté plusieurs coups de poing et l'avoir strangulé avec un lien. Il est immédiatement hospitalisé d'office en service de secteur puis en UMD.

L'expert psychiatre constate d'abord que D. a fait antérieurement l'objet de diagnostics psychiatriques variés : psychopathie ou état limite avec productions délirantes toxico-induites, personnalité psychotique, héboïdophrénie, schizophrénie, schizophrénie dysthymique, trouble bipolaire. Il estime que l'homicide résulte « essentiellement » de préoccupations délirantes auxquelles le sujet n'a pu échapper, et donc que les faits ont été commis sous l'effet d'un trouble psychotique authentique. La dangerosité est très importante et le traitement par neuroleptiques est indispensable, associé à l'abstinence totale en substances toxiques. L'expert conclut paradoxalement que D. est partiellement accessible à une sanction pénale et que sa responsabilité n'est qu'atténuée, du fait qu'il a « participé

directement » à sa propre pathologie en poursuivant ses conduites addictives et en refusant les traitements prescrits.

1.5. Affaire E. Meurtre et autres : experts sous-estimant la gravité des troubles mentaux

L'intéressé, aux importants antécédents psychiatriques et judiciaires, éviscère partiellement une connaissance en public, au cours d'une dispute où il se sent en danger, avant de l'écraser avec une voiture volée. Son tableau clinique associe un retard mental, une schizophrénie paranoïde, une personnalité psychopathique, une appétence toxicomaniaque ancienne.

Dans leur rapport, les experts (un psychiatre, un psychologue) constatent que E., sous neuroleptiques depuis son incarcération, ne présente pas de syndrome psychiatrique caractérisé et qu'il donne des éléments insérés dans la réalité, en dépit d'un vécu menaçant de l'environnement qui n'apparaît pas être intégré dans un système délirant structuré. Ils ne retiennent qu'une personnalité limite associée à une addiction à l'alcool et aux drogues illicites. Le sujet est dangereux, accessible à une sanction pénale et partiellement responsable. Condamné à trente ans de réclusion criminelle, E. tue en prison, sans mobile apparent, un autre détenu et pratique des actes de cannibalisme sur le cuir chevelu et le cerveau de sa victime. Il est cette fois reconnu totalement irresponsable des faits pour psychose délirante, et il est transféré en UMD.

1.6. Affaire F. Tentative de meurtre : expert se contredisant dans ses conclusions

L'intéressé, déjà condamné pour des agressions sexuelles et hospitalisé d'office pour délire de persécution avec phase mégalomaniaque, passe à l'acte sur une malade de son service en tentant de la mutiler et de l'étrangler. Il est admis ensuite en UMD.

L'expert psychiatre note que F. présente à la fois des traits psychopathiques et schizophréniques (froideur, discordance affective) associés à des abus habituels d'alcool et de drogues. Retenant le diagnostic d'héboïdophrénie, l'expert fait le lien entre cette pathologie et l'infraction, considérant le sujet comme particulièrement dangereux sur les plans psychiatrique et criminologique. Il conclut que F. est accessible à une sanction pénale, partiellement responsable, mais dans « l'incapacité de s'amender uniquement autour de l'incarcération ». L'intéressé doit être « impérativement » soigné dans une structure contenant.

1.7. Affaire G. Assassinat : experts se contredisant dans leurs conclusions

L'intéressé, au cours d'un épisode psychotique aigu, frappe à coups de couteau puis égorge avec préméditation une femme de son foyer d'accueil. Il s'agit d'un polytoxicomane au très lourd passé psychiatrique pour décompensations délirantes avec syndrome d'influence et comportements médico-légaux.

Les deux psychiatres experts concluent que G. est passé à l'acte au cours d'une pharmaco-psychose évoluant depuis l'adolescence sur une personnalité limite. L'infraction est « directement » en relation avec cette pathologie et il existe un état psychiatrique et criminologique dangereux. Le sujet est accessible à une sanction pénale et sa responsabilité est simplement atténuée. Il doit faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique au long cours et interrompre définitivement sa conduite toxicomaniaque. Les experts motivent leur prise de position en indiquant que les troubles mentaux de G. n'étaient pas « réellement » de nature à abolir le discernement ou le contrôle des actes (sans autre précision) et qu'ils étaient entretenus par une consommation « délibérée » de substances illicites.

1.8. Affaire H. Tentative de parricide : expert incohérent ou distrait dans ses conclusions

L'intéressé, qui souffre depuis des années d'idées obsessionnelles de persécution, blesse grièvement son père avec un couteau, persuadé qu'il était de connivence avec le réseau en cause et au courant des projets de viols et d'enlèvement le concernant. Il l'a agressé pour l'obliger à avouer.

