



Responsabilité pénale du psychiatre et prévention de l'homicide pathologique

Michel BÉNÉZECH¹, Alexandre BARATTA²

1. INTRODUCTION

Les médias nationaux viennent de rendre compte de la condamnation pour homicide involontaire d'une femme psychiatre hospitalier à la suite de l'assassinat commis par l'un de ses patients. En date du 18 décembre 2012, le tribunal correctionnel de Marseille a en effet condamné le docteur X à un an d'emprisonnement avec sursis et à payer aux parties civiles les sommes de 7500 et 1000 euros. Le libellé intégral et nominatif de ce jugement a été porté à la connaissance du public sur le site <http://www.acg-avocat.com>

2. L'AFFAIRE

Madame X, médecin psychiatre, née en 1954, était prévenue d'avoir, notamment le 19 février 2004, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, involontairement causé la mort de Monsieur Y en créant ou contribuant à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage (l'homicide) et en omettant de prendre les

mesures permettant de l'éviter, en commettant des fautes caractérisées qui exposaient la victime à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer (en l'occurrence son assassinat par Monsieur Z), en refusant de poser le moindre diagnostic de maladie mentale à l'égard de Z, privant ainsi ce dernier de soins adaptés, alors même qu'un diagnostic de schizophrénie paranoïde avait été arrêté par l'ensemble des experts et psychiatres ayant eu à l'examiner, en ne prenant aucune disposition effective pour ramener à exécution de manière contraignante la mesure d'hospitalisation d'office de Z alors même qu'elle disposait des moyens en personnel pour le faire, alors que ce patient avait multiplié par le passé des manifestations de dangerosité croissante, qu'elle avait été alertée par la famille d'un risque de passage à l'acte dans le cadre d'un conflit familial et qu'enfin son patient avait été hospitalisé dans un service d'urgence pour une blessure à l'arme blanche dans des conditions particulièrement troubles.

La victime, Monsieur Y, qui vivait avec la grand mère de Monsieur Z, avait été tuée à coups de hache le 9 mars 2004 devant son domicile par Z qui avait quitté sans autorisation l'établissement hospitalier depuis le 19 février 2004. Le crime était prémedité. L'information ouverte à l'encontre de l'auteur de cet

1. Psychiatre, légiste, criminologue, Conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale – michel.benezech@gmail.com

2. Psychiatre à l'Unité pour malades difficiles de Sarreguemines, Expert près la Cour d'appel de Metz – alexandrebaratta@aol.com



homicide avait été clôturée par une ordonnance de non-lieu du 5 janvier 2005. La famille de la victime, dans leur plainte avec constitution de partie civile en date du 24 janvier 2008, faisait valoir « que la dangerosité délirante et manifeste » de Z était établie et connue et que malgré tout son régime d'hospitalisation d'office avait été aménagé, que des sorties et des congés d'essai avaient été accordés, que même il était question d'envisager la mainlevée des soins sous contrainte et qu'ainsi ceux qui avaient proposé des aménagements pour ce patient devaient répondre de leur responsabilité pénale. Le magistrat instructeur n'avait retenu de charges que contre le docteur X.

3. LA DANGEROSITÉ DU PATIENT Z

Il est nécessaire de rappeler ici les antécédents médico-légaux de Monsieur Z, né en 1969, avant le passage à l'acte homicide dont il est l'auteur courant 2004. Nous les synthétiserons d'après le jugement de condamnation :

