

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE**

ANNEE 2013

2013 TOU3 1585

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE PSYCHIATRIE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Christophe PERRAULT

Le 25 octobre 2013

**ABOLITION ET ALTERATION DU DISCERNEMENT (AU SENS DE
L'ARTICLE 122-1 DU CODE PENAL): QUELLES DEFINITIONS,
QUELS DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES ?**

A propos de 601 rapports d'expertises psychiatriques pénales

Directeur de thèse : M. le Professeur Christophe ARBUS

JURY

Président :	M. le Professeur Daniel ROUGE
Assesseur :	M. le Professeur Laurent SCHMITT
Assesseur :	M. le Professeur Norbert TELMON
Assesseur :	M. le Professeur Christophe ARBUS
Assesseur :	M. le Docteur Pierre André DELPLA



A notre président de jury :

M. le Doyen Daniel ROUGE

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

La qualité de notre formation au sein du service de Médecine Légale et Médecine Pénitentiaire est redevable de la qualité de votre enseignement et de votre transmission par le biais de vos élèves qui sont aujourd'hui nos maîtres.

Puisse ce travail s'inscrire sur la voie que vous avez tracée.

A notre jury :

M. le Professeur Laurent SCHMITT :

Votre présence à ce jury de thèse est une évidence.

Vos qualités pédagogiques et humaines ne rendent cette évidence que plus limpide.

Vous nous avez conseillés sans jamais nous infantiliser, responsabilisé sans jamais nous exposer.

Depuis notre externat, vous avez suscité, puis scellé notre vocation.

Puisse la Psychiatrie former d'autres générations de Maîtres dont l'ouverture et l'humanité égalent la solidité des assises scientifiques.

M. le Professeur Norbert TELMON :

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail.

Vous nous avez accueillis avec bienveillance dans votre service.

Pendant une année nous avons bénéficié de la qualité de vos enseignements et de la pertinence de vos vues s'agissant des liens unissant Psychiatrie et Médecine Légale.

Notre formation dans votre service fut une école de rigueur.

Le niveau de votre exigence scientifique n'a d'égal que le soutien et la bienveillance accordés à vos élèves.

Puissent des générations d'internes bénéficier de vos enseignements.

M. le Professeur Christophe ARBUS

Vous nous avez fait le plaisir et l'honneur de diriger et de juger ce travail.

Vous avez été, sans le savoir, un des acteurs de notre orientation professionnelle alors que nous n'étions qu'étudiant en médecine.

Votre intérêt et votre accompagnement ont sans conteste dynamisé, orienté, structuré et valorisé notre travail.

Puisse votre parcours prestigieux nous servir d'exemple.

Puissions-nous continuer à bénéficier de votre tutorat.

M. le Dr Pierre André DELPLA :

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Vous êtes une figure de proue de la psychiatrie médico-légale et nos entrevues sont aussi riches d'enseignements qu'elles mettent en lumière le chemin à parcourir.

Votre éloquence est le juste pendant de vos assises scientifiques.

Puissions-nous continuer à bénéficier de vos enseignements.

A ma femme : Ton soutien et ta présence m'ont fait exister.

A mes filles : Vous êtes le sens et le vertige incarnés.

A mes parents : Vous êtes mes fondations.

A mes frères et sœurs : Je vous aime. A nos retrouvailles paisibles.

A ma grand-mère : Bien heureux de ta présence à nos côtés. Prends soin de toi.

A ma (belle) famille : Je me sens parmi vous comme parmi les miens.

A Quentin : et à nos discussions réflexives

A Morgan : A notre amitié indéfectible.

A Thomas et Léo : Les études à vos côtés me les ont rendues d'autant plus douces. La médecine est meilleure avec vous.

A Virginie, Claudie, Bruno : et à notre amitié (une des plus anciennes)

A Cédric : Tu as toute mon affection.

A Xavier et Emilie : A votre hospitalité, aux instants suspendus passés à vos côtés

A Marc : Sensei et ami

A Julie, Jean Marie, Laetitia, Fanny, Olivier, Inès, Frédéric, Stéphanie.

A mes co-internes : Bénédicte, Marie, Sophie, Lara, Marie, Sarah, Marion, Manon, Cathy... Un réel plaisir d'avoir appris la Médecine à vos côtés.

A mes collègues internes de Psychiatrie.

A ma Famille Métropolitaine et Réunionnaise.

A tous les membres des équipes des Urgences Psychiatriques, du secteur 6 de Marchant, de la Guidance infantile, du centre de santé mentale de la MGEN, de l'APJA, de Médecine Légale : Médecins, IDE, AS et agents d'amphithéâtre, ASH, psychologues, secrétaires, assistantes sociales, orthophonistes, psychomotriciennes, éducateurs(trices)...

Spéciale dédicace au Dr Savall : Désolé pour le harcèlement et encore merci pour ton soutien dans cette entreprise dont tu es l'un des principaux artisans. Au Dr Trapé : mon principal formateur s'agissant de l'expertise psychiatrique. Tu es à l'origine de ce travail. Merci de la confiance que tu nous as accordée en nous confiant ton travail et en nous formant. Au Dr Dedouit : Merci pour ta rigueur et ton humour. Au Dr Blanc : Notre formation aurait été amputée sans ton sens de la pédagogie. Aux Drs Gainza, Costagliola, Dombret, Lagarrique, Bayle, Grill, Herin.

Table des matières :

<u>I - INTRODUCTION</u>	3
<u>II - ASPECTS THEORIQUES</u>	6
<u>A - LE DISCERNEMENT, UNE ENIGME EPISTEMOLOGIQUE</u>	6
1 - L'émergence d'un concept	6
<u>a - Une longue histoire de l'irresponsabilité pénale</u>	6
<u>b - L'expertise pénale de responsabilité</u>	10
<u>c - L'article 122-1 du Code Pénal</u>	16
<u>d - La nuance : de la circulaire Chaumié à l'alinéa 2</u>	17
<u>e - Le discernement</u>	18
2 - La psychanalyse	22
<u>a - La découverte de l'inconscient</u>	22
<u>b - Psychanalyse et Psychose</u>	27
3 - Psychiatrie, neurosciences et discernement	34
<u>a - L'inconscient cognitif</u>	34
<u>b - La conscience</u>	42
<u>c - Cognition et Psychose : Le discernement à la lumière des dysfonctionnements cognitifs et associatifs de la schizophrénie</u>	46
<u>B - INTERSUBJECTIVITE : UNE VISION INTEGRATIVE DU DISCERNEMENT ?</u>	59

<u>C - LA POPULATION PSYCHIATRIQUE EN MILIEU CARCERAL</u>	64
1 - Démographie carcérale	64
2 - Violence et troubles psychiatriques	65
<u>III - PARTIE EMPIRIQUE DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES ASSOCIES A L'ABOLITION ET A L'ALTERATION DU DISCERNEMENT</u>	67
<u>A - HYPOTHESES</u>	68
<u>B - OBJECTIFS</u>	68
<u>C - MATERIEL ET METHODE</u>	69
<u>D - RESULTATS</u>	71
1 - Statistiques descriptives	71
2 - Statistiques analytiques	78
<u>E - DISCUSSION</u>	80
<u>IV - CONCLUSION</u>	91
<u>V - BIBLIOGRAPHIE</u>	94

I - INTRODUCTION

Plusieurs motifs nous ont amenés à nous intéresser à l'expertise psychiatrique pénale de responsabilité. Le caractère « sur-spécialisé » de cette pratique et ses implications médico-légales lui confèrent une aura de complexité. Bien que technique spécialisée, celle-ci n'en reste pas moins solidement arrimée aux préoccupations intéressant la « Psychiatrie générale » et en questionne ses assises historiques et scientifiques :

- Il est d'abord intéressant de constater que c'est sur son substrat médico-légal que s'est érigée la clinique psychiatrique. Il est ainsi question avec Pinel et Esquirol de repérer parmi les infracteurs, « le fou » (dont l'acte commis dans une phase processuelle de sa maladie ne lui est pas imputable) et de promouvoir les soins dont il est redevable en lieu et place d'une sanction ;
- Par ailleurs, le concept de discernement (dont on demande à l'expert d'évaluer la qualité) constitue un modèle, un support de réflexion fécond qui interroge fondamentalement les assises de notre spécialité. En effet, la clinique psychiatrique est riche de symptômes et de troubles qui pourraient légitimement être regroupés sous le terme générique de « trouble du discernement » au sens de distinguer, « faire la part des choses », « y voir clair ». C'est à dessein que nous employons ces expressions imprécises car nous verrons que cette notion ne bénéficie d'aucune définition consensuelle ;
- Enfin, la technique expertale permet de mettre en tension, d'articuler les concepts de subjectivité et d'objectivité. L'expert, en rendant un avis désolidarisé des enjeux autres que rigoureusement sanitaires (notamment d'assistance, de sympathie, d'alliance thérapeutique...), met à l'épreuve le savoir de sa discipline face aux exigences de la société, tout en éclairant le constat objectif à la lumière du parcours singulier du sujet.

C'est avec la réforme du Code Pénal de 1992 qu'est apparu le concept de discernement, en même temps qu'était introduite de manière directe une nuance (déjà suggérée par la circulaire Chaumié en 1905) dans l'évaluation de l'état psychique contemporain des faits de l'auteur présumé d'infractions pénales (avec l'alinéa 2 de l'article 122-1).

Il incombe ainsi à l'expert de déterminer, rétrospectivement, si un sujet était atteint au temps de l'infraction d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré (et/ou entravé) son discernement ou le contrôle de ses actes.

De manière globalement consensuelle, les auteurs soulignent que les situations cliniques pour lesquelles est retenue une abolition du discernement ne diffèrent pas de celles rencontrées avant la révision du Code Pénal. Les facteurs débouchant sur l'affirmation d'une altération du discernement semblent cependant plus délicats à cerner. C'est d'ailleurs ce sujet qui nourrit les plus vifs débats [1]:

- Entre experts, s'agissant de l'interprétation médico-légale du retentissement d'un trouble sur le discernement ;
- Entre psychiatres et psychiatres experts judiciaires, les uns dénonçant l'ambiguïté du positionnement des autres et l'invocation du second alinéa au détriment du premier.

S'ajoute à cette problématique le constat souvent formulé d'une plus grande sévérité des condamnations des auteurs d'infractions lorsque leur discernement est altéré comparativement aux auteurs dont le discernement serait intact, en contradiction manifeste avec l'esprit de la loi qui suggère une atténuation de peine.

Enfin, l'altération du discernement interroge la précision et la subtilité de la sémiologie psychiatrique puisqu'elle exige de situer le champ de l'examen en dehors de l'évidence de la décompensation et engage donc l'expert, et le psychiatre de manière générale, à spécifier une clinique s'affranchissant de la dichotomie malade/non malade.

C'est ainsi que nous nous sommes intéressés au discernement, notamment à son altération et aux diagnostics psychiatriques qui lui sont associés.

Dans une première partie, nous retracerons l'héritage historique de la notion d'irresponsabilité pénale des sujets souffrant de troubles psychiatriques.

Puis, après avoir présenté l'article 122-1 du Code Pénal, nous interrogerons la définition de son pivot central : le discernement.

Nous verrons ensuite que l'intuition d'un contrôle intentionnel de nos actes et pensées est depuis longtemps questionnée et aujourd'hui sérieusement mise à mal par les découvertes des

neurosciences, supposant ainsi qu'une forme d'altération du discernement est consubstantielle de l'acte de pensée.

Nous proposerons alors une définition possible du discernement éclairée par l'étude des troubles psychotiques.

Enfin, le constat des liens unissant Psychiatrie, violence et détention nous amènera à introduire notre travail expérimental visant à établir les liens potentiels unissant abolition, altération du discernement et diagnostics psychiatriques.

II - ASPECTS THEORIQUES

A - LE DISCERNEMENT, UNE ENIGME EPISTEMOLOGIQUE

1 - L'émergence d'un concept

a - Une longue histoire de l'irresponsabilité pénale [2-4]

Rome est initialement une petite cité sans rayonnement. Le droit s'érige alors sur un ensemble de règles rudimentaires teintées d'impératifs économiques et d'interdits religieux. Ce corpus est vectorisé par le principe d'une vengeance privée. La responsabilité est assumée par le groupe et engage nécessairement des conflits massifs et perpétuels opposants des clans. L'ampleur des conflits occasionnés, autant que leur inconséquence, amène à inventer un moyen de régulation. Aujourd'hui évoqué comme un mode de résolution de conflit plutôt archaïque et violent, la loi du Talion est alors un progrès objectif. D'abord elle limite l'usage de la violence en prônant la réciprocité du crime et de la peine : *« si quelqu'un blesse son prochain, il lui sera fait comme il a fait »*, et évite ainsi la pérennisation de conflits sans fin, ensuite elle nécessite le recours à un juge extérieur impartial. Le système vindicatoire décline progressivement au profit de la notion de responsabilité individuelle inspirée et promue par les philosophes grecs (Protagoras, Socrate, Platon).

Vers 509 avant JC, le déclin de la civilisation Etrusque signe une période d'expansion et d'hégémonie pour Rome, incompatible avec un droit sommaire et qui appelle donc de nouveaux besoins juridiques. Cette période d'essor, de dynamisme intellectuel et de rayonnement culturel est aussi l'occasion d'une imprégnation par les cultures voisines, notamment grecques. La délimitation entre délits publics et privés s'établit et la notion de responsabilité se précise. Elle est initialement exclusivement objective, ainsi : *« Est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non de sa volonté libre »*, puis progressivement, tout au long de l'époque classique, elle devient subjective permettant la distinction entre homicides dolosciens (en pleine connaissance de cause) et homicides involontaires.

Au 4^{ème} et 3^{ème} siècle avant JC, l'influence des Stoïques permet le développement de l'élément intentionnel qui s'inscrit dans la volonté de conserver sa place à la liberté humaine au sein d'une philosophie déterministe. Le concept de dol apparaît (volonté mauvaise, désir de nuire). A l'époque d'Hadrien, l'élément psychologique s'affirme et on insiste pour les crimes sur la volonté de l'auteur et non sur le résultat. On désigne ainsi naturellement des catégories de personnes systématiquement « excusées » du fait de leur incapacité dolosive, en l'espèce : les « impubères » et les « fous ». Au 2^{ème} siècle, Marc Aurèle promulgue la loi Divus Marcus : *« Si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans une fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, et qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner qu'il ait tué sa mère en feignant d'être furieux, vous pouvez lui épargner la punition, puisqu'il est assez puni par son état... mais s'il avait des intervalles de bon sens, comme cela arrive souvent, vous examinerez s'il n'a pas commis le crime dans ces moments, en sorte que sa maladie ne puisse pas lui mériter la grâce ».*

Au début du 3^{ème} siècle après JC, on assiste, avec la disparition de Marc Aurèle, au déclin de la notion de liberté individuelle défendue par les Stoïciens. Le Christianisme émerge et occupera le devant de la scène en devenant religion officielle à la fin du 4^{ème} siècle. L'empereur despotique et répressif a alors les pleins pouvoirs et promeut la loi divine et la supériorité absolue de Dieu. Une hiérarchie rigide s'établit entre le corps, l'âme et Dieu. Le libre arbitre viole cet ordre et on lui attribue la source du mal et de la corruption. Saint Augustin scelle ainsi le débat : *« La conscience d'avoir une volonté propre est à l'origine du péché ».*

Vers 476 après JC, Rome tombe aux mains des peuples germaniques qui convoitent la cité depuis longtemps. Cette situation contribue à l'avènement d'un droit confus où se mêlent droit pénal, droit civil et vieilles coutumes germaniques. Clovis s'évertue à fusionner droit romain et coutumes barbares dans un contexte d'évangélisation, cependant le système vindicatoire reste prégnant.

Vers 800, Charlemagne crée un empire Franc et chrétien dans un véritable esprit de réforme. L'église impose la morale chrétienne comme fondement de l'ordre social. La justice n'est pas une affaire d'hommes et il n'est de responsabilité que celle qui s'assume devant Dieu. Ainsi, le droit s'en remet-il fréquemment à Dieu à travers les serments et les ordalies qui déterminent le sort des accusés. Les conflits sont fréquemment résolus au travers de duels judiciaires où le

vaincu est considéré comme ayant subi le jugement divin. L'Eglise s'oppose à ces simulacres de jugement parés de la caution divine. Cependant ils perdurent jusqu'au 12^{ème} siècle et l'idée d'un déterminisme absolu, exclusif de la notion de libre arbitre, demeure.

Au 13^{ème} siècle, le règne des Capétiens signe un renouveau des thèses juridiques romaines qui infiltrent le royaume dans un contexte d'essor économique et intellectuel.

Cette période est celle de l'avènement de la rigueur et de la logique procédurale qui s'appuient sur la preuve objective : flagrant délit, aveux explicites, témoignages concordants, indices objectifs. Il est permis aux juges de moduler les peines fixées par la loi en fonction du cas, s'il existe de « bonnes raisons » notamment en fonction de la personnalité de l'accusé, de ses antécédents. La peine est ainsi personnalisée, préfigurant une forme d'évaluation de la responsabilité individuelle.

Le droit reste néanmoins infiltré par son substrat chrétien et l'infraction assimilée au péché se traduit par des sanctions à valence expiatoire, purificatrice (châtiments corporels, sévices aux coupables) dans le but transcendantal d'apaiser les foudres divines. Le droit demeure ainsi profondément arrimé à la morale chrétienne jusqu'au 17^{ème} siècle.

Au cours du siècle des lumières, l'Homme est réhabilité dans sa qualité d'être agissant selon sa propre nature en même temps qu'il s'émancipe de la tutelle des enseignements religieux. L'Homme est moral s'il fait usage de sa seule raison. L'action de Diderot s'inscrit dans ce mouvement de réforme des institutions et d'affranchissement vis-à-vis de l'inféodation à l'Eglise. L'accent est ainsi mis sur l'agent. Aristote soutient que le droit est un ensemble de lois posées par l'esprit humain, qu'il procède donc de la nature de l'homme et pas de la nature extérieure. Dans ce sillage, la morale stoïcienne fonde la doctrine du Droit naturel antithétique de la source théologique. C'est dans ce cadre que s'inscrit la pensée de Kant qui pose l'hypothèse de l'autonomie de la volonté (antagoniste de l'idée de prédétermination chrétienne). La raison pratique est la raison que l'homme éprouve en lui-même, dans la conscience qu'il a du devoir.

Ainsi, selon Bouley, « *ce pouvoir de discerner et d'agir en conséquences impose naturellement la jouissance du libre arbitre* ». L'action, dans ce sens intentionnelle et délibérée, est considérée comme pleinement imputable à son auteur ; il en est responsable. Kant distingue la responsabilité morale à laquelle il associe le vouloir à la responsabilité juridique qui implique la qualification d'un acte interprété comme conforme ou non au droit.

Dans ce contexte d'humanisation du droit, Beccaria propose les fondements du droit moderne (principe de légalité, présomption d'innocence...). Le droit s'ouvre progressivement aux disciplines qui excèdent sa compétence : économie, histoire, médecine de l'âme.

Avant le 19^e siècle, il existe déjà des revendications médicales quant à l'exonération de peine au profit de soins adaptés pour les fous (Wier et sorcellerie, Zacchias), cependant ce positionnement n'est que très minoritairement entendu.

Au cours du 19^{ème} siècle, la folie devient objet d'étude médicale. Cette clinique est dès le départ médico-légale puisqu'il s'agit, pour les pères de la Psychiatrie (Pinel 1809, Esquirol 1838...), de distinguer le fou redevable de soin du criminel à punir. Esquirol (1838) énonce : *« Les passions arment une main homicide, les aliénés attentent à la vie de leurs semblables ; les uns devenus très susceptibles, très irritables, dans un accès de colère, frappent, tuent les personnes qui les contrarient ou dont ils croient être contrariés ; ils tuent les personnes qu'ils prennent à tort ou à raison pour des ennemis dont il faut se défendre, se ranger, les autres, trompés par les illusions des sens ou des hallucinations, obéissent à l'impulsion du délire »...* *« Convaincus que ce qu'ils sentent est l'effet légitime d'une impression, que ce qu'ils veulent est juste et raisonnable, on ne peut les convaincre d'erreur ; leur conviction est quelquefois plus forte que leur jugement... Le meurtre est provoqué par une conviction intime mais délirante ; par l'exaltation de l'imagination égarée ; par un raisonnement faux ou par des passions en délire... Dans d'autres cas, il est entraîné par un instinct aveugle ou par quelque chose d'indéfinissable qui les pousse à tuer ».*

Ainsi, l'article 64 du premier code napoléonien établit qu' *« il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action »*. La monomanie ou folie partielle (Esquirol 1810) et la monomanie homicide (Georget 1825), entités nosographiques bien que furtives et objets de vives critiques quant à l'effraction du droit par la psychiatrie, ont certainement contribué à l'élaboration de la loi de 1832 sur les circonstances atténuantes dont le corollaire obligé est l'expertise psychiatrique.

C'est avec Morel (1840) et sa théorie de la dégénérescence, qui conçoit la maladie mentale comme un trouble héréditaire et fournit à son évaluation une aura de scientificité, que l'expertise psychiatrique se rend indispensable à la détermination de la responsabilité pénale. Néanmoins, son recours par les magistrats reste limité.

La circulaire Chaumié (1905) fait apparaître pour la première fois le terme de responsabilité dans le Code Pénal. Cette circulaire assoit la place de l'expertise pénale et accorde une place à la folie partielle/responsabilité atténuée, en même temps qu'elle suscite de vives polémiques. Falret dans les annales médico-psychologiques déclare ainsi : « *les distinctions entre les divers degrés de responsabilité et d'irresponsabilité ne sont plus admises (...) dans le domaine de la loi, on ne peut admettre les distinctions flottantes basées sur des degrés souvent inappréciables* ». On note au passage la place délicate de l'expert qui prêtant ses compétences à la justice, ne devrait pas parler en son nom (celui de la justice)... Certains s'opposent à l'éventuelle détermination de la responsabilité pénale par le psychiatre arguant d'une question qui excède le champ de compétence de la médecine. Malgré tout, on assiste à un essor de la pratique expertale.

Le passage de l'article 64 de l'ancien Code Pénal à l'article 122-1 du nouveau Code Pénal ne représente pour certains qu'un changement d'enveloppe, laissant planer un soupçon d'arbitraire quant au choix de l'alinéa retenu quand d'autres soulignent l'opérationnalité d'un outil plus congruent à la clinique rarement dichotomique.

b -L'expertise pénale de responsabilité [5]

Le rôle de l'expert est ainsi de déterminer s'il existait au temps de l'infraction un trouble psychique ayant infléchi le discernement.

L'article 121.3 du Code Pénal stipule qu'il n'y a ni crime, ni délit sans intention de le commettre. Le droit pénal distingue des causes objectives et subjectives de responsabilité. Le trouble mental lié à l'absence de discernement fait partie des causes subjectives d'irresponsabilité. Celles-ci correspondent aux causes présumées de non imputabilité quand il s'agit de mineurs de moins de 13 ans (irréfragablement irresponsables) ou de mineurs de plus de 13 ans qui bénéficient de la présomption d'irresponsabilité et aux causes non présumées de non imputabilité parmi lesquelles : le trouble mental, la contrainte ou l'erreur.

L'expertise pénale peut être ordonnée par toute juridiction d'instruction ou de jugement. La juridiction désigne le plus souvent un expert mais une dualité d'expert est souhaitable dans les affaires complexes. La juridiction fixe les termes de la mission et donne un délai à l'expert.

Les questions classiquement posées à l'expert sont les suivantes :

- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ?
- L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Est-il curable ou réadaptable ?
- Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'Article 122-1 du Code Pénal ?

L'article 122-1 du Code Pénal prévoit :

« 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 personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. » [6]

La discussion concernant l'irresponsabilité pénale repose donc sur un trépied :

- Existence d'un trouble psychiatrique ;
- Existence du trouble au temps de l'infraction ;
- Conséquence du trouble sur le discernement.

Le juge reste souverain dans la décision d'application de cet article cependant, l'apport de l'expert demeure un étayage fondamental. Les sujets relevant de l'alinéa 1 font l'objet d'une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et ne peuvent donc pas être jugés. Toutefois, ils demeurent civilement responsables de leurs actes en application de l'article 414-3 du Code Civil [7].

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale qui a inséré dans le code de procédure pénale un nouveau titre intitulé « *de la procédure et des décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* », a entièrement revu la procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale [5] :

- Comme nous l'évoquions, le juge d'instruction rend désormais une « *ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* », et non plus une ordonnance de non-lieu ;
- Toutefois, si les parties ou le parquet le demandent, le juge d'instruction est tenu de transmettre le dossier de l'individu considéré irresponsable à la chambre de l'instruction sans pouvoir clore sa procédure par une ordonnance d'irresponsabilité pénale ;
- Dans ce cas, la chambre de l'instruction procède à une audience publique et contradictoire au cours de laquelle la personne mise en examen (qui comparait si son état le lui permet) peut être interrogée. Les experts et les témoins sont entendus, et un débat sur la matérialité des faits commis peut avoir lieu ;
- A l'issue de l'audience, si la chambre de l'instruction estime qu'il n'existe pas de charges suffisantes contre le mis en examen, elle déclare qu'il n'y a pas lieu de poursuivre. Si elle estime qu'il existe des charges suffisantes et que l'état mental de ce dernier ne relève pas du premier alinéa de l'article 122-1, la chambre de l'instruction ordonne le renvoi de la personne devant la juridiction de jugement compétente ;
- Dans les autres cas, la chambre de l'instruction rend un « *arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* » par lequel elle déclare tout d'abord qu'il existe des charges suffisantes avant de déclarer la personne irresponsable pénalement ;
- La chambre de l'instruction peut ensuite renvoyer l'affaire devant le tribunal correctionnel à la demande de la partie civile afin que celui-ci se prononce sur la responsabilité civile et statue sur les demandes de dommages et intérêts ;

- Enfin, lorsque l'abolition du discernement est constatée au stade du jugement devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises, la juridiction de jugement déclare tout d'abord que la personne a bien commis les faits qui lui sont reprochés avant de rendre un jugement ou un arrêt « portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » et de se prononcer, le cas échéant, sur les demandes de dommages et intérêts formées par la partie civile.

Dans tous les cas, la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale de la personne mise en cause met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.

Toutefois, depuis l'adoption de la loi du 27 juin 1990 (réformée par la loi du 5 juillet 2011) relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, l'autorité judiciaire est tenue, lorsqu'une personne a été déclarée irresponsable pénalement et qu'il apparaît qu'elle pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, d'aviser immédiatement le représentant de l'Etat dans le département.

Celui-ci prend toute mesure utile et prononce, le cas échéant, les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat de cette personne dans un établissement psychiatrique.

La loi du 25 février 2008 précitée a renforcé ce dispositif :

- Tout d'abord, la chambre de l'instruction, le tribunal correctionnel et la cour d'assises disposent désormais de la possibilité d'ordonner eux-mêmes les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat de la personne jugée irresponsable. Comme dans le cas des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat prononcés par le préfet, il ne pourra être mis un terme à cette mesure qu'après avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1. Ces décisions doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui ;
- Enfin, la loi du 25 février 2008 a reconnu à la chambre de l'instruction, au tribunal correctionnel et à la cour d'assises, la possibilité de prononcer à l'encontre de la personne reconnue irresponsable une ou plusieurs mesures de sûreté (interdiction

d'entrer en relation avec la victime, de paraître dans certains lieux, de détenir ou porter une arme, d'exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles, par exemple) [5].

Enfin, la loi du 27 septembre 2013 (modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011) est venue transformer un certain nombre d'éléments concernant notamment les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et particulièrement ceux concernant les irresponsables pénaux [8]:

- Mise en avant qu' aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète. Cependant, le programme de soins lie le patient et l'expose à un basculement en hospitalisation complète s'il n'est pas respecté ;
- Rétablissement des sorties de courte durée d'une période maximale de 48h et accordées par le directeur après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (et plus du chef de service) ;
 - En cas de SDRE, le représentant de l'Etat peut s'y opposer. Formalisme avec : délai de 48h au plus tard avant la date prévue de la sortie pour adresser au Préfet la demande ; délai de 12h au plus tard pour que le préfet notifie son opposition écrite ;
 - En cas de SDT, le directeur prend cette décision d'autorisation de sortie et en informe le tiers ;
- Diminution du délai de saisine du JLD (juge des libertés et de la détention) de 15 jours à 12 jours à compter de l'admission ou de la modification de la prise en charge. Envoi du dossier au JLD dans un délai de 8 jours à compter de l'admission ou de la modification de la prise en charge. Pour la saisine du JLD à 6 mois, le dossier est envoyé au JLD au moins 15 jours à l'avance ;
- S'agissant de la main levée de la mesure de SDRE : Description exhaustive des cas d'irresponsabilité pénale (notamment en fonction de la gravité de la peine encourue) : « *Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la*

personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens... Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1. » ;

- Suppression du statut légal des UMD (Unité pour malades difficiles) ;
- Principe de l'audience à l'hôpital (salle aménagée ou possibilité de convention entre établissements). Suppression de la visioconférence ;
- La décision de maintien de soins sous contrainte à l'issue de la période d'observation de 72h est expressément prise pour une durée d'un mois ;
- Dans le cas d'un patient irresponsable pénal en SDRE : en cas de proposition de modification de la forme de la prise en charge, maintien du dispositif collège + expertise. Nouveauté : compétence liée du Préfet pour suivre l'expertise si elle confirme la fin de l'hospitalisation complète. Le JLD tranche en cas de conflit entre l'expertise et le Préfet ;
- Renforcement des mesures d'informations aux patients irresponsables pénaux : Les autorités judiciaires informent le patient et précisent quelles sont les peines encourues. Précision sur la définition de l'irresponsable pénal concernée au regard de la gravité de la peine encourue ;
- Principe de l'hospitalisation libre pour les détenus ;

c - L'article 122-1 du Code Pénal

L'article 122-1 du Code Pénal (CP) est donc un des régulateurs incontournables de l'articulation entre prison et soins, au bénéfice de ces derniers lorsqu'il est établi qu'un trouble psychiatrique existait au temps de l'infraction et empêchait strictement l'usage du discernement ou le contrôle des actes du sujet, selon l'alinéa 1. La tâche d'évaluer si un auteur d'infraction pénale relève de cet article incombe à l'expert ; pour mémoire :

« 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. » [6]

Bien entendu cet article de loi n'est pas seul à supporter la responsabilité de la démographie carcérale, et bien des troubles psychiatriques constatés chez les détenus échappent au filtre de l'expertise (décompensation en incarcération, incarcération au décours d'une comparution immédiate, violence désolidarisée d'une phase processuelle d'une pathologie [5]).

Ce positionnement à l'interface santé/justice (notamment depuis l'introduction du nouveau Code Pénal) et le constat de la démographie carcérale ont valu aux experts d'être accusés d'un trop faible recours à l'article 122-1 alinéa. Cette thèse du déclin de l'irresponsabilité pénale imputable aux psychiatres experts judiciaires a toutefois été nuancée et certains auteurs ont plutôt souligné la stabilité de celle-ci dans le temps [5, 9].

Les dossiers relevant de l'article 64 puis 122-1 du Code Pénal [10]:

- En 1987 : 444 dossiers, soit 0,46 % des affaires criminelles ;
- En 1991 : 372 dossiers, soit 0,51 % des affaires criminelles ;
- En 1995 : 340 dossiers, soit 0,46 % des affaires criminelles ;
- En 1998 : 211 dossiers, soit 0,45 % des dossiers criminels.

En fait, c'est surtout le second alinéa de cet article, qui offrant un cadre plus réaliste à l'évaluation (c'est-à-dire une évaluation plus nuancée, moins dichotomique), a ouvert la voie aux suspensions de son invocation au détriment de l'alinéa 1.

Benezech, dans un texte très critique, souligne les insuffisances de l'expertise psychiatrique et dénonce les « psychiatres procureurs » responsabilisant des patients psychotiques sous

prétexte de parti pris idéologique (visée thérapeutique de cette responsabilisation héritée des théorisations lacaniennes), de leur méconnaissance de la clinique complexe des troubles psychotiques (îlots de compétences en dépit du délire, réticence, rationalisation ou dissimulation des productions délirantes, préméditation infiltrée d'éléments délirants) ou plus simplement d'une abrasion de la symptomatologie à distance des faits en lien avec l'effet des thérapeutiques médicamenteuses ou du sevrage aux substances secondaires à l'incarcération. Son positionnement semble être celui d'une irresponsabilisation systématique des auteurs d'infractions pénales souffrant de troubles psychotiques au risque, peut-être, de résumer un patient à sa pathologie. L'auteur souligne la nécessité d'une expertise psychiatrique moins hâtive, pluridisciplinaire et scientifique [11].

Il n'en reste pas moins que la réforme du Code Pénal a introduit le concept nouveau de discernement qui, s'il ne bouleverse pas la pratique expertale quand son abolition est retenue, interroge par ses contours imprécis lorsque son altération est questionnée.

d - La nuance : de la circulaire Chaumié à l'alinéa 2

En dépit des critiques, on peut considérer que le Code Pénal français a officiellement dépassé en 1994 la dichotomie responsabilité/irresponsabilité pénale de l'article 64 en introduisant la notion d'altération du discernement ou d'entrave du contrôle des actes [12] :

« La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. » [6]

La circulaire Chaumié avait déjà, en 1905, offert un cadre à cette réflexion en proposant à l'expert de « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité ». Cliniquement plus subtile et à priori plus opérationnelle, cette nuance n'en reste pas moins sujette à questionnement quant aux circonstances dans lesquelles elle est retenue et quant à ses conséquences judiciaires.

Ainsi, en dépit de l'absence d'un consensus fort, les conditions qui amènent l'expert psychiatre à retenir une abolition du discernement et/ou du contrôle des actes sont bien définies (troubles psychotiques et/ou thymiques décompensés, syndromes confusionnels et/ou démentiels, états oniroïdes...). En revanche, peu de données scientifiques sont disponibles quant aux troubles psychiques présentés par les personnes susceptibles de relever de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP [5, 12, 13].

Ces données sont d'autant plus intéressantes à recueillir qu'il apparaît que le recours à l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP a des conséquences inattendues sur les peines prononcées, dans le sens d'une éventuelle aggravation de celles-ci. Il semble ainsi, en contradiction apparente avec l'esprit de la loi, que les personnes relevant de l'alinéa 2 sont plus sévèrement punies que les personnes indemnes de trouble. Benezech illustre la problématique en reprenant l'adage « demi fou ; double peine ». Aucune donnée factuelle n'a permis à ce jour d'étayer ce constat néanmoins, cette analyse, partagée par nombre d'acteurs du système médico-judiciaire, est à l'origine d'une proposition de loi récente visant à codifier la conduite à tenir dans cette situation dans le sens d'une atténuation de peine systématique (d'un tiers) et d'une obligation de soins [11, 14].

L'objectivation, d'abord des troubles présentés puis de cette possible sur-pénalisation, semble déterminante dans une perspective sanitaire. Elle permettrait d'abord de mettre en exergue certains troubles ou symptômes susceptibles d'augurer un passage à l'acte violent et de les prévenir (autant qu'il est possible de le faire) afin d'éviter à ces sujets d'ajouter aux souffrances inhérentes à la pathologie mentale celles de condamnation possiblement plus lourdes. Par ailleurs ces données pourraient favoriser la spécification des soins et mesures adaptées aux troubles présentés par les sujets relevant de l'alinéa 2.

e - Le discernement

Bien qu'inconséquente du point de vue de l'expertise psychiatrique selon certains observateurs, la réforme du Code Pénal et sa formulation de l'article 122-1 n'en reste pas moins, pour d'autres, féconde à la réflexion. La délimitation du concept de discernement semble d'ailleurs fondamentale pour offrir à l'expertise pénale une assise et une validité

scientifique. En effet, de nombreux auteurs, s'appuyant sur leur pratique des contre-expertises, soulignent que si dans l'immense majorité des situations ils partagent les analyses sémiologiques de leurs confrères, c'est bien sur l'interprétation médico-légale, et donc sur les conséquences des troubles sur le discernement et le contrôle des actes, que les conclusions divergent [5].

Schweitzer concède l'inadaptation du concept de démence de l'ancien Code Pénal qui, bien qu'aisément repérable par les magistrats, était devenu désuet dans cette application car correspondant à une catégorie nosographique non congruente aux pathologies habituellement « irresponsabilisées ». La notion « remplaçante » de « trouble psychique ou neuropsychique », nécessairement floue, permet quant à elle d'ouvrir le champ à une éventuelle sémiologie du discernement (et du contrôle des actes) en ne restreignant pas la responsabilité à un trouble spécifique. Toutefois, les auteurs s'accordent sur la nécessité d'une référence communément admise dans la détermination de ces troubles s'appuyant sur les classifications internationales (variables stables) tout en soulignant que les conclusions ne peuvent se baser que sur l'interprétation dudit trouble avec les circonstances environnementales (variables fluctuantes) [5].

Le discernement n'est pas véritablement un nouveau concept mais plutôt une extension de la loi de 1912 concernant la délinquance des mineurs (le concept perdure aujourd'hui au sein de l'article 122-8 du CP). Dans ce contexte, cette notion intègre la volonté d'accomplir une action, la compréhension de la finalité à laquelle aboutit l'acte (soit l'anticipation des effets), l'anticipation des conséquences pour un tiers et la collectivité et le maintien de la conscience que l'acte est frappé d'interdits sociaux [15].

C'est un terme polysémique, pivot de l'articulation santé/justice, qui, paradoxalement, n'a pas de définition juridique ni médicale, pas de sémiologie spécifique. Depuis l'entrée en vigueur de la loi (il y a près de 20 ans), très peu d'auteurs ont explicité leur conception du discernement et leur technique d'évaluation [5].

Schweitzer définit le discernement comme un processus de synthèse entre analyse du percept (processus cognitif) et jugement (champ des valeurs sociales). Il fait la distinction entre discernement et jugement, l'un étant le processus par lequel on distingue, l'autre étant celui par lequel on affirme ou infirme.

Tentative de définition :

Le mot vient du latin *discernere*, trier en séparant ; discerner est en usage depuis le XVI^{ème} siècle. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, il renverra à la faculté de distinguer le bien et le mal, que ce soit sur le terrain de la Théologie ou du Droit. A partir de cette époque, le discernement est décrit comme la faculté de distinguer justement entre les faits et les idées, démêler les rapports entre les choses [16].

Jusqu'à la première moitié du XX^{ème} siècle, l'étude du discernement laissera la priorité à celle du jugement, des fonctions cognitives puis à l'étude des motivations et du passage à l'acte [17].

Les relations entre discernement et champ juridique sont anciennes car il a depuis longtemps sa place dans le domaine de la responsabilité pénale. Quillet, dans son dictionnaire, souligne clairement ce rapport au droit lorsqu'il précise que le discernement est « l'intelligence de la moralité des actes qu'on accomplit et particulièrement de leur caractère criminel ou délictueux ». Dès la fin du XIX^{ème} siècle, le terme est utilisé en Droit pénal pour qualifier le degré de maturité psychologique des mineurs afin de savoir si l'adolescent est capable de reconnaître le caractère blâmable de ses actes délictueux ainsi que les conséquences pénales qui s'en suivent [18].

Le Petit Robert nous dit : « Disposition de l'esprit à juger clairement et sainement des choses. »

D'emblée la notion d'acte de pensée est soulignée. Il s'agit d'un acte intellectuel, une fonction de l'esprit qui analyse et qui permet le jugement de l'action ou de ce qui est donné à percevoir. Ce serait l'aptitude d'un individu à percevoir exactement le monde qui l'environne et les conséquences de ses actes. La perte de discernement serait donc l'état mental qui rend le sujet irresponsable et incapable de se représenter le monde environnant sans pouvoir mesurer l'effet de ses actes ou de ses abstentions. Le malade ignore qu'il frappe, ou s'il le sait il ne conçoit pas que son coup blesse un autre. Cette définition renvoie clairement à la notion de libre arbitre, en tant qu'il constitue « la puissance de choisir ou de ne pas choisir un acte, tel qu'on en fait l'épreuve dans les choses où il n'y a aucune raison qui nous penche d'un côté plutôt que de l'autre » [19].

Cependant, pour certains auteurs, « les analyses relatives au discernement ne sauraient se limiter à un mécanisme univoque inspiré de la référence au libre arbitre et à la volonté ». Le discernement est un processus de synthèse de deux activités réflexives différentes mais intimement liées : analyse et compréhension (champ cognitif et psychopathologique) et jugement (champ des valeurs individuelles, de la morale et du rapport à la loi). C'est dans ce sens que le discernement se distingue du jugement mais aussi parce que le discernement « *ne regarde pas seulement la chose (comme le jugement), mais encore les circonstances de l'environnement qui sont appréciées pour ne pas la confondre avec d'autres* » [17, 20].

Le discernement exerce une fonction pratique, il termine les discussions par la décision ou résolution : il est en quelque sorte le corrélatif intellectuel de l'acte volontaire, lorsque cette volonté est libre [21].

Il existe ainsi, manifestement, un profond déséquilibre entre les enjeux du concept et la capacité des différents acteurs du système médico-judiciaire à en circonscrire les contours, s'agissant notamment d'une possible clinique du discernement.

Le législateur a donc contraint l'expert à porter un regard neuf, vectorisé par le concept de discernement, sur une sémiologie qu'il maîtrise pourtant. Les développements les plus récents de la psychologie expérimentale, des neurosciences et de la neuropsychologie, mais également les hypothèses plus anciennes mais sans cesse réactualisées de la psychanalyse, épousent les contours de ce qui pourrait constituer le discernement en proposant des notions faisant figure de bonnes approximations. Ainsi, le discernement retenu comme capacité à distinguer, à discriminer en vue d'agir, interroge de nombreux domaines où ces capacités sont détériorées comme chez les schizophrènes.

L'absence de définition consensuelle n'a cependant pas empêché les experts de mener à bien leur travail et force est de constater que ceux-ci s'accordent sur l'invocation de l'abolition du discernement lorsque le diagnostic de décompensation psychotique est retenu. C'est dire si le modèle de la schizophrénie (et plus largement des troubles psychotiques) est fécond pour interroger cette notion de discernement. Nous verrons comme nous l'évoquions qu'il existe une parenté entre ce concept et d'autres notions développées dans l'étude des troubles psychotiques.

2 - La psychanalyse

a - La découverte de l'inconscient (« je est un autre »)

La référence à la responsabilité du sujet convoque nécessairement la psychanalyse qui a proposé comme postulat fondateur l'existence de l'inconscient [22].

L'intérêt de son évocation est donc majeur puisqu'elle interroge de manière paradigmatique la question du libre arbitre et qu'elle a longtemps imprégné de ses thèses la psychiatrie (qui depuis tend à s'en désolidariser). Il interroge la notion d'inflexion du discernement comme source systématique d'atténuation de responsabilité en faisant l'hypothèse de son altération naturelle du fait de la condition humaine. Freud, lui-même, voyait en sa découverte de l'inconscient la 3^{ème} blessure narcissique de l'humanité, après celles infligées par Copernic et Darwin. Ces trois découvertes (l'inconscient, l'héliocentrisme, notre parenté avec les grands singes) vont effectivement à l'encontre d'une forme d'anthropocentrisme. On peut d'ailleurs s'interroger quant au rejet actuel de ce modèle par les sciences psychiques modernes : s'agit-il :

- du simple déficit d'adéquation entre cadres de référence ?
- du caractère obsolète du modèle psychanalytique ?
- d'un mouvement sociétal profond, individualiste, hédoniste vectorisé par la l'efficacité immédiate qui illusionne l'homme quant à ses capacités à savoir et voit le déclin de la frustration nécessairement corrélative de l'existence de l'inconscient ?
- d'un renouveau pudibond face aux pertes de repères modernes qui par essence frappe d'anathème les apports subversifs de la psychanalyse (le pansexualisme de Freud) ?

Quoiqu'il en soit, les données récentes apportées par les neurosciences confirment la prévalence des processus inconscients dans le déterminisme des processus psychiques [23].

Ainsi, le détour par la Psychanalyse est un détour fécond lorsqu'il s'agit d'interroger les notions de libre arbitre et de responsabilité. D'abord, comme nous le disions pour l'hypothèse

paradigmatique de l'existence de l'inconscient qu'elle sous tend (depuis l'inconscient sommes nous maître en la demeure ?) puis surtout pour sa théorisation de l'accès à la subjectivité (sentiment intime d'être l'agent de nos pensées et actions) comme processus au fondement de la vie psychique. Ces processus trouvent d'ailleurs une puissance toute particulière quand on remarque que les troubles généralement irresponsabilisés (au sens de l'article 122-1 du CP) sont classiquement conçus, par la théorie psychanalytique, comme des structures ou organisations psychiques résultant d'accroc ou d'accident sur le chemin de la subjectivité. On terminera ce propos introductif en soulignant à nouveau que les travaux neurocognitifs et neuroscientifiques les plus récents postulent l'altération des processus de la reconnaissance de soi comme différent des autres comme étant à l'origine de la symptomatologie psychotique (symptômes positifs et de premier rang) [24].

Freud fait donc l'hypothèse de l'existence d'une autre scène, d'un lieu psychique séparé de la conscience, mais agissant sur celle-ci. L'inconscient est le lieu des pensées et représentations tenues à l'écart du fait de leur contenu. La conceptualisation de l'inconscient s'organise autour de 3 points de vue topique, dynamique et économique, qui plantent le décor d'une organisation « géographique » d'un psychisme animé de conflits dont les forces mettent en tension les énergies contradictoires de désirs inconscients inconciliables avec les idéaux de la conscience.

La nature de cette énergie, la pulsion, se situe aux confins du somatique et du psychique.

La découverte freudienne propose que le psychisme ne soit pas réductible à la conscience : il existe des contenus efficients, opérants mais maintenus hors conscience du fait de leur inadéquation avec les idéaux conscients. Initialement mis à jour à travers l'expérience de la cure analytique chez des patients hystériques, les développements ultérieurs de la psychanalyse ont élaboré une littérature florissante décrivant son implication dans les divers champs de la pathologie mentale. Dès le début, Freud a néanmoins montré qu'il se manifestait également hors trouble, à travers la « Psychopathologie de la vie quotidienne », nous signifiant qu'il proposait là une « physiologie du psychisme » exposée aux affres de la pathologie [25].

Freud postule que la symptomatologie objectivée se fonde sur des conflits internes opposant désirs et interdits. Ces conflits, de par leur intensité et « l'indécence » de leurs contenus se trouvent refoulés. Ainsi inconscients, ils passent inaperçus, mais le « retour du refoulé »

permet une satisfaction détournée de ces désirs qui se matérialisent au travers des rêves, lapsus, actes manqués et symptômes. L'origine des troubles est à situer selon l'auteur dans le cours du développement infantile où des traumatismes réels ou fantasmés « enrayent » la dynamique développementale.

La psychanalyse s'entend donc dans une triple acception : comme la méthode d'investigation des processus psychiques inconscients, comme une méthode thérapeutique fondée sur la libre association, et comme une théorie métapsychologique du fonctionnement psychique humain.

Selon Freud le rêve est la voie la plus féconde à la compréhension et à l'investigation des phénomènes inconscients. Pour lui il s'agit d'un matériel codé, à la manière d'une partition, qui résulte de la conflictualité articulant les instances psychiques entre elles. Le rêve est conceptualisé comme l'accomplissement d'un désir inconscient. C'est souvent dans les rêves enfantins que ce désir s'accomplit avec limpidité. Chez l'adulte, la présence de mécanismes de censure établis (alors qu'ils sont en cours de constitution chez l'enfant) donne aux rêves leur caractéristique bien souvent étrange, illogique, incongrue. C'est ainsi que l'auteur a défini les mécanismes qui les régissent et qui sont par ailleurs à la base de la production des symptômes. La condensation désigne le mécanisme par lequel plusieurs représentations mentales inconvenantes se précipitent en une seule sous un jour acceptable. Le déplacement permet quant à lui de détacher l'intensité d'une représentation pour l'attribuer à une autre de moindre importance, cependant rattachée par une chaîne associative, permettant ainsi l'expression sibylline de celle-ci. La figuration et la régression sont 2 autres de ces mécanismes [26].

Le rêve est le modèle prototypique du fonctionnement inconscient et on parle de processus primaires pour définir les processus qui le régissent (en opposition aux processus secondaires qui font intervenir le contrôle et la rationalité). Ce sont ces mêmes processus qui forment le substrat des autres productions de l'inconscient (actes manqués, symptômes).

Les actes manqués sont un autre domaine permettant de saisir comment le fonctionnement ordinaire du psychisme humain est constitutionnellement à l'origine d'altérations de son discernement. Pour la psychanalyse, tous ces « ratés » (oublis, lapsus, pertes, fausses perceptions visuelle ou auditives) sont autant de réalisations réussies de l'inconscient (psychopathologie de la vie quotidienne), qui se manifestent à l'insu de la censure au gré d'une fatigue, d'une distraction ou d'une proximité phonologique [25].

L'auteur fait donc l'hypothèse de contenus inconscients par nature ou ayant été refoulés pour leur caractère inconvenant, déterminant cependant (à l'insu de la conscience) un certain nombre d'actes et de pensées. La compréhension de ces processus est indissociable de la description de l'appareil psychique freudien.

L'inconscient n'a d'existence et d'intelligibilité que dans son articulation avec les autres lieux psychiques. C'est au sein de sa première topique qu'il a initialement décrit cette articulation. Celle-ci est très inspirée par la théorie des localisations cérébrales en essor au milieu du 18^{ème} siècle et congruente à la formation médicale neurologique de l'intéressé. Il s'en écartera progressivement par la suite (on constate aujourd'hui un regain d'intérêt pour le substrat neurologique des troubles au gré des innovations technologiques). Le psychisme est constitué de 3 instances : l'inconscient, le préconscient et le conscient. Freud localise cette dernière instance, aussi appelée système perception-conscience, à la périphérie de l'appareil psychique à l'interface entre le monde extérieur et l'intrapsychique [27].

La conscience est le lieu d'intégration des perceptions sensorielles, du raisonnement, des processus de pensée.

Le préconscient, peut être défini par son contenu et son fonctionnement. Il est séparé de l'inconscient par une censure qui ne peut être franchie qu'à la condition pour les contenus inconscients d'avoir subi une transformation les rendant acceptables. De l'autre côté le préconscient est séparé du conscient par un autre filtre qui sélectionne plus qu'il ne censure. Son contenu, non directement ouvert à la conscience, reste cependant accessible à la connaissance consciente. L'énergie y est liée et les processus sont régis par le principe de réalité (comme au sein du conscient). Il est constitué de représentations de mots.

L'inconscient est la part la plus archaïque du psychisme, constitué de représentants de la pulsion. La pulsion est une entité située aux confins du somatique et du psychique qui serait à la source des comportements humains, qu'elle vectoriserait. La pulsion est classiquement définie par sa motion (son intensité), sa source (zone corporelle d'où elle émerge), son but (la satisfaction) et son objet (ce par quoi la pulsion est satisfaite). Le représentant de la pulsion peut alors être entendu comme un processus synthétique entre un besoin strictement organique et sa trace psychique. Dans la théorie Freudienne, le représentant de la pulsion est décomposé en représentant pulsionnel et affect pulsionnel (tonalité affective qui accompagne le représentant pulsionnel). Au sein de l'inconscient les processus sont dit primaires c'est-à-

dire non liés (représentant pulsionnel et affects sont disjoints) et régit par le principe de plaisir.

La deuxième topique viendra souligner que les processus inconscients infiltrent toutes les instances psychiques.

Le ça représente le pôle pulsionnel de l'appareil psychique. D'un point de vue développemental, à l'origine tout est ça. L'énergie est libre et les repères habituels du temps, de la moralité, du bien, du mal y font allègrement défaut. Son contenu est à la fois inné (représentants pulsionnels) et acquis (éléments initialement conscients ayant été refoulés).

Le moi est le pôle défensif de l'appareil psychique. Il se constitue à partir du ça au gré de ses confrontations aux exigences de la réalité. Il se modèle progressivement au travers du jeu des identifications (notamment aux figures parentales).

Le surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe et se constitue par le biais de l'intégration progressive des interdits parentaux et de la loi du groupe. L'identification aux surmoi parentaux en est le substrat. Il a une triple fonction : la censure (« moralité »), l'auto-observation et l'appréciation de la distance entre le moi et l'idéal du moi. [27].

Ce court paragraphe résume, de manière certes lapidaire, l'histoire d'un complexe accès à la subjectivité. Soit le passage progressif d'un fonctionnement sous le primat des processus primaires à celui des processus secondaires. Il s'agit plus simplement d'une synthèse progressive, par le Moi, d'un compromis, entre exigences pulsionnelles (satisfaction immédiate, systématique des tensions biologiques) et contraintes de la réalité, du groupe (interdits, loi).

Le complexe d'Œdipe est un point nodal dans cette organisation, puisque dans la triangulation qu'il opère au sein d'une relation jusqu'alors considérée comme dyadique entre le bébé et son environnement, il scelle la mise en place chez le sujet d'une relation d'objet mature, différenciée.

Les troubles psychiques, mais aussi les comportements plus banals du quotidien peuvent être étudiés et décrits comme résultant de l'articulation et des conflits entretenus entre ces instances, mais également en fonction d'éventuels accidents dans leur mise en place.

La théorie psychanalytique pourrait être comprise comme théorie de l'accès à la subjectivité. De nombreux auteurs, après Freud, ont étudié la structuration de celle-ci, au gré des interactions avec l'environnement précoce.

b - Psychanalyse et Psychose (« un autre est je »)

A l'origine, la schizophrénie et la psychanalyse ne font pas bon ménage. Bleuler et Freud, pourtant contemporains, épousent respectivement deux conceptions des maladies mentales divergentes [28].

Le père de la psychanalyse, tout au long de son œuvre, semble réticent à l'application de la méthode analytique aux patients psychotiques. Etonnement l'argument initial est de nature « contre-transférentielle » : « Finalement je me suis avoué à moi-même que je n'aime pas ces gens malades, que je leur en veux de les sentir si loin de moi et de tout ce qui est humain ». Ce positionnement tranché évoluera au fil de l'œuvre de Freud, qui concèdera pour partie l'accessibilité des sujets psychotiques à une forme de transfert et prêtera les impasses thérapeutiques plus à un inachèvement de la théorie psychanalytique, qu'aux caractéristiques inhérentes à ces patients. Il faut attendre la mort de Freud pour voir fleurir une riche littérature psychanalytique traitant des psychoses.

De 1894 à 1914. Freud classe la schizophrénie, alors appelée démence précoce (E. Kraepelin) dans le groupe des psychonévroses de défenses. Sa singularité est de comporter « une défense bien plus énergique et plus efficace encore » (que le refoulement)... « celle où le Moi rejette la représentation inconciliable en même temps que son affect et se comporte comme si cette représentation n'avait jamais eu accès jusqu'à lui ». En 1896, dans un courrier adressé à Fliess il évoque le déclenchement de la paranoïa comme consécutive d'un « incident primaire » proche de ceux qui déclenchent une névrose : un souvenir engendre du déplaisir et est refoulé. L'affect de déplaisir est alors projeté sur l'autre. Ce mécanisme serait la source de la méfiance et du sentiment de persécution manifesté par les paranoïaques. La représentation initialement refoulé fait quant à elle retour sous forme d'hallucinations et de délire. Ces quelques jalons sont les germes de ce qui constituera plus tard une théorie structurée des troubles psychotiques. En 1908 les thèses d'Abraham rencontrent un écho important. Il postule chez

les psychotiques un détournement de la libido sur le moi. Reprises par Freud cette théorie aboutit à considérer ce repli comme un équivalent de refoulement. Le psychotique désinvestit la représentation déplaisante et dans le même mouvement il désinvestit la réalité toute entière. L'application de la méthode analytique est alors proscrite, puisqu'elle s'appuie sur une forme d'investissement (de l'analyste) : le transfert.

C'est le célèbre cas du président Schreber qui permet à Freud d'explicitier sa conception de la paranoïa. Celle-ci s'origine selon lui dans la confrontation à une poussée libidinale homosexuelle, refoulée de manière psychotique par Schreber. Cette poussée est consubstantielle d'un « complexe paternel » contracté par Schreber, lui-même lié à l'image totalisante et toute puissante d'un père médecin, rigide promoteur de méthodes rééducatives fondées sur la contrainte des corps. Dans ce contexte, et confronté à cette poussée, le sujet paranoïaque transformerait « je l'aime » en « je le hais » et « je le hais » en « il me hait », qui et la forme délirante (persécutoire) sous laquelle fait retour le désir refoulé. Le positionnement de Freud s'agissant de la schizophrénie est plus nuancé : les impulsions homosexuelles n'y jouent pas un rôle aussi important et la régression y est plus profonde atteignant le narcissisme et l'autoérotisme infantile. Il est à préciser que le terme « homosexuel » n'est pas à concevoir dans son acception classique liée à un choix d'objet mature (et parfaitement normatif), mais plutôt comme un choix pré objectal à valence narcissique où l'autre est alors plutôt considéré comme un autre soi.

De 1914 à 1924 : La schizophrénie, la paranoïa et la psychose maniacodépressive s'inscrivent au sein des névroses narcissiques.

Freud se fend d'une explication du langage schizophrénique. Il faut d'abord rappeler la conception freudienne : les représentations de choses appartiennent à l'inconscient et sont régies par des processus primaires (principe de plaisir énergie libre), tandis que les représentations de mots sont régies par des processus secondaires (énergie liée principe de réalité). Chez les sujets schizophrènes, il existerait au gré du repli narcissique déjà évoqué un investissement des représentations de mots comme des représentations de choses. Les objets étant désinvestis, la libido continue à investir les représentations de mots leur correspondant. C'est ainsi que Freud comprend le langage parfois énigmatique des ces sujets dont il rapproche la structure à celle du rêve.

Freud propose en 1917 une théorie de l'hallucination, selon laquelle, le désinvestissement de la réalité est à l'origine d'une perte de l'épreuve de réalité, qui ordinairement distingue perception (objectives) et représentations mnésiques (subjectives). Cette description est un premier apport de la théorie psychanalytique au concept de discernement en ce qu'elle propose cette faillite de la discrimination comme fondatrice des troubles et en ce qu'elle fait écho en partie aux conceptions développées bien plus tard par les neurosciences concernant le self monitoring.

De 1924 à 1938 s'établit la dichotomie Névrose/Psychose. Le lieu du conflit se situe entre le moi et la réalité extérieure (versus conflit entre le Moi et le Ca dans la névrose). La réalité se refusant au désir est déniée et reconstruite de manière délirante. « Vraisemblablement dans la psychose, le fragment de réalité repoussé revient sans cesse forcer l'ouverture vers la vie psychique, comme le fait dans la névrose la pulsion refoulée ». Ainsi Freud nous indique-t-il que tout délire comporte une part de « vérité historique » accessible peu ou prou à la technique psychanalytique [28].

- **L'école kleinienne** [29, 30] :

Mélanie Klein fait l'hypothèse d'un moi, initialement immature, qui s'établit de manière dynamique en traversant 2 positions successives (plus dynamiques et souples que les stades décrits par ses prédécesseurs). La première est la position schizo-paranoïde et correspondrait aux 3 premiers mois de vie. L'environnement précoce n'est pas encore conçu comme personnes à part entière. L'objet (au sens psychanalytique) n'est que partiel. Par exemple, la mère n'est pas envisagée comme une personne, mais « résumée » à la partie du corps qui prodigue les soins à un instant t. C'est l'exemple du sein qui est souvent repris. Celui-ci est ainsi perçu plutôt que la mère dont il est une partie. Le bébé n'est donc en relation qu'à des objets partiels (plutôt qu'à un objet total). Naturellement celui-ci se sent tantôt satisfait quand ses besoins sont comblés, tantôt persécuté quand la satisfaction s'arrête ou tarde à venir. On comprend ainsi la nature paranoïde de l'angoisse d'alors. L'immaturité du bébé, son incapacité fonctionnelle à intégrer ces sentiments antinomiques comme provenant de la même source, l'engagent à considérer qu'il existe des bons et des mauvais objets. Ce mécanisme de défense permet de lutter contre l'angoisse suscitée et conduit à l'évacuer en introjectant (préfiguration des identifications futures) le bon objet et en projetant à l'extérieur le mauvais objet (mécanisme de défense de projection). Il faut préciser avec Golse que cette description

conceptualise un mode de rapport à l'objet, qui pourrait résumer (à tort) le vécu des premiers mois d'un bébé à un état de mal être quasi constant. C'est le biais de la démonstration qui hypertrophie la prégnance de ces angoisses et on admet de manière évidente, au cours du développement « normal », dans des circonstances favorables, que le vécu du bébé est pour une grande part paisible et constitué de plaisirs réels ou hallucinatoires [31].

Au fil du temps, au gré d'une forme de sécurité conférée par l'usage de ces mécanismes de défense, d'une maturation physiologique et par la dispensation de soins « suffisamment bons », l'objet va finalement s'intégrer afin de constituer un « objet total ». L'unification de celui-ci, initialement clivé en bon ou mauvais, confronte l'enfant au fait que le « mauvais objet » autrefois haï est superposable au « bon objet » aimé et source de gratifications. La haine adressée suscite chez l'enfant une grande culpabilité corrélative d'une forte angoisse de perte d'objet. Cette phase est appelée par M. Klein « position dépressive ». Pour l'enfant c'est l'occasion de mobiliser une tendance à la réparation qui lui permet de tamponner l'angoisse liée à la perte potentielle. C'est aussi la répétition des séquences séparations/retrouvailles qui permettra l'apaisement de ces angoisses. C'est également l'occasion pour le bébé d'accéder à l'ambivalence là où existait le clivage, donnant accès à une connaissance nuancée du monde en lieu et place d'une appréhension jusqu'alors caricaturale sur un mode dichotomique bien/mal.

Les troubles psychotiques seraient dans cette perspective des accidents sur ce chemin vers la relation d'objet mature. Au demeurant cet apport propose de comprendre la symptomatologie comme tributaire de l'établissement d'une ligne de démarcation nette entre un individu et son environnement précoce et antérieurement entre les valences positive et négative de ses expériences. On peut en effet penser qu'avant même l'établissement d'un sentiment de subjectivité secondaire à la mise en place d'une relation à un objet total, c'est la constance et la consistance des expériences spécifiquement gratifiantes et frustrantes qui permet d'en anticiper les effets et de dépasser cette position. Des expériences discontinues, ou qui pour une même réalité seraient tantôt agréables, tantôt désagréables conduiraient pour sûr à une insécurité, sinon à une désorganisation éminemment préjudiciable à un stade si précoce de construction.

- **Winnicott [32-34] :**

Le moi serait inorganisé à l'origine. Plusieurs processus concourraient à son organisation et contribueraient à la création et à l'entretien d'un « sentiment continu d'exister ». Pour ce faire l'auteur développe le concept de Préoccupation Maternelle Primaire (PMP), assimilé à une « maladie normale » des mères et substituts maternels, au cours de laquelle ceux-ci déploient un degré de sensibilité accrue à l'égard du bébé au détriment d'investissements personnels ; en somme elles s'identifient au bébé. Cette PMP conditionnerait le début de la structuration du moi.

L'environnement précoce aurait par ailleurs un rôle de miroir. Cette fonction est à comprendre comme une fonction d'étayage du moi. Les interactions et réactions réciproques adaptées auraient une fonction spéculaire, à la base de la construction de la subjectivité du bébé. Elles correspondraient au début de séparation du non-Moi et du Moi. « En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit ». Cette fonction de miroir trouve d'ailleurs un écho singulier à travers une riche littérature se jouant des positions partisans. Ainsi c'est une fonction apparentée qui est théorisée par Stern (accordage affectif), Fonagy (le mirroring) ou encore par les neurosciences et les neurones dits miroirs (Rizzolatti).

La maturation du nourrisson est également tributaire selon lui du holding, soit la manière d'être porté, d'être maintenu physiquement, qui est aussi une des conditions du sentiment continu d'exister. Sa fonction serait une fonction de protection vis-à-vis des angoisses inhérentes à la condition de nourrisson. Plus précisément le holding permettrait un processus d'intégration conduisant l'enfant à un état d'unité (le Moi), le handling favoriserait « l'installation de la psyché dans le soma » par le biais de processus de personnalisation ou interrelation psychosomatique, enfin l'« objet presenting » concernerait l'édification des premières relations objectales à travers la manière dont la réalité extérieure est présentée au bébé.

Au décours d'une phase de dépendance absolue, au cours de laquelle les soins maternels sont en adéquation stricte aux besoins du bébé (donnant même au nourrisson l'illusion de créer l'objet à chaque poussée instinctuelle satisfaite), s'établit une période où cette adaptation doit subir quelques carences mineures. D'abord parce que selon Winnicott le bébé possède des capacités évolutives innées qu'il est fondamental de laisser s'épanouir, ensuite aux fins de

valider la subjectivité naissante en permettant à l'enfant d'exprimer une demande qui n'existerait pas si elle était anticipée et exposerait le bébé à un état régressif potentiellement pathologique. C'est l'émergence du désir, en tant qu'il souligne un positionnement subjectif en accordant une place à l'autre. Les soins se doivent ainsi d'être prodigués par un environnement « suffisamment » bon (« good enough »), le trop étant assimilé ici au pas assez. C'est donc de l'absence qu'émerge la pensée. De manière prosaïque, c'est elle qui crée les conditions psychiques pour le bébé de se vivre comme être potentiellement distinct de son environnement précoce en se posant les questions : qu'est ce qui me satisfaisait il y a quelques minutes et qui n'est plus là ? Qu'est ce qui tenait mon corps jusqu'à présent et qui n'est plus là ?

Cette désadaptation progressive est une propédeutique à l'établissement d'une relation objectale qui s'établira d'après l'auteur selon le modèle des phénomènes transitionnels. L'espace transitionnel est une zone intermédiaire entre subjectivité et objectivité, qui s'instaure progressivement dans l'enfance, persiste tout au long de la vie et dont la finalité est de « *maintenir, à la fois séparés et reliés l'un à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure* ». Ces phénomènes se mettent en place progressivement et débutent par l'intérêt porté aux premières possessions, d'abord auto-érotiques (pouce...), puis bientôt « non Moi » que sont les objets transitionnels. Ces objets ont valeur de compromis s'agissant de la distance s'établissant vis-à-vis de l'environnement précoce, « *ils ne viennent ni du dedans, ni du dehors, mais d'un espace quelque part entre l'enfant et la mère* », et permettent une régulation de cette distance (et donc de l'absence), dans une forme de sécurité. Ils sont une représentation de la mère en son absence et fondent ainsi les assises de la vie psychiques en tant que faculté de pensée.

L'aboutissement de ces processus s'incarne dans ce que Winnicott a nommé « la capacité d'être seul », qui traduit la sécurité acquise au fil de cette maturation.

- **Lacan** [28, 31] :

Nous nous permettrons de n'exposer ici qu'une part amputée des apports de l'auteur, pour mettre en exergue son évocation du stade du miroir, qui nous semble plus directement intéresser le discernement. De manière générale, il est question pour l'auteur de saisir l'accès à la subjectivité plus comme une inscription dans un ordre symbolique préexistant, que comme le développement égocentré de quelconques capacités de symbolisation. Sa

conception se fonde sur un retour radical à Freud, teinté de linguistique saussurienne. Il conceptualise le manque comme un en deçà pulsionnel, organique, qui ne s'articule au désir que par le biais de la pulsion. Le désir est entendu comme « ce que devient la pulsion quand elle est aliénée dans un signifiant ». C'est l'occasion de préciser que l'opposition entre signifiant (réalisation physique ou phonologie d'un signe) et signifié (le concept auquel le signe renvoie) est au fondement de la théorisation lacanienne et qu'elle lui permet de modéliser le drame de la condition humaine. En effet la mise en mot du manque est une nécessaire trahison illustrant le fossé infranchissable séparant ce qui est éprouvé de ce qui est exprimé. C'est ainsi que la demande, articulant désir et langage témoigne de cette division fondamentale de l'être. L'auteur théoriserait sa conception des psychoses autour « de la forclusion du nom du père », évoquant de manière métaphorique et relativement complexe la nécessaire advenue d'une triangulation dans les relations qu'entretient un sujet à son environnement précoce et dont l'échec signifierait la persistance d'une relation d'objet confuse, voire totalisante.

Le stade du miroir concernerait l'enfant âgé de 6 à 18 mois et a à voir avec l'identification. Trois moments peuvent être dégagés : d'abord l'enfant perçoit son reflet qu'il considère alors comme un être réel. Dans un second temps, l'enfant perçoit le reflet pour ce qu'il est, une image, sans pour autant l'identifier comme sienne. Enfin celui-ci comprend qu'il s'agit de son reflet et identifie également le reflet de ses proches. Cette séquence peut être comprise comme celle où se noue les 3 registres du psychisme : le réel, l'imaginaire et le symbolique, et de cette non advenue pourrait résulter certains troubles psychotiques.

Encore une fois on saisit comment l'accès à la subjectivité est conditionné par la distinction et l'appropriation progressive de soi. On souligne par ailleurs la validité épistémologique du concept de miroir tant il semble validé indépendamment du domaine scientifique étudiant le psychisme humain.

Ainsi peut-on définir avec Ajuriaguerra les psychoses dans leur aspect développemental comme des « organisations dynamiques qui à la faveur d'une carence précoce d'apport narcissique, se traduisent un jour ou l'autre, de façon immédiate ou progressive, par l'indistinction du sujet et de l'objet, l'absence des limites du Moi, par l'indistinction entre pulsion, réalité, fantasme ». Une fois encore les failles du sujet quant à son identité semblent former le substrat du développement et de la clinique de ces troubles [27].

Dubor, exposant la nature de la relation d'objet psychotique, la décrit telle qu'elle résulte d'une fixation et d'un non dépassement du registre préobjectal. « On admet qu'à l'origine le nourrisson participe pour ainsi dire sur le mode de la fusion et de l'identification à une totalité fusionnelle où il n'existe pas encore de séparation entre le sujet et son entourage et où les échanges ne sont pas perçus comme une acquisition (du registre de l'avoir), mais comme une simple expansion de son être » [27].

3 – Psychiatrie, neurosciences et discernement

a - L'inconscient cognitif

Le Code Pénal français propose donc à l'expert de fonder son raisonnement sur l'abolition ou l'altération du discernement et/ou l'abolition ou l'entrave du contrôle des actes, comme motif d'irresponsabilité pénale ou d'atténuation de peine (dans l'esprit de l'alinéa 2 de l'article 122-1). Cette formulation suppose implicitement qu'il existerait dans des conditions normatives un discernement et un contrôle des actes plein, total, qui confirmerait ainsi l'intuition que nous avons de notre libre arbitre et du sentiment fort que nos actes sont la conséquence de nos intentions conscientes.

L'étude des processus conscients et non conscients, longtemps considérés comme difficilement appréciables par le biais d'outils objectifs, est redevenu depuis les années 80 un domaine de recherche en plein essor.

Comme nous l'avons vu, en dépit de l'absence de définition légale ou médicale consensuelle, la notion de discernement repose sur le postulat de l'existence d'une forme de libre arbitre.

Avec les neurosciences cognitives, force est de constater (objectivement) qu'un certain nombre de processus fragilisent en partie ce postulat. Des années 80 à nos jours, de nombreux travaux attestent d'un traitement cérébral inconscient de l'information ayant trait à nos perceptions, nos actions, nos émotions et ayant pour substrat la quasi-totalité du cerveau (des zones les plus archaïques au néocortex).

Nous verrons que les neurosciences, en se réappropriant le terme d'inconscient, ont ainsi réussi à formaliser un certain nombre de corrélats cérébraux sous-tendant cette activité.

Le phénomène de blind-sight ou de « vision aveugle » est la traduction clinique d'une lésion du cortex visuel. Ce terme, à priori paradoxal, souligne la dissociation existant entre une telle lésion, responsable d'une cécité « corticale » et donc d'une amputation du champ visuel de l'intéressé, et la pérennité de certains processus qui continuent à « traiter » les informations provenant de cette région du champ visuel. Assis devant un écran d'ordinateur sur lequel est projeté brièvement un point lumineux dans le champ de leur cécité, les patients affirmeront ne pas voir le stimulus. Poppel, Held et Frost ont demandé à ces mêmes patients de diriger leur regard vers la région de l'espace où le point lumineux était apparu. En dépit de cette consigne à priori absurde (diriger le regard vers une source lumineuse qu'on ne perçoit pas), les chercheurs se sont rendus compte avec stupéfaction que l'orientation se faisait précisément en direction du stimulus. Ceux-ci en conclurent à l'existence de processus perceptifs et moteurs agissant à l'insu de notre conscience. Un grand nombre de travaux ultérieurs ont par la suite confirmé les conclusions de cette étude [35].

Tranel et Damasio ont suggéré un niveau de traitement inconscient des stimuli à valence émotionnelle en présentant des photos de visages, tantôt familiers, tantôt étrangers à des patients prosopagnosiques (impossibilité à reconnaître les visages potentiellement liée à des lésions du lobe occipital). Ce protocole, couplé à des mesures de la réponse électrodermale, a montré que, si les patients affirmaient ne reconnaître aucun des visages sensés leur être familiers, ceux-ci étaient associés de manière non consciente à une plus ample réponse électrodermale [36].

Il a ainsi fallu trouver quel relais empruntaient ces informations « inconscientes », ayant à l'esprit que l'intégrité des voies visuelles classiques (rétine, nerf optique, chiasma, bandelettes optiques, corps genouillé latéral, cortex visuel primaire) était altérée chez ces patients. On a ainsi montré qu'une voie annexe, sous corticale, transitant par le colliculus supérieur, à la face postérieure des pédoncules cérébraux, était à l'origine de ce traitement alternatif. Morris et al ont montré chez un patient « blindsight » que la valence émotionnelle inconsciente était attribuée par les amygdales (structure limbique connue depuis longtemps comme responsable de la pondération émotionnelle de nos pensées et perceptions), via le colliculus supérieur, alors

même que les aires visuelles associées à la reconnaissance des visages ne recevaient aucune information [37].

Ces travaux ont pour mérite de souligner la complexité des processus psychiques et l'influence que peuvent avoir certaines conditions expérimentales (ou plus généralement environnementales) sur le psychisme humain, sans que celui-ci n'en soit conscient, interrogeant ainsi objectivement notre intuition déjà quelque peu ébréchée d'une liberté de pensée et d'action.

Après mise à jour de ces processus inconscients chez des patients neurologiques, restait en suspens l'élargissement de ces conceptions au sujet sain. Pour cela, il fallait faire en sorte que ces sujets soient exposés à une information sans pour autant en être conscient. Ces conditions furent réalisées grâce au paradigme de la perception subliminale selon lequel une première image présentée très brièvement (quelques dizaines de millisecondes) et immédiatement suivie d'une autre projetée plus longuement ne serait pas perçue consciemment et néanmoins susceptible d'exercer certains effets.

Whalen et al ont ainsi proposé le protocole suivant : un visage est projeté 33 ms puis est suivi d'un autre pendant 167 ms. Ainsi, seul le second est perçu consciemment par les volontaires. Le second visage présenté est toujours « gai », en revanche, de manière aléatoire, le premier est soit gai, soit effrayé. Le cerveau est parallèlement étudié en IRM fonctionnelle. De manière univoque, les résultats ont montré une activation des coliculi supérieurs et des amygdales dans les essais où les images masquées étaient des visages apeurés prouvant l'existence de cette voie de traitement inconscient chez le sujet sain [38].

Naccache souligne cependant le caractère sommaire des représentations véhiculées par cette voie, arguant son manque de résolution (comparativement au cortex visuel primaire), son traitement spécialisé du mouvement par le biais du champ visuel périphérique (au détriment des images précises) et son activation spécifique et rapide dans les situations d'alerte et de danger. L'auteur le qualifie ainsi d'inconscient « *stupide, ancestral et vestigial* ».

Il a ensuite été démontré que des structures phlogéniquement plus « évoluées » (et particulièrement développées chez l'être humain) présentaient un tel niveau de traitement des informations.

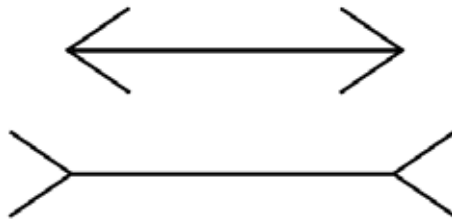
C'est en 1991 que Goodale et Milner publièrent une étude menée grâce au concours d'une patiente souffrant d'une agnosie visuelle aperceptive à la suite d'une intoxication au CO. Celle-ci souffrait d'un trouble visuel complexe touchant électivement la reconnaissance des objets. Il lui était ainsi impossible, en voyant un objet, de le nommer, tout en conservant intacte la capacité de décrire à quoi celui-ci servait. Les deux chercheurs conçurent un modèle de boîte aux lettres dont la fente pouvait s'orienter à loisir dans toutes les directions à 360°. La patiente fut dans l'impossibilité de décrire consciemment quelle était l'orientation de cette fente dans de multiples essais, autant qu'il lui était difficile de reproduire ladite orientation avec sa main. Paradoxalement, elle réussit sans difficulté la tâche qui consistait à introduire une lettre dans la boîte et ce, quelle que soit l'orientation de sa fente. Dans chaque essai et avant même le contact physique avec la boîte, l'orientation de la main était systématiquement congruente avec celle de la fente [39].

Chez les patients souffrant de blindsight, c'est la destruction du cortex visuel primaire qui avait permis d'investiguer une voie de traitement de l'information « non consciente » mais plus archaïque. Dans le cas présent, l'intégrité de ce cortex est intacte et souligne l'existence de tels processus au sein même des zones cérébrales les plus évoluées. Au sortir du cortex V1, l'information emprunte schématiquement 2 voies de traitement (quand bien même de nombreuses aires participent à l'élaboration de nos représentations visuelles) : la voie « ventrale » qui chemine à la partie inférieure du lobe temporal et la voie « dorsale » qui s'oriente vers le lobe pariétal. Cette distinction correspond à des fonctions spécifiques. La voie ventrale traite l'identification précise d'un objet visuel tandis que la voie dorsale est impliquée dans le traitement des opérations visuomotrices (« voie de l'action »). On comprend ainsi que c'est la voie ventrale qui avait été altérée chez cette patiente. Le résultat de l'expérience permettait alors de proposer que cette voie faisait certainement l'objet d'un traitement cérébral non conscient [37].

La où le paragraphe suivant restait à un niveau représentationnel relativement sommaire, cette expérience vient suggérer que la réalisation de mouvements complexes, sollicitant très largement les fonctions exécutives (planification, initiation, maintien d'un but, contrôle de l'action...), pourrait échapper (pour partie ?) au contrôle conscient. C'est précisément le passage à l'acte dont le substrat suscite l'intérêt du clinicien (notamment du psychiatre et de l'expert) qui peut être ici interrogé, notamment lorsqu'on prend en considération les

hypothèses actuelles des troubles schizophréniques comme résultant d'un dysconnectivité globale du cerveau [24].

Nous reprendrons l'argumentation de Naccache pour souligner que, loin de ne concerner que les patients souffrant d'agnosie visuelle perceptive, cette dichotomie de traitement de l'information largement sous tendue par des processus inconscients semble être une règle de fonctionnement du cerveau humain. C'est l'étude des illusions visuelles qui a servi de support à cette démonstration. Nous avons ainsi tous fait l'expérience de ces « illusions d'optique » qui continuent d'abuser nos sens quand bien même nous sommes conscients de leurs artifices [37].



Savoir, par exemple, que ces segments sont de taille égale et même le vérifier ne nous empêchera pas de ne pas en faire l'expérience visuelle et de continuer à les voir de taille différente. De la même façon que cette patiente ne faisait pas l'expérience consciente de l'orientation de la fente, nous n'avons pas conscience de la taille objective de ces segments. Une raison supplémentaire de douter de notre expérience subjective et de nos convictions ?

Si on nous demandait de reproduire la taille de ces segments avec le pouce et l'index (donc de manière consciente), nous reproduirions la même erreur. Daprati et Gentilucci ont proposé à des sujets d'attraper ces segments (et non plus seulement d'estimer leur longueur), et ont constaté que quel que soit le segment, l'ouverture de la pince pouce index demeurait strictement identique et s'affranchissait donc de l'illusion, qui pourtant perdurait consciemment. Cette expérience a depuis été répliquée et confirmée [40].

D'autres études ont permis de soutenir cette dissociation entre une voie ventrale participant à notre perception consciente et une voie dorsale « inconsciente », support du traitement visuo-moteur.

L'étude des patients souffrant d'héminégligence a cependant nuancé ce constat en montrant que cette voie ventrale pouvait également servir de substrat à des représentations inconscientes.

Par exemple, une étude menée par Rees a montré que le cortex visuel primaire et la voie ventrale continuaient à représenter des informations non perçues consciemment chez ces patients. Les chercheurs ont présenté à un patient héminégligent deux stimuli visuels, un visage à gauche et une maison à droite. Le sujet, du fait du trouble, ne visualisait consciemment que la maison. Dans une seconde tâche, seul le stimulus de droite était présent. Dans les deux situations, un enregistrement cérébral en IRMf était réalisé. La soustraction des cartes d'activation a permis d'isoler les corrélats cérébraux du traitement du visage négligé, objectivant ainsi qu'un stimulus non perçu consciemment était cependant « enregistré » par le cerveau [41].

Ces constatations ont été confirmées chez le sujet sain (Dehaene et al 2001), pour lequel l'activation de cette voie ventrale a pu être démontrée dans des tâches de présentation subliminale de mots. Ultérieurement, de nombreuses études ont montré des activations de régions corticales diverses (cortex visuel, voie ventral, cortex pariétal et même frontal et préfrontal) dans ce même type de conditions montrant que, virtuellement, pratiquement tout le cerveau était susceptible d'héberger une « activité inconsciente », véritable « *inconscient cortical qui laisse envisager une richesse potentielle de représentations mentales inconscientes jusqu'alors insoupçonnée par la majorité des neuroscientifiques* » [37, 42].

L'amorçage visuel masqué a permis d'explorer encore plus fondamentalement cette « activité inconsciente » en montrant qu'elle recouvrait tout un pan de l'activité abstraite du psychisme, notamment celle corrélée au sens des mots (représentation mentale s'il en est). Cette technique consiste à présenter successivement à un sujet deux mots, le premier étant flashé de manière subliminaire (le sujet n'en faisant donc pas l'expérience consciente), le second étant celui perçu consciemment. On mesure ensuite l'influence de cette « amorce masquée » sur des tâches différentes (reconnaissance de mot...) où le sujet applique donc les consignes de la tâche sans se préoccuper de l'amorce dont il ignore même la présence. C'est Marcel en 1983 qui a le premier démontré des effets d'amorçage significatifs. Dans son protocole, un mot amorce désignant une couleur en toute lettre était présenté de manière subliminaire puis était suivi d'un carré de couleur perçu par le sujet qui devait le plus rapidement possible appuyer

sur un bouton correspondant à la couleur de la cible. Il a ainsi démontré que lorsque l'amorce et la cible étaient congruentes, le temps de réponse était significativement raccourci. Les résultats suscitent une forme de stupéfaction puisque le stimulus amorce a nécessairement subi un traitement complexe, l'association s'étant nécessairement faite à un niveau sémantique, soulignant que des traitements de l'information de grande complexité (ici décrypter le sens d'un mot) se réalisent de manière inconsciente chez le sujet sain [43].

Par ailleurs, quand Naccache fait état de ces travaux dans son ouvrage de 2006 il déclare : « *A l'issue de cet article remarquable, le concept révolutionnaire de dissociation entre performance cognitive de haut niveau [...] et une conscience abolie de ces stimuli [...] solidement établie...* ». Cette formulation ne manque pas d'interpeler par sa parenté avec celle de l'article 122-1 du CP qui parle notamment d'abolition du discernement. Cette remarque permet de garder le fil de nos interrogations concernant ce discernement supposé intact chez le sujet « sain » mais dont les contours trouvent difficilement solide étayage dans la littérature.

Dans les années 80, une expérience de Libet (répliquée depuis) avait déjà fait voler en éclat l'intuition d'une séquence chronologique intention-action, en montrant que la conscience de l'intention d'un mouvement succède de plusieurs centaines de millisecondes (des protocoles expérimentaux plus récents proposent quelques secondes !) l'initiation de celui-ci objectivée par le potentiel de préparation [44].

Dans cette perspective, Jeannerod déclarait : « *Dans ce qui paraît être un processus libre et volontaire, l'acte (l'effet final) précède en réalité la conscience de le vouloir (la cause supposée)* » [4].

Par ailleurs, certains protocoles remettent en question la pertinence d'une délibération consciente comme propédeutique à la qualité d'un choix. Une expérience de Dijksterhuis proposant à deux groupes de sujets de réaliser un achat précédé ou non d'un temps de délibération montre ainsi, de manière contre-intuitive, que les meilleurs choix sont réalisés par les sujets qui n'ont pas bénéficié de ce temps de réflexion et que ce constat est d'autant plus valide que l'enjeu du choix est important. Ces conclusions ont cependant été nuancées par Dehaene qui insiste sur le bénéfice de cette délibération consciente dans bien des circonstances [45].

Une expérience de Desmurget et al, réalisée par stimulation cérébrale directe au cours d'interventions chirurgicales, suggère l'existence d'un substrat anatomique sous tendant la dissociation entre action et conscience de l'action. Ces auteurs ont ainsi montré qu'une stimulation du cortex pariétal entraînait un désir fort, voire l'illusion d'un mouvement (donc sans mouvement objectif), tandis qu'une stimulation du cortex frontal induisait cette fois des mouvements objectifs sans que les sujets n'aient eu conscience de ceux-ci [4].

Ces données suggèrent donc qu'à la fois la motivation et la qualité d'une action reposent sur un déterminisme qui semble devoir se désolidariser d'une initiation et d'un contrôle conscients. C'est ainsi qu'un certain nombre de publications montre que l'intervention de la conscience de l'action n'émerge qu'en cas de problème imprévu, d'obstacle ou d'échec au temps de l'exécution, celle-ci ayant été initiée, planifiée de façon non consciente. Nous verrons comment l'hypothèse d'une dysconnectivité cérébrale globale chez les sujets schizophrènes étaye cette conception s'agissant notamment des troubles du monitoring de l'action [4].

C'est ce traitement non conscient que chacun peut expérimenter quand une pensée inopinée nous vient « spontanément » à l'esprit, sans volonté consciente, et que nous parvenons cependant à nous l'attribuer. La clinique psychiatrique est riche de troubles où ces propriétés sont défailtantes (l'hallucination acoustico-verbale chez le patient schizophrène) ou aboutissant à des compulsions (pensées intrusives dans le cadre d'un TOC conduisant à des comportements compulsifs).

Dans cette perspective qui semble marquer le déclin du libre arbitre (free will), une façon de préserver une forme de responsabilité du sujet a été de proposer la notion de véto. Le fonctionnement « responsable » du cerveau ne concernerait pas notre liberté de faire mais plutôt celle de ne pas faire (free won't). Cette conception s'appuie notamment sur le fait que la conscience réflexive semble être l'apanage de l'humain, que les lobes frontaux sont excessivement développés chez lui et que ceux-ci sont le lieu cérébral des fonctions exécutives, du contrôle de l'action et donc, finalement, de l'inhibition.

La conscience aurait une fonction de régulation permettant de maintenir la cohérence entre les représentations que le sujet se fait de lui-même et son expérience de la réalité. Une expérience dans laquelle on demandait aux sujets d'argumenter leur choix établi entre deux visages, selon leur préférence esthétique, a ainsi montré que si (après le choix) l'examinateur intervertissait

les images à l'insu du sujet pour lui présenter l'image non choisie, dans 74% des cas les sujets argumentaient ce choix qui pourtant n'était pas le leur, preuve que cette fonction est de maintenir une cohérence psychique plutôt que d'examiner la réalité d'un fait. D'autres expériences ont souligné la capacité de sujets à s'approprier des choix cependant établis par d'autres [46].

b - La conscience

La conscience humaine est très difficile à décrire, outre la polysémie du terme (éveil, perception, morale, religion...), il existe un monde entre la description de la prise de conscience d'un phénomène, d'un objet et l'appréciation subjective de la conscience de soi, en tant qu'être pensant. C'est cette dialectique qui nous intéresse principalement. En effet, la clinique psychiatrique, celle qui pourrait notamment infléchir le discernement, est faite de rupture ou de variation de la conscience qu'a le sujet de lui-même, des autres ou du monde qui l'entoure. Ainsi, au caractère objectivable de la perception d'un objet pourrait s'opposer l'expérience privée, ineffable de l'expérience subjective. C'est ce qui a amené le philosophe David Chalmers à parler d'un problème facile et d'un problème difficile de la conscience. Toutefois, la plupart des théories récentes, plutôt que de soutenir cette dichotomie, proposent des modèles au sein desquels ces dimensions s'articulent.

Plusieurs modèles neurobiologiques de la conscience ont été proposés :

Damasio définit la conscience comme « *l'état d'esprit selon lequel le flux habituel des images mentales a été enrichi par la subjectivité* ». Selon l'auteur, les processus du self sont nécessaires pour construire l'expérience consciente. Il construit un modèle hiérarchisé de la conscience [47] :

- Le protosoi regroupe les informations cartographiques corporelles de base qui s'intègrent au niveau d'une structure phlogénétiquement ancienne : le tronc cérébral. Le protosoi est le promoteur des fonctions d'éveil. Il constitue le niveau le plus bas des processus du self. Damasio précise que les informations ainsi intégrées ne sont pas seulement « à propos » du corps, mais intrinsèquement liées à lui. Les produits les plus élémentaires du protosoi sont nommés par l'auteur « sentiments

primordiaux » et donnent, selon lui, une expérience primitive directe de la conscience d'exister. Ils seraient le substrat des sentiments plus élaborés ;

- Le soi noyau constitue l'interface entre l'organisme et les objets avec lesquels il interagit ;
- Le soi autobiographique, qui inscrit l'être humain dans sa biographie et donc dans la temporalité, est l'étape ultime de cette hiérarchie.

C'est l'articulation de ces systèmes qui promouvrait l'expérience de la conscience par le biais de boucles résonnantes. Les corrélats cérébraux de cette activité s'appuieraient notamment sur la partie haute du tronc cérébral (notamment le pont, le mésencéphale et l'hypothalamus, la substance réticulée ascendante, les coliculi supérieurs et inférieurs), le thalamus et le cortex.

Changeux propose un modèle développemental de la conscience [48-50] :

- Niveau 1: conscience minimale: organismes simples, intégration, maintien d'une représentation dans la mémoire de travail, comportement exploratoire, tâches de réponse différée sans réflexion et sans vie sociale élaborée: souris et rats ;
- Niveau 2: conscience de base: nouveau-né, enfant de 8-15 mois, organismes imitatifs avec intention partagée vis à vis de l'objet, maintien de deux représentations dans la mémoire de travail (fonction et objet), attention partagée mais sans compréhension mutuelle : singe vert (vervet monkeys), nouveau-né ;
- Niveau 3: conscience de soi: enfant de 2 ans et chimpanzés, imagination et distinction soi-l'autre, concept d'agent intentionnel, reconnaissance de soi dans un miroir ;
- Niveau 4: conscience réfléchie et «théorie de l'esprit»: enfant de 3-5 ans, expérience consciente totale.

Dennett postule que la conscience serait corrélative de la « célébrité » d'un objet mental à un instant t. Plusieurs assemblées de neurones seraient ainsi en compétition, représentant plusieurs états de conscience potentiels. L'un d'entre eux deviendrait prévalent au gré d'éléments contextuels (au décours d'un « darwinisme neuronal ») et figurerait la conscience [51].

Baars a proposé le concept d'espace de travail global dans les années 80. Ce concept a souvent été repris, notamment par Dehaene plus récemment. Ce concept se propose d'expliquer comment une information singulière devient consciente alors que le cerveau traite en permanence d'innombrables informations véhiculées par d'aussi nombreuses connexions neuronales. Ce serait donc par le biais de cet espace de travail global, pensé comme étant en lien avec la totalité du cerveau, qu'une information est rendue accessible à l'ensemble des populations de neurones. Ce serait la disponibilité d'une information à un instant au sein de cet espace qui lui permettrait d'être consciente. C'est l'activation pendant une durée suffisante qui permettrait à l'information d'être amplifiée et de devenir accessible à de nombreux processus mentaux tels que la mémorisation à long terme, la catégorisation perceptive, l'action volontaire. Ce serait par ailleurs cette accessibilité globale de l'information qui donnerait sa coloration subjective à cette prise de conscience, permettant au passage d'abolir l'antagonisme entre problème facile et difficile de la conscience. La conscience émerge donc au décours d'une compétition darwinienne entre diverses assemblées de neurones. Celle-ci est donc consubstantielle d'une riche et opérante connectivité neuronale et s'éloigne des modèles localisationnistes classiques de la conscience selon lesquelles une structure déterminée permet l'intégration d'informations éparses, incarnant le lieu de la conscience [52].

Ce modèle est particulièrement intéressant quand on considère que l'occurrence des symptômes productifs chez les schizophrènes est entendue par certains auteurs comme la résultante d'une dysconnectivité cérébrale, notamment fronto-temporale [24].

Changeux et Dehaene, vont d'ailleurs enrichir cette hypothèse d'un substrat neuronal de l'espace de travail global : l'espace de travail neuronal global, postulant que les neurones pyramidaux des cortex préfrontaux de la couche III, possédant de longs axones et un nombre élevé d'épines dendritiques (23 fois plus que le cortex visuel) propices à la connectivité cérébrale, pourraient être le support de cet espace. Les études démontrant le développement massif et singulier des cortex préfrontaux humains (comparativement aux autres espèces et aux autres aires cérébrales), mais aussi de la substance blanche, semblent être en faveur de cette hypothèse [47, 53].

Selon ce modèle, l'accès à la conscience correspond à l'ignition soudaine de ces neurones à axones longs. Cet accès à la conscience s'intègre à une taxonomie articulant processus subliminaux (force du stimulus trop faible pour entraîner l'ignition), préconscients (force

suffisante mais en compétition avec d'autres stimuli centraux) et conscients (force suffisante et disponibilité de l'espace conscient) [54].

En outre, cette hypothèse propose un modèle d'articulation entre processus conscients et non conscients dont nous avons souligné la prégnance.

Comme nous le verrons par la suite, le modèle de la schizophrénie est certainement le plus propice à éclairer le concept de discernement. Anticipant sur les données présentées dans le chapitre suivant, nous profitons de l'évocation des processus conscients pour présenter certains travaux les ayant étudiés chez les sujets schizophrènes.

Delcul, Dehaene et Leboyer ont montré qu'il existait un déficit d'accès à la conscience chez les patients schizophrènes [55].

Gaillard et Delcul, dans un article traitant de la conscience et des troubles neuropsychiatriques, proposent de comprendre le concept médico-légal d'« abolition du discernement » comme une modalité de déclin de la conscience. L'auteur fait le lien entre la conception actuelle de la schizophrénie comme altération de la connectivité globale du cerveau (plutôt qu'une altération focale), et l'hypothèse de l'espace de travail neural global, dans une tentative de compréhension physiopathologique. De nombreux travaux postulent l'existence d'un défaut d'intégration corticale qui trouverait son origine dans des troubles de la connectivité cortico-corticale et cortico-sous corticale. Des études d'imagerie ont notamment montré l'existence d'une dysconnectivité fronto-temporale. Cette dysconnectivité pourrait constituer le substrat des hallucinations acoustico-verbales en altérant les processus permettant de s'attribuer ses propres paroles ou pensées. Ces patients seraient gênés dans la perception de l'intentionnalité de leurs actions. Ils auraient tendance à attribuer des stimuli d'origine interne à une source externe. Cette problématique sera détaillée plus loin. Ces données sont corroborées par des résultats récents montrant une altération des oscillations rythmiques neurales chez les schizophrènes à l'électroencéphalogramme. Ces oscillations neurales sont connues pour jouer un rôle majeur dans le support de l'activité cognitive normale (mémoire, attention, conscience) [56-59].

Dehaene et al ont montré dans une épreuve d'amorçage visuel, qu'il n'existait pas de différence significative entre patients et sujets contrôles quand l'amorce était perçue inconsciemment alors que les patients étaient moins performants lorsque l'amorce était perçue consciemment suggérant que c'est une altération du traitement conscient de l'information qui

faisait défaut chez les schizophrènes. En outre, ces résultats étaient corrélatifs d'une hypoactivité du gyrus cingulaire antérieur. Ces résultats ont été confirmés par Del Cul et al [55].

Les expériences troublantes de Benjamin Libet interrogent fondamentalement le rôle des perceptions conscientes. Comme nous l'évoquions, celles-ci pourraient consister en un rôle d'interprète visant à donner une cohérence à notre expérience de la réalité.

C'est ce que les expériences menées chez les patients au cerveau divisé (split brain) ont permis de révéler. Le même type d'expérience a confirmé ces résultats chez les sujets sains. Chez ces sujets, le corps calleux a été sectionné afin d'éviter la propagation de crise d'épilepsie à l'hémisphère controlatéral. Dans une expérience classique, les deux champs visuels sont strictement séparés (à l'aide d'un écran divisé). Deux images différentes sont ainsi projetées sur chaque hémisphère (isolés l'un de l'autre du fait de la callosotomie). On demande au sujet de choisir des cartes illustrées qui correspondent à ce que le sujet voit. Ce dernier choisit 2 cartes, sans pouvoir expliquer que celle prise par sa main gauche est en lien avec ce qu'il a vu dans ce champ visuel (l'hémisphère droit étant isolé des aires du langage). De manière surprenante, le sujet rationalise donc son choix en « inventant » un argumentaire permettant d'expliquer le choix de cette carte.

Cette fonction nous permettrait donc d'avoir le sentiment d'être des agents rationnels.

c - Cognition et Psychose,: Le discernement à la lumière des dysfonctionnements cognitifs et associatifs de la schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie grave qui touche près d'1% de la population. Selon l'OMS, elle fait partie des 10 maladies les plus invalidantes. L'espérance de vie des personnes atteintes est réduite de 10 ans en moyenne et 10 à 15% des individus meurent par suicide. L'hypothèse aujourd'hui admise de l'étiopathogénie de la schizophrénie est un modèle neuro-développemental qui postule des perturbations précoces (fœtales et périnatales) du développement cérébral. Ces perturbations seraient liées à une vulnérabilité acquise ou héritée dont l'expression pourrait dépendre de stressseurs environnementaux. Les recherches récentes permettent ainsi de suggérer une vulnérabilité génétique complexe, des anomalies des

structures cérébrales, mais également le poids fort de facteurs environnementaux, comme facteurs propices à l'émergence des troubles. Le diagnostic de la maladie s'établit habituellement sur un ensemble de symptômes regroupés en symptômes positifs, négatifs et de désorganisation. Plus récemment les auteurs ont insisté et individualisé les symptômes cognitifs. Connus de longue date ces symptômes étaient habituellement classés dans la catégorie des symptômes négatifs s'installant au fil des années. Des travaux récents ont permis de suggérer que ces symptômes étaient en fait présents dès l'épisode inaugural de la maladie (et même parfois dans les phases prodromales et chez les apparentés), qu'ils pouvaient être compris comme des facteurs précipitant l'émergence des symptômes des autres classes (positifs, négatifs, désorganisation), qu'ils constituaient un facteur pronostic majeur des troubles et qu'enfin ils étaient mobilisables par les thérapeutiques de remédiation cognitive [24, 60].

Un certain nombre d'entre eux éclairent avantageusement le concept de discernement.

- **Fonctions exécutives [61] :**

Cinquante-cinq à 80% des schizophrènes souffrent de troubles cognitifs, cependant la sévérité de ces troubles est très hétérogène. Ces difficultés apparaissent précocement dans l'histoire naturelle de la maladie, précèdent dans certains cas l'épisode princeps des troubles et débutent même parfois dans l'enfance. Les troubles exécutifs seraient avec les troubles de la mémoire les deux domaines de la cognition les plus classiquement et les plus fréquemment documentés dans la schizophrénie. Les « systèmes exécutifs » sont définis comme un ensemble de processus (contrôle, inhibition, planification, flexibilité, catégorisation, etc.) dont la fonction principale est de permettre aux sujets de s'adapter à des situations nouvelles, et ce même quand ils se trouvent confrontés à la réalisation d'une situation routinière mobilisant des habiletés cognitives sur-apprises. Les troubles exécutifs, qui concernent le domaine du monitoring de l'action, pourraient éclairer utilement notre sujet qui traite notamment des ressorts du passage à l'acte [61-65].

Ces processus interviennent généralement quand il s'agit de formuler un but, de planifier et choisir les différentes séquences de comportement qui permettront d'atteindre ce but, de comparer des plans en fonction de leur probabilité de succès et de leur efficacité dans l'accomplissement de l'objectif, de mettre en œuvre un plan sélectionné jusqu'à son accomplissement final et éventuellement à l'amender en cas d'échec [66].

Ces processus sont mis en œuvre volontairement dans le cadre de tâches nouvelles et mobilisent nécessairement un « contrôle exécutif » dont l'objectif est la recherche active et planifiée d'informations utiles à la réalisation de la tâche, l'inhibition de tâches routinières au profit de nouvelles tâches adaptées aux exigences contextuelles, la coordination lors de la réalisation de tâches simultanées et le maintien de l'attention sur de longues périodes temporelles au cours de longues séquences de comportement.

L'atteinte de ces fonctions est parmi les anomalies les plus fréquemment retrouvées dans la schizophrénie. Une méta-analyse a montré que les performances des patients atteints de schizophrénie à un test exécutif, le Wisconsin Card Sorting Test (WCST), prédisaient significativement leur fonctionnement quotidien dans la communauté. Certaines atteintes spécifiques sont retrouvées : l'attention sélective serait altérée chez les sujets schizophrènes. La planification, la déduction de règles, la flexibilité et l'inhibition le serait également [61, 67-71].

Les déficits exécutifs seraient plus souvent associés à la symptomatologie de désorganisation [72].

Enfin Krakowski et Czobor ont suggéré que la détérioration des fonctions exécutives était associée aux comportements d'agression [73].

Au-delà de la simple association entre troubles exécutifs et schizophrénie, ceux-ci pourraient être des facteurs prédictifs de cette dernière. Certaines études suggèrent que les déficits du système exécutif signeraient une vulnérabilité à la psychose, tandis que la présence de déficits exécutifs associés aux troubles mnésiques signeraient une progression vers la psychose [61].

Une méta-analyse récente retrouvait une altération dans l'activation cérébrale de diverses régions du cortex préfrontal lors de tâches exécutives. Ces déficits touchaient le cortex préfrontal dorso latéral, le noyau dorso médian du thalamus et les cortex cingulaires antérieurs [68].

- **Insight, fonctions exécutive, substrat préfrontal :**

Bourgeois et Benezech déplorant le manque d'étayage théorique, au décours d'une intense recherche bibliographique, reprennent au fondement de leur analyse la définition classique du discernement : « *capacité à distinguer à juste titre entre des faits ou des idées* », « *bon sens et*

intelligence qui apprécie les choses, qui en démêle les rapports. Il faut avoir beaucoup de discernement pour avoir du jugement, mais le discernement se rapporte plus à la théorie et le jugement à la pratique » [74].

Ces auteurs proposent comme approximation le terme d'insight qui, bien qu'ancien, fait l'objet d'un regain d'intérêt d'abord parce que son évaluation est à présent formalisée et objectivable par le biais de nombreuses échelles mais également parce qu'il existe une forte corrélation entre trouble psychotique (notamment la schizophrénie) et détérioration de l'insight. Or, dans une clinique du discernement encore à construire, s'il est une chose sur laquelle les auteurs s'accordent, c'est la corrélation entre trouble psychotique et abolition du discernement.

L'évaluation de l'insight, qui antérieurement n'était réalisée que sur un mode caricatural et dichotomique (absence ou présence), s'est trouvée nuancée par la validation de diverses échelles. Cette évaluation nuancée n'est pas sans rappeler l'apport de l'alinéa 2 de l'article 122-1 qui consacre le déclin des conclusions expertales en tout ou rien. De nombreuses échelles validées ont été créées et permettent d'objectiver une clinique qui pourrait, pour une part, recouvrir celle du discernement. « L'impressionnisme fécond de la clinique de la rencontre peut ainsi être rationalisé par la rigueur de la psychopathologie quantitative ». La validité de ces échelles est nuancée par Beck et al qui soulignent que certaines réponses correspondent plus spécifiquement à un insight intellectuel lié à la désirabilité sociale (quel type de réponse attend la personne qui m'interroge ?) qu'à un insight émotionnel, plus subjectif et certainement plus congruent à l'état clinique du patient. L'auteur s'appuie sur l'anecdote d'un patient qui interrogé dans le cadre d'un questionnaire attribuait l'origine de ses hallucinations à sa maladie psychiatrique alors qu'un examen plus approfondi objectivait qu'il les attribuait en fait à Satan. Cet auteur a mis au point un questionnaire permettant de vérifier l'hypothèse selon laquelle la différence entre une population non clinique et des sujets souffrant de troubles psychotiques est leur capacité à pouvoir relativiser leurs conclusions et leurs croyances ainsi que d'admettre que ces dernières puissent être erronées. Ce questionnaire se conclut par un score composite mettant en balance la réflexivité (distance vis-à-vis de son propre jugement, autocritique) et certitude, celle-ci pouvant être entravée par celle-là. Les résultats sont ainsi corrélés au degré d'insight et au fait de présenter des troubles psychotiques ou pas. Les troubles psychotiques, selon cette hypothèse, seraient liés à des biais cognitifs plus qu'à des détériorations de ces fonctions [74, 75].

D'autres études ont par ailleurs montré que l'altération de l'insight était corrélative de dysfonctions du cortex préfrontal, notamment chez les sujets atteints de schizophrénie. Le cortex préfrontal constitue le substrat électif des fonctions exécutives (organisation, planification, auto-correction, inhibition de l'action...), par ailleurs également altérées dans la schizophrénie. Insight et fonctions exécutives sont même corrélées [75].

Ainsi, un lien entre faible insight et anomalies morphologiques des lobes frontaux a été mis en évidence chez les schizophrènes. Shad et al ont montré que chez des patients traversant leur premier épisode de schizophrénie, ceux ayant un faible insight présentaient une réduction du volume du lobe préfrontal dorsolatéral droit. Ils ont également montré que le score des patients à la SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) était négativement corrélé au volume de la région orbitofrontale. Le cortex préfrontal dorsolatéral droit serait associé à la dimension de la conscience des troubles, tandis que la région orbitofrontale constituerait le substrat neuronal de la dimension d'attribution des symptômes [76-79].

Les deux tiers des études investiguant ce domaine montrent le lien existant entre insight et certaines catégories du Wisconsin Card Sorting Test. Ainsi semblent corrélés fonctions exécutives et insight. Ce point est confirmé par Aleman et al qui démontrent la covariance de l'insight et des fonctions exécutives et plus généralement des troubles cognitifs [80].

Une étude récente a permis de mettre en évidence que des sujets schizophrènes présentant entre la phase aiguë de la symptomatologie et sa rémission une amélioration de l'*insight*, laquelle s'accompagnait d'une normalisation de l'activité du cortex préfrontal gauche impliqué dans le fonctionnement exécutif et la régulation des émotions. Cette normalisation de l'activité cérébrale s'accompagnait, de plus, d'une amélioration de leur fonctionnement social [81].

Des modèles récents proposent d'étudier les déficits de la conscience des troubles dans la schizophrénie au travers des modèles métacognitifs et la théorie de l'esprit sur lesquels nous reviendrons (les uns étant considérés comme une partie de l'autre selon Frith). Les schizophrènes présenteraient des déficits importants de la théorie de l'esprit qui se traduiraient par une fragilité s'agissant de l'agentivité (capacité à se reconnaître comme à l'origine de ses actions, de ses pensées), modèle fécond pour notre sujet. La métacognition étant considérée comme apparentée aux fonctions exécutives, ces résultats suggèrent une consistance des phénomènes d'insight, fonctions exécutives et substrat préfrontal. Certaines études encore

rare ont démontré le lien existant entre altération de l'insight et troubles métacognitifs [82, 83].

Enfin, la corrélation entre un faible niveau d'insight et l'occurrence de comportements violents chez les sujets schizophrènes reste controversée. Une revue récente de la littérature montre que ce lien est établi dans près de la moitié des études colligées par Voyer [84].

- **Self monitoring :**

Les symptômes positifs de la schizophrénie et notamment les symptômes de premier rang (décrits par Kurt Schneider dans les années 50) seraient associés à une perte du sens de l'agentivité. Au cours de la réalisation d'une action, l'intuition qu'on peut avoir d'être à l'origine de celle-ci serait altérée chez les patients souffrant de schizophrénie [85].

Plus précisément, la difficulté à se considérer comme la source de ses propres actions et pensées se traduirait par des difficultés à déterminer si une action est produite par soi ou par autrui ou si une action a seulement été pensée ou réalisée. Ces troubles sont repérés comme des troubles du monitoring (ou mémoire) de la source et du self monitoring et pourraient être à l'origine des phénomènes hallucinatoires, automatisme mental rencontrés dans les schizophrénies. Les auteurs soulignent plus prosaïquement que ces troubles consistent en une incapacité à établir une frontière en soi et l'autre, modèle prototypique de trouble du discernement (au sens de distinction, discrimination) s'il en est [23].

La schizophrénie est ainsi pensée en tant que pathologie de l'action.

La théorie du self monitoring s'étaye sur celle des modèles dits « comparateurs ». Dès la fin du 19^{ème} siècle a été décrit le phénomène de décharge corollaire ou copie d'efférence qui postule qu'au cours de la réalisation d'un mouvement, la commande motrice est à la fois envoyée vers les effecteurs musculaires et stockée dans la mémoire de travail. Le but de ce système est de prédire les conséquences sensorielles du mouvement et de comparer en permanence l'adéquation entre le mouvement tel qu'il est réalisé et sa finalité souhaitée.

Le « self-monitoring » permettrait de discriminer les actions et les intentions émanant de soi de celles provenant de l'extérieur. Ce système serait constitué de 2 sous systèmes : le monitoring de l'action permettrait spécifiquement de distinguer action émergeant de soi de celle émergeant d'une source extérieure, le monitoring des intentions d'actions lui permettrait

de discriminer action propre générée par un stimulus extérieur de celle générée intentionnellement.

De nombreuses données soulignent l'altération de ces mécanismes chez les sujets schizophrènes. Très tôt a été montrée l'existence d'une activité laryngée distincte du discours volontaire ou d'une activité à minima des muscles de la langue chez les patients souffrant d'hallucinations acoustico-verbales, suggérant ainsi que la non reconnaissance d'actions pourtant effectuées par eux participait à la genèse de ces symptômes [24, 86].

Plus récemment, l'imagerie fonctionnelle a montré que les hallucinations acoustico-verbales suscitaient l'activation d'aires cérébrales superposables pour partie à celles activées au cours du langage intérieur et parlé et notamment de l'aire de Broca (versant moteur du langage), et que de surcroît elles activaient les aires auditives temporales laissées inactivées dans ces deux dernières conditions, postulant une dysconnectivité fronto-temporale comme participant à l'occurrence de ces phénomènes hallucinatoires.

Initialement comprise comme une pathologie du contrôle de l'action, la schizophrénie a été dans un second temps pensée par Frith comme une défaillance des systèmes visant à prédire les conséquences des actions. Ce ne serait donc pas la faculté de produire une action qui serait altérée chez les schizophrènes, mais leur capacité à en anticiper les conséquences, qui conduirait alors à considérer le résultat de l'action comme étranger à soi [86].

Les études sur le self monitoring corroborent celles menées sur l'attribution des actions dans la schizophrénie qui soulignent la difficulté de ces patients à reconnaître leurs actions ainsi que leur plus grande tendance à les attribuer à l'autre. Il semblerait que cette caractéristique s'exprimant de manière manifeste à travers les symptômes de premier rang soit également présente chez les patients ne manifestant pas ce type de symptômes.

- **Monitoring de la source :**

Le « monitoring de source » se désolidarise de la notion d'action motrice et regroupe l'ensemble des processus cognitifs permettant d'attribuer l'origine d'une information. Il est constitué de plusieurs sous types :

- La mémoire de réalité ou « reality monitoring » permettant de discriminer l'origine interne ou externe de l'information

- La mémoire de source externe permettant de discriminer plusieurs informations externes (provenant par exemple de deux personnes différentes)
- La mémoire de source interne permettant par exemple à un sujet de différencier ce qu'il a pensé et dit

Lors de l'encodage d'un souvenir, différents paramètres sensoriels et contextuels sont enregistrés et contribuent à l'identification de la source du souvenir. Ainsi un souvenir d'évènements externes sera plus riche en détails contextuels (images, sons, éléments temporo-spatiaux...) et sera ainsi identifié comme tel au cours d'un processus « automatique » de décision. Un deuxième processus de jugement dit « contrôlé » sera secondairement mis en jeu en cas d'échec du précédent.

Le reality monitoring serait fortement corrélé avec les symptômes positifs de la schizophrénie et notamment avec l'occurrence d'hallucinations acoustico-verbales. De nombreuses études visant à investiguer cet item ont montré que les patients souffrant d'hallucinations acoustico-verbales avaient une plus grande tendance à attribuer à l'expérimentateur l'origine de mots qu'ils avaient lus à haute voix [87, 88].

Plusieurs études ont également démontré qu'il existait chez les patients souffrant d'hallucinations auditives et de désorganisation psychique des troubles du monitoring de la source interne. Dans une de ces expériences, il était demandé aux sujets de lire des mots en silence ou à voix haute et de rappeler le mode d'encodage de ceux-ci. Les patients souffrant d'hallucinations auditives avaient une plus grande tendance à reconnaître les mots lus en silence comme ayant été lus à voix haute. La confusion entre mots mentalisés et vocalisés pourrait être à l'origine de la désorganisation du discours de ces patients. Il est cependant difficile de conclure quant à l'origine de ces troubles : seraient-ils liés à l'encodage ou au rappel ? Quoi qu'il en soit ces processus font partie de la mémoire épisodique. La conscience rattachée à cette mémoire épisodique est appelée conscience auto-noétique [89, 90].

Cette conscience auto-noétique correspond à une connaissance subjective, colorée émotionnellement et par des éléments de vie personnelle. Elle s'oppose à la conscience noétique qui constitue la connaissance factuelle, objective des choses. Dans une étude investiguant à la fois la reconnaissance de la source (stimuli internes ou externes) et l'intégrité de la conscience auto-noétique (paradigme remember/know), les auteurs ont montré qu'il existait chez les sujets schizophrènes une dissociation entre niveau de conscience

autonoétique et précision du rappel de la source. Chez les sujets contrôles un haut niveau de mémoire autoétiq ue était lié à la précision dans la détermination de la source, tandis que tel n'était pas le cas pour les sujets schizophrènes, confirmant l'hypothèse d'un trouble du binding, soit la difficulté à intégrer un souvenir comme un tout cohérent et mémorisable (ceux-ci ayant plutôt tendance à conserver des traces mnésiques éparses difficilement intégrables). Le déficit de mémoire autoétiq ue serait selon Danion à la base des troubles rencontrés chez ces sujets [91].

- **Métacognition :**

Comme nous le soulignons, les déficits cognitifs sont observés chez 75 à 85% des sujets schizophrènes. Les études réalisées pour évaluer le retentissement fonctionnel de ces déficits sont assez hétérogènes et ne permettent pas d'affirmer qu'il soit directement imputable à ces déficits. Ce lien pourrait être mieux compris par la prise en compte de facteurs plus spécifiques à chaque individu, notamment métacognitifs. La métacognition pourrait être définie comme la connaissance qu'à un individu de son propre fonctionnement cognitif. Le terme est relativement polysémique et désigne pour certains le contrôle et la surveillance d'opérations mentales par d'autres opérations mentales, quand il désigne pour d'autres auteurs la réalisation d'opérations mentales sur des processus de pensée. Nelson et Narens ont théorisé un mode d'échange d'informations bidirectionnel entre processus cognitifs et métacognitifs (« bottom-up » de surveillance et « top-down » de contrôle). L'évaluation de la métacognition se réalise par des tests psychométriques qui évaluent par exemple la capacité d'une personne à comprendre ses propres phénomènes mentaux et ceux d'autrui (par exemple la métacognitive assessment scale). On saisit la parenté de cette notion avec les processus décrits précédemment (monitoring de la source et théorie de l'esprit), dans le sens où c'est le sentiment de subjectivité qui est ainsi investigué [92, 93].