L'expert psychiatre conclut que H. présente un « délire structuré interprétatif extensif de persécution » qui a aboli son discernement. Sa responsabilité est nulle, mais étant dangereux, il doit être « interné » dans un établissement spécialisé. L'expert ajoute : « Il est accessible à la sanction pénale » (sic).

2. Des chaînes asilaires aux chaînes pénitentiaires

Relisons Philippe Pinel dans son célèbre paragraphe 190 de la seconde édition de son *Traité* : « C'est une admirable invention que l'usage non interrompu des chaînes pour perpétuer la fureur des maniaques avec leur état de détention, pour suppléer au défaut de zèle d'un surveillant peu éclairé, pour entretenir dans le cœur des aliénés une exaspération constante avec un désir concentré de se venger, et pour fomenter dans les hospices le vacarme et le tumulte » [14]. Si Pinel et Jean-Baptiste Pussin, chef (surveillant) de la police intérieure de la Salpêtrière, en compagnie de sa remarquable épouse, Marguerite Jubline, ont commencé

à mettre fin à l'immémorial enchaînement des fous (déjà mentionné en droit romain), voilà que quelques-uns de nos collègues n'hésitent plus à les faire incarcérer et condamner en les reconnaissant responsables. Ces experts leur octroient certes les circonstances particulières (théoriquement atténuantes) du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal, mais les intéressés, étant reconnus dangereux comme auteurs d'infractions graves, seront paradoxalement plus sévèrement sanctionnés. En effet, le crime associé à la folie constitue aux yeux des juges professionnels et des jurés un fort potentiel de gravité et de dangerosité porteuse de récidive : « demi-fou, double peine. »

Les raisons théoriques, avancées par ces psychiatres et psychologues « procureurs », se basent sur divers arguments. Tout d'abord celui de l'inénarrable Lacan, qui déclara dans son fameux Séminaire : « De notre position de sujet, nous sommes toujours responsable » (*Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 858). Or, dans la psychose, où le sujet de l'énoncé et celui de l'énonciation sont confondus, la responsabilité pose indiscutablement problème [11]. Ensuite, ces partisans de la responsabilisation pénale des grands malades mentaux affirment que condamner les patients psychotiques permet de les faire appartenir, ou de les réintégrer, dans la communauté humaine, leur évitant ainsi une « stigmatisation humiliante ». Nous nous demandons si le fait d'être jugé en cour d'assises et d'être longuement emprisonné n'est pas une bien plus terrible stigmatisation sociale, stigmatisation qui s'ajoute à celle déjà liée à la peur collective de la folie. Le troisième argument avancé est que le procès avec ses débats fait « sens », la parole publique permettant une « inscription dans la réalité commune » du crime et de son auteur, rétablissant la relation entre le coupable et sa victime. Plus fort encore, la peine qui en résulte est à visée thérapeutique, car on agirait sur les déterminants inconscients des actes, on s'adresserait au « désir inconscient » qui a inspiré le crime. Cela revient à soigner la psychose en condamnant à la réclusion criminelle le psychotique ! Nous sommes ici, de nouveau, proche de la position de Lacan, qui, dans le cas Aimée, soutient que l'emprisonnement de cette psychotique a guéri son délire par autopunition, le châtimement recherché lui ayant fait comprendre qu'elle était coupable devant la loi : « Elle s'est frappée elle-même » (Thèse de médecine, 1932).

On ne s'étonnera pas, dans ces circonstances, que le nombre de détenus, et tout particulièrement de condamnés, souffrant de troubles mentaux graves soit en augmentation constante en France depuis vingt ans [4]. En vidant les hôpitaux psychiatriques, on remplit les prisons des mêmes personnes, ce qui coûte moins cher et est plus sûr, le juge passant pour plus fiable que le psychiatre. Malgré la présence d'équipes psychiatriques en milieu carcéral (SMPR), ces détenus difficiles posent problème : ils s'agitent, menacent, se plaignent,

refusent de manger, de se laver et de prendre leur traitement, se suicident, frappent et même parfois tuent leur cocellulaire. Il faut alors les hospitaliser d'office dans un établissement spécialisé, faute de les y avoir placés d'emblée.

Cependant, comme les psychiatres traitants ne se disputent pas pour les accueillir à bras ouverts dans leur secteur et que les UMD sont pleines, on vient de créer des unités psychiatriques encadrées par l'administration pénitentiaire (sécurisation périmétrique, sécurité des personnels et des biens). Ce sont les UHSA, unités hospitalières spécialement aménagées, qui vont tenter de pallier les faiblesses du dispositif actuel de la prise en charge psychiatrique de la population détenue. Le rôle des personnels de santé dans ces nouvelles structures ne se limitera pas simplement à « la délivrance de soins psychiatriques adaptés », mais comportera « l'évaluation de la dangerosité psychiatrique du patient et sa prévention », ainsi que « la sécurité intérieure de l'unité de soins ». En pratique, les UHSA seront-elles de véritables services hospitaliers avec une ambiance institutionnelle thérapeutique, ou des prisons médicalisées dans un contexte restant carcéral ? Le psychiatre responsable, qui va cumuler soins et évaluation pronostique de la dangerosité, deviendra-t-il un « fliciatre » expert ? De toute façon, l'admission, la sortie, les fouilles des détenus, des chambres et des locaux, les contrôles divers, les parloirs, les communications avec l'extérieur, les transports des patients détenus resteront marqués par les impératifs pénitentiaires [8].