- ✓ premiers troubles mentaux et début de la consommation de cannabis en 1996 avec aggravation en 1999 (décès du père) et 2000 (licenciement) ;
- ✓ hospitalisation d'office du 10 février 2000 pour entrée par effraction et agressions à l'arme blanche sur l'un de ses amis et le gardien de l'immeuble (constatations psychiatriques : décompensation délirante, persécution, préjudice, crainte d'agression homosexuelle, réticence, contact distant et froid, pas de dissociation, dangerosité, hospitalisation d'office) ;
- ✓ faits de dégradation grave du bien d'autrui commis le 2 février 2000 (expertise pénale : processus de nature psychotique, troubles de la personnalité, irresponsabilité) ;
- ✓ après des permissions de sortie et des sorties en congé d'essai, sortie définitive du patient le 28 juillet 2000 à la demande de la psychiatre X ;
- ✓ hospitalisation d'urgence à la demande d'un tiers (la sœur de Z) du 20 septembre 2000 pour des troubles graves du comportement en milieu familial (constatations psychiatriques : syndrome délirant paranoïde, persécution et influence, angoisse psychotique majeure, impulsions agressives vis-à-vis de l'entourage, arrêt par le patient de son traitement médicamenteux) ;
- ✓ après une sortie avec congé d'essai, sortie définitive le 20 novembre 2000 sur certificat de la psychiatre X ;
- ✓ hospitalisation d'office du 6 janvier 2001 suite à une interpellation sur un toit, Z étant agité et blessé au cuir chevelu, tenant des propos incohérents, et s'étant montré violent sur un policier (constatations psychiatriques : rupture de traitement et de suivi, intuition délirante brutale, minimisation des faits, détachement et froideur, réticence, délire sous-jacent, déni des troubles, potentiel de dangerosité) ;
- ✓ après un congé d'essai, sortie définitive du patient le 2 avril 2001 à la demande de la psychiatre X (adhésion aux soins, perçoit le caractère pathologique de ses actes, ne présente pas de dangerosité psychiatrique) ;
- ✓ hospitalisation d'office du 28 septembre 2001, suite à une incarcération avec placement en SMPR après agression d'un co-détenu, pour tentative d'assassinat, vol, dégradation et destruction, Z ayant entre autres le 26 mai 2001 frappé la nuit sur le crâne à coups de barre de fer un homme, blessé ses proches qui le défendaient et vraisemblablement incendié un véhicule et une grange (expertise pénale : réticence, psychose chronique schizophrénique, épisode fécond délirant à thèmes persécutifs et sexuels, dangerosité psychiatrique avérée, potentialité hautement criminogène, irresponsabilité, orientation vers une unité pour malades difficiles) ;
- ✓ le 22 mai 2002, rapport d'expertise à la demande du préfet, la psychiatre X ayant sollicité une sortie d'essai (expertise administrative : froideur, réticence, déni, angoisse, banalisation, état dangereux identique, aucun travail thérapeutique véritable, traitement antipsychotique insuffisant, escalade de passages à l'acte de gravité croissante, prise en charge souhaitable par une autre équipe, avis défavorable à la sortie d'essai) ;
- ✓ nouvelle expertise par le même psychiatre le 28 mars 2003 pour une raison identique (expertise administrative : prise de conscience du caractère dangereux des actes, assouplissement de la carapace de froideur affective, avis favorable à des sorties régulières de courte durée pendant six mois) ;



- ✓ en juillet 2003, agression sur un autre patient ayant nécessité le réaménagement du traitement et la contention en chambre fermée ;
- ✓ retour du patient dans l'établissement d'hospitalisation le 19 février 2004 suite à une plaie par couteau à la main gauche ayant nécessité une intervention chirurgicale ;
- ✓ le même jour, au cours de l'entretien avec la psychiatre X, Monsieur Z s'enfuit de l'établissement vers 14h, refusant d'être ré-hospitalisé d'office temps plein par révocation du congé d'essai de longue durée ;
- ✓ un avis de recherche est transmis vers 17h par télécopie aux services de police et à la DDASS, sans mention de la dangerosité particulière du patient.