C'est principalement la métamémoire qui a été investiguée chez les sujets atteints de schizophrénie. Dans ce type d'épreuve on propose à des sujets d'évaluer le degré de « niveau de confiance » (de 0 à 100%) dans une tâche de rappel d'items mémorisés. Le degré de corrélation entre ce niveau de confiance et l'exactitude du rappel serait un indice de bon fonctionnement métacognitif. Les études n'ont pas montré de différence significative entre les performances métamnésiques des sujets schizophrènes comparativement aux sujets contrôles, cependant il existerait des sous groupes de patients schizophrènes qui surévalueraient leur

niveau de confiance en cas de réponses incorrectes ou qui auraient au contraire un taux plus élevé de réponses correctes alors que leur niveau de confiance est faible. Cette dissociation a été rattachée par certains à des troubles du binding qui est la difficulté propre à ces sujets à combiner les différents aspects d'un événement en un tout cohérent. Plusieurs recherches ont démontré le lien existant entre performances métacognitives et fonctionnement social. En ce point réside certainement ce qui nourrit le plus notre réflexion autour du discernement, puisque lorsque l'expert est convoqué, c'est toujours au décours d'un acte ayant engagé l'altérité. Ainsi Lysaker suggère une corrélation entre le sous score de maîtrise de la MAS (metacognitive assesment scale) et fonctionnement social altéré, rendant les relations interpersonnelles pénibles et déroutantes. Koren et al ont même suggéré que les déficits métacognitifs étaient de plus forts prédicteurs des limitations d'activités dans la communauté. Ces auteurs proposent dans cet article une illustration permettant d'envisager des pistes thérapeutiques : 2 patients ayant un fonctionnement cognitif similaire prennent un traitement habituel composé de 3 comprimés, mais souffrent de troubles mnésiques ne leur permettant pas de se souvenir de la posologie exacte du médicament ; le premier qui a un fonctionnement métacognitif plus altéré va prendre 5 comprimés (par exemple) s'exposant au risques de surdose et d'effets adverstes, tandis que le 2^{ème} va demander de l'aide à son médecin traitant. Cette fonction de supervision semble féconde et certainement transférable à d'autres prises de décisions et pourrait constituer une part du substrat de l'altération du discernement chez un sujet schizophrène, non décompensé [94, 95].

- **Cognitions sociales :**

Comme on l'a précisé c'est le caractère social des troubles qui semble le plus fécond pour notre sujet. Ainsi est-il solidement établi que les cognitions sociales sont fortement altérées chez les patients schizophrènes et qu'elles sont en outre un facteur pronostic majeur.

Les cognitions sociales sont habituellement divisées en plusieurs entités que sont notamment la théorie de l'esprit et la reconnaissance faciale des émotions, toutes deux richement documentées et altérées chez les sujets schizophrènes.

La théorie de l'esprit, que nous évoquions déjà plus haut, est la capacité qu'a un individu de prêter des états mentaux à autrui. Pour Premack et Woodruff, il s'agit de «la capacité d'attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui ; cette faculté de déduire la pensée intuitive de l'esprit permet à l'être humain de prédire ce que les autres feront dans une

situation donnée ». Pour Perner un individu à une théorie de l'esprit quand il est capable de se faire une opinion à propos de ses états mentaux et de ceux d'autrui. Cette capacité intuitive favorise les relations sociales, affectives et communicatives : elle nous permet d'interpréter, prédire et tirer des conclusions sur les comportements d'autrui. On comprend intuitivement les conséquences potentielles en cas d'altération de ces processus chez un individu engagé dans des interactions sociales [96, 97].

La théorie de l'esprit est habituellement investiguée par le biais de diverses épreuves :

- Les fausses croyances de 1^{er} ordre : capacité à comprendre qu'une personne peut agir sur la base de croyances qui diffèrent de la réalité...accepter que deux personnes aient un point de vue différent...par exemple : sally and ann test ;
- Les fausses croyances de 2nd ordre : comprendre qu'une personne peut avoir une croyance erronée de la croyance d'une tierce personne : par exemple 2 personnes cachent un objet l'une d'elle part ; celle restée change l'objet de place sans s'apercevoir que l'autre l'observe par la fenêtre. La tâche consiste à déterminer ce que pense la personne restée du lieu où l'autre ira chercher l'objet (la bonne réponse est « dans l'ancienne cachette » étant donné qu'elle n'est pas au courant qu'elle est observée) ;
- La hinting task : où le patient doit deviner l'intention de personnages impliqués dans une histoire courte en se basant sur des sous entendus [98] ;
- Le Eyes test : où les sujets doivent inférer un état mental complexe présenté par un sujet en fonction de photos de ses yeux [99] ;
- La Theory of mind assesment scale : composé de 39 questions elle permet d'évaluer différents aspects de la théorie de l'esprit. Elle se divise en plusieurs échelles prenant en compte la première ou la troisième personne dans une perspective ego ou allocentrée [100] ;

De nombreuses études ont montré les déficits de la théorie de l'esprit chez les schizophrènes. Une méta analyse récente colligeant 36 études regroupant 1181 schizophrènes versus 936 contrôles souligne la réalité de ce déficit et sa majoration quand coexistent des symptômes aigus. Cette étude suggère par ailleurs que cette altération est un trait de la pathologie puisque

le déficit, bien qu'atténué, persiste en dehors des phases processuelles. Néanmoins le caractère trait ou état des déficits reste débattu [101, 102].

P. Harvey, recensant les données actualisées traitant de la théorie de l'esprit met en avant les différents domaines de compétences altérés chez les schizophrènes : épreuve de fausses croyances, hinting task, identification des intentions d'autrui, identification de l'état mental d'autrui, compréhension au test « faux pas ». Il précise enfin que c'est la symptomatologie de désorganisation qui serait la plus associée à ces déficits [102].

Perner et Aichorn ont montré que le substrat cérébral de la théorie de l'esprit était constitué du cortex préfrontal ventro médian, du précuneus, de la jonction temporo-parietal (notamment droite) et de la partie antérieure du lobe temporal [103].

Rebecca Saxe a pour sa part montré que ce réseau était activé spécifiquement s'agissant des états mentaux d'autrui, et qu'il ne l'est pas s'il est question de son aspect physique ou de ses sensations [104].

La reconnaissance faciale des émotions : Là encore ont été démontrées de moins bonnes performances des sujets schizophrènes. Elle s'inscrit au sein des troubles du traitement des indices sociaux et pourrait être à l'origine des failles de la théorie de l'esprit. Son altération pourrait conduire à une interprétation erronée des intentions d'autrui et ainsi favoriser le passage à l'acte violent [105, 106].

Les protocoles utilisent habituellement deux types de tâches différentes : l'identification d'émotions différentes et la différenciation de l'intensité d'une émotion. Beaucoup d'études ont utilisé les 2 paradigmes en postulant qu'ils correspondaient à 2 types de déficits indépendants. Les tâches d'identification solliciteraient plutôt des compétences langagières et sémantiques, tandis que les tâches de différenciation mettraient en jeu des compétences visuelles et spatiales.

Les études récentes utilisent majoritairement les protocoles de Ekman et Friesen ou de Gur et al, consistant à proposer des photos d'individus exprimant des émotions universellement reconnues telles la peur, la joie, la colère, le dégoût [105, 107].

La plupart des études transversales ont montré que la détérioration de la reconnaissance des expressions faciales était fonction de la sévérité de la pathologie schizophrénique et de l'intensité des symptômes positifs et négatifs. Cependant certaines études ont montré que les

traitements antipsychotiques (qui par définition améliorent la symptomatologie) n'améliorent pas la reconnaissance des expressions faciales suggérant ainsi que ce déficit est un trait de la schizophrénie. Cette hypothèse semble confirmée par le constat de ce déficit dans les phases prodromales de la maladie chez des sujets à haut risque de psychose. Des études longitudinales pourraient préciser cette association [108-110].

Par ailleurs, plusieurs points sont soulignés par P. Harvey: ce déficit continue à être évident lorsque la schizophrénie est comparée à d'autres troubles psychiatriques, ce déficit semble plus important pour la reconnaissance des émotions négatives et parmi celles-ci c'est la peur que les sujets schizophrènes ont le plus de difficulté à identifier, enfin les sujets schizophrènes auraient une tendance à attribuer une valence négative à des expressions neutres. Ce dernier résultat serait corrélé à la présence de symptômes paranoïdes [102].

On saisit ainsi comment les déficits dans la lecture de ces signaux sociaux fondamentaux peuvent altérer et désorganiser les interactions sociales. Leur association avec un sentiment de persécution diffus pourrait constituer un préalable à un potentiel passage à l'acte.

- **Prise de décision :**

La prise de décision a été initialement évaluée chez des patients cérébrolésés. Des travaux menés chez des sujets lésés en regard du cortex préfrontal ventro médian (CPFVM) ont montré par exemple l'occurrence de troubles du jugement, de troubles de la prise de décision, de troubles du comportement orienté vers un but et de prises de décisions à l'encontre de leurs intérêts. C'est à dessein que l'hypothèse neurolésionnelle est ainsi évoquée puisque les anomalies cérébrales souvent rencontrées dans la schizophrénie concernent les régions préfrontales et qu'elles sont souvent impliquées dans nombre des fonctions cognitives et métacognitives sus citées [24, 111].

L' Iowa gambling task (IGT) permet d'évaluer de manière standardisée la prise de décision. Le test consiste en une tâche informatisée dont le but est d'amasser le plus de gains en piochant dans des piles de cartes qui se révèlent soit avantageuses soit désavantageuses. C'est précisément la capacité à prendre une décision avantageuse qui est évaluée. Ainsi les sujets lésés en regard du CPFVM continuent-ils de piocher dans les piles de leurs faisant perdre de l'argent à la différence des sujets contrôles et des sujets souffrant de lésions cérébrales hors CPFVM, leur conférant ainsi une véritable « myopie pour le futur ».

CPFVM semble également être spécifique de la capacité d'insight. [112].

L'application de ce paradigme chez des patients schizophrènes a mis en évidence une plus grande propension à piocher au sein des piles désavantageuses ; un apprentissage a pu se faire au fil du test mais de manière moins qualitative que chez les sujets contrôles. D'autres études ont en revanche montré que cet apprentissage ne se faisait pas chez les schizophrènes, dont les conduites désavantageuses perduraient [113, 114].

Ces altérations seraient présentes dès l'épisode princeps de la maladie, mais s'intensifieraient avec le temps [115].

Shurman et al ont montré que le gain était négativement corrélé à la symptomatologie négative [114].

Ces résultats soulignent les difficultés présentées par les sujets schizophrènes dans une situation de prise de décision, qui suppose comme propédeutique l'établissement d'une forme de choix. Dans la situation de l'IGT ces sujets montrent leur difficulté à faire un choix avantageux sur le temps de l'expérience.

B- INTERSUBJECTIVITE : UNE VISION INTEGRATIVE DU DISCERNEMENT ?

[116]

Un faisceau d'arguments nous engage donc à proposer une conception du discernement éclairée par la psychopathologie, la clinique et les corrélats cérébraux des troubles psychotiques (principalement de la schizophrénie) :

- Les définitions les plus basiques du discernement insistent sur l'acte de distinguer ;
- Le discernement est une notion héritée de la loi sur la responsabilité des mineurs du code napoléonien qui suggérait qu'en deçà d'une certaine limite d'âge ceux-ci n'étaient pas doués de discernement, supposant une composante développementale à ce concept dont l'efficacité se construirait au fil du temps ; l'article 122-8 du Code Pénal fait du discernement du mineur la condition de mise en œuvre de la responsabilité pénale ;

- Les modèles récents de compréhension des symptômes psychotiques développent l'imputabilité des troubles du monitoring de la source qui soulignent la fragilité, chez ces sujets, des frontières entre soi et l'autre concernant l'attribution des actions et des pensées constituant le support d'une approximation possible du concept (comme difficulté à distinguer le soi du non-soi) ;
- De même, les travaux récents soutiennent la fragilité des mécanismes de l'empathie, de la théorie de l'esprit et plus largement des cognitions sociales chez les schizophrènes soulignant encore une fois l'altération des processus qui promeuvent le rapport à l'autre ;
- Il est démontré que ces processus subissent également une maturation développementale. Immatures à la naissance, ils deviennent totalement opérationnels progressivement ;
- La psychopathologie psychanalytique propose que les troubles psychotiques soient corrélatifs de difficultés précoces de subjectivation, limitant l'accès à une relation d'objet mature selon laquelle sujet et objet sont distincts (cette relation s'établirait également selon un gradient développemental chez le sujet ordinaire) ;
- L'ensemble des modèles confluent vers l'hypothèse d'une édification d'un sentiment solide d'agentivité (être l'auteur intentionnel de ses actions) reposant sur un substrat spéculaire (Winnicott, Lacan, Stern, Fonagy, Rizzolati, Georgieff) ;

Dans cette perspective, on peut proposer que la capacité de discernement reposerait sur le développement d'un sentiment de subjectivité (sentiment d'une expérience psychique intime de ses propres pensées et actions comme distinctes d'autrui), héritier d'une potentialité innée structurée par l'environnement.

Le concept d'intersubjectivité semble particulièrement fécond pour nourrir notre réflexion puisqu'il offre un cadre conceptuel potentiellement intégratif et que par ailleurs les situations dans lesquelles est convoquée la notion de discernement sont majoritairement des situations qui engagent la rencontre avec l'autre.

La subjectivité peut être décrite [116] :

- « *comme effet de la conscience réflexive, de l'activité de méta-représentation (...) de la réflexivité ou fonction de mentalisation* » au sens de Fonagy (2002) » ;
- « *comme le corrélat d'une attitude propositionnelle ou de la modalisation d'un état mental (je pense que... ou je crois que...), c'est-à-dire l'émergence du sujet de l'énonciation ou l'énonciation en « première personne* » (de Vignemont, 2004) » ;
- « *enfin comme le résultat d'un processus d'attribution des actions au self ou d'appropriation subjective par le moi de son activité psychique* » ;

Ces définitions sont compatibles avec le concept d'agentivité développé par les neurosciences cognitives. Cette conception s'est initialement construite sur l'hypothèse de la copie d'efférence qui était censée promouvoir le sentiment d'intentionnalité de l'action. Comme nous l'avons vu, les expériences de Libet (et de ses successeurs) ont montré que la conscience intentionnelle d'agir est systématiquement postérieure à l'initiation « cérébrale » de l'action. Avec Georgieff, on peut penser que « *la conscience d'être « sujet agent » de l'action dépend de modes de traitement d'informations complexe, est rétrospective et facultative, et ne peut être identifiée à la conscience des mécanismes de décision et de programmation « objectifs » qui produisent effectivement le comportement* ». Ceci montre que la subjectivité se produit sur une autre scène que celle des opérations objectivées par ces expériences, sinon comment comprendre la conviction indubitable d'être l'agent de ses propres actions.

Ce que nous décrivions précédemment concernant les sujets au cerveau divisé, mais aussi chez le sujet sain, nous oriente vers l'idée que ce sentiment d'agentivité dépendrait d'une fonction narrative au sens de la production d'un récit continu de soi.

C'est cette caractéristique qui semble altérée dans les états psychotiques. La croyance délirante est donc corrélative d'une faillite des processus d'agentivité plus qu'elle ne porte sur un jugement sur la réalité extérieure. En effet, si nous sommes persuadés d'avoir reconnu une personne et que finalement c'est une erreur, nous pouvons corriger notre jugement mais pas l'expérience d'avoir un instant eu cette conviction. C'est la capacité à nous attribuer cette réalité psychique qui, à l'inverse des états psychotiques, nous la rend familière.

De nombreux auteurs (Stern, Trevarthen, Fogel) proposent que l'agentivité naisse et se construise dans l'intersubjectivité. Certains insistent même sur le fait que cette dernière en est

la condition absolue. Cette perspective constitue certes le creuset d'une vision intégrative mais permet également de la transcender. Ainsi, que ce soit la psychopathologie psychanalytique et son sujet de l'inconscient ou les neurosciences cognitives et les corrélats neuronaux des états mentaux, s'inscrit en filigrane une vision individuelle de l'accès à la conscience de soi inspirée par l'homonculus, selon laquelle l'individu est le lieu propre de ses coordonnées psychiques. L'intersubjectivité situe, elle, ces coordonnées dans une perspective dynamique où l'un et l'autre des protagonistes sont simultanément sujet et objet [116].

Les neurones miroirs, découverts dans les années 90, sont le substrat organique des mécanismes de l'empathie, de la théorie de l'esprit. Cette découverte « *est à l'origine de l'hypothèse générale d'une propriété transitive ou spéculaire du cerveau, qui assure la reproduction de l'activité cérébrale et mentale d'autrui. Ces systèmes permettent en effet, à partir de la perception de divers indices de l'activité psychique d'autrui (langage, action motrice, expression émotionnelle, indices d'intentionnalité) de reproduire de manière automatique et implicite des configurations d'activités cérébrales et donc des représentations mentales analogues à celles d'autrui : des « représentations partagées »* ». Autrement dit, les représentations de soi et d'autrui ont un support biologique et cognitif commun. Autrement dit encore, les neurones miroirs nous ont appris l'analogie des corrélats neuronaux fonctionnels de la représentation de l'action, de l'action propre et de celle observée chez autrui.

La clinique et les recherches récentes sur l'empathie et la théorie de l'esprit nous astreignent ainsi à considérer le cerveau comme un organe anatomiquement individuel mais fonctionnellement partagé.

L'étude du bébé valide cette vision et promeut une construction de la subjectivité à travers l'autre. Le développement de cette subjectivité ne peut ainsi se résumer à la construction d'un soi différent de l'autre, mais peut être conçu comme une construction de soi dans l'autre compatible avec les modèles psychopathologiques de l'identification. Les études d'imagerie montrent ainsi que l'autre s'adressant à moi modifie « malgré moi » (sans intention de ma part) mon activité cérébrale et mon activité de pensée. Cette vision, éclairée par les troubles psychotiques, permet de dépasser la classique vision de trouble de la distinction soi- non soi contemporaine de trouble de l'agentivité, en situant le problème entre deux sujets en action. Plus qu'une difficulté de reconnaissance de l'autre comme non soi, c'est le sentiment d'être « passivé » par l'autre du délire qui marque la psychose.

Georgieff explicite ainsi le concept d'intersubjectivité : « *Soi et autrui ne sont donc pas définis ici comme des entités en soi, corrélats mentaux des individus ou organismes, ni comme spectateurs l'un de l'autre, ni comme cherchant à se connaître, à se comprendre, ou à communiquer. Ils sont engagés dans une interaction, pris dans un scénario ou chacun s'identifie à l'agent ou à l'objet d'une action par laquelle l'un prend l'autre pour objet, et réciproquement. La distinction entre soi et l'autre est celle du : qui veut et/ou fait quelque chose à qui, qui affecte qui ? Bien sûr dans une constante réciprocité qui inverse les rôles. Les représentations d'actions combinent la construction de soi comme agent et la construction de l'autre comme objet de l'action, et réciproquement. L'intersubjectivité est mise en scène de l'interaction, et non face à face de deux individus s'observant. Que me veut-il, que me fait-il ? est la question inhérente à l'intersubjectivité et dont la psychose dévoile la violence potentielle* » [116].

Ce point de vue semble éclairer la clinique classique. Ainsi le « contact psychotique », marqué par l'hermétisme ou la bizarrerie, serait une anomalie de « la pragmatique » (verbale et non verbale) de la communication, où la reconnaissance, l'interprétation et l'anticipation de l'activité mentale d'autrui feraient défaut. Les symptômes positifs (et notamment de premier rang) pourraient traduire une double pathologie de l'attribution de l'agentivité de l'action à soi ou à l'autre. Ainsi, au défaut d'agentivité décrit dans les hallucinations acoustico-verbales, le syndrome d'influence ou encore l'automatisme mental, s'ajoute une surestimation de l'agentivité, notamment dans les délires mégalomaniaques où les sujets font l'expérience pathologique d'être l'agent des pensées ou actions d'autrui. Georgieff et Jeannerod ont développé l'hypothèse d'un « who system » supposant une dysfonction des représentations sociales de l'action, reposant sur des représentations partagées de soi et d'autrui et dont le rôle serait (dans les situations sociales) de lever l'ambiguïté quant à l'agent. Ces troubles seraient alors des troubles des représentations mentales propres du sujet et pas seulement des représentations d'autrui : « une théorie de l'esprit de soi ou théorie de l'esprit réflexive ». La projection psychotique (perte de reconnaissance de l'origine interne d'un acte ou d'une pensée et attribution à une source externe) pourrait en être une illustration [117].

Enfin, Georgieff propose un modèle de compréhension appliqué au langage chez le schizophrène. Il souligne la valeur littérale du discours, les difficultés d'accès à la métaphore, l'usage inadapté d'une logique formelle, souvent décrits chez ces sujets. Il explique que l'usage de la métaphore, des symboles et donc du langage s'inscrit nécessairement dans une

capacité à anticiper les intentions de l'autre, dans le sens d'un « pari » sur l'effet de sens et sur l'état mental que produira mon discours chez l'autre. C'est cette anticipation qui permet la polysémie du symbole et qui promeut la souplesse des interactions. La fragilité de ces mécanismes pourrait expliquer le rapport singulier de ces sujets au langage.

Le discernement pourrait donc être compris, au-delà d'une simple difficulté de distinction soi/non-soi, comme une difficulté de distinction de soi en l'autre et de l'autre en soi.

C - LA POPULATION PSYCHIATRIQUE EN MILIEU CARCERAL

1 - Démographie carcérale

L'intérêt pour la thématique de l'expertise psychiatrique a notamment été suscité par une préoccupation sanitaire découlant du constat alarmant de la démographie carcérale. Les études, bien que divergentes sur l'estimation, s'accordent pour souligner le nombre considérable de sujets atteints de pathologies psychiatriques accueillis en prison, excédant dans tous les cas leur prévalence en population générale [118].

En France, une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de 2002 a estimé à 8% le nombre de détenus psychotiques (soit 8 fois plus que dans la population générale) et plus généralement à 55% le nombre de détenus atteints d'au moins un trouble mental à l'entrée en détention. Cette étude souligne par ailleurs qu'un entrant sur 5 a déjà été suivi sur le plan psychiatrique et qu'un détenu sur deux se voit proposer un suivi par les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) au décours de la consultation d'entrée [119].

Une méta-analyse de Fazel et Danesh menée sur 23000 prisonniers estime, quant à elle, la prévalence des troubles psychotiques à près de 4% tous sexes confondus, celle du trouble dépressif majeur à 10% chez les hommes et 12% chez les femmes. Enfin, elle souligne que 65% des hommes souffrent d'un trouble de personnalité dont 47% de personnalité antisociale. Les chiffres sont respectivement de 42 et 21% chez les femmes [118].

Fazel, Bains et Doll dans une autre méta-analyse menée sur plus de 7000 prisonniers en 2006 estiment de 18 à 30% l'abus et la dépendance à l'alcool chez les hommes et de 10 à 24% chez les femmes. S'agissant de l'abus et de la dépendance à une drogue, ces chiffres sont respectivement de 10 à 48% et de 30 à 60% [120].

Il a également été démontré, qu'il existait un lien entre troubles psychiatriques majeurs et incarcérations itératives, ces troubles étant par ailleurs corrélés aux tentatives de suicides les plus graves en prison [121, 122].

De nombreux travaux ont ainsi objectivé la forte prévalence de troubles psychiatriques graves en prison.

Tableau d'après Senon et Manzanera [10] :

Pathologies psychiatriques	Etudes internationales				Etudes françaises			
	Fazel et Danesh	Roesch	Teplin	Motiuk	Gravier 1999	Gallet 2000	Dauver 2001	DGS-DAP 2004
Psychoses chroniques	4	5	4	3	2,15	3,5(MA) 4,6(CD)	4,75	25
Dépression	12	10	14	/	3,5	/	/	47
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	/	15,5	30

Souvent imputé à la désinstitutionnalisation, cet état de fait a permis à certains auteurs de comparer les prisons aux asiles du 21^{ème} siècle, pointant ainsi les défaillances des politiques de santé à l'égard des patients atteints de troubles mentaux [5, 13].

Mais ces chiffres soulignent également le lien ténu, mais désormais établi, entre passage à l'acte violent et trouble psychiatriques.

2 - Violence et troubles psychiatriques

Un lien intime unit ainsi Psychiatrie et violence. La discipline s'est d'ailleurs érigée sur ses fondations médico-légales dans le but de distinguer le criminel du « fou » redevable de soins. C'est la découverte des neuroleptiques dans les années 50 qui, révolutionnant le traitement des troubles psychotiques, a dans le même temps rendu moins visible cette partie de la clinique psychiatrique (pourtant présente dès son origine). C'est ainsi que les passages à l'acte

de ces patients, souvent relayés sans distance par les médias, frappent d'effroi l'opinion publique [123].

Le débat passionné a souvent opposé de façon caricaturale deux positionnements rigides concernant le lien entre troubles mentaux et violence. Les données factuelles ont permis de trancher ce débat en montrant que ce lien, bien que ténu, existait. Néanmoins, les données ont toujours souligné que les patients atteints de troubles mentaux ne représentaient qu'une infime minorité des auteurs de passages à l'acte violents, 85 à 97% de ces violences étant perpétrées par des sujets indemnes de troubles mentaux [124].

Ainsi, certains facteurs de risque de passage à l'acte violent sont communs aux troubles bipolaires et à la schizophrénie : les antécédents de violences, les co-morbidités psychiatriques (particulièrement les abus et dépendance à une substance et la personnalité antisociale), les troubles neuropsychologiques (confusion, symptômes « négatifs » des psychoses), le faible niveau d'insight. Certains facteurs de risque sont plus spécifiques des schizophrénies : la symptomatologie productive et notamment le délire de persécution, les délires de grandeur, les délires paranoïdes, les hallucinations acoustico-verbales impératives, les troubles cognitifs, les troubles de personnalité psychopathiques associés [5].

Les études ont ainsi montré que l'existence de troubles mentaux graves (notamment les troubles schizophréniques) était un facteur indépendant de risque de violence et d'homicide, celui-ci étant majoré par l'un ou l'autre des facteurs suivant : antécédents de violence, non observance thérapeutique, absence de suivi, abus de substance, fantasmes violents, symptomatologie productive [124].

On saisit, dans ce contexte, le rôle pivot et les enjeux sanitaires de l'expertise psychiatrique, qui permet de mettre en lumière, derrière l'acte, le processus pathologique qui sous-tend la non imputabilité des faits.

III - PARTIE EMPIRIQUE DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES ASSOCIES A L'ABOLITION ET A L'ALTERATION DU DISCERNEMENT

Ce travail s'inscrit donc dans une réflexion actuelle concernant la sur-pénalisation des malades mentaux et son corollaire : leur sur-représentation en milieu carcéral. A défaut d'une clinique de l'abolition et à fortiori de l'altération du discernement, nous avons choisi de renverser notre réflexion et de nous intéresser aux diagnostics posés lorsque de telles inflexions du discernement étaient retenues.

Il faut alors préciser qu'il ne peut pas exister de correspondance stricte et systématique entre un diagnostic psychiatrique et le recours à l'article 122-1 du CP, puisqu'il incombe à l'expert psychiatre, non seulement de porter un diagnostic (ou de repérer de « simples anomalies mentales »), mais également d'établir de manière rétrospective l'existence du trouble au temps de l'infraction, et de déterminer si cette symptomatologie a directement influencé le passage à l'acte [7, 13].

Il est donc à spécifier que les conclusions de l'étude n'auront de valeur qu'à établir un éventuel lien statistique (entre qualité du discernement et diagnostic psychiatrique dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale) et à alimenter la recherche s'agissant de la définition et l'évaluation du discernement.

Toutefois, force est de constater que l'état des connaissances concernant la clinique de l'abolition et de l'altération du discernement, à l'exception de considérations théoriques ou épistémologiques, ne permet pas de donner de consistance à cette notion qui, soulignons-le à nouveau, ne fait l'objet d'aucune définition juridique ou médicale. Il ressort ainsi des recherches effectuées que très peu d'auteurs se sont exprimés sur leur conception et sur leur évaluation du discernement [1].

S'il est difficile de définir à priori les entours de cette notion de discernement (notamment de son altération), pourquoi ne pas répertorier les situations dans lesquelles cette condition est retenue afin d'éventuellement dégager certaines redondances statistiquement significatives ? La fréquence plus importante d'un certain type de trouble pourrait ainsi, à posteriori, nous informer sur ce qui prévaut cliniquement dans l'invocation de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du Code Pénal par l'expert.

Cette catégorisation bien qu'imparfaite (car travestissant pour une part la démarche expertale) est cependant souvent invoquée dans la littérature. Zagury évoque la nécessité d'une « jurisprudence » expertale. Jonas déclare : « Il serait particulièrement intéressant que la profession puisse développer des recherches et des consensus sur les troubles qui abolissent le discernement et sur ceux qui peuvent simplement l'altérer ainsi que sur ceux qui abolissent le contrôle des actes ou qui simplement l'entravent. C'est à ce prix, si l'on peut de manière homogène déterminer les processus intellectuels, affectifs ou émotionnels qui sont en cause, que la réponse à la question cruciale posée par la société pourra être satisfaisante parce que le plus reproductible possible d'une expertise à une autre. » [5].

A - HYPOTHESES

Nous posons l'hypothèse que l'abolition du discernement est associée au diagnostic de trouble psychotique chronique décompensé et que l'altération du discernement est plus souvent retenue en cas de trouble psychotique chronique non décompensé (où persistent fréquemment des symptômes résiduels), ou de trouble de personnalité (cluster A et B, dont les critères cliniques sont le substrat de fragilité du rapport à la réalité, à l'autre, et de l'image de soi).

B - OBJECTIFS

L'objectif principal est de déterminer quels diagnostics psychiatriques sont associés à l'abolition et à l'altération du discernement et/ou à l'entrave du contrôle des actes (au sens de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP).

L'objectif secondaire est de déterminer si la qualité du discernement est modulée par d'autres variables telles que les antécédents psychiatriques, la consommation de toxiques, la dangerosité psychiatrique, par l'expert lui-même ou le type d'expertise...

C - MATERIEL ET METHODE

- **Matériel :**

Un recueil de données a été réalisé à partir des rapports d'expertises psychiatriques pénales menées par 3 psychiatres experts judiciaires de la région toulousaine. 604 expertises, réalisées en 2010 et 2011 en France et pour lesquelles la question de la responsabilité pénale était nécessairement posée (au sens de l'article 122-1 du Code Pénal), ont été rétrospectivement incluses.

Plusieurs variables ont été définies et ont guidé le recueil de données pour chaque rapport examiné. Chacune de ces variables fait partie des données habituellement recueillies au cours des expertises. Celles-ci sont reconnues dans la littérature comme constituant des facteurs de risques de passage à l'acte violent. Ces facteurs sont les suivants :

- Auteur : *Sexe ; âge ;*

- Expertise : *Identification de l'expert ; type d'expertise ;*

- Données psychiatriques :

- *Antécédents psychiatriques et psychosociaux* : regroupant antécédents personnels (diagnostics, suivis, traitements, hospitalisations), antécédents familiaux, carences parentales sévères, placements dans l'enfance, institutions spécialisées ;
- *Abus de substance* (tabac, cannabis, alcool, héroïne, cocaïne, lsd, médicaments, autres) ;
- *Diagnostic psychiatrique expertal* établi conformément aux classifications internationales (CIM 10 et DSM 4) ;
- *Dangerosité psychiatrique* ;
- *Qualité du discernement* : conservé, altéré ou aboli.

- Données judiciaires :

- *Condamnations antérieures* ;
- *Type d'infraction* : les infractions ont été réparties en 5 catégories : atteintes à l'intégrité des personnes, atteintes à la vie, infractions sexuelles, atteintes aux biens, autres (infraction à la législation des stupéfiants, résidence illégale sur le territoire national...);

- **Critères d'inclusion et d'exclusion :**

Le critère d'inclusion était unique : avoir fait l'objet d'une expertise psychiatrique de la part d'un des experts sollicités.

Le critère d'exclusion était l'absence de conclusion de l'expert quant à la qualité du discernement.

- **Méthode, étude statistique :**

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Access®, puis exportées dans Excel®. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel R®. La finalité était d'étudier le discernement (variable à expliquer) à la lumière de plusieurs variables explicatives, notamment du diagnostic psychiatrique.

A cet effet, une analyse univariée des données a d'abord été menée afin d'établir celles qui étaient significativement liées au discernement.

Afin d'établir le modèle multivarié, une procédure « pas à pas descendante » a été conduite sur ces variables significatives définissant le modèle dit « complet » le plus statistiquement pertinent. Cette méthode a permis de déterminer quelles variables étaient associées statistiquement à la qualité du discernement. Le calcul des odds ratio nous a permis d'établir si ces associations étaient positives ou négatives. Rappelons que les odds ratio sont une bonne approximation du risque relatif dans les situations où un évènement clinique est rare. Les données de la littérature semblent indiquer que le recours à l'article 122-1 du CP correspond à cette définition (0,5%).

Sur ce modèle, une régression logistique multivariée a été réalisée. Dans un premier temps, le groupe discernement conservé a été comparé au groupe discernement altéré + aboli, afin

d'objectiver les facteurs associés à l'invocation de l'article 122-1. Dans un second temps les groupes altéré et aboli ont été comparés entre eux afin d'identifier plus spécifiquement d'éventuels facteurs discriminant l'alinéa 1 de l'alinéa 2.

Par la suite et de manière plus spécifique à l'objectif principal de l'étude, une régression logistique a concerné de manière ciblée le discernement et les diagnostics psychiatriques, en comparant les mêmes groupes (article 122 - 1 versus discernement conservé ; alinéa 1 versus alinéa 2).

Le test du rapport de vraisemblance a permis de vérifier la significativité du modèle.

D - RESULTATS

1-Statistiques descriptives

Trois expertises ont été exclues du fait de l'absence de conclusion quant à la qualité du discernement (demande d'examens complémentaires, demande d'avis spécialisés). Cinq cent treize (85%) expertises étaient des expertises « pré-sententielles » d'auteurs présumés d'infractions, diligentées sur ordonnance en cours d'instruction, et 88 (15%) étaient des expertises de garde à vue réalisées sur réquisition.

Les sujets étaient pour 91% des hommes. L'âge allait de 14 à 85 ans. La moyenne d'âge était de 33 ans, la médiane de 30 ans.

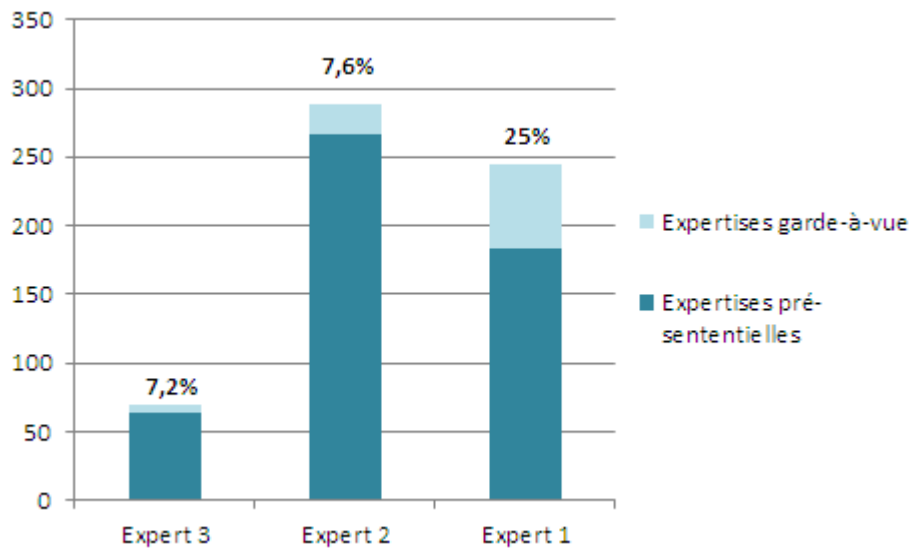


Figure 1 : Répartition du nombre et du type d'expertise en fonction des experts

L'abolition du discernement a été retenue pour 42 sujets (7%). L'altération du discernement a été retenue pour 64 sujets (10,5%).

Les diagnostics retenus en cas d'abolition du discernement sont les suivants : nombre de sujets entre parenthèses (Figure 2) :

- Trouble psychotique (35)
- Retard mental (3)
- Trouble de l'humeur (1)
- Dépendance à une substance (1)
- Dysharmonie (1)
- Autres (1) (Maladie neurodégénérative)

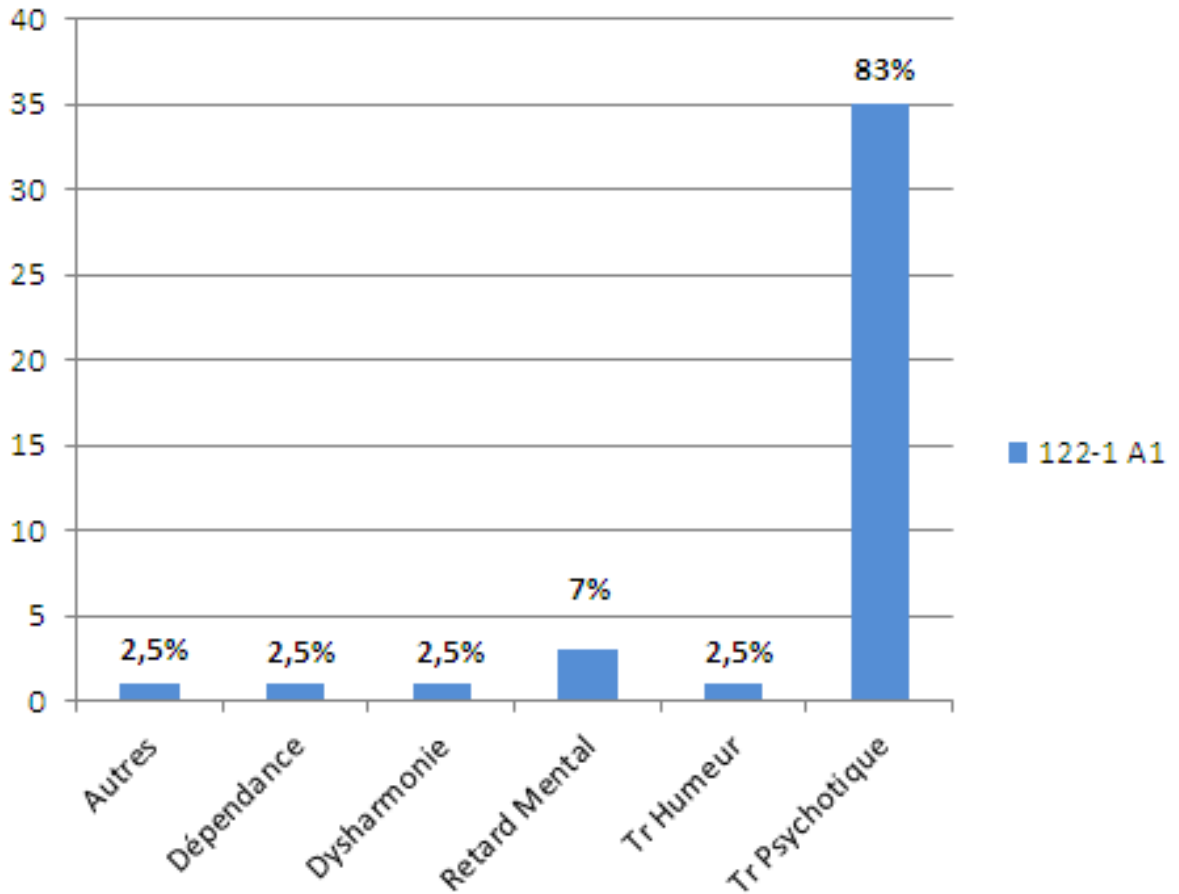


Figure 2 : Diagnostics psychiatriques des sujets relevant de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal

Les diagnostics retenus en cas d'altération du discernement sont les suivants (Figure 3 et 4)

- Trouble de personnalité (22), dont 12 borderlines, 3 paranoïaques, 2 « du spectre de la schizophrénie » et 5 troubles de personnalité « autres » (non spécifiés par l'expert ou ne correspondant pas à un diagnostic issu des classifications internationales)
- Trouble psychotique (14)
- Retard mental (10)
- Dépendance à une substance (5)
- Trouble de l'humeur (4)

- Dysharmonie (3)
- Crimes dits « passionnels » : relation d'objet immature/fusionnelle (2)
- Autres (3) (« immaturité », maladie génétique)

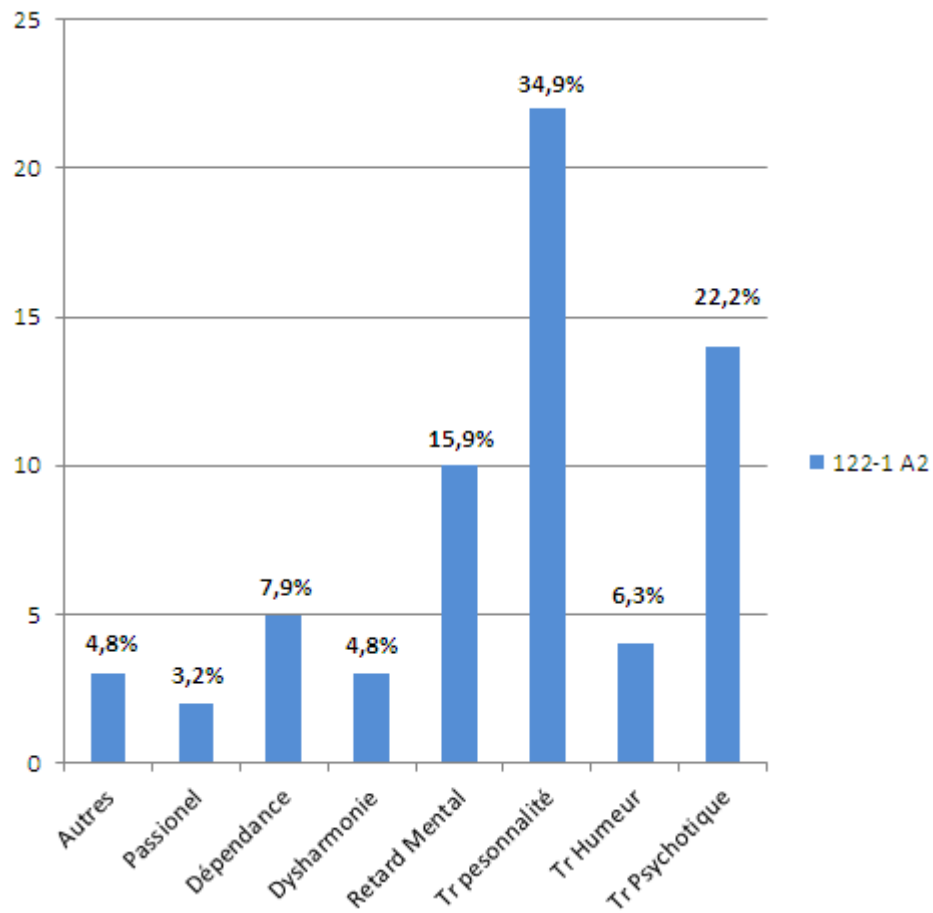


Figure 3 : Diagnostics psychiatriques des sujets relevant de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal

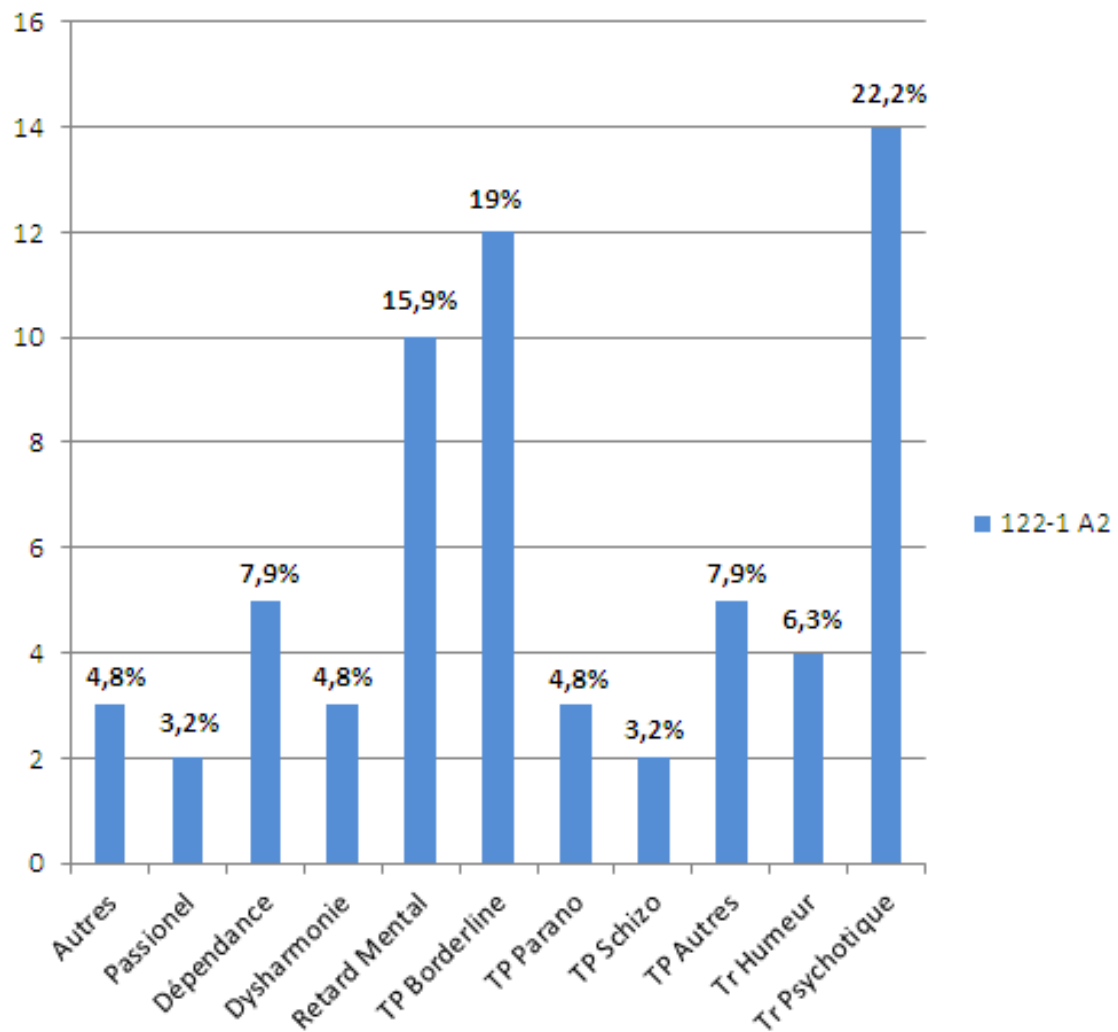


Figure 4 : Diagnostics psychiatriques des sujets relevant de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal (avec le détail des troubles de personnalité)

La figure 5 récapitule la qualité du discernement suivant le trouble psychiatrique présenté.

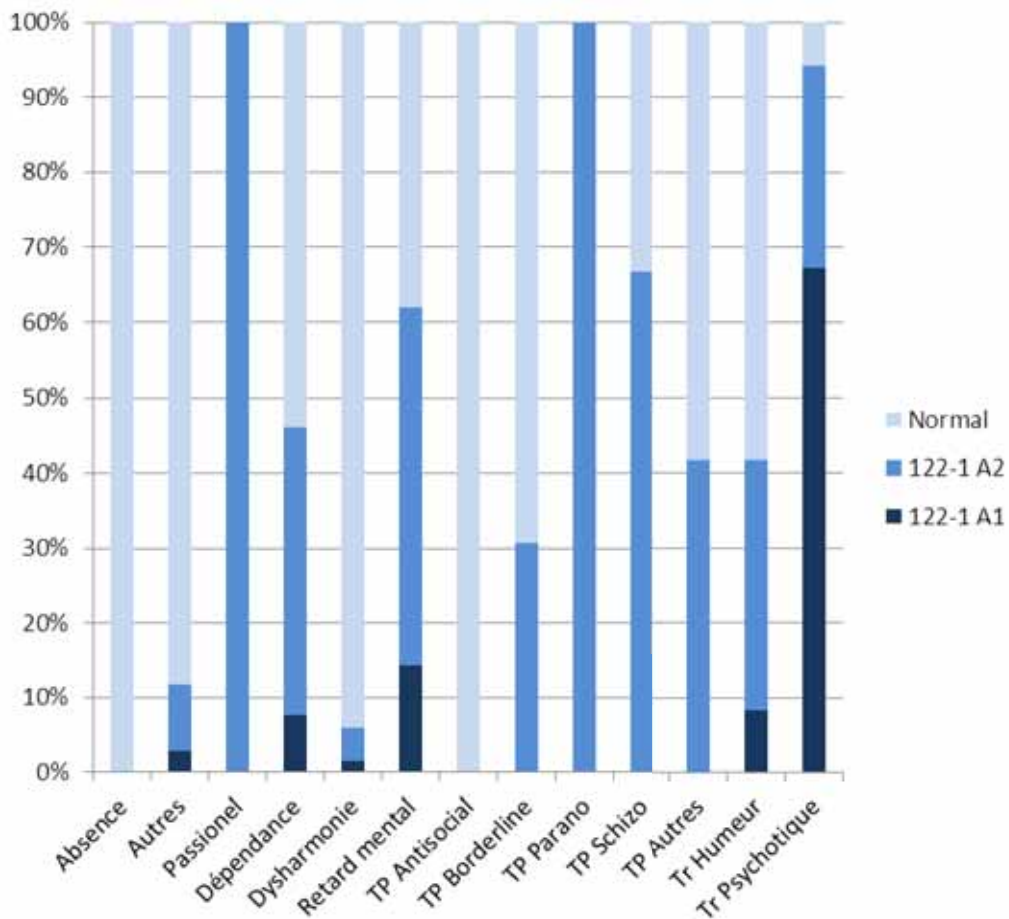


Figure 5 : Qualité du discernement en fonction du diagnostic psychiatrique

S'agissant de la dangerosité psychiatrique, elle concernait (Figure 6):

- 28 sujets relevant de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du CP
- 23 sujets relevant de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP
- 6 sujets ne relevant pas de l'article 122-1 du CP

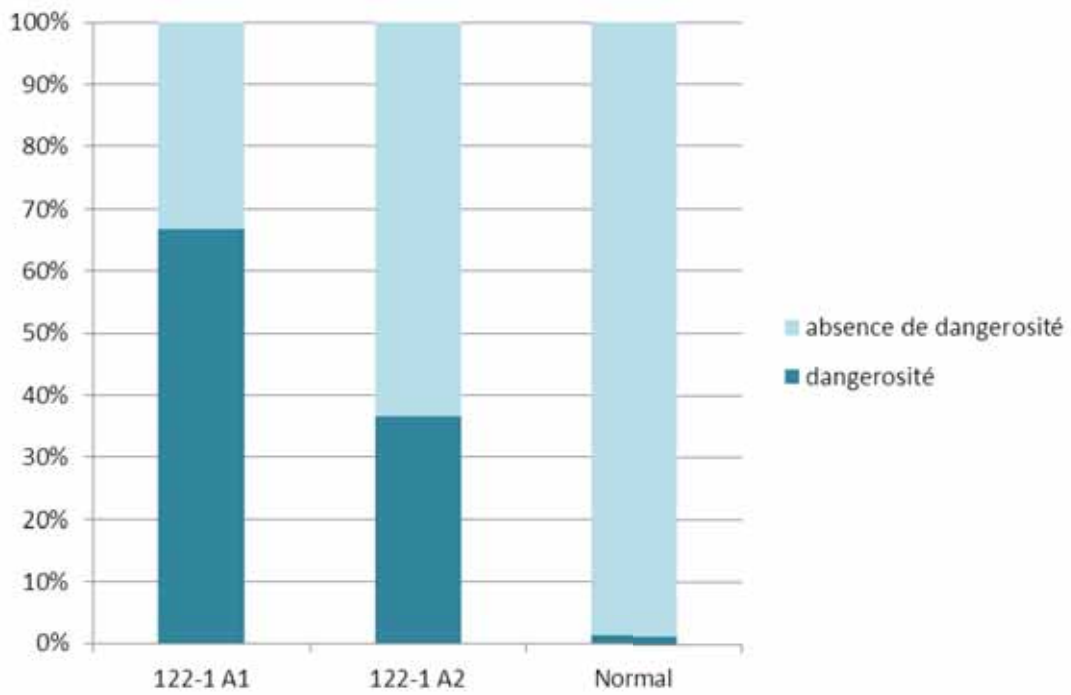


Figure 6 : Dangerosité psychiatrique des sujets présentant un discernement aboli, altéré, conservé

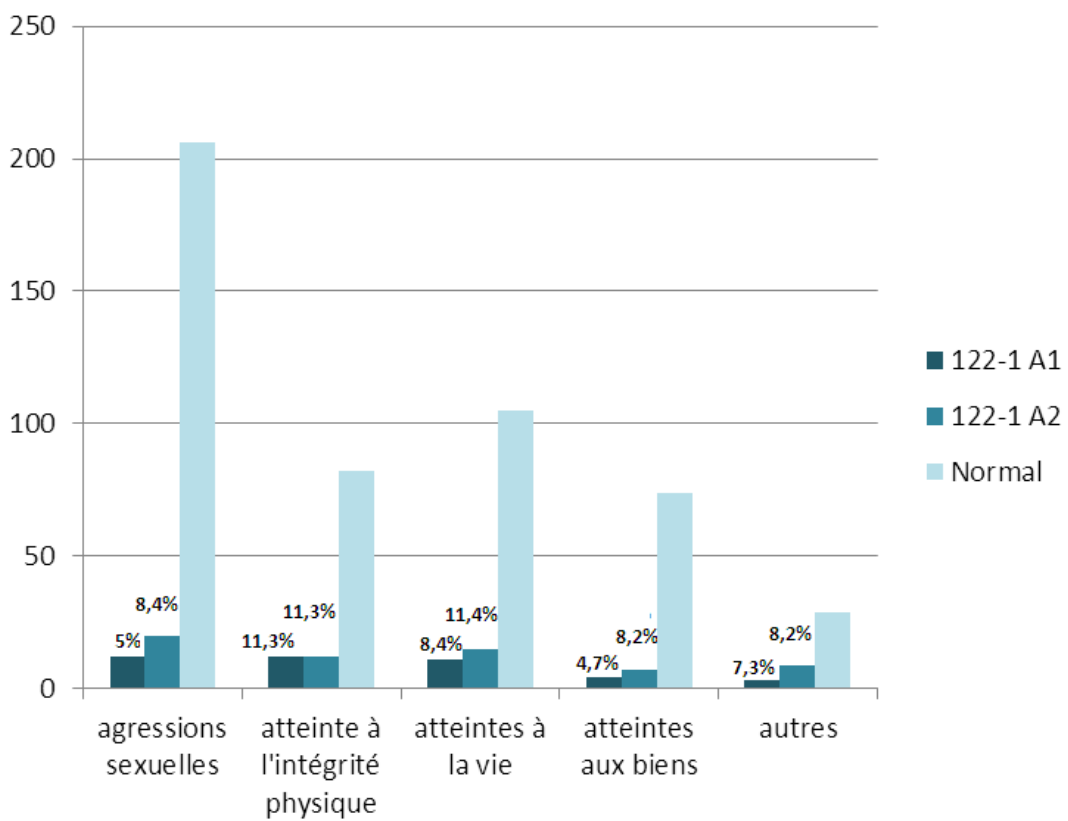


Figure 7 : Qualité du discernement en fonction du type d'infraction

La présence d'antécédents psychiatriques concerne un tiers des sujets au discernement « conservé », tandis qu'elle concerne plus de la moitié des sujets au discernement altéré et aboli (respectivement 60 et 55%).

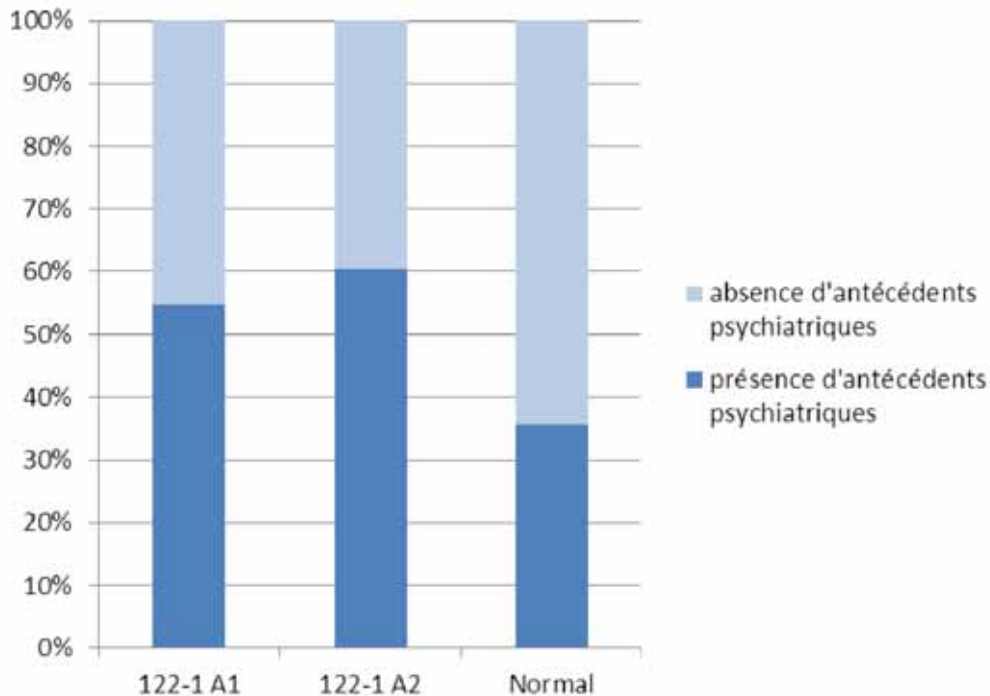


Figure 8 : Qualité du discernement et antécédents psychiatriques

2-Statistiques analytiques

- **Modèle complet (Figure 9) :**

Discernement conservé versus discernement altéré + aboli

Les variables associées positivement à l'abolition et à l'altération du discernement étaient les suivantes : Expert n°1 ($p=0,02$), Expert n°2 ($p=0,07$), un âge supérieur à 60 ans ($p=0,01$), la présence d'antécédents psychiatriques et/ou psychosociaux ($p=0,07$), la présence d'un retard mental ($p=0,001$), la présence d'un trouble de personnalité schizoïde ou schizotypique ($p=0,04$), la présence d'un trouble psychotique ($p<0,001$) et la présence d'une dangerosité psychiatrique ($p<0,001$).

Les variables associées négativement à l'abolition et à l'altération du discernement étaient les suivantes :

La présence d'antécédents judiciaires ($p=0,01$), l'absence de diagnostic psychiatrique ($p<0,001$), la présence d'un diagnostic de dysharmonie ($p=0,04$).

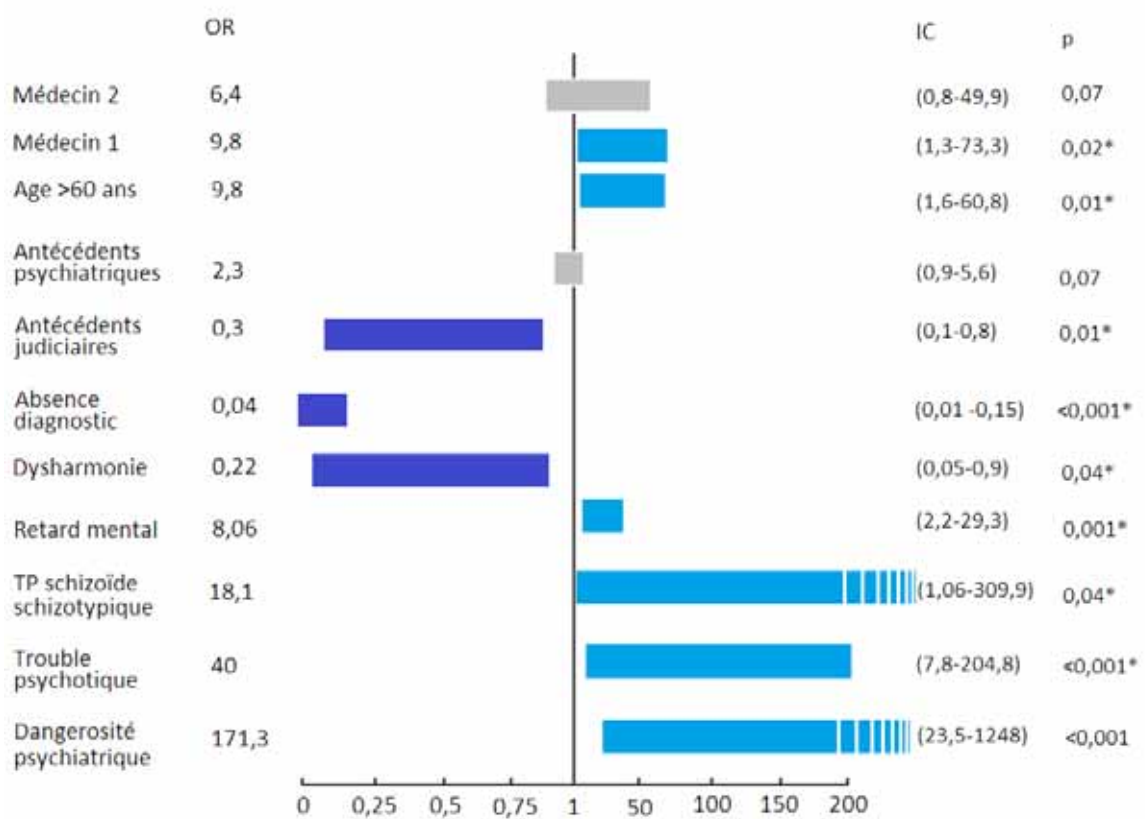


Figure 9 : Variables associées à une modulation du discernement

Discernement altéré versus aboli :

Les variables étant significativement associées à l'abolition du discernement sont les suivantes (Tableau 1) :

	<i>OR</i>	<i>IC</i>	<i>p</i>
<i>Médecin 1</i>	14,8	(2-112)	0,009 *
<i>Trouble Psychotique</i>	8,5	(2,6-27)	0,0003 *
<i>Dangerosité Psychiatrique</i>	5,04	(1,5-16,9)	0,009 *

- **Modèle prenant en considération le discernement en fonction du diagnostic psychiatrique :**

Discernement conservé versus discernement altéré + aboli

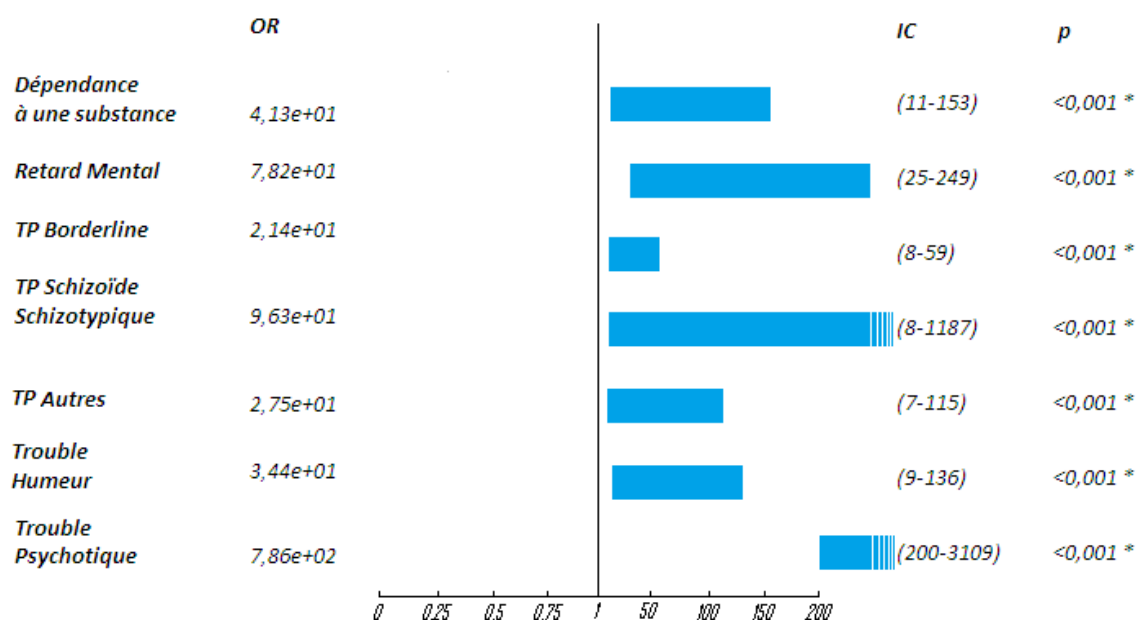


Figure 10 : Diagnostics psychiatriques associées à une modulation du discernement :

Discernement altéré versus aboli :

Seul le diagnostic de trouble psychotique est significativement associé à l'abolition du discernement ($p < 0,001$).

E - DISCUSSION

Nous emploierons le terme de modulation du discernement pour désigner l'ensemble altération + l'abolition du discernement.

Ce travail montre que l'abolition du discernement est corrélée, de manière congruente à la littérature, aux troubles psychotiques (principalement la schizophrénie) et à la dangerosité psychiatrique, confirmant le consensus de la communauté expertale. Par ailleurs, cette

pathologie est également largement représentée au sein des sujets dont le discernement est altéré. Dans la plupart des cas, la situation est liée à une infraction n'ayant pas de lien direct avec la pathologie ou ayant été commise dans une phase non processuelle de la maladie. Le lien peut être établi entre cet état de fait et les données présentées au début de cette thèse qui soulignent la persistance d'un certain nombre de troubles cognitifs et métacognitifs entre les épisodes de décompensation (et à tous les stades de la maladie, y compris dans la phase prémorbide). Ce lien (entre schizophrénie et modulation du discernement) semble être le plus robuste quel que soit le modèle utilisé confirmant l'intérêt d'une définition du discernement s'érigeant sur l'étude des troubles psychotiques.

Le taux avoisinant 7% d'abolition du discernement semble élevé en le comparant notamment au nombre de « non-lieux » prononcés en France pour motif psychiatrique (autour de 0,5%). Trape et Delpla trouvaient dans leurs séries respectives des taux respectivement de 5,8% et 8%. Plusieurs raisons peuvent être avancées. Premièrement, le nombre de réquisitions à expert dans le cadre de la garde à vue représente une part importante (14,6%) des dossiers inclus dans cette étude or, ce contexte a été statistiquement associé à l'abolition du discernement. Par ailleurs, il est possible pour un magistrat d'ordonner des contre expertises susceptibles de contredire les premières conclusions d'un expert et donc de responsabiliser dans un second temps un sujet qui initialement avait été irresponsabilisé. Aussi, le taux de « non-lieux » étant une moyenne nationale, il abrase par définition les différences entre professionnels. Il ne concerne, enfin et surtout, que les procédures donnant lieu à instruction [5, 12, 125, 126].

On peut toutefois souligner que ces résultats vont à l'encontre du procès habituellement intenté à l'endroit des experts psychiatres accusés d'un trop faible recours à l'alinéa 1 de l'article 122-1 du CP.

Le taux de 10,5% de recours à l'alinéa 2 démontre son caractère opérationnel pour les experts de cette série. Ces taux de recours à la fois à l'alinéa 1 et 2 (près d'un auteur présumé sur 5 en tout) sont plutôt en faveur d'un usage différencié de ces modalités que d'un recours à l'un au détriment de l'autre.

L'altération du discernement est, quant à elle, principalement retenue pour les troubles suivants: trouble de personnalité, trouble psychotique, retard mental. Ces troubles sont significativement associés à une modulation du discernement, mais ne permettent pas de discriminer statistiquement altération et abolition.

Même si l'association n'est pas significative, on peut souligner une nette tendance concernant les troubles de personnalité (du spectre de la schizophrénie pour le modèle complet et le modèle diagnostic, et notamment Borderline pour le modèle diagnostic). En effet, ces troubles de personnalité sont statistiquement associés à une modulation du discernement (altéré ou aboli) cependant, aucun sujet atteint de ces troubles n'est retrouvé au sein de la catégorie abolition du discernement. On peut donc légitimement penser que l'association significative de ces troubles avec la modulation du discernement est le fait principal de leur influence sur l'altération du discernement.

Peu de travaux ont investigué les diagnostics associés à l'altération du discernement sur de grands échantillons. Cependant, une étude en cours de Manzanera, menée sur des rapports d'expertises psychiatriques, montre que l'altération du discernement concernerait dans 60% des cas des troubles de personnalité et principalement le trouble de personnalité borderline ou émotionnellement labile [127].

S'agissant du lien entre trouble psychiatrique et passage à l'acte délictuel ou criminel, nous avons montré dans la première partie de ce travail l'existence d'un lien désormais établi.

Les troubles de l'humeur sont significativement associés à une modulation du discernement. Ceux-ci sont également habituellement reconnus comme susceptibles d'altérer ou d'abolir le discernement. Cependant, l'abolition n'a été retenue que dans des situations d'épisodes maniaques avec caractéristiques psychotiques. L'altération est principalement retenue dans des situations d'épisode dépressif associé à une crise suicidaire ou à la consommation d'alcool, jamais en cas d'épisodes dépressifs isolés, ce qui semble congruent à certaines données de la littérature soulignant le caractère précipitant de la consommation de toxiques lors de passages à l'acte de sujets souffrant de troubles de l'humeur [124].

La dépendance à une substance est associée à une modulation du discernement. On comprend aisément l'influence potentielle d'une substance psychotrope sur le discernement. Cependant, il est important de souligner que cette association concerne la dépendance et non l'abus de substance suggérant, que pour les experts de cette série, c'est plus l'incapacité de se déprendre du produit que son effet neurobiologique contemporain de la consommation qui est pris en considération. La prise de toxiques au moment des faits reste toutefois un sujet de débat complexe. Certains experts considèrent ainsi que des sujets ayant connaissance des effets d'une substance sur leur personne (pour l'avoir déjà expérimentée) ne doivent pas relever de

l'article 122-1 du CP, quand bien même la symptomatologie se rapproche d'un tableau psychotique (n'existant qu'exclusivement en cas de consommation), du fait même de cette capacité préservée à anticiper ces effets potentiels. D'autres considèrent qu'il s'agit là d'une interprétation partielle de la loi et que s'y tenir strictement engagerait à considérer que ces sujets sont au moment des faits atteints d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré ou aboli (et/ou altéré) leur discernement ou le contrôle de leurs actes s'en tenant strictement aux termes de leur mission et laissant le magistrat trancher quant à la punition. Une solution médiane serait peut-être, dans ces circonstances, de souligner la conséquence manifeste de la consommation sur le discernement tout en argumentant la connaissance préalable des effets de celle-ci par le sujet ainsi que la préservation des capacités d'anticipation et volitionnelle de celui-ci. Ces précisions pourraient entrer dans le cadre de la mission souvent adressée aux experts du type « faire tout commentaire susceptible de concourir à la manifestation de la vérité ». Reste à savoir si cette éventuelle modulation du discernement l'est « au sens de l'article 122-1 », l'esprit de la loi laissant entendre que l'altération serait corrélative d'une atténuation de peine.

Le diagnostic de dysharmonie est négativement corrélé à la modulation du discernement. Cependant, il est à noter que ce diagnostic n'est pas référencé au sein des classifications internationales. On repère son occurrence dans la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent). Il s'avère que ce diagnostic est retenu de manière différenciée selon les experts, tantôt pour repérer un pré-trouble de personnalité pouvant potentiellement aboutir à des troubles structurés et n'influençant pas le discernement, tantôt comme un trouble dont les traits sont suffisamment structurés pour l'altérer. Le recours à une définition expertale consensuelle ou à des équivalents au sein des classifications internationales permettrait de mieux repérer les enjeux de cette catégorie nosographique. Il faut également souligner que les dysharmonies évolutives sont regroupées, dans la CFTMEA, au sein des « pathologies limites de l'enfant ». Il semble exister une parenté avec les données constatées chez les adultes pour lesquels le trouble borderline (ou « limite »), en fonction des circonstances, fait retenir (ou pas) à l'expert une altération du discernement.

L'association entre la modulation du discernement et l'âge supérieur à 60 ans est certainement lié au fait que celle-ci y est plus prégnante statistiquement (par rapport aux autres catégories d'âge) en raison de la désormais établie courbe Age-Crime qui montre la prédominance des

infractions à l'adolescence et chez l'adulte jeune. Ces résultats sont peut-être à rapprocher de l'épidémiologie des troubles démentiels susceptibles de retentir sur le discernement [128].

S'agissant du retard mental, Herrington a montré à partir d'un échantillon de 185 détenus, que 10% avaient un QI inférieur à 69, 10% avaient un QI situé entre 70 et 74 et 14% entre 75 et 79. Hodgins avait précédemment établi un lien entre déficience intellectuelle et risque de passage à l'acte criminel. Une étude de Trape concernant 101 expertises d'auteurs d'homicides volontaires, avait montré un taux de 33,3% de trouble de personnalité, et de 11,1% de « débilés » [125, 129, 130].

Concernant plus spécifiquement l'altération du discernement, une étude de Delpla montrait qu'un taux de 8,5% « d'états limites » et de 2% de retards mentaux, lui étaient associés [12].

Les crimes dits « passionnels » n'ont pas été pris en compte dans l'analyse multivariée. Ils ont initialement été regroupés au sein de la catégorie « autres diagnostics » car ils ne constituaient pas des troubles répertoriés au sein des classifications nosographiques. Cependant, l'argumentation des experts quand l'altération du discernement est retenue nous engage à leur prêter une attention particulière puisqu'ils valident une définition du discernement en tant qu'il serait une difficulté à établir une limite suffisamment nette en soi et l'autre. Ainsi, c'est une relation d'objet fusionnelle ou immature qui est argumentée dans ces situations et qui promeut le passage à l'acte quand la séparation du couple est à l'origine d'un vacillement identitaire.

L'association d'un des experts avec l'altération et l'abolition du discernement est difficilement interprétable. Il pourrait tout aussi bien s'agir de différences inter-juges dans l'évaluation des troubles que d'un simple biais d'attribution des expertises. C'est en effet les magistrats qui missionnent les experts et les critères qui président à leur choix nous sont inconnus. Il se peut ainsi que, dans cette série, plus d'expertises susceptibles de relever de l'article 122-1 aient été attribuées à cet expert.

La dangerosité psychiatrique est sans surprise associée à l'abolition du discernement. Cependant, un certain nombre de sujets relevant de l'alinéa 2 sont considérés comme dangereux sur le plan psychiatrique comme il en existe d'ailleurs quelques-uns au sein des sujets réputés au discernement conservé. Ce constat pourrait être paradoxal puisque des sujets punissables (car relevant de l'alinéa 2) auraient alors dû bénéficier de soins psychiatriques sous contrainte puisque dangereux (admission en soins psychiatriques sur décision du

représentant de l'Etat). A la relecture des rapports, ces situations concernent des expertises menées à distance des faits, en cours d'instruction, et soulignent une dangerosité potentielle, pronostique, plutôt que reflétant strictement l'état du sujet au moment des faits. Il s'agit notamment de sujets potentiellement dangereux du fait de leur dépendance aux substances.

- **Altération du discernement et trouble de personnalité :**

S'agissant plus spécifiquement des troubles de personnalité, la fragilité vis-à-vis du passage à l'acte violent est bien établie notamment pour le cluster B. Par ailleurs, le lien avec l'altération du discernement peut être rapproché de la sémiologie bien établie, décrite chez ces sujets dans les classifications internationales et qui évoque une parenté avec la clinique du délire (DSM)[131, 132] :

- Personnalité paranoïaque : risque évolutif vers le délire paranoïaque ; « Méfiance soupçonneuse envahissante vers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes » ; « doutes injustifiés » ; « crainte injustifiée » ; « discerne des significations cachées » ; « met en doute...sans justification » ;
- Personnalité schizoïde : Mode général de détachement par rapport aux relations sociales ;
- Personnalité schizotypique : « idées de référence » ; « croyances bizarres ou pensée magique » ; « perceptions inhabituelles notamment illusions corporelles » ; « pensées et langage bizarres » ; « idéation méfiante ou persécutoire » ; « comportement ou aspect bizarre » ;
- Personnalité borderline : « trouble de l'identité »... « Instabilité marquée...image de soi...notion de soi » ; « survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères ».

D'autre part, la prévalence du trouble de personnalité borderline en population générale (2%), mais surtout chez les patients ambulatoires (10%) et hospitalisés (jusqu'à 50%), ne fait que valider l'enjeu sanitaire de son repérage au sein des populations d'auteurs présumés d'infractions pénales. Il existe une forte comorbidité (85%) entre trouble de personnalité borderline et troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire I et II, dysthymie) dont on sait que l'occurrence dans certaines conditions fait retenir à l'expert une altération ou

abolition du discernement. La parenté entre trouble bipolaire et trouble de personnalité borderline est d'ailleurs régulièrement questionnée. Une étude récente de Basset opte pour une distinction de ces 2 troubles en dépit d'éléments communs significatifs [5, 127, 133].

De nombreuses études ont montré l'occurrence de symptômes psychotiques chez des sujets présentant un trouble de personnalité borderline. Vingt à 50% de ces patients auraient présenté ou présenteraient ce type de symptômes. Les hallucinations seraient comparables à celles présentées par des sujets psychotiques sur les plans phénoménal, émotionnel et temporel. Une réactivité hallucinatoire au stress a été démontrée. L'occurrence de tels phénomènes hallucinatoires pourrait être liée aux expériences traumatiques vécues dans l'enfance. Certains biais cognitifs seraient communs aux sujets souffrant d'un trouble de personnalité borderline et aux sujets souffrant d'un trouble psychotique. Plus classiquement, Kernberg a théorisé les caractéristiques psychopathologiques prégnantes du trouble borderline que sont la carence d'organisation du moi (« syndrome d'identité diffuse »), le recours à des mécanismes de défense peu structurés, primitifs (clivage, identification projective, idéalisation-dévalorisation, déni) et une perception relativement stable de l'épreuve de réalité sujette à distorsion en cas de stress important. Enfin, le mode de relation d'objet entretenu par ces sujets est souvent décrit comme anaclitique, pour souligner leur tendance à n'exister qu'en s'étayant sur l'autre, éprouvant de massives angoisses d'abandon quand ces conditions ne sont pas suffisamment éprouvées. Certains auteurs définissent ce trouble comme un trouble des limites (notamment entre soi et l'autre). Notons qu'historiquement ce trouble a désigné des sujets dont la symptomatologie était aux « limites » de la psychose, ce qui rejoint certains travaux récents que nous venons d'évoquer [134-138].

Le trouble de personnalité schizotypique est déjà considéré comme une variante de la schizophrénie dans la CIM 10. D'autres études ont démontré la proximité des corrélats neurobiologiques, neurocognitifs et psychophysiologiques de ce trouble et de la schizophrénie [139, 140]

Ce trouble est considéré comme un facteur de risque de schizophrénie [141].

Plus généralement, la différence entre trouble psychiatrique et troubles de personnalité, bien que communément admise, ne serait pas fondamentalement établie. Krueger montre par exemple que la différence basée sur la stabilité dans le temps des troubles de personnalité qui serait plus importante que pour les troubles cliniques n'est pas démontrée. De la même façon,

il balaie les arguments de distinction fondés sur l'âge de début des troubles et la réponse au traitement. Il souligne également la fréquente co-occurrence des troubles, « plus souvent que ne pourrait l'expliquer le hasard » (personnalité évitante et phobie sociale, personnalité schizotypique et schizophrénie par exemple). Il précise un certain tuilage des symptomatologies, ne permettant pas de distinguer formellement Axe 1 et Axe 2. Par ailleurs, la distinction caricaturale entre troubles cliniques liés à une héritabilité génétique et troubles de personnalité à déterminisme environnemental est mise en question. La part de l'héritabilité génétique des troubles de personnalité est aujourd'hui admise et des études récentes soulignent également la prégnance environnementale du déterminisme des troubles cliniques. A titre d'exemple, une métaanalyse incluant 36 études a montré que la confrontation à l'adversité dans l'enfance est un puissant facteur de risque de psychose. Ce lien a également été souligné par une métaanalyse de Matheson et al. L'auteur conclut que troubles de personnalité et troubles cliniques sont plus similaires que distincts [60, 142, 143].

La parution récente de la cinquième édition du DSM semble donner raison à ce point de vue. En effet, la distinction (Axe 1 et 2) entre ces catégories a tout simplement été supprimée. Il semblerait toutefois que cette suppression ait été également motivée par des raisons extra scientifiques de non remboursement des frais scientifiques par les assurances [127].

- **Le cas des troubles de personnalité antisociale/psychopathique :**

Ce trouble n'est jamais retenu comme motif d'altération ou d'abolition du discernement.

Cependant, Benezech et Lebihan soulignent la parenté sémiologique du trouble avec la personnalité émotionnellement labile de la CIM 10 et avec la personnalité borderline du DSM IV. De manière consensuelle, on retient que la psychopathie est considérée comme la forme la plus sévère de trouble de personnalité antisociale à laquelle seraient associés des troubles de personnalité borderline. Ainsi, tout psychopathe est nécessairement « antisocial », tandis que l'inverse n'est pas systématiquement vrai [127].

Le trouble de personnalité antisocial était décrit au sein de l'axe 2 du DSM IV [132].

Le positionnement relatif à la responsabilité de ces sujets est questionné par de nombreuses études qui ont cependant montré l'existence d'un substrat organique de nombreux comportements antisociaux. L'illustre histoire de Phineas Gage en est un « cas d'école ». Suite à une lésion objective des lobes frontaux (une barre à mine), l'intéressé a radicalement

changé de personnalité et manifesté une grande irritabilité et des comportements sociaux inadaptés. Plusieurs études plus récentes ont montré le lien entre ce type de symptômes et des lésions des lobes préfrontaux. Des lésions du cortex préfrontal ventro-médian peuvent notamment aboutir à ce que Damasio nomme « psychopathie acquise ». Ces modèles lésionnels pourvoyeurs de troubles neuro-psychiatriques mimant des troubles de personnalité ont ainsi éclairé leurs corrélats cérébraux [4].

Les psychopathes seraient dans l'incapacité de distinguer les règles morales (plus graves et indépendantes d'une autorité qui les imposerait) des règles conventionnelles (moins graves et dépendante d'une autorité). Des protocoles expérimentaux associant IRM fonctionnelle et tests de dilemmes moraux ont montré qu'il existait une association entre une hypoactivité des cortex préfrontaux ventro-médians et des amygdales (habituellement associés à la valence émotionnelle d'une décision) et les traits de personnalité psychopathique. Tassy a montré que les sujets psychopathes utilisaient préférentiellement les cortex préfrontaux dorso latéraux (associé au raisonnement et au contrôle cognitif) dans la résolution de problème. Dans ce type de problème, le conflit généré par la prise de décision semble atténué (dans sa valence affective) et les règles morales sont ainsi résumées à des règles conventionnelles [4].

Comme nous le précisons dans la partie théorique, les expériences de Libet suggèrent par la dissociation entre l'acte et l'intention que le libre arbitre n'est susceptible de se manifester que par le biais d'un « free won't » (plutôt que d'un free will). Cette hypothèse suppose corrélativement l'intégrité des structures constituant le substrat organique inhibiteur de l'acte moteur. Or, de nombreuses études ont souligné l'existence d'un certain nombre d'anomalies constituant autant d'entraves potentielles à l'inhibition de l'acte moteur : altérations neurocognitives et neurophysiologiques (contrôle émotionnel, prise de décision, empathie, hyporéactivité à la peur, niveau cortical d'éveil bas corrélatif de la recherche de stimulation), dysrégulations sérotoninergiques, perturbations préfrontales anatomiques et fonctionnelles à l'imagerie cérébrale, fragilité polygénique, s'additionnant aux événements anamnestiques (70% de violences et carences graves chez les psychopathes et 98% chez les criminels en série) [127, 144].

Un dernier paradoxe pourrait être celui qui souligne que le trouble de personnalité (quasiment) exclusivement rencontré en Unité pour Malades Difficiles (donc en soin sous contrainte dont le corollaire est l'impossibilité à consentir aux soins du fait de son état mental)

est le trouble de personnalité dyssociale (CIM 10), qui n'est, comme nous le disions, jamais retenu comme trouble susceptible d'abolir ou même d'altérer le discernement. Même si les UMD ont été initialement créées pour accueillir ces patients, force est de constater une forme de dissonance entre législation, données de la littérature, données de terrain et pratiques expertales [127].

Les apports de Balier pourraient nous permettre de saisir avec subtilité où pourrait se situer le débat. Ces troubles graves de personnalité, longtemps restés hors champ de la réflexion psychopathologique, ont été utilement éclairés par cet auteur. Riche de son expérience de psychiatre psychanalyste en milieu carcéral, celui-ci a développé une approche singulière auprès de patients échappant généralement aux structures de soins [145].

Si le passage à l'acte contemporain d'une décompensation psychotique bénéficie consensuellement de l'abolition du discernement, les recherches de Balier ont donc permis d'envisager une psychopathologie interrogeant la notion de discernement chez des sujets, dont les actes ne sont habituellement envisagés que sous l'éclairage criminologique.

L'auteur a ainsi proposé une véritable psychopathologie du recours à l'acte au sein de laquelle le traumatisme tient une place centrale, notamment dans sa répétition. Le traumatisme (sexuel, physique, psychologique, carence majeure) est donc le socle commun de l'anamnèse de ces sujets, généralement jugés responsables de leurs actes et qui recouvre le champ des troubles de personnalité (psychopathique, borderline, « perverses »). De manière synthétique : à un stade développemental où le traumatisme ne peut être intégré par le sujet et où il excède les ressources propres et environnementales à disposition, l'hyperexcitation d'alors et la soumission par autrui en appellent à une toute puissance réparatrice (qui s'accomplira dans l'acte). La construction de ces personnalités s'organise autour du clivage qui fait coexister un secteur plutôt adaptatif et un secteur pathologique qui s'exprime dans certaines conditions.

Selon cet auteur, c'est l'aperception de l'objet qui sous tendrait le passage à l'acte, dans un moment de vacillement identitaire. L'angoisse d'anéantissement massive, de disparition au sein de l'objet (déclenché spontanément ou dans une rencontre) augurerait le recours à l'acte comme prise de pouvoir totalitaire sur l'objet. Ces travaux sur le « recours à l'acte » pose l'hypothèse que l'acte surgit non pas en l'absence de discernement, mais justement au moment précis où celui-ci intervient et provoque une angoisse telle que seul l'acte, en tant qu'il est une prise de contrôle sur l'objet, permet de la résoudre. Dans ce contexte, la notion

de discernement reste donc opérationnelle et nous permet d'entendre la « punissabilité » (en dépit des troubles), dans le même temps que la nécessaire promotion des soins psychiques en détention.

- **Perspectives et limites:**

Un certain nombre d'éléments pourraient faire l'objet d'un approfondissement :

- L'inclusion d'un nombre plus important de sujets permettrait certainement de préciser les résultats ;
- L'étude plus précise de la sémiologie décrite par l'expert (au-delà du simple diagnostic) permettrait de repérer d'éventuels symptômes associés à l'abolition ou à l'altération du discernement ;
- L'étude des faits, tels qu'ils sont allégués par l'infracteur, permettrait de situer sinon les motivations, du moins le contexte du passage à l'acte ;
- Ces deux derniers points seraient également un moyen de mettre à l'épreuve la définition proposée du discernement ;
- Le travail s'est centré sur le discernement qui est le concept principalement retenu lors de la discussion à propos de l'état mental du sujet au temps de l'infraction. Cependant, la loi précise bien que l'entrave et l'abolition du contrôle des actes suffisent pour retenir l'article 122-1. C'est le cas par exemple du trouble obsessionnel compulsif pour lequel on pourrait considérer le discernement conservé et le contrôle des actes entravé. Ceci justifie à notre sens le développement de recherches spécifiques au contrôle des actes et à son articulation avec le discernement;
- Le diagnostic, bien qu'établi par des médecins d'expérience, pourrait être consolidé par l'emploi d'échelles standardisées et validées.

IV - CONCLUSION

Ce travail nous a donc permis de mettre en lumière plusieurs points intéressants :

- La confirmation du modèle de la schizophrénie comme base d'étude du discernement argumentée par la forte prévalence de ces troubles parmi les sujets dont le discernement est altéré ou aboli ;
- La forte prévalence des troubles de personnalité (notamment borderline et du spectre de la schizophrénie) au sein des sujets dont le discernement est altéré et l'association significative de ces troubles avec une modulation du discernement;
- L'attention à porter au retard mental qui est représenté de manière non négligeable chez les sujets relevant de l'alinéa 1 et 2 mais également aux troubles de l'humeur et à la dépendance à une substance. S'agissant du retard mental, les résultats nous engagent à promouvoir l'évaluation plus systématique du quotient intellectuel aux fins de repérer cette population potentiellement à risque au sein des populations cliniques ;
- L'intérêt d'une définition du discernement éclairée par les troubles de l'intersubjectivité dont on connaît l'occurrence chez les sujets schizophrènes et que les modèles des troubles de personnalité borderline ou encore des crimes passionnels semblent pour partie valider.

Ces éléments nous engagent à repérer chez tous ces sujets et en pratique quotidienne, les facteurs de risques de passage à l'acte. D'abord parce que les troubles psychiatriques sont de fait associés à des passages à l'acte plus fréquents, ensuite parce que l'éventuelle invocation de l'alinéa 2 les expose à une plus grande sévérité s'agissant de la sanction pénale. Le projet de loi relatif à l'atténuation de responsabilité voté au Sénat en première lecture en 2011 permettra peut-être, en codifiant la conduite à tenir en cas d'altération du discernement, d'éviter cette « double peine ». Quoi qu'il en soit, la prévalence des troubles psychiatriques en prison valide l'enjeu sanitaire majeur de ce repérage.

Nous avons ainsi montré comment l'irresponsabilité des malades mentaux venait questionner la pratique expertale au travers des remaniements sémantiques de l'article 122-1 du Code Pénal.

Le concept de discernement ainsi mis au-devant de la scène par le nouveau Code Pénal, bien que dépourvu de définition juridique ou médicale consensuelle, entre cependant en écho à la fois avec les définitions classiques de la psychopathologie psychanalytique et avec les données plus récentes de la psychiatrie scientifique (neurocognition, neurones miroirs, cognitions sociales) lorsqu'on les interroge à la lumière des troubles psychotiques.

Un faisceau d'arguments permet de comprendre les troubles du discernement comme des troubles émergeant de l'intersubjectivité et qui se traduiraient par la difficulté à attribuer à soi et à l'autre des intentions, des actions et des pensées, dans une séquence interactive où les protagonistes sont simultanément sujet et objet.

Les troubles des cognitions sociales ont par ailleurs été étudiés dans d'autres champs psychopathologiques (notamment les troubles de personnalité du cluster B), suggérant le rôle majeur de l'étude de l'intersubjectivité comme base du fonctionnement psychique. C'est dans ce sens que pourrait être étudié le discernement dans le cadre des troubles de personnalité qui, rappelons-le, semblent associés à l'altération du discernement [45].

Dans le cadre de l'expertise, il semblerait intéressant de développer des recherches concernant les troubles de l'intersubjectivité chez les auteurs d'infractions pénales. L'évaluation standardisée de certains troubles de l'intersubjectivité ou des cognitions sociales pourrait permettre de consolider l'approche classique et d'étayer leur imputabilité dans l'altération et l'abolition du discernement.

De prochaines recherches pourraient, au-delà du simple diagnostic, déterminer la sémiologie retenue par l'expert quand l'article 122-1 est invoqué. Certains symptômes statistiquement redondants pourraient potentiellement être mis en valeur et ainsi favoriser une vigilance accrue des soignants lors de leur occurrence tout en participant à l'effort de définition du discernement.

Cette hypothèse met également en avant l'intérêt des soins et des psychothérapies basés sur l'intersubjectivité où le patient est rétabli en position de sujet (reformulation, reflets, métareprésentation, face à face, compétences métacognitives).

Enfin, on pourrait légitimement se demander si la formulation de la loi n'a pas anticipé ou saisi intuitivement un fondement de la clinique psychiatrique, déterminant à la fois sa richesse et sa fragilité : son impossibilité paradigmatique à discerner de manière formelle.

En effet, la démarche psychiatrique repose exclusivement sur l'examen clinique, les examens complémentaires n'étant convoqués que dans le cadre expérimental ou dans le but d'éliminer « l'organicité ». Le diagnostic psychiatrique, quand bien même standardisé par le biais d'échelles, souffre par essence de l'intersubjectivité. Peut-on rigoureusement évaluer l'authenticité ou l'intensité de la tristesse ? Existe-il un seuil au-delà duquel celle-ci devient pathologique ? Qu'est ce qu'un contact bizarre ? Nous rejoignons ainsi la synthèse des éléments présentés dans la partie théorique qui souligne la prévalence des processus non conscients et inconscients dont résulte l'amputation corrélative d'une part du champ de la connaissance de soi et de l'autre dès lors qu'on s'intéresse aux processus psychiques. Les recherches en psychiatrie resteront une étude du psychisme humain où l'objet et le moyen d'étude sont confondus (un biais s'il en est !), la nature des résultats obtenus étant pour partie déterminée à priori par les postulats de l'expérimentateur (notamment par sa conception du fonctionnement psychique).

Toutefois, les enjeux de l'intersubjectivité ne doivent pas nous faire perdre de vue que notre discipline n'a de puissance que si elle systématise un certain nombre de ses connaissances (diagnostiques et thérapeutiques) afin de soigner le plus grand nombre. Ce qui nous pousse à promouvoir une approche ouverte articulant sans relâche objectivité et subjectivité.

Professeur Daniel ROUGE
Service de Médecine Légale
C.H.U. RANGUEIL - TSA 50032
31059 TOULOUSE Cedex 9

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil

D. ROUGÉ
Faculté de Médecine
Toulouse-Rangueil
Le Doyen,

D. ROUGÉ

V - BIBLIOGRAPHIE :

1. Schweitzer, M.G. and N. Puig-Verges, *Responsabilité pénale et art. 122-1 al. 2. Pourquoi effectuer une évaluation du Discernement?* Journal de médecine légale droit médical, 2003. **46**(2): p. 117-121.
2. Delpla, P.A., *Pathologies mentales et responsabilité pénale. Réflexions à propos de l'expertise psychiatrique.* 2012, Université Toulouse 1 Capitole. p. 279.
3. Bouley, D., et al. *Les fondements historiques de la responsabilité pénale.* in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2002: Elsevier.
4. Oullier, O. *Le cerveau et la loi : analyse de l'émergence du neurodroit. Centre d'analyse stratégique.* 2012 ; Available from : <http://www.strategie.gouv.fr/content/document-de-travail-2012-7-le-cerveau-et-la-loi-analyse-de-l%E2%80%99emergence-du-neurodroit>.
5. Senon, J.-L., G. Rossinelli, et J.-C. Pascal, *Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007.* 2007: John Libbey Eurotext.
6. *article 122-1 du Code Pénal* ; Available from : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213>.
7. *article 414-3 du Code Civil* ; Available from : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427995&dateTexte=20131014>
8. *Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de 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.* 2013 ; Available from : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629>
9. Pradier, P., *La gestion de la santé dans les Etablissements du programme 13 000. Evaluation et perspectives. Documents, visites, entretiens, réflexions. Rapport*

- missionné par la Garde des Sceaux et le Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, 1999. **30**.
10. Senon, J.L. et C. Manzanera. *Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique?* in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005: Elsevier.
 11. Bénézech, M. *Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2010: Elsevier.
 12. Delpla, P.A., et al., *De l'article 64 à l'article 122-1 du Code pénal: vers une nouvelle approche criminologique de l'aliénation mentale*. *Journal de médecine légale droit médical*, 2004. **47**(1): p. 69-73.
 13. Zagury, D. *Vers une clinique de l'abolition du discernement*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2006: Elsevier.
 14. Lecerf, J., G. Barbier, et C. Démontès (2010) *Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits* ; Available from: <http://www.senat.fr/leg/pp109-649.html>
 15. Schweitzer, M.G. et N. Puig-Verges. *Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Evaluation et prise en charge des auteurs de transgression*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2001: Elsevier.
 16. Schweitzer, M., *Volonté et droit de la santé*, in *Thèse de doctorat de Droit et Sciences Politiques*. 1994: Paris VII. p. 800p.
 17. Schweitzer, M.G., N. Puig-Verges, et P. Marchais. *De l'article 64 à l'article 122-1: la recherche du discernement: une question de formulation ou une nouvelle orientation sémiologique? Discussion*. in *Annales médico-psychologiques*. 1995: Elsevier.
 18. Quillet, A. et R. Mortier, *Dictionnaire Quillet de la langue française: dictionnaire méthodique et pratique*. 1963: A. Quillet.

19. Lalande, A. et R. Poirier, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Vol. 2. 1926: F. Alcan.
20. Schweitzer, M. et N. Puig-vergès, *Responsabilité, discernement et hétéro-agressions chez l'adolescent*. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 1999. **42, 6**: p. 479-484.
21. Levasseur, G., *Droit pénal général 16ème édition*. 1997: Dalloz.
22. Sauret, M.-J., *Freud et l'inconscient*. 1999: Milan.
23. Freud, S., *Oeuvres complètes. 14. 1915-1917*. Vol. 14. 2000: Presses Universitaires de France-PUF.
24. Demily, C. et N. Franck, *Schizophrénie: Diagnostic et prise en charge*. 2013: Elsevier Masson.
25. Freud, S., *Psychopathologie de la vie quotidienne*. 1901, Paris, Ed. Petite bibliothèque.
26. Lecourt, E., *Découvrir la psychanalyse*. 2006: Editions Eyrolles.
27. Bergeret, J., *Psychologie pathologique. Théorie et clinique*. 2000 : Masson.
28. Chaperot, C. and V. Celacu, *Psychanalyse et schizophrénie*. EMC - Psychiatrie, 2010(37-291-A-10).
29. Klein, M., *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*. *Essais de psychanalyse*, 1934: p. 311-340.
30. Gammill, J., D. Houzel, et B. Lechevalier, *La position dépressive au service de la vie*. 2011: In Press.
31. Golse, B., H. Bidault, et M. Soulé, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. 1992: Masson.
32. Winnicott, D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*. 1935: Payot Paris.
33. Winnicott, D.W., *Jeu et réalité*. 1975: Gallimard Paris.
34. Winnicott, D.W., et al., *La mère suffisamment bonne*. 2007: Payot & Rivage.

35. Poppel, E., R. Held, and D. Frost, *Residual visual function after brain wounds involving the central visual pathways in man*. Nature, 1973.
36. Tranel, D. and A.R. Damasio, *Knowledge without awareness: An autonomic index of facial recognition by prosopagnosics*. Science, 1985.
37. Naccache, L., *Le nouvel inconscient: Freud, Christophe Colomb des neurosciences*. 2006: Odile Jacob.
38. Whalen, P.J., et al., *Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdala activity without explicit knowledge*. The Journal of neuroscience, 1998. **18**(1): p. 411-418.
39. Goodale, M.A., et al., *A neurological dissociation between perceiving objects and grasping them*. Nature, 1991. **349**(6305): p. 154-156.
40. Daprati, E. and M. Gentilucci, *Grasping an illusion*. Neuropsychologia, 1997. **35**(12): p. 1577-1582.
41. Rees, G., et al., *Unconscious activation of visual cortex in the damaged right hemisphere of a parietal patient with extinction*. Brain, 2000. **123**(8): p. 1624-1633.
42. Dehaene, S., et al., *Cerebral mechanisms of word masking and unconscious repetition priming*. Nature neuroscience, 2001. **4**(7): p. 752-758.
43. Marcel, A.J., *Conscious and unconscious perception: Experiments on visual masking and word recognition*. Cognitive psychology, 1983. **15**(2): p. 197-237.
44. Soon, C.S., et al., *Predicting free choices for abstract intentions*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2013. **110**(15): p. 6217-6222.
45. Dijksterhuis, A., *Think different: the merits of unconscious thought in preference development and decision making*. Journal of personality and social psychology, 2004. **87**(5): p. 586.
46. Johansson, P., et al., *Failure to detect mismatches between intention and outcome in a simple decision task*. Science, 2005. **310**(5745): p. 116-119.

47. Dehaene, S. and Y. Christen, *Characterizing Consciousness: From Cognition to the Clinic?* 2011: Springer.
48. Barresi, J. and C. Moore, *Intentional relations and social understanding*. Behavioral and brain sciences, 1996. **19**(1): p. 107-121.
49. Zelazo, P.D., D. Frye, and T. Rapus, *An age-related dissociation between knowing rules and using them*. Cognitive Development, 1996. **11**(1): p. 37-63.
50. Changeux, J.-P., *L'homme de vérité*. 2002: Odile Jacob.
51. Dennett, D.C., *Consciousness explained*. 1993: Penguin UK.
52. Baars, B.J., *A cognitive theory of consciousness*. 1993: Cambridge University Press.
53. Elston, G.N., *Cortex, cognition and the cell: new insights into the pyramidal neuron and prefrontal function*. Cerebral Cortex, 2003. **13**(11): p. 1124-1138.
54. Dehaene, S., et al., *Conscious, preconscious, and subliminal processing: a testable taxonomy*. Trends in cognitive sciences, 2006. **10**(5): p. 204-211.
55. Del Cul, A., S. Dehaene, and M. Leboyer, *Preserved subliminal processing and impaired conscious access in schizophrenia*. Archives of general psychiatry, 2006. **63**(12): p. 1313.
56. Frith, C.D., S.-J. Blakemore, and D.M. Wolpert, *Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action*. Brain Research Reviews, 2000. **31**(2): p. 357-363.
57. Gaillard, R. et A. Del Cul, *Un modèle scientifique de la conscience: implications possibles pour les pathologies neuropsychiatriques*. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, 2007. **5**(4): p. 261-267.
58. Williams, S. and P. Boksa, *Gamma oscillations and schizophrenia*. Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 2010. **35**(2): p. 75.
59. Ward, L.M., *Synchronous neural oscillations and cognitive processes*. Trends in cognitive sciences, 2003. **7**(12): p. 553-559.

60. Varese, F., et al., *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies*. Schizophrenia bulletin, 2012. **38**(4): p. 661-671.
61. Elissalde, S.N., et al., *Schizophrénie, fonctions exécutives et mémoires*. L'Encéphale, 2011. **37**: p. S95-S99.
62. Mesholam-Gately, R.I., et al., *Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review*. Neuropsychology, 2009. **23**(3): p. 315.
63. Aleman, A., et al., *Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis*. American Journal of Psychiatry, 1999. **156**(9): p. 1358-1366.
64. Keefe, R.S.E., et al., *A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis*. Schizophrenia research, 2006. **88**(1): p. 26-35.
65. Reichenberg, A., et al., *Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study*. The American journal of psychiatry, 2010. **167**(2): p. 160.
66. Seron, X. et M. Van der Linden, *Traité de neuropsychologie clinique (tome 2)*. Solal, Marseille, 2000.
67. Chan, R.C.K., et al., *Executive dysfunctions in schizophrenia*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 2004. **254**(4): p. 256-262.
68. Minzenberg, M.J., et al., *Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 2009. **66**(8): p. 811.
69. Green, M.F., et al., *Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia*. Schizophrenia bulletin, 2000. **26**(1): p. 119-136.
70. Johnson-Selfridge, M. and C. Zalewski, *Moderator Variables of Executive Functioning in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 2001. **27**(2): p. 305-316.

71. Knowles, E.E.M., A.S. David, and A. Reichenberg, *Processing speed deficits in schizophrenia: reexamining the evidence*. American Journal of Psychiatry, 2010. **167**(7): p. 828-835.
72. Demily, C. and N. Franck, *Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia*. 2008.
73. Krakowski, M.I. and P. Czobor, *Executive function predicts response to antiaggression treatment in schizophrenia: a randomized controlled trial*. The Journal of clinical psychiatry, 2012. **73**(1): p. 74-80.
74. Bourgeois, M.L., et al. *Discernement, lucidité, conscience et insight en psychopathologie et en pratique expertale*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011: Elsevier.
75. Bourgeois, M., *Insight et conscience de la maladie en psychopathologie*. EMC - Psychiatrie, 2010(37-032-A-20).
76. Laroi, F., et al., *Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests*. Psychiatry Research: Neuroimaging, 2000. **100**(1): p. 49-58.
77. Shad, M.U., S. Muddasani, and M.S. Keshavan, *Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia a -pilot study*. Psychiatry Research: Neuroimaging, 2006. **146**(1): p. 35-42.
78. Raffard, S., et al., *La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique: Partie I: insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight*. L'Encéphale, 2008. **34**(6): p. 597-605.
79. Raffard, S., et al., *La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique: Partie II: modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques*. L'Encéphale, 2008. **34**(5): p. 511-516.
80. Aleman, A., et al., *Insight in psychosis and neuropsychological function Meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry, 2006. **189**(3): p. 204-212.

81. Lee, K.-H., et al., *A functional magnetic resonance imaging study of social cognition in schizophrenia during an acute episode and after recovery*. American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(11): p. 1926-1933.
82. Brüne, M., *"Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature*. Schizophrenia Bulletin, 2005. **31**(1): p. 21-42.
83. Koren, D., et al., *The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study*. Schizophrenia research, 2004. **70**(2): p. 195-202.
84. Voyer, M., N. Jaafari, et J.L. Senon. *Insight et comportements violents chez les patients souffrant d'une schizophrénie*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011: Elsevier.
85. Schneider, K., *Clinical psychopathology*. 1959: Grune & Stratton.
86. Farrer, C. and N. Franck, *Self-monitoring in schizophrenia*. Current Psychiatry Reviews, 2007. **3**(4): p. 243-251.
87. Brébion, G., et al., *Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia an analysis of symptom-specific effects*. Psychiatry research, 2000. **95**(2): p. 119-131.
88. Allen, P.P., et al., *Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions*. Schizophrenia research, 2004. **69**(2): p. 277-287.
89. Franck, N., et al., *Confusion between silent and overt reading in schizophrenia*. Schizophrenia research, 2000. **41**(2): p. 357-364.
90. Nienow, T.M. and N.M. Docherty, *Internal source monitoring and thought disorder in schizophrenia*. The Journal of nervous and mental disease, 2004. **192**(10): p. 696-700.
91. Danion, J.-M., L. Rizzo, and A. Bruant, *Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia*. Archives of General Psychiatry, 1999. **56**(7): p. 639.

92. Quiles, C., A. Prouteau, et H. Verdoux, *Caractéristiques et impact des déficits métacognitifs dans la schizophrénie. Revue de la littérature. L'Encéphale*, 2012.
93. Nelson, T.O. and L. Narens, *Why investigate metacognition?*, in *Metacognition: Knowing about knowing*, J.M.A. P. and Shimamura, Editors. 1994, Cambridge, MA: MIT Press. p. 1–25.
94. Lysaker, P.H., et al., *Metacognition in schizophrenia: The relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. British Journal of Clinical Psychology*, 2011. **50**(4): p. 412-424.
95. Koren, D., et al., *Real-world cognitive -and metacognitive- dysfunction in schizophrenia: A new approach for measuring (and remediating) more "right stuff" . Schizophrenia Bulletin*, 2006. **32**(2): p. 310-326.
96. Premack, D. and G. Woodruff, *Does the chimpanzee have a theory of mind? Behavioral and brain sciences*, 1978. **1**(04): p. 515-526.
97. Wimmer, H. and J. Perner, *Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. Cognition*, 1983. **13**(1): p. 103-128.
98. Corcoran, R., G. Mercer, and C.D. Frith, *Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. Schizophrenia research*, 1995. **17**(1): p. 5-13.
99. Baron-Cohen, S., et al., *The "Reading the mind in the eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001. **42**(2): p. 241-251.
100. Bosco, F.M., et al., *Th. omas: An exploratory assessment of Theory of Mind in schizophrenic subjects. Consciousness and cognition*, 2009. **18**(1): p. 306-319.
101. Bora, E., M. Yucel, and C. Pantelis, *Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. Schizophrenia research*, 2009. **109**(1): p. 1-9.

102. Harvey, P., *Cognitive Impairment in Schizophrenia: Characteristics, Assessment and Treatment*. 2013: Cambridge University Press.
103. Perner, J. and M. Aichhorn, *Theory of mind, language and the temporoparietal junction mystery*. Trends in cognitive sciences, 2008. **12**(4): p. 123-126.
104. Saxe, R. and L.J. Powell, *It's the Thought That Counts Specific Brain Regions for One Component of Theory of Mind*. Psychological Science, 2006. **17**(8): p. 692-699.
105. Besche-Richard, C., et al., *Reconnaissance des expressions faciales émotionnelles et théorie de l'esprit dans la schizophrénie: la difficulté à identifier les états mentaux d'autrui serait-elle liée à un trouble de la reconnaissance des émotions faciales?* L'Encéphale, 2012. **38**(3): p. 241-247.
106. Demirbuga, S., et al., *Facial emotion recognition in patients with violent schizophrenia*. Schizophrenia research, 2013. **144**(1): p. 142-145.
107. Ekman, P., W.V. Friesen, and J.C. Hager, *Facial action coding system (FACS)*. A technique for the measurement of facial action. Consulting, Palo Alto, 1978.
108. Mueser, K.T., et al., *Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia*. Journal of abnormal psychology, 1996. **105**(2): p. 271.
109. Kohler, C.G., et al., *Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review*. Schizophrenia Bulletin, 2010. **36**(5): p. 1009-1019.
110. Lee, S.Y., et al., *1342-Deficits and biases of facial emotion recognition in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia*. European Psychiatry, 2013. **28**: p. 1.
111. Tranel, D., A. Bechara, and N.L. Denburg, *Asymmetric functional roles of right and left ventromedial prefrontal cortices in social conduct, decision-making, and emotional processing*. Cortex, 2002. **38**(4): p. 589-612.
112. Barrash, J., D. Tranel, and S.W. Anderson, *Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region*. Developmental neuropsychology, 2000. **18**(3): p. 355-381.

113. Ritter, L.M., J.H. Meador-Woodruff, and G.W. Dalack, *Neurocognitive measures of prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia*. *Schizophrenia research*, 2004. **68**(1): p. 65-73.
114. Shurman, B., W.P. Horan, and K.H. Nuechterlein, *Schizophrenia patients demonstrate a distinctive pattern of decision-making impairment on the Iowa Gambling Task*. *Schizophrenia research*, 2005. **72**(2): p. 215-224.
115. Hutton, S.B., et al., *Decision making deficits in patients with first-episode and chronic schizophrenia*. *Schizophrenia research*, 2002. **55**(3): p. 249-257.
116. Georgieff, N. et M. Speranza, *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. 2013: Elsevier Health Sciences.
117. Georgieff, N. and M. Jeannerod, *Beyond consciousness of external reality: a "who" system for consciousness of action and self-consciousness*. *Consciousness and cognition*, 1998. **7**(3): p. 465-477.
118. Fazel, S. and J. Danesh, *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. *The lancet*, 2002. **359**(9306): p. 545-550.
119. Codelfy, M., P. Faure, and N. Prieto, *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus*. DREES, Etudes et résultats, 2002. **181**.
120. Fazel, S., P. Bains, and H. Doll, *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*. *Addiction*, 2006. **101**(2): p. 181-191.
121. Baillargeon, J., et al., *Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door*. *American Journal of Psychiatry*, 2009. **166**(1): p. 103-109.
122. Rivlin, A., et al., *Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study*. *The British Journal of Psychiatry*, 2010. **197**(4): p. 313-319.
123. Senon, J.-L., et al., *Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? l'Information Psychiatrique*, 2006. **82**(8): p. 645-652.

124. Dubreucq, J.L., C. Joyal, and F. Millaud. *Risque de violence et troubles mentaux graves*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005: Elsevier.
125. Trape, F., et al., *Hétérogénéité des conclusions des expertises psychiatriques: Etude chez 101 auteurs d'homicides volontaires*. La Presse médicale, 2002. **31**(22): p. 1017-1020.
126. Perrault, C., et al., *Diagnostics psychiatriques associés à une altération du discernement et/ou une entrave du contrôle des actes (au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal) : résultats préliminaires* in *Prix premières communications. Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française*. 2011.
127. Coutanceau, R. et J. Smith, *Troubles de la personnalité: Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux*. 2013: Dunod.
128. Farrington, D.P., A.R. Piquero, and W.G. Jennings, *Offending from childhood to late middle age: Recent results from the Cambridge study in delinquent development*. 2013: Springer New York.
129. Herrington, V., *Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners*. Journal of Intellectual Disability Research, 2009. **53**(5): p. 397-410.
130. Hodgins, S., *Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort*. Archives of general psychiatry, 1992. **49**(6): p. 476.
131. De Barros, D.M. and A. De Padua Serafim, *Association between personality disorder and violent behavior pattern*. Forensic science international, 2008. **179**(1): p. 19-22.
132. American Psychiatric, A., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 2000: American Psychiatric Pub.
133. Bassett, D., *Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review*. Australian and New Zealand journal of psychiatry, 2012. **46**(4): p. 327-339.

134. Schroeder, K., H.L. Fisher, and I. Schäfer, *Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management*. *Current opinion in psychiatry*, 2013. **26**(1): p. 113-119.
135. Adams, B. and T. Sanders, *Experiences of psychosis in borderline personality disorder: A qualitative analysis*. *Journal of Mental Health*, 2011. **20**(4): p. 381-391.
136. Glaser, J.P., et al., *Psychotic reactivity in borderline personality disorder*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010. **121**(2): p. 125-134.
137. Barnow, S., et al., *Borderline personality disorder and psychosis: a review*. *Current psychiatry reports*, 2010. **12**(3): p. 186-195.
138. Moritz, S., et al., *Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder*. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 2011. **42**(3): p. 349-354.
139. Raine, A., *Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories*. *Annual Review Clinical Psychology*, 2006. **2**: p. 291-326.
140. Chemerinski, E. and L.J. Siever, *The Schizophrenia Spectrum Personality Disorders*. *Schizophrenia*, Third Edition, 2010: p. 62-90.
141. Salokangas, R.K.R., et al., *Prediction of psychosis in clinical high-risk patients by the Schizotypal Personality Questionnaire. Results of the EPOS project*. *European Psychiatry*, 2013.
142. Krueger, R.F., *Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders*. *Journal of personality disorders*, 2005. **19**(3): p. 233.
143. Matheson, S.L., et al., *Systematic meta-analysis of childhood social withdrawal in schizophrenia, and comparison with data from at-risk children aged 9-14 years*. *Journal of psychiatric research*, 2013.
144. Tarquis, N., *Hypothèses neurobiologiques concernant les liens entre psychopathie et maltraitance infantile*. *L'Encéphale*, 2006. **32**(3): p. 377-384.

145. Balier, C., *La violence en Abyrne: essai de psychocrimonologie*. 2005: Presses universitaires de France.

TITRE EN ANGLAIS : Discernement abolition and distortion (according to article 122-1 of the Code Penal) : what definitions, what psychiatric diagnoses? About 601 psychiatric penal expert's reports.

RESUME EN ANGLAIS :

The psychiatric examination of criminal responsibility constitutes a major interface between medical care and the law, and, in this respect, article 122-1 of the *Code Pénal* is pivotal. The law provides for an expert to make a decision based on an estimation of the level of discernment of the presumed author of a criminal offence. However, there is no consensus on the definition of the term, “*discernment*”, be it legal or medical. Added to this, there is the possibility of excessive severity in the penalties applied to subjects corresponding to the category evoked in paragraph 2 of the law. After examining the concept of discernment and proposing a definition based on classic psychopathology and more recent input from the neurosciences, this study aims to determine which psychiatric diagnoses are associated with the abolition or the distortion of the subject's discernment. Six hundred and one reports by psychiatric experts have been included retrospectively. An univariate analysis followed with a multivariate analysis were done. The abolition of discernment was associated with the diagnosis of psychotic disorders, while the distortion of discernment was associated with the diagnosis of psychotic disorders, personality disorders and mental retardation..

TITRE : Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code Pénal): quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques ? A propos de 601 rapports d'expertises psychiatriques pénales

RESUME EN FRANÇAIS :

L'expertise psychiatrique pénale de responsabilité constitue une interface majeure entre soins et justice et l'article 122-1 du Code Pénal en est le pivot central. La loi prévoit que l'expert rende sa décision en discutant la qualité du discernement de l'auteur présumé d'infraction pénale. Ce terme ne bénéficie cependant d'aucune définition consensuelle qu'elle soit juridique ou médicale. S'ajoute à ce constat une possible sur-pénalisation des sujets relevant de l'alinéa 2 de cet article de loi. Après avoir interrogé le concept de discernement et proposé une définition s'appuyant sur la psychopathologie classique et les apports plus récents des neurosciences, l'objectif de ce travail est de déterminer quels diagnostics psychiatriques sont associés à l'abolition et à l'altération du discernement. Six cent un rapports d'expertises psychiatriques pénales ont été rétrospectivement inclus. Une analyse univariée suivie d'une régression logistique multivariée ont été conduites. L'abolition du discernement était associée au diagnostic de trouble psychotique, l'altération aux diagnostics de trouble psychotique, de trouble de personnalité et de retard mental.

TITRE EN ANGLAIS : Discernement abolition and alteration (according to article 122-1 of the penal code) : what definitions, what psychiatric diagnoses? About 601 psychiatric penal expert's reports.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Psychiatrie

MOTS-CLES : Expertise psychiatrique, Irresponsabilité pénale, Article 122-1 du code pénal, Discernement, Abolition, Altération, Alinéa 1, Alinéa 2, Diagnostics Psychiatriques.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : Christophe ARBUS