3. La folie lucide

Il nous faut signaler d'emblée qu'il n'existe pas dans le vocabulaire psychiatrique moderne d'équivalent du mot « aliéné », c'est-à-dire de la personne qui est atteinte de folie, d'aliénation mentale, qui étymologiquement est devenue « autre », comme étrangère à elle-même, qui se comporte hors des normes, contrairement à la raison. C'est pour cela que nous n'hésiterons pas à utiliser ces termes d'autrefois, tant pour leur valeur expressive et leur signification profonde que pour rendre hommage à nos aînés, ces illustres aliénistes qui ont su défendre courageusement leurs malades contre les rigueurs de la justice répressive et de l'institution politique.

3.1. Le rapport au réel

Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères (psychotiques, bipolaires), à l'exception des états extrêmes (fureur maniaque, stupeur mélancolique, delirium), perdent-elles toute rationalité, tout contact avec le réel, critère qui semble indispensable à certains

experts pour conclure à l'irresponsabilité du délinquant ? Bien sûr que non. Le schizophrène, le paranoïaque, font des achats dans les magasins, vont au café, au restaurant et au cinéma, conduisent parfois leur voiture, prennent les transports publics, voyagent en avion, restent capable de parler, lire, écrire et compter. En dépit de comportements parfois étranges, ils gardent souvent une apparence trompeuse de normalité et de larges zones de compétences qui leur permettent de continuer à vivre, la plupart du temps, au sein de la communauté.

La congruence à une certaine réalité est particulièrement marquée chez le délirant paranoïaque et chez le schizophrène à la personnalité antisociale. De la même façon, lors des passages à l'acte, l'influence des substances toxiques (alcool, produits illicites) ne leur enlève pas totalement, dans la majorité des cas, tout rapport avec le réel, tout discernement du bien et du mal, toute lucidité. Ils savent où ils se trouvent (domicile souvent), qu'ils sont en colère et haineux, qu'ils portent ou qu'ils prennent sur place une arme, qu'ils se sentent en danger et qu'ils doivent se défendre ou se venger, qu'ils mettent à mort une personne que majoritairement ils connaissent, que l'homicide est puni par la loi... Pour autant, ils sont « fous », et leurs crimes, le plus souvent impulsifs et émotionnels, quoique généralement « conscients », sont aussi pathologiques qu'eux.

Les anciens juristes et aliénistes, qui n'étaient ni moins intelligents, ni moins observateurs que nos contemporains, s'interrogeaient sur la raison chez les fous et la folie chez les gens raisonnables. Le grand jurisconsulte d'Aguesseau (1668-1751) remarquait déjà : « Un fou peut faire des actes de sagesse ». Le Dr Ulysse Trélat note dans l'avant-propos (page XXX) de son ouvrage *La folie lucide* (1861) : « Les aliénés lucides, malgré leur déraison, répondent exactement aux questions qu'on leur fait, ne paraissent point aliénés aux observateurs superficiels et souvent ne se laissent pénétrer et deviner que dans la vie intime » [16]. Un autre aliéniste, Victor Parant, écrit à son tour dans l'avant-propos (p. 4) de *La raison dans la folie* (1888) : « En réalité, la folie n'exclut pas la raison d'une manière absolue ; celle-ci peut persister, et elle persiste ordinairement à divers degrés et sous diverses formes dans la folie la mieux caractérisée, dans presque tous les états de maladie mentale. Certains aliénés peuvent, en bien des circonstances, sans cesser d'être aliénés, penser, parler, agir comme des individus vraiment raisonnables ; il leur reste, en effet, non des apparences seules, mais des parties véritables de raison ; il y a chez eux, persistance partielle de la raison dans la folie » [13].

Ce rapport superficiel au réel, qui laisse les patients psychotiques capables de comportements apparemment normaux dans la vie civile, n'en diminue pas moins l'espace de la folie dans le passage à l'acte violent. Comme l'indique le philosophe Clément Rosset, le

déliquant se définit « obligatoirement » par la dénégation de son délire, puisque ce n'est pas lui mais le monde qui dérape, qui est bizarre (p. 138). Cet auteur ajoute que le « principe général » de toute folie est la prise en considération de ce qui n'existe pas, un goût de l'irréel au détriment du réel, un « excès » de raison qui s'adjuge le domaine de l'absurde, de l'incroyable, et qui critique ceux (les normaux) qui se limitent au domaine effectivement raisonnable (p. 294). La folie est donc moins une récusation de l'existence que son déplacement « en terre étrangère » (p. 296) [15].

3.2. La conscience du trouble mental

Les études récentes sur l'insight pourraient nous faire oublier qu'à partir du XIX^e siècle, les aliénistes se sont intéressés à la perception par le malade de sa pathologie : Spurzheim, Ritti, Falret, la Société Médico-Psychologique dans deux séances de 1869 et 1875, Blondel en 1914, ont discuté de cette question. Un des premiers, Victor Parant, lui consacre de longs développements (« De la conscience de soi dans la folie », chapitre II, article II, pages 174-223) dans son traité mentionné ci-dessus. Cet auteur distingue la conscience des actes seuls, celle d'être dans un état anormal sans savoir que cet état est de la folie, celle de passer pour un aliéné sans croire l'être, celle de l'état morbide sans pouvoir se soustraire à son influence, enfin celle de l'état morbide accompagné d'impulsions irrésistibles. Parant cite, pour finir, les statistiques du docteur Billod, qui ne trouve que 3 % d'aliénés ayant une conscience complète de leur psychopathologie [13].

Classiquement, à notre époque, on considère que l'insight fait défaut à la pensée psychotique, que l'absence d'insight est peut-être la dimension la plus constante et un élément essentiel du diagnostic de psychose [6]. Le degré d'insight étant fortement et positivement corrélé à l'observance thérapeutique et au pronostic, il n'est pas étonnant que les psychotiques homicides aient eu une très faible compliance aux soins, sans parler de la dépendance à l'alcool et aux substances illicites. Doivent-ils être considérés comme responsables pour autant ?

3.3. La réticence pathologique

Les experts connaissent-ils encore suffisamment la question de la dissimulation par le malade psychotique (souvent expérimenté) de ses productions mentales délirantes, de ses idées de suicide ou d'homicide, dans le but de ne pas passer pour fou, d'être sévèrement puni ou, à l'inverse, d'échapper à une longue privation de liberté en milieu psychiatrique après décision judiciaire d'irresponsabilité ? L'enseignement approfondi de la question de la

réticence pathologique ne semble plus à l'ordre du jour en psychiatrie, le dernier article paru dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie) datant de 1961 [7]. Nos aînés, toujours eux, s'étaient pourtant fortement intéressés aux « aliénés dissimulateurs ». Jules Falret, dans une célèbre discussion sur les aliénés dangereux (p. 103), note en 1869 : « ... Il importe de ne pas se laisser induire en erreur par les apparences de raison que présentent souvent ces malades et par l'extrême dissimulation dont quelques-uns d'entre eux nous donnent fréquemment le spectacle » [9].

Rappelons que l'on décrit classiquement diverses conduites de réticence passive et active (défensive, reniement ou anosognosique, éloquente) ainsi que les artifices utilisés par le réticent (mutisme, silence électif, négation, dilation et échappatoire, doute et interrogation, accusation, ironie et résipiscence, restriction mentale et casuistique, réticence exploratrice et par connivence). Dans les formes étiologiques, on insiste traditionnellement sur la réticence/dissimulation et la réticence/éloquente des schizophrènes, en faisant la part des troubles éventuels de la mémoire, sur la réticence/reniement des paranoïaques, sur la réticence des psychotiques en général, indice possible d'un moment dangereux pouvant aboutir au suicide ou à l'hétéro-agressivité.

3.4. La préméditation

Pour que la préméditation d'une action soit possible, il suffit que la personne connaisse le but à atteindre, qu'elle ait un mobile et la volonté de l'accomplir, et qu'elle prenne les moyens d'y parvenir. Comme pour les actions licites, certains patients psychotiques sont capables de préparer et d'exécuter avec plus ou moins de méthode des actions illicites. Le Dr Honoré Aubanel écrivait déjà en 1849 dans la première partie d'un mémoire remarquable (p. 93-4), que nombre d'experts actuels feraient bien de lire et de méditer : « Les gens du monde ne croient pas que l'aliéné puisse préméditer un crime ; ils regardent l'existence de la préméditation comme excluant toute idée de folie ; et, toutes les fois que dans la perpétration d'un meurtre, il y a ruse, dissimulation, quelque combinaison intellectuelle, c'est pour eux la preuve d'une criminalité bien établie. Cette manière de voir est erronée... Le monomane, comme le criminel, médite et prépare son crime, use de calcul et d'adresse, et s'entoure souvent, pour réussir, de toutes précautions utiles » [1].