Au regard de la nature des faits reprochés au médecin psychiatre X, le magistrat instructeur ordonne une expertise judiciaire par un psychiatre agréé par la Cour de cassation. Dans son rapport déposé le 16 février 2009, cet expert conclut que les premiers troubles mentaux de Monsieur Z remontent à 1996 avec début de la consommation de cannabis et que le diagnostic de schizophrénie paranoïde avec forte dangerosité et déni des troubles a été établi de manière concordante à partir de janvier 2000. Il ajoute que le docteur X, ne considérant pas Z comme atteint de maladie mentale, ne lui a pas donné les soins nécessaires alors que ce patient psychotique chronique avec dangerosité psychiatrique persistante nécessite toujours un traitement neuroleptique retard à dose élevée. Il remarque enfin qu'il est très difficile pour un secteur psychiatrique classique de traiter au long cours de tels malades.

Un complément d'expertise ayant été demandé au même expert, celui-ci, dans son rapport du 12 juin 2009 et après avoir pris connaissance des déclarations du docteur X, confirme ses conclusions antérieures : la psychiatre traitante a banalisé les actes médico-légaux et les divers « incidents » perpétrés par son patient, n'a pas reconnu de façon constante sa pathologie psychotique et sa dangerosité, ne l'a pas suffisamment observé cliniquement au cours des hospitalisations, ne lui a pas prescrit un traitement neuroleptique adapté. Il souligne « que si la relation de confiance était indispensable » elle pouvait « quelquefois n'être qu'une illusion ». L'expert rappelle encore les recommandations officielles consacrées aux stratégies thérapeutiques dans les psychose schizophréniques.

4. LA DÉFENSE DU DOCTEUR X

Dans une note déposée au juge d'instruction en date du 14 décembre 2009, la psychiatre a présenté diverses observations que nous résumons :

- ✓ elle admet ne pas avoir pu établir clairement le diagnostic de schizophrénie mais soutient avoir pris en compte les « avertissements cliniques des collègues » en instaurant des traitements anti-psychotiques oraux ;
- ✓ elle réfute le caractère probant des documents scientifiques invoqués par l'expert judiciaire ;
- ✓ elle rappelle qu'elle pratique la psychiatrie hospitalière depuis une trentaine d'années et qu'elle utilise les neuroleptiques à action prolongée (NAP) quand elle pense que cela peut favoriser les soins et l'amélioration clinique du patient ;
- ✓ elle souligne que l'utilisation des NAP n'empêche pas les rechutes délirantes ;
- ✓ elle fait valoir que l'évaluation de l'état clinique est le principal indicateur des rechutes éventuelles ;
- ✓ elle précise que « les soins psychiatriques ne se limitent pas au traitement médicamenteux et que la prise en charge relationnelle est tout aussi importante que la chimiothérapie dans la prévention des rechutes et de la dangerosité » ;
- ✓ elle insiste sur la nécessaire relation de confiance avec le patient, sur une relation thérapeutique fréquente et régulière qui peut être altérée par la prescription de NAP ;
- ✓ elle soutient donc avoir fait les choix thérapeutiques adéquats et que Z n'est pas passé à l'acte tant qu'il a été en relation thérapeutique.

5. L'ARGUMENTATION DU TRIBUNAL

Le docteur X a été chargée de soigner Monsieur Z de février 2000 à février 2004. Le tribunal constate que cette période de quatre ans a été marquée par une succession d'échecs dont il rend responsable la psychiatre traitante. Reprenant les arguments à charge précédemment mentionnés, il remarque l'inadéquation entre la gravité de l'état mental réel de Z et la conduite thérapeutique adoptée, et ceci sans que l'enchaînement des actes médico-légaux ne vienne modifier l'appré-



ciation du docteur X qui persistait dans sa pratique sans rien changer à ses choix thérapeutiques. Il considère que l'attitude de cette dernière confine à l'aveuglement, négligeant les avis multiples et convergents de ses confrères en tous genres, chef de service compris, sous-estimant les antécédents et la dangerosité du patient et obtenant la transformation des sorties d'essai de courte durée en congé d'essai de longue durée lors de l'hospitalisation d'office précédant l'homicide.