Dans une étude récente, nous avons montré que 28,5 % de 42 psychotiques parricides étaient capables d'organiser partiellement (21,4 %) ou totalement (7,1 %) leur homicide. L'intention de tuer était présente chez 85,7 % d'entre eux, et la préméditation matérielle chez 40 % [12]. Certes, il peut persister un certain contrôle des actes dans le crime pathologique,

tout n'étant pas stratégiquement désorganisé et impulsif, mais ce contrôle lui-même, purement technique, reste marqué du sceau de la haine et de la volonté destructrices et aliénantes de la psychose.

3.5. *L'état mental au moment des faits*

Lorsque l'on examine certains rapports tardifs, une autre constatation étonnante est l'incapacité des psychiatres à tenir compte de l'effet des médicaments antipsychotiques pris par le malade antérieurement à l'expertise, tout spécialement quand s'il s'agit d'un psychotique hospitalisé depuis les faits en SMPR ou en établissement de soins. L'abrasion de l'activité délirante et des troubles du comportement par les neuroleptiques et les régulateurs de l'humeur, jointe à l'absence de toxiques majeurs du fait de l'enfermement, n'est qu'assez rarement mentionnée, les experts se contentant souvent du bilan de l'intéressé le jour de leur examen, sans faire l'effort de revenir à l'état mental au moment de la commission de l'infraction.

La teneur des propos du patient, concernant en particulier son crime et ses motivations, peut d'ailleurs être profondément modifiée sous l'effet du temps et de la thérapeutique, par un processus de rationalisation secondaire tendant à « normaliser » l'acte criminel. La disparition clinique des symptômes délirants et dissociatifs de la période floride des troubles peut ainsi en imposer aux experts en leur faisant croire que les violences ont été accomplies pour des motifs rationnels, utilitaires, en dehors d'une dynamique psychopathologique de nature psychotique. Cela est d'autant plus vrai si le schizophrène présente un trouble associé de la personnalité (psychopathique, antisociale), et si son infraction paraît avoir un caractère davantage prémédité, instrumental, prédateur, que purement affectif, émotionnel, spontané, sans mobile compréhensible. L'expert doit-il pour autant séparer artificiellement sa psychose de sa psychopathie, le reconnaître irresponsable d'un côté et responsable de l'autre ? Nous ne croyons pas qu'un tel clivage médico-légal soit opportun sur les plans judiciaire et psychiatrique. Le malade est un tout, il reste psychotique, étranger quelque part au monde et à lui-même, et doublement handicapé.

4. La responsabilité du malade psychotique

Il n'est pas question ici de refaire l'historique du fou homicide devant la justice à travers les époques et les sociétés. Nous avons brièvement traité cette question ailleurs [3]. Si, en pratique, de très nombreux malades mentaux criminels ont été mis à mort, les législateurs

des grandes civilisations d'autrefois ont cependant presque toujours légiféré dans le sens de l'irresponsabilité pénale, totale ou partielle selon les circonstances, de celui qui était en état de démence au moment de son crime, qui avait perdu la raison, de l'aliéné furieux qui ne savait plus ce qu'il faisait. Le principe était de soustraire à la peine capitale la personne dont la folie était totalement avérée, un vrai fou ne devant pas être puni de mort. Il en était ainsi en droit romain, en droit de la Chine impériale, en vieux droit anglo-saxon, en droit canonique médiéval, et en ancien droit français.

Rappelons que la responsabilité, concept extrêmement abstrait, est une chose juridique ou morale, un fait social faisant partie du système des représentations collectives. Au plan pénal, la responsabilité individuelle est la propriété qu'a une personne de devoir légitimement supporter une sanction, sa « capacité » à être puni. D'ailleurs, les mots « responsable » et (justement) « punissable » sont largement synonymes. La situation génératrice de responsabilité est l'intervention libre et volontaire dans la perpétration du crime. L'élément moral, c'est-à-dire subjectif, de l'infraction, est un ensemble d'éléments intellectuels, affectifs et éthiques : libre arbitre, conscience claire, réflexion lucide, volonté orientée vers l'accomplissement de l'acte interdit, sentiment de la violation de la loi, du caractère illicite de l'action. L'absence de facultés intellectuelles normales et librement exercées, d'intention et de volonté coupables, de la possibilité de choisir entre le bien et le mal, entraîne l'irresponsabilité. Le fou, l'aliéné, le psychotique de notre époque, privé par la maladie de la possibilité de vouloir librement accomplir l'action punissable, ne peut pas commettre de faute subjective car il n'a pas véritablement le sentiment d'être responsable. Sans imputabilité intellectuelle, sans culpabilité, il n'existe pas d'élément moral, donc pas de responsabilité pénale dans les cas qui nous intéressent.

La personne atteinte de troubles mentaux sévères est incapable de prendre le recul nécessaire d'avec son infraction, de subjectiver ce qui vient d'elle, d'apprécier sa propre conduite avec impartialité. Il n'y a de responsabilité que s'il n'existe une distance, un écart entre le sujet et ses identifications imaginaires, entre l'auteur et son acte, un transfert sur l'auteur de sentiment subjectif concernant le crime, ce phénomène de transfert n'étant concevable que si acteur et crime sont distincts. Tout processus de responsabilité a pour condition essentielle la dualité du crime et du criminel [10]. Ce n'est pas le cas du psychotique, chez qui le sujet qui énonce se confond avec son énoncé. Il semble donc illégitime de le condamner.

Nous ne sommes cependant pas systématiquement opposés, lorsque l'état mental du patient l'autorise, à ce que celui-ci comparaisse devant une juridiction de jugement, composée

exclusivement de magistrats professionnels, pour s'expliquer publiquement, ou à huis clos, selon les circonstances du drame, sur son crime et ses mobiles. On permet ainsi au psychotique agresseur, dont les faits lui sont bien imputables matériellement, de tenter de faire la jonction entre le réel pulsionnel, le réel verbal, et le réel objectif (l'infraction et sa victime), et de constater que la justice de la communauté lui demande des comptes et le juge comme tout un chacun. Bien entendu, la seule « condamnation » possible à nos yeux est une décision lui ordonnant d'être traité en milieu hospitalier, soins assortis des mesures de sûreté nécessaires.

5. Faut-il évaluer les experts ?

Notre interrogation peut paraître provocante, mais nous n'hésiterons pas à y répondre positivement. La lecture de centaines d'expertises psychiatriques et médico-psychologiques récentes, en matière pénale, montre que l'immense majorité de ces rapports ne contiennent ni étude détaillée des indices d'état dangereux (facteurs négatifs de risque) et des indices inverses (facteurs positifs de réinsertion), ni tentative de classement typologique, spécialement pour les agressions sexuelles graves (pédophilie, viol, homicide sexuel). Nonobstant l'évolution des concepts nosographiques et des thérapeutiques, nombre de psychiatres experts travaillent toujours actuellement comme leurs aînés il y a trois siècles, alors que n'existaient pas encore les méthodes et outils actuariels d'évaluations diagnostique et pronostique dont nous disposons de nos jours [5].

En tant qu'ancien expert judiciaire, nous n'ignorons pas les difficultés liées à la pratique expertale et à sa faible rémunération. Il paraît de ce fait difficile, en l'état actuel des choses, d'améliorer la qualité et la pertinence des expertises mentales. Le mieux est donc de modifier la procédure pénale et de confier à des équipes spécialisées pluridisciplinaires, disposant de temps, de compétences variées et de moyens techniques, l'évaluation criminologique et sociale des auteurs d'infractions criminelles majeures, complexes ou répétitives [2]. Aux experts, qui critiquent toute perspective d'évaluation scientifique, nous signalerons que Pinel lui-même a joué un rôle pionnier dans l'utilisation des statistiques en médecine hospitalière et du « calcul des probabilités » dans le tri des malades guérissables. Rappelons ici que la sixième section de son illustre *Traité* (1809) était intitulée : « Résultats d'observations, et construction des tables pour servir à déterminer le degré de probabilité de la guérison des aliénés » [14].

6. Conclusion

Sommes-nous devenus indignes des aliénistes du XIX^e siècle ? Pourquoi abandonnons-nous nos patients criminels aux mains du pouvoir répressif ? Les experts en psychiatrie et psychologie sont-ils au-dessus de la loi ? Nous n'osons pas croire que le désir de plaire ait pu corrompre l'éthique médicale de certains d'entre eux, particulièrement complaisants. Au lieu de gloser en philosophes abscons sur ce qui pourrait rester de lucide et de punissable chez les psychotiques, que ces auxiliaires de justice répressifs se contentent de dresser le bilan scientifique diagnostique et pronostique des troubles au moment des faits et de leur examen, et d'en tirer la conclusion logique, humanitaire et légale : ces malheureux patients ont perdu leur discernement, ils doivent être soignés et non punis. Les conditions actuelles de la vie pénitentiaire et du traitement des malades mentaux délinquants avant les opérations d'expertise éloignent en effet assez souvent les experts de la situation psychopathologique d'origine et de l'appréciation exacte de l'état du patient lorsqu'il perpète son acte. Souhaitons que ces collègues irresponsables, qui jugent les psychotiques responsables, deviennent à leur tour responsables en les jugeant irresponsables.

La folie existe toujours. Même homicide, elle relève exclusivement de la médecine pour sa prise en charge, et de quelques mesures de sûreté pour la protection du malade et de la société. Les personnes souffrant de troubles mentaux graves n'ont pas leur place en détention, elles ne doivent pas être condamnées à une double peine : celle de la souffrance psychique liée à la maladie, et celle du crime sanctionnée par l'emprisonnement. Il ne faut pas passer des chaînes asilaires d'autrefois aux chaînes pénitentiaires de notre temps.