Le tribunal remarque encore que rien de sérieux n'a été fait par l'institution hospitalière pour retenir physiquement Z lors de son départ sans autorisation le 19 février 2004 et pour le réintégrer par la suite. Il résulte que le docteur X « s'est arc-boutée sur ses convictions et a décidé, quelques aient été les événements et les alertes, de ne rien modifier à sa pratique en créant ou contribuant à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage. » Les multiples manquements qui lui sont reprochés sont constitutifs de fautes caractérisées à l'origine de l'errance du patient, de la fuite de l'établissement puis du passage à l'acte qui a conduit à l'assassinat de Monsieur Y.

6. RÉFLEXIONS MÉDICO-LÉGALES

Cette affaire appelle indiscutablement un certain nombre de remarques sur les plans déontologique, criminologique et clinique. Rappelons d'abord que tout malade, quelles que soient sa pathologie et la connaissance ou la conscience qu'il puisse en avoir, a le droit d'avoir des soins consciencieux, dévoués, fondés sur les données acquises de la science, le médecin devant se faire aider s'il y a lieu par des tiers compétents (article R. 4127-32 du Code de la santé publique). Rappelons en outre que le médecin a l'obligation d'élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant des méthodes scientifiques les mieux adaptées et s'il y a lieu de concours appropriés (article R.4127-33 du même code).

Les antécédents médico-légaux de Monsieur Z nous interrogent également. Pendant une période de quatre ans, et sans inclure l'homicide terminal, ce patient a cumulé une tentative d'assassinat, plusieurs agressions à l'arme blanche, très probablement un ou deux incendies volontaires, des dégradation de biens, une effraction de domicile, un ou plusieurs vols, des troubles du comportement en milieu familial, carcéral (agression d'un co-détenu) et hospitalier (agression d'un autre malade, fugue). Ceci bien entendu pour les seuls faits

connus des autorités. Il en est résulté quatre hospitalisations sans consentement (trois d'office et une à la demande d'un tiers), deux non-lieux psychiatriques, une incarcération avec placement en SMPR. Par ailleurs, sur le plan clinique, nous avons affaire à un homme dans la force de l'âge (31 ans en 2000, 35 en 2004), schizophrène chronique au vécu délirant persécutif, de préjudice et sexuel. Les experts l'ayant examiné on noté son contact distant et froid, sa réticence, son déni ou son « amnésie » (?) des faits antisociaux, son opposition au traitement et sa rupture thérapeutique dès qu'il en a la possibilité hors de l'institution, d'où de nouveaux épisodes féconds délirants. Il ne faut pas oublier qu'il était en plus consommateur de cannabis, produit dont on connaît les effets psychotisants.

Monsieur Z présentait donc des prédicteurs majeurs de dangerosité. Il cumulait en effet :

- ✓ sexe masculin, dans la trentaine (âge moyen du passage à l'acte homicide des schizophrènes) ;
- ✓ antécédents graves de violences contre les personnes et les biens, menaces ;
- ✓ usage de produits stupéfiants ;
- ✓ vécu psychotique délirant à thématique persécutrice et sexuelle ;
- ✓ absence d'insight, déni des troubles, méfiance dans les modalités relationnelles, réticence à verbaliser et aux soins ;
- ✓ minimisation, déni ou amnésie alléguée des actes médico-légaux ;
- ✓ traitement neuroleptique quotidien ou retard à dose insuffisante et uniquement par voie orale.

Nous avons soumis ce cas à une évaluation actuarielle, avant la réalisation de l'homicide, à l'aide de la VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*). Il s'agit d'un instrument d'évaluation du risque de violence qui comprend 12 items. La cotation a été réalisée sur la base des éléments disponibles dans le libellé du jugement du docteur X. Certaines données n'étant pas à notre disposition (comportement scolaire, consommation d'alcool), la cotation s'est faite dans une « hypothèse basse » (éléments absents considérés comme négatifs). Dans cette hypothèse basse, le patient Z se classe dans la catégorie VRAG 5, ce qui le situe en risque « moyen ». Ainsi, en dehors de toute poussée délirante aiguë et avant l'assassinat de 2004, Z appartient à une catégorie de population dont la probabilité de récidive violente est de 35% dans les 7 ans et de 48% à 10 ans.