7. Supplique médico-légale du fou meurtrier

« Dieu ou Nature aveugle, toi qui m'as marqué du signe de la souffrance et de la folie, qui me fais entendre des voix et interpréter les situations, qui exaltes ma passion, qui divises mon moi, qui brouilles les sensations de mon corps, qui me pousses aux abus, qui me laisses sans espoir, qui m'as donné un pauvre entendement, fais que mon crime, dont je n'ai pas eu libre choix et volonté, soit pris en compte équitablement. Fais que le médecin et le juge soient compatissants, qu'ils me voient tel que je fus dans l'horreur de mon geste, angoissé, désespéré, acculé, étranger à moi-même. Fais que tous me pardonnent et que l'on me traite avec douceur, patience et dévouement pour la plus grande gloire de l'humanité. »

Références

- [1] Aubanel H. Mémoire médico-légal sur un cas de folie homicide méconnue par les assises du Var. *Ann Méd Psychol* 1849;1:80-123.
- [2] Bénézech M. De la nécessaire création de centres d'évaluation et d'expertises criminologiques à l'échelon national. In: *Médecine pour la prison de l'an 2000*. Paris: Palais du Luxembourg; 1996. p. 82-5.
- [3] Bénézech M. Données historiques anciennes sur la psychiatrie médico-légale. In: *2 000 ans de psychiatrie*. Paris: Ardix Médical; 2000. p. 9-12.
- [4] Bénézech M. Troubles mentaux, suicide, agression et meurtre dans les prisons françaises. *La lettre du psychiatre* 2008;3-4:82-6.
- [5] Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Ann Méd Psychol* 2009;167:39-50.
- [6] Bourgeois ML, Koleck M, Jais E. Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Ann Méd Psychol* 2002;160:512-7.
- [7] Daumezon G, Huguet PE. Réticence pathologique. *EMC (Psychiatrie)*, 11-1961, 37130 L10:1-6.
- [8] Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)/Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Note de synthèse : présentation générale des UHSA, 17 mars 2006, 23 p. plus annexes ; Cahier des charges fonctionnel des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), 11 octobre 2006, 13 p.
- [9] Falret J. Discussion sur les aliénés dangereux. *Ann Méd Psychol* 1869;1:86-113.
- [10] Fauconnet P. La responsabilité : étude de sociologie. Thèse de Lettres, Paris, 1920. Paris: Alcan; 1920. p. 400.
- [11] Guyonnet D, Tixier G. Les paranos. Mieux les comprendre. Paris: Payot; 2006. p. 367.
- [12] Le Bihan P, Bénézech M. Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. À propos de 42 observations. *Ann Méd Psychol* 2004;162:615-25.
- [13] Parant V. La raison dans la folie. Étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables. Paris/Toulouse: Doin/Privat; 1888. p. 423.

[14] Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Seconde édition, entièrement refondue et très augmentée (1809). Paris: Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil; 2005. p. 396.

[15] Rosset C. *L'école du réel*. Paris: Minuit; 2008. p. 473.

[16] Trélat U. *La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*. Paris: Delahaye; 1861. p. 358.

Discussion

Pr M. Laxenaire – Puisque vous avez caricaturé les arguments de ceux qui pensent qu'il faut tenir compte de la responsabilité d'un malade mental criminel, je vais me permettre de caricaturer l'opinion opposée et vous poser une question : le crime étant par nature un fait anormal, ne pensez-vous pas que l'on pourrait supprimer la justice, rechercher l'origine psychopathologique du passage à l'acte criminel et soigner celui qui l'a commis ?

Mme N. Chidiac – Merci, Monsieur Bénézech, pour votre communication. J'aurais aimé avoir votre avis sur l'affaire Redureau, action meurtrière d'un jeune homme de 15 ans, magistralement écrite par André Gide.

Réponse du rapporteur – Contrairement à ce que pense le Professeur Laxenaire, je n'ai nullement caricaturé la position doctrinale de ceux qui croient qu'il est indispensable de condamner les psychotiques criminels en avançant l'intérêt thérapeutique du procès, de la sanction et de l'emprisonnement. Les huit rapports d'expertise que je cite dans ma communication en témoignent largement. Comme je l'ai dit, cette position, qui veut que « l'aliéné » homicide n'échappe pas à la fonction « symbolisante » de l'action judiciaire, est largement basée sur la thèse de Lacan (1932) à propos de l'affaire Aimée : « Dans certains cas, la répression pénitentiaire appliquée avec le bénéfice de l'atténuation maximum, nous semble avoir une valeur thérapeutique égale à la prophylaxie asilaire, tout en assurant de façon meilleure les droits de l'individu et les responsabilités de la société. » Bien que je n'aie aucune sympathie particulière pour les écrits paralogiques de Lacan, il faut remarquer une certaine prudence dans son propos, ici clair et rédigé à une époque où les psychotropes modernes et les droits fondamentaux des internés n'existaient pas. On peut noter : « Dans certains cas », « Bénéfice de l'atténuation maximum », « Nous semble », « Les droits de

l'individu ». La pensée de Lacan dans sa thèse n'est donc pas celle d'une position de principe systématique concernant l'ensemble des malades mentaux souffrant de troubles psychotiques, qui, suite à certains rapports d'expertise actuels, loin de bénéficier des circonstances atténuantes, pâtissent à l'inverse d'une « aggravation maximum » de leur peine et de l'absence de soins adaptés en milieu spécialisé.

Par ailleurs, il faut noter que les arguments repris dans leurs rapports par ces experts répressifs sont généralement basés sur le discernement intellectuel, sur la capacité cognitive du psychotique à reconnaître le bien du mal, à être conscient du passage à l'acte, à préméditer son crime, à consommer volontairement des produits stupéfiants, etc. Certains experts n'hésitent pas à prendre pour motif de responsabilisation la part psychopathique de la personnalité, faisant abstraction de la psychose, comme s'il y avait des parties « normales » et des parties « aliénées » dans l'esprit de ces malades mentaux criminels. Ils oublient, ou font semblant d'oublier, que l'humain est un tout indivisible, holistique, que la psychose agit sur les processus émotionnels et sur la volonté, et qu'une croyance, banale ou délirante, intervient sur l'ensemble des systèmes intéressés, représentations, intentions et actions comprises. À lire ces rapports, j'ai l'impression de me trouver dans le droit anglais d'autrefois, celui des règles de Mc'Naghten (1843), qui permettaient de condamner à mort l'aliéné homicide conscient de commettre un acte nuisible et répréhensible, c'est-à-dire violant la loi. Cette conception purement intellectuelle de la responsabilité a été critiquée par la Commission royale de 1953 (et par l'Homicide Act de 1957 en matière de circonstances atténuantes) qui exempte de responsabilité les malades délirants qui restent capables de différencier le bien et du mal ou sont incapables de contrôler leurs impulsions (voir notre ouvrage corédigé avec le Pr Moïse Addad : *L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux en droit français et anglo-saxon* [législation française, anglaise, israélienne et des États-Unis], Paris: Litec; 1978).

Le professeur Laxenaire m'ayant demandé malicieusement s'il fallait faire disparaître la justice (et la remplacer sans doute par la psychiatrie ?) du fait de la fréquence des troubles mentaux chez les auteurs de crimes violents, je répondrai bien évidemment que non. Le magistrat est concerné dans tous les cas, c'est à lui de décider, de juger, de condamner ou d'excuser. Je précise dans mon texte écrit que je ne suis nullement opposé par principe à ce que le psychotique meurtrier puisse s'exprimer devant une juridiction pénale, à la condition toutefois que son état le permette, pour assurer convenablement sa défense, et que cette comparution ne lui soit pas exagérément traumatisante. Comme le constatent souvent les chroniqueurs judiciaires, il est scandaleux de voir un malheureux accusé schizophrène totalement étranger à son procès et aux débats, incapable de s'expliquer et de comprendre ce

qui se passe, hermétique, manifestement « fou » aux yeux des juges et du public, et que l'expert ou les experts reconnaîtront responsable et dangereux, ce qui lui vaudra les foudres de la cour d'assises.

Madame Chidiac me demande mon opinion sur *La séquestrée de Poitiers* et *L'affaire Redureau*, sur lesquelles Gide s'est exprimé. Dans la première, jugée en 1901, je me rappelle que la recluse, une psychotique, a été enfermée très longtemps dans une chambre obscure et fétide par sa mère, femme autoritaire, peut-être paranoïaque, qui est morte en prison pendant l'instruction. Le frère de la victime, soumis psychologiquement et matériellement à sa mère, a été acquitté en appel. Dans l'affaire Redureau, le principal souvenir qui me reste est celui d'une excellente expertise qui ne mettait en évidence ni trouble mental, ni mobile compréhensible chez un jeune homme schizoïde et timide auteur en 1913 du massacre de la famille où il travaillait comme domestique. Cet « acte gratuit », bien différent de celui des *Caves du Vatican*, rentre dans le cadre des adolescents chez lesquels l'acte homicide représente la première conduite d'inadaptation. Le crime est inattendu, imprévisible, inexplicable, alors que son auteur semblait bien adapté jusqu'alors. Le jeune Redureau était-il un prépsychotique qui a agi au cours d'une colère « passionnelle » ? On ne le saura jamais, puisqu'il est mort tuberculeux deux ans après sa condamnation à vingt ans de réclusion criminelle.