Bien entendu, ce résultat ne tient pas compte des éléments dynamiques, tels qu'un épisode fécond délirant lié à une rupture de traitement ou une consommation de cannabis, facteurs comorbides qui majorent très nettement le risque théorique obtenu.

7. CONCLUSION

Bien sûr le médecin n'a en général qu'une obligation de moyen et non pas de résultat, bien sûr la psychiatrie n'est pas une science exacte, bien sûr prédire l'avenir médico-légal est aléatoire, bien sûr nos établissements publics consacrés aux malades mentaux manquent de personnels et de locaux, bien sûr les connaissances professionnelles de la majorité des psychiatres de notre pays n'ont pas été actualisées à propos de l'évolution des techniques modernes d'aide à l'évaluation de la dangerosité et de la récidive criminelle. Malgré tout, cette décision de justice est-elle excessive, illogique, choquante, immorale dans le cas présent ? Le psychiatre d'exercice public peut-il igno-

rer une pathologie psychotique évidente et faire fi de multiples et graves antécédents de violence à l'origine d'expertises judiciaires et administratives, de placements sous contrainte et de non-lieux ?

Rappelons par ailleurs la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2011 à propos de la dangerosité psychiatrique : « *Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes... En tant que profession médicale, il est de la responsabilité des psychiatres de pouvoir répondre aux deux questions suivantes : quel est le risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire ?* » L'on sait maintenant que pour évaluer correctement l'auteur de faits antisociaux graves, il faut prendre en compte une centaine d'items, ce qui nécessite beaucoup de disponibilité et de temps. Combien de psychiatres hospitaliers peuvent et savent faire cela ? ■



404

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2013

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	Normal	Institution	Normal	Institution	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (6 N° + 2 suppl.) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	266 €	330 €	319 €	386 €	165 €
Journal de Gestion et d'Économie Médicales (6 N° + 2 suppl.)	207 €	246 €	247 €	299 €	127 €
Journal International de Bioéthique (4 N°) <i>International Journal of Bioethics</i>	149 €	186 €	180 €	219 €	—
Adresse de paiement à l'ordre de / Please, send your order and payment to : Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, France					
<p>Les abonnements sont mis en service dans un délai maximum de quatre semaines après réception de la commande et du règlement / <i>Subscriptions begin 4 weeks following receipt of payment.</i></p> <p>Les abonnements partent du premier numéro de l'année / <i>Subscriptions begin with the first issue for calendar year.</i></p> <p>Les réclamations pour les numéros non reçus doivent parvenir dans un délai maximum de six mois / <i>Claims may be submitted to the publisher for missing issues for a period of six months after publication of each individual issue.</i></p>					
<p>Numéros séparés de l'année et volumes antérieurs / <i>Back issues and volumes</i> (jusqu'à épuisement du stock) :</p> <p>Éditions ESKA 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS, France Tél. 01 42 86 55 65 – Fax 01 42 60 45 35</p>					



BULLETIN D'ABONNEMENT 2013 / SUBSCRIPTION FORM 2013

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip Code Ville / Town Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue de / *I wish to subscribe to*

- « **Journal de Médecine Légale Droit Médical** »
- « **Journal de Gestion et d'Économie Médicales** »
- « **Journal International de Bioéthique** »

Nombre d'abonnements Ci-joint la somme de / *Please find enclosed the sum of* €
Number of subscriptions à l'ordre des Éditions ESKA / *made payable to Éditions ESKA*(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).
(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).Bulletin à retourner avec votre paiement à / *Return your order and payment to* :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE