

L'irresponsabilité pénale pour trouble mental en France : à propos de 88 sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

Elsa Clerget

▶ **To cite this version:**

Elsa Clerget. L'irresponsabilité pénale pour trouble mental en France : à propos de 88 sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01734411

HAL Id: hal-01734411
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734411

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2015

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Elsa CLERGET

le 4 novembre 2015

L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE POUR TROUBLE MENTAL EN FRANCE

À PROPOS DE 88 SUJETS AUTEURS D'INFRACTIONS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN PRONONCÉ D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE POUR TROUBLE MENTAL

Examinateurs de la thèse :

M. Bernard KABUTH	Professeur	Président
M. Raymund SCHWAN	Professeur	Juge
M. Laurent MARTRILLE	Maître de Conférences	Juge
M. Pierre HORRACH	Docteur en Médecine	Juge, Directeur de thèse

Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*

3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***

Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)***

Docteur Aurore PERROT

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'Urgence)***

Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)***

Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bernard Kabuth, Président du jury

Professeur de Pédopsychiatrie,
Docteur en Psychologie,
Centre Psychothérapique de Nancy

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Vous avez su me faire partager votre passion et votre dévotion pour votre discipline, et vos enseignements de pédopsychiatrie m'ont été d'une aide précieuse.
Je vous remercie également pour votre écoute, vos conseils ainsi que pour l'intérêt que vous avez su porter à mon travail, qui m'ont été d'un réel soutien.

À Monsieur le Professeur Raymund Schwan, Juge

Professeur de Psychiatrie d'Adultes,
Centre Psychothérapique de Nancy

Merci pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Je vous remercie également pour l'intérêt que vous avez porté à notre formation au cours de l'internat, au travers de vos enseignements et de vos précieux conseils.
Que ce travail soit la sincère marque de ma reconnaissance et de mon respect.

À Monsieur le Docteur Laurent Martrille, Juge

Docteur en Médecine
Maître de Conférences des Universités
Département de Médecine Légale
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy

Merci pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Vos enseignements de médecine légale au cours de mon cursus ont grandement contribué à accroître l'intérêt que je porte à votre spécialité.
Veuillez trouver au travers de ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pierre Horrach, Juge et Directeur de thèse

Docteur en Psychiatrie d'Adultes
Centre Psychothérapique de Nancy
Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin

Merci infiniment d'avoir accepté de diriger mon travail. La clarté et la qualité de vos enseignements au cours de l'internat m'ont permis de développer un intérêt certain pour la psychiatrie pénitentiaire. Je vous remercie pour votre aide, vos conseils et votre disponibilité au cours de la réalisation de ce travail.
Votre sympathie et votre sens de l'humour (vive les bottes fourrées) ont grandement contribué à rendre l'écriture de cette thèse plus agréable.

À ma famille

À mes parents

Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné, pour les valeurs que vous avez su me transmettre, pour votre soutien inconditionnel, et pour toutes les choses qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Je vous dois tout…

À ma Maman,

Merci pour tous ces moments de complicité et de fous rires, pour nos vacances provençales que je ne louperais pour rien au monde, pour toutes tes petites attentions de Maman qui illuminent mon quotidien, pour tout ce qui fait de toi la meilleure Maman du Monde…

À mon Papa,

Ton esprit carabin laissé par tes « deux brillantes premières années de médecine » (comme tu aimes à le dire) n'est certainement pas pour rien dans mon choix d'orientation, pour tes coups de gueule à la Lino Ventura (« ça va faire du foin ! »), pour nos week-ends inoubliables à Paris, pour tes mots toujours justes pour me rassurer, pour tout ce qui fait de toi le meilleur Papa du Monde…

À mon Titou

Merci d'avoir supporté mon caractère de cochon durant toutes ces années d'études (et pas seulement)… Désolée pour mes innombrables « baisse la musique !!! », pour mes crises de nerfs, pour mes lacunes en informatique que tu as su combler au moins partiellement, et non sans mal… Merci pour ton aide précieuse dans la réalisation de cette thèse !
Merci enfin pour ta patience et ton soutien, ta gentillesse inégalable, pour tes goûts musicaux parfois bizarres mais drôles, et pour tes vidéos qui m'ont aidée à me détendre…
Je suis fière de la belle personne que tu es…

À ma Mamou

Merci de m'avoir accueillie durant plus de la moitié de mon internat, merci d'avoir fait de ces cinq semestres un réel bonheur, où l'expression « être comme un coq en pâte » a pris tout son sens… Merci d'avoir rendu l'écriture de cette thèse (et du mémoire) moins difficile, par toutes tes bonnes attentions de Mamou, par tes tartines raclettes et tes bonnes soupes à la courgette, sans oublier le saucisson, par nos soirées télé bien au chaud sous le plaid… Et merci pour ton aide dans la préparation d'absolument tous mes pots de départ !

À mon Papou

Qui a toujours su montrer la fierté qu'il a pour ses petits enfants… Papou je peux enfin répondre à la question que tu m'as posée à peu près 524 fois, à savoir : « quand est-ce que tu soutiens ta thèse ? »…

À mon Tonton

Merci pour les dimanches soirs au champagne, pour toutes les bonnes choses de chez Fresson, qui m'ont toujours donné du courage avant d'entamer une nouvelle semaine… Merci pour ton soutien…

À mon Papy

Qui a toujours été au rendez-vous, présent, en toutes circonstances…

À ma Mémère

Mon Ange gardien… Je sais que tu me protèges de là où tu es… Que tu es fière de moi… J'aurais tellement aimé partager ce moment avec toi…

À ma Mamy

Qui aurait certainement été très fière de pouvoir assister à cette soutenance, mais qui est partie trop tôt…

À mes animaux

À mon Gaston, pour tes séances de ronronthérapie tellement apaisantes…
À mon Mimichat, à mon Helmuth, mais où êtes-vous passés ???
À mon Timimi, mon Ange gardien à quatre pattes, mon confident, le compagnon de mon enfance…, tu me manques…
À mon Nino, parti trop tôt…
À mon Arthur, à mon Caillou, à mon Théo…

À mes collègues, passés et présents

À l'équipe de Mont-Saint-Martin

C'est à vos côtés que j'ai fait mes premiers pas de bébé psychiatre… Merci pour votre accueil et votre soutien… Spéciale dédicace à Anne-So pour sa réplique devenue culte : « le TR est un acte médical »…

À l'équipe de Pédopsychiatrie de Briey

Merci de m'avoir accompagnée avec bienveillance et indulgence dans mes débuts en pédopsychiatrie… Je tiens tout particulièrement à remercier le Docteur Josiane Bertel et le Docteur Catherine Angot qui m'ont beaucoup appris, ainsi que toute l'équipe des Vignottes… J'ai vraiment apprécié ces mois passés à vos côtés (à tel point que je suis revenue…). Je reste très admirative de la passion et de l'amour que vous avez pour vos petits patients…

Aux équipes des pôles 4 et 5 du Centre Hospitalier de Jury-lès-Metz

Vous m'avez fait découvrir les « joies » de la vie en CHS, et des gardes sportives… Merci au Docteur Henry pour son soutien dans les moments difficiles… Merci au Docteur Michel Blanc pour sa sympathie et son humour inimitable, ainsi qu'aux Docteurs Eric Claudot et Roxana Andone.

À l'équipe de Psychiatrie adulte de Briey

Je tiens à remercier tout particulièrement le Docteur Chaïma Damoun, qui a dirigé mon mémoire de D.E.S. d'une main de maître !!
Merci également aux Docteurs Stéphane Markovitch, Joël Conti et Eric Canel.
Enfin, ce stage n'aurait pas été ce qu'il a été sans l'équipe de choc de l'intra, sa secrétaire de choc (Ingrid) et sa cadre de choc (je veux bien sûr parler de Valérie)…

À l'équipe de l'unité C du CPN

Au Docteur Jérôme Lerond, merci pour votre confiance et vos précieux conseils. Merci également au Docteur Estelle Michel, j'ai vraiment apprécié de travailler à tes côtés (c'est quand tu veux pour les soirées vin et fromage !).
À la formidable équipe que vous êtes, et que j'avais plaisir à retrouver tous les jours. Merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur et mon stress durant l'élaboration de cette thèse. Sachez que vous avez tous été d'un réel soutien pour moi… Finalement je vous aime bien les Nancéiens (et même les Vosgiens !). (Merci à Anthony pour sa relecture de dernière minute !)

Au Docteur Alexandre Baratta

Un grand merci pour ton aide précieuse et tes conseils au cours de l'écriture de cette thèse, qui n'aurait pas été ce qu'elle est sans ta contribution.

Au Docteur Estelle Rollin

Je te suis infiniment reconnaissante de la confiance que tu m'as accordée… Merci pour tes conseils, pour ton aide, pour nos échanges oh combien précieux et qui, je l'espère, me permettront d'être à la hauteur de la tâche qui m'a été confiée.

À l'équipe de l'USP

Je suis très honorée et sincèrement ravie de débuter ma carrière à vos côtés.

À mes amis

Au Docteur Caroline Pham-Dinh Loux

Je ne te remercierai jamais assez pour ton aide et ton soutien au cours de l'écriture de cette thèse, et qui m'ont énormément touchée ! Tu es mon mentor… (si si c'est vrai !)
L'admiration que je te porte n'a d'égale que la reconnaissance que j'ai pour toi…
J'espère que le harcèlement dont tu as fait l'objet au cours de ces derniers mois n'aura pas altéré notre amitié qui m'est très précieuse… Je saurai me faire pardonner (j'ai un déguisement de Bourriquet qui, je pense, plaira beaucoup à Gus…).
(Merci également de m'avoir rappelé de ne pas répondre à « biiiiip »).

Et sache que je suis très honorée d'avoir pu diriger la meilleure chorale du monde !
Merci pour tout…

À Marion ***(Grande Bounette pour les intimes)***

Merci pour toutes ces trente années d'amitié, de club radio (et son hamster malade), de fous rires (vive Papalou), merci pour ton indulgence et ta patience lorsque tu tentais de combler mes lacunes en solfège, et surtout pour cette belle complicité tellement précieuse à mes yeux…
Au fait, pour info : ta barbie mobylette est réparée ! (Et paf ! Pastèque !)
Je t'avais bien dit que ton texto se retrouverait dans une thèse… (Au fait, on s'est gourées, c'est pas le chirurgien le tueur…).

Au Docteur Chaïma Damoun

Ma co-doberman, avec qui j'ai tellement aimé travailler… J'ai eu la chance de t'avoir comme collègue, comme directrice de mémoire (encore mille mercis pour cette brillante collaboration !), et comme amie à présent…

Au Docteur Philippe Aïm

Tu es la personne qui m'a donné envie de faire ce métier… J'étais et je suis toujours fascinée par la passion qui t'anime et que tu sais tellement bien transmettre… Merci pour tout ce que tu m'as apporté. Merci d'avoir été présent dans les moments difficiles. Nos soirées à refaire le monde (autour d'une fondue savoyarde ou d'un poulet au curry) resteront de très bons souvenirs…

À Christelle

Merci pour tous ces moments de bonheur partagés, que j'espère encore très nombreux.
Nous avons été solidaires dans l'épreuve (de la danse classique, aïe), et nous le resterons (rdv samedi à 8h45…).

À Marie

Pourquoi tu es partie ???? (oui, bon, je sais… Mais quand-même… Qu'est-ce que vous avez tous avec la Loire-Atlantique ?). L'internat, c'est aussi et surtout de belles rencontres… Je suis très heureuse d'avoir pu être présente lors de certaines étapes importantes de ta vie, particulièrement celle qui se prépare depuis plusieurs mois…

À Julie

Ma Normande préférée… Richard, qu'est-ce que tu attends pour la demander en mariage ??? On n'en peut plus de ce suspense !! Que de fous rires, mais aussi de stress intense (thèse, mémoire, mémoire, thèse, et… thèse). Merci pour ton aide dans cette dernière ligne droite (vive les portables). Toi aussi tu vas partir, vilaine…

À Charlotte

Toi tu ne pars pas ! Ouf ! D'autant que nous allons avoir du travail ces prochains mois n'est-ce pas ? Tu n'imagines pas à quel point je suis touchée et honorée pour ce que tu sais… Beaucoup de bonheur en perspective… J'ai vraiment hâte !

À ma promo, la meilleure ;-)

À Hakim (vous allez me manquer les amis), LuDo MacDo, Nathalie (Marseille forever), Baptiste (le fêtard le plus classe de tous les temps), Nassim (vive les lunettes et les dauphins qui picolent)…

À Guillaume

Le meilleur co-interne de l'univers intersidéral, avec qui j'ai eu le plaisir de partager six mois de fous rires, de cafés, de psychiatrie (quand-même), d'apéros et de badminton. Je pleure encore de rire en repensant à nos entretiens en binôme, et particulièrement à ton rictus qui courait à ma perte… Spéciale dédicace à notre patient préféré… « Normal, t'inquiète ». (Au fait, je te dois combien de paquets de M&M'S encore ??).

À mes amis de la fac

À Anne-Laure, Marie-Hélène, Caro D (tu as toujours ma polaire bleue ?), Caro W (aïe aïe aïe), Julie P…
À Mathieu, qui aurait été un excellent confrère…

À mes autres copains d'internat

À Hugo (mon cher voisin), Marion K, Caro N, François NG, Julie N (ma future première interne), Wafa (l'externe parfaite, spécialiste du thé à la menthe… Merci également pour ta relecture de dernière minute)…

Aux autres personnes qui embellissent mon existence

À Christian (pour tes caïpirinhas au coin du feu et tes excellentes imitations, particulièrement celle que tu nous as livrée lors d'un certain déjeuner au Kefan… La vengeance est un plat qui se mange froid… ;-)), à Lucie (pour nos discussions dont je ne pourrai jamais me lasser, pour ton humour et ta répartie absolument géniaux), à Clémence (sans qui je n'aurais pas ce magnifique déguisement de Bourriquet !), à Béné (qui embellit en particulier ma chevelure, et ça n'est pas une mince affaire !) et Alex (tu te sens de refaire le risotto aux truffes et parmesan ?), à Odile (qui a toujours été présente malgré les aléas de la vie), à l'équipe de Plus Belle La Vie (que j'ai plaisir à retrouver tous les soirs de la semaine depuis la P1, et ça aussi ça aide à tenir !) (j'avais dit que je le ferais, je l'ai fait…).

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 9
SERMENT 20
LISTE DES ABREVIATIONS 25
INTRODUCTION 26
PARTIE I : APPORTS THEORIQUES 28
I. LES ORIGINES DE L'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL DE L'ANTIQUITE À L'AUBE DU XXIème SIECLE 28
1. Droit romain 28
2. Droit canon 29
3. Ancien droit 30
4. L'article 64 du Code pénal de 1810 et l'évolution de la clinique expertale 31
5. De l'article 64 à l'article 122-1 32
II. L'IRRESPONSABILITE PENALE À L'ETRANGER 35
III. NOTIONS JURIDIQUES : LA RESPONSABILITE PENALE, L'IRRESPONSABILITE PENALE, LES CAUSES D'EXCLUSION DE LA FAUTE ET DISCERNEMENT 39
1. Définition juridique de la responsabilité pénale 39
2. Causes d'exclusion de la faute 40
3. L'irresponsabilité pénale pour trouble mental ou la perte du libre arbitre 41
4. Evolution de la responsabilité en droit pénal 41
IV. DONNEES CHIFFREES SUR L'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL 42
V. TRAITEMENT JURIDIQUE ACTUEL DE L'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL. 44
1. Les différents temps de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental 44
2. Mesures de sûreté potentiellement applicables 48
VI. LES SOINS SANS CONSENTEMENT, OU LES RECHERCHES D'EQUILIBRE ENTRE LOI D'INTERNEMENT ET CODE PENAL. 49
VII. LES DIFFICULTES INHERENTES À LA PRATIQUE EXPERTALE 52
1. Les difficultés de la pratique expertale : un débat ancien… 53
2. Existence d'une « zone d'indétermination » ? 54
3. Une pratique rendue plus difficile par l'évolution des attentes des magistrats 55

PARTIE II : ETUDE 58
I. MATERIEL ET METHODE 58
1. Présentation de l'étude 58
A. Objectif principal 58
B. Objectifs secondaires 58
C. Type d'étude 58
2. Population étudiée 58
3. Modalités de recueil des données 59
4. Données étudiées 60
5. Analyse statistique 61
6. Aspects éthiques 61
II. RESULTATS 61
1. Sources des données 62
2. Données sociodémographiques 62
A. Sexe 62
B. Âge au moment des faits et du prononcé d'irresponsabilité pénale 63
C. Niveau d'études 64
D. Activité professionnelle 65
E. Existence d'une mesure de protection des biens 66
F. Versement de l'allocation aux adultes handicapés 66
G. Relations intrafamiliales 66
H. Statut affectif 67
I. Relations interpersonnelles 68
J. Enfants 68
3. Données criminologiques et judiciaires 68
A. Faits 68
B. Profil victimologique 70
C. Antécédents judiciaires 74
D. Antécédents de condamnations avant le passage à l'acte 75
E. Antécédents de prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental 75
F. Antécédents de violences 76
a. En hospitalisation (dans un service psychiatrique) 76
b. En détention 77

4. Données cliniques et anamnestiques 78
A. Diagnostics psychiatriques retenus pour expliquer le passage à l'acte 78
B. Trouble de la personnalité associé 81
C. Conduites addictives 82
a. Antécédents de consommations de toxiques 82
b. Prise de toxiques au moment du passage à l'acte 83
D. Antécédents psychiatriques personnels 83
a. Antécédents psychiatriques personnels avant les faits 83
b. Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie 84
c. Antécédents de plusieurs hospitalisations en psychiatrie 84
d. Hospitalisations libres ou sous contrainte 85
e. Antécédents suicidaires 85
f. Facteur(s) déclenchant(s) du passage à l'acte 86
g. Circonstances de survenue du passage à l'acte 87
E. Antécédents de traumatismes 91
PARTIE III : DISCUSSION 92
I. JUSTIFICATION DE L' ETUDE 92
II. ATTEINTE DE L' OBJECTIF PRINCIPAL 92
III. BIAIS 95
1. Biais de sélection 95
2. Biais d'information 96
IV. COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE 98
1. Etudes réalisées chez des sujets reconnus irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental 98
2. Etudes réalisées chez des criminels : sujets malades mentaux versus sujets indemnes 103
3. Etudes réalisées chez les sujets détenus : population carcérale versus sujets irresponsabilisés 105
4. Etudes sur la violence chez des sujets malades mentaux versus population générale 108
5. Synthèse 110
6. Un « chantier » à poursuivre 110

V. PISTES REFLEXIVES 111
1. Le débat actuel autour de l'expertise psychiatrique: irresponsabilité des malades / responsabilité des experts ? 112
A. Le problème du filtre de l'expertise psychiatrique 112
B. Critiques de l'expertise psychiatrique et recommandations de l'HAS de janvier 2007…….. 113
C. Le point de vue d'un juriste 115
2. La maladie mentale en prison. 117
A. Les pathologies rencontrées en psychiatrie pénitentiaire 117
B. Les problématiques en lien avec l'incarcération de sujets malades mentaux .. 119
CONCLUSION 123
BIBLIOGRAPHIE 124
ANNEXES 129
Annexe 1 : Droit pénal comparé 129
Annexe 2 : Mail 132
Annexe 3 : La loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. 133

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation aux adultes handicapés

CME : Commission médicale d'établissement

CP : Code pénal

CPP : Code de procédure pénale

CSP : Code de la santé publique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DIM : Département d'information médicale

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute autorité de Santé

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'Etat

SMPR : Service médico-psychologique régional

UMD : Unité pour malades difficiles

USIP : Unité de soins intensifs psychiatriques

INTRODUCTION

Les atrocités commises par l'Homme sont, depuis toujours, associées à la folie dans l'imaginaire collectif. L'actualité récente, et notamment les actes terroristes, ne font qu'alimenter cette idée reçue, en stigmatisant nos patients un peu plus chaque jour. Pourtant, en tant que soignants, nous constatons quotidiennement l'état de vulnérabilité dans lequel se trouvent beaucoup d'entre eux, de par leur maladie et le handicap qu'elle entraîne, et qui fait d'eux bien souvent des victimes, avant d'être agresseurs. La complexité du parcours de certains de ces patients, parmi la population communément qualifiée de « médicolégale », alternant entre hôpital et prison, ne fait qu'entretenir cette confusion.

Dans ce contexte, nous avons voulu nous intéresser de plus près à ce sujet, en l'abordant sous l'angle de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

La responsabilité, l'irresponsabilité, sont des concepts relativement abstraits. Du point de vue pénal, responsabilité et punissabilité sont largement synonymes. Volonté, libre arbitre, discernement, conscience du caractère illicite de l'infraction, sont autant de notions à prendre en compte dans l'évaluation de la responsabilité d'un sujet. Lorsque la maladie mentale est présente, elle altère incontestablement ces capacités, à des degrés variables. « Tout processus de responsabilité a pour condition essentielle la dualité du crime et du criminel » (1). Or, s'agissant par exemple d'une personne en pleine décompensation psychotique, qui par définition empêche toute distance entre le sujet et ses identifications imaginaires, cette notion de dualité et donc de responsabilité n'est pas applicable, et le sujet ne peut être condamné pour un acte qu'il a bel et bien commis mais dont il n'est pas responsable. Ces subtilités ne peuvent être prises en compte par la rigidité du cadre législatif, et la mission incombant à l'expert psychiatre n'en devient que plus délicate.

Dans une première partie, nous présenterons les aspects théoriques nécessaires à la compréhension de cette notion complexe.

Dans une seconde partie, nous tenterons d'établir un profil sociodémographique, criminologique et clinique de ces sujets « irresponsabilisés », par le biais d'une étude rétrospective de 88 sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental selon les termes de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal (2), suite à la commission d'une ou plusieurs infractions.

Enfin, dans une dernière partie, nous développerons les problématiques soulevées par notre travail, en revenant notamment sur le débat autour de l'expertise psychiatrique pénale, et l'épineux sujet de la maladie mentale en prison.

PARTIE I : APPORTS THEORIQUES

I. LES ORIGINES DE L'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL DE L'ANTIQUITE À L'AUBE DU XXIème SIECLE

Les législateurs des grandes civilisations d'autrefois ont presque toujours légiféré dans le sens de l'irresponsabilité pénale ou de la responsabilité atténuée du sujet « aliéné ». Le principe était de soustraire à la peine capitale la personne dont la folie était totalement avérée, un vrai fou ne devant pas être puni de mort. Il en était ainsi en droit romain, en droit de la Chine impériale, en vieux droit anglo-saxon, en droit canonique médiéval, et en ancien droit français (3).

Le cas le plus ancien d'irresponsabilité pour trouble mental retrouvé dans la littérature semble, d'après Michel Bénézech (4), celui rapporté dans le premier livre de Samuel, lorsque David simule avec succès sa folie afin d'éviter des représailles du roi Akisch. L'excuse légale de démence a également été trouvée chez Platon lorsque l'auteur du crime est « soit un fou, soit un homme qui est si bien en proie à la maladie, tellement accablé par l'excès de la vieillesse, ou à ce point tombé en enfance, qu'il n'y a aucune différence encore à faire entre lui et les fous proprement dits » (Lois, IX, 864d) ; le sujet est alors quitte de toute pénalité mais doit réparer le dommage qu'il a causé, sa responsabilité civile étant tout de même engagée indépendamment de sa non-responsabilité pénale.

1. Droit romain

C'est dans le droit romain de l'époque classique (IIème siècle) que la notion de non-responsabilité pénale est clairement définie, qu'il s'agisse de délits publics ou privés. La loi Divus Marcus (D., 1, 18, 14) est ainsi énoncée : « Si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans une fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, (…) 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 point commis le crime dans ces moments ; en sorte que sa maladie ne puisse pas lui mériter la grâce (…).Vous ferez bien de citer devant vous ceux qui étaient chargés de le garder dans le temps où il a commis son

crime, et d'examiner la cause de leur négligence (…). On donne aux furieux des gardiens, non seulement pour les empêcher d'attenter sur eux-mêmes, mais aussi pour les mettre hors d'état de nuire aux autres. S'ils font quelque tort on l'imputera avec raison à la faute de ceux qui les auront gardés avec négligence ».

Ce texte, très ancien et pourtant d'une remarquable clairvoyance sur cette notion si complexe de non-punissabilité, évoque également le problème de la simulation, des intervalles lucides, de la dangerosité du sujet pour lui-même et pour autrui, et de la responsabilité de « ceux chargés de le garder ».

Un autre texte du droit romain (fragment de Modestin, D., 48, 8, 12) prévoit des cas d'exception : « un enfant ou un furieux, s'ils ont tué un homme, ne sont pas tenus par la loi Cornélia, car l'un est défendu par l'innocence de ses intentions, l'autre par le malheur de son sort ». (La loi Cornélia a été votée pendant la dictature de Sylla et punissait les violences et voies de fait au cours des guerres civiles).

2. Droit canon

Par la suite, le droit canonique médiéval, en se basant sur les textes du droit romain, a précisé la notion de responsabilité pénale ; à partir du XIIème siècle, la volonté dans l'acte délictueux devient une notion fondamentale. Celui dont l'esprit est troublé par la « furor » n'est pas responsable s'il commet un délit car il lui manque la « facultas deliberandi ». Le Manuel des inquisiteurs d'Eymerich (Directorium inquisitorium, 1376) précise qu'on ne peut pas condamner à mort un accusé fou mais qu'on ne doit pas pour autant le laisser impuni : « Quant aux biens du fou, ils seront donnés à un procureur ou aux héritiers : car la folie, après le crime, peut faire retarder le châtiment corporel, mais elle ne libère pas de la perte des biens ». Le Dictionnaire des inquisiteurs (Repertorium inquisitorum, 1474) précise : « Le fou, rendu coupable d'un crime avant de sombrer dans la folie, sera puni aux effets civils, non aux effets criminels. On lui attribuera un curateur… S'il y a folie (furor), il y a ignorance totale. On ne punira donc pas le fou qui profère des hérésies : la folie le punit elle-même bien assez ». Là encore, la distinction entre responsabilité pénale et civile est claire. L'attribution d'un curateur reprend l'idée de « gardiens » du droit romain. En revanche, nulle mention n'est faite ici de la notion d'intervalles lucides : là où les Romains voyaient déjà des moments de

raison chez les sujets atteints de furor, le droit canonique médiéval n'envisage aucun moment de lucidité chez ces sujets (« ignorance totale »). Nous pouvons légitimement nous poser la question du traitement qui leur était infligé dès lors qu'ils étaient considérés comme fous.

3. Ancien droit

Aucun texte précédant ou incluant le Moyen-âge ne mentionne l'irresponsabilité pénale. La maladie mentale ne pouvait donc pas excuser un acte criminel, même si perpétré au cours d'une décompensation psychiatrique, et entraînait souvent au contraire une punition bien plus sévère que si le sujet avait été indemne de tout trouble, car il était alors considéré comme possédé par le démon (5), et généralement condamné au bûcher.

Le principe de l'irresponsabilité des déments est admis dans l'ancien droit français (XVI-XVIIIème siècle) et les jurisconsultes font référence à la loi Divus Marcus et au droit canonique, en retenant trois exceptions à ce principe : la folie volontaire (provoquée par l'ingestion de boissons ou d'aliments), le crime de lèse-majesté et le crime commis pendant un intervalle lucide (cette notion était déjà présente en droit romain). Une fois que le sujet était reconnu irresponsable de ses actes, le juge avait le pouvoir d'ordonner l'enfermement de ce dernier dans une maison accueillant les aliénés ou de les confier à la garde de la famille (4). Cependant, en cas de doute sur la lucidité au moment des faits, on présumait que le crime avait été commis sous l'emprise de la folie et il appartenait à l'accusation de prouver le contraire, à savoir que l'accusé avait agi pendant un intervalle lucide (6).

Le seul grand texte de loi sous l'Ancien Régime à avoir tenté de clarifier la situation des sujets non responsables au plan pénal au moment de l'action a été l'ordonnance de 1670 : « les furieux ou les insensés n'ayant aucune volonté ne doivent pas être punis, l'étant assez de leur propre folie ».

La période révolutionnaire ne verra aucune modification concernant la reconnaissance de l'aliénation mentale comme motif de non imputabilité pénale, conservant donc les dispositions antérieures.

4. L'article 64 du Code pénal de 1810 et l'évolution de la clinique expertale

L'évolution de la responsabilité en droit pénal est bien illustrée par la naissance du Code pénal français de 1810 dans lequel il est fait le postulat du libre arbitre : l'homme est libre et responsable quand il dispose de son libre arbitre. La folie est assimilée avec certitude à une maladie mentale aliénante de l'esprit, exclusive du discernement et de la liberté de décision (7). La conséquence en est donc l'irresponsabilité du dément. Le Code pénal napoléonien de 1810 définit formellement les cas d'irresponsabilité pénale à travers son article 64 : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou qu'il a été poussé par une force à laquelle il n'a pu résister ». Le caractère pour le moins abstrait de ces notions pour les juristes nécessite de plus en plus un éclairage spécialisé, afin de repérer ces « états de démence » et de tenter de préciser quelle pourrait-être cette « force à laquelle [le sujet] n'a pu résister » : le concours de l'expert, aliéniste puis psychiatre, est inhérent à ce texte. Le code de 1810 ne prévoit aucune mesure spéciale pour les conditions d'internement du sujet aliéné délinquant, qui est donc hospitalisé dans les mêmes conditions que l'aliéné non délinquant.

L'article 64 a fait l'objet de nombreuses critiques, tant sur la forme que sur le fond. Sur la forme, en plus du manque de précision des termes utilisés, il lui était reproché la quasi-annulation de l'acte par les termes « il n'y a ni crime ni délit », qui ne permettaient aucune distinction avec d'autres causes de non-imputabilité pénale comme l'état de contrainte (ce dernier ne pouvant relever d'une cause psychiatrique selon une jurisprudence constante (5)). Sur le fond, sa vision dichotomique opposant les sujets responsables-incarcérés aux sujets irresponsables-internés entraînait, à la suite de la simple reconnaissance de l'aliénation mentale, un internement dans des conditions de sécurité protégeant la société comme l'auteur de l'acte criminel (8), posant ainsi le problème de l'atteinte à la liberté individuelle et à la stigmatisation de la folie. À ce propos, le philosophe Althusser évoquait « la pierre tombale du silence » pour reprocher à la psychiatrie de l'avoir contraint à la situation d'un non-lieu après le meurtre pathologique de son épouse, dans son autobiographie intitulée « L'Avenir dure longtemps », parue en 1992.

Afin de tenter de pondérer cette vision dichotomique dénoncée par le courant libertaire de l'époque, et par les avancées psychiatriques qui mettent en exergue une gradation dans la

maladie mentale, le droit pénal français a progressivement pris en compte ces « demi-fous », également qualifiés d' « anormaux mentaux ».

5. De l'article 64 à l'article 122-1

La loi du 25 juin 1824 puis celle du 28 avril 1832 ont ouvert la possibilité aux juges de reconnaître des circonstances atténuantes dans certains crimes et délits, et d'adapter, en conséquence, la peine aux circonstances de l'espèce et à la personnalité et aux motivations de l'accusé.

Par la suite, un arrêt de la Cour de cassation de 1885 a posé explicitement le principe de l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement. La Cour a considéré qu' « il n'y a pas violation de l'article 64 du Code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée » (9).

Enfin, le 20 décembre 1905, le garde des Sceaux Joseph Chaumié adresse aux parquets généraux une circulaire (dite « circulaire Chaumié ») qui pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental : « à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé ». À cette fin, il est attendu du juge d'instruction qu'il demande systématiquement à l'expert, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du Code pénal), mais également de lui faire préciser « si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité » (9).

En plus de répondre à ces questions, l'expert doit se prononcer sur la dangerosité du sujet pour l'ordre public et la nécessité ou non d'un internement psychiatrique, et également préciser si les troubles mentaux que l'inculpé paraissait présenter n'étaient pas simulés (10).
Le rôle des experts psychiatres s'est ainsi largement développé, ne se résumant plus à la simple reconnaissance ou non d'une pathologie psychiatrique. Et, faute de pouvoir trouver un consensus sur la notion d' « anomalies mentales ou psychiques » susceptibles d'atténuer la responsabilité du sujet, les difficultés inhérentes à la pratique expertale n'ont pas tardé à apparaître. Où situer la limite entre le normal et le pathologique ?
À ce débat aux confins de la psychiatrie et de la philosophie s'est ajoutée une dimension sociale : des délinquants particulièrement dangereux, ces fameux « criminels anormaux mentaux non irresponsables », bénéficiaient de cette disposition qui aboutissait à des quantum de peines atténuées.
Cette circulaire a finalement été abrogée en 1953.

Par la suite, l'article 345 du Code de procédure pénale de 1959 a institué de nouvelles questions à l'expert, le magistrat étant libre de les proposer sous cette forme ou différemment :

- l'examen du sujet relève-t-il chez l'inculpé des anomalies mentales ou psychiques ?
- l'infraction qui lui est reprochée est-elle ou non en rapport avec de telles anomalies ?
- le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- le sujet est-t-il curable ou réadaptable ?

Encadré 1. Questions posées à l'expert – Article 345 du Code de procédure pénale de 1959.

Et c'est bien ce texte qui marque les débuts d'une politique de défense sociale. En effet, que proposer pour un sujet reconnu non curable ou non réadaptable par l'expert ? La peine maximum, la plupart du temps, dans une volonté collective de jurés soucieux de la protection de la société.

Afin de faire le point sur ce que proposait le Code pénal français pour la prise en charge des délinquants dit « mentalement anormaux », le procureur de la République de Paris, M. Pageaud, présentait en date du 15 mai 1975 un rapport intitulé « la situation des anormaux mentaux ». L'objectif était de tenter de trouver une alternative aboutissant à une protection des citoyens, une défense sociale adaptée et humaine pour les sujets en question, que le système psychiatrique ne pouvait pas prendre en charge. La notion d' « anormal mental » était formulée ainsi : « Le terme d'anormal n'a pas cours dans la terminologie psychiatrique contemporaine, mais il désigne encore communément des sujets porteurs de troubles dans l'établissement des relations avec autrui, troubles liés à des altérations de la personnalité sans pour autant atteindre la dimension de la maladie mentale caractérisée. » Il correspond le plus souvent au tableau clinique autrefois décrit par l'Ecole française sous le terme de « déséquilibre psychique » (10). Selon M. Pageaud, il s'agit principalement des sujets présentant des troubles de personnalité de type psychopathique, et plus généralement les troubles psychiques de type névrotique, en insistant sur les difficultés de prise en charge de ces troubles, et en maintenant la distinction entre abolition et altération du discernement.
La commission a alors adopté le texte suivant, véritable équivalent du deuxième alinéa de l'article 122-1 du Nouveau Code pénal : « Lorsque le sujet est atteint, au temps de l'action ou du jugement, de tout autre trouble psychique et, notamment, si celui-ci est de nature à influencer durablement son comportement, la juridiction prononce la peine prévue par la loi en tenant compte de cet élément et des possibilités de traitement . […] La reconnaissance du pouvoir (judiciaire) d'ordonner l'internement dans un établissement psychiatrique ne serait qu'une conséquence de plus d'un principe désormais acquis […]».
Cette proposition de réforme, qui provoqua une opposition massive de la part des psychiatres hospitaliers de l'époque, fut abandonnée.

Les années qui suivirent furent marquées par le vif débat opposant les défenseurs de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental à ceux qui considéraient que le non-lieu psychiatrique était stigmatisant, désocialisant, aboutissant même à une négation de l'individu. Parmi ces psychiatres, certains posaient la « responsabilisation forcenée » du sujet comme une façon de lui éviter l'aliénation. À ce propos, Henri Ey parle de l'abolition de l'irresponsabilité pénale comme d'un acte psychiatricide car, « dès lors, l'expertise (psychiatrique) n'aurait plus besoin d'être… et dans cette lancée – absurde – on pourrait laisser croire qu'il suffirait de supprimer la psychiatrie pour que la folie, la psychose disparaissent… »(10).

La promulgation de la loi n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du Code pénal signe l'acte de naissance pratique de l'article 122-1, qui ne sera appliqué qu'à partir de mars 1994, remplaçant l'article 64.

Alinéa 1 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Alinéa 2 : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

Encadré 2. Article 122-1 du Code pénal (2)

Ainsi, il aura fallu attendre près de deux décennies et de très nombreux débats pour que la loi française statue enfin sur l'irresponsabilité pénale et l'atténuation de la responsabilité pour trouble mental, cent-quatre-vingt-deux ans après la première définition de l'irresponsabilité pénale en Droit français.

II. L'IRRESPONSABILITE PENALE À L'ETRANGER

Nous proposons à présent de décrire succinctement le traitement juridique de l'irresponsabilité pénale à l'étranger, notamment dans les pays anglo-saxons où le système juridique est très différent de celui de la plupart des pays de l'Union européenne. Nous allons voir que d'autres codes pénaux oscillent entre irresponsabilité, non-punissabilité et non-culpabilité et distinguent les capacités cognitives, c'est-à-dire la capacité de discernement, et les capacités volitives, c'est-à-dire la capacité à se contrôler au moment des actes.

Un pays d'Europe présente un traitement juridique de l'irresponsabilité pénale différent du nôtre, la Suède, où l'irresponsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux a été supprimée par le Code pénal de 1962 (entré en vigueur en 1965). Actuellement, les troubles mentaux constituent une circonstance atténuante. Cependant, les personnes atteintes de

troubles mentaux ne sont pas passibles de prison mais d'amende et de placement sous contrôle judiciaire, et le tribunal prévoit une « peine » spécifique : le placement en hôpital psychiatrique. Le jugement doit être précédé d'une expertise psychiatrique. Le problème éthique posé par la confusion entre peine et soins semble actuellement faire discuter la réintroduction de la notion d'irresponsabilité pénale des sujets malades mentaux. Dans le rapport rendu en 2002 par la commission de réflexion chargée de présenter des propositions de réforme, la commission proposait notamment de réintroduire le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux et de supprimer de la liste des peines le placement en établissement psychiatrique, les soins pouvant, selon la commission, être délivrés pendant l'exécution de la peine privative de liberté. Actuellement, ces propositions sont à l'étude au ministère de la Justice. À la suite du meurtre de la ministre des Affaires étrangères Anna Lindh en septembre 2003, le gouvernement a nommé un coordinateur qui doit examiner l'ensemble des dispositions relatives aux malades mentaux et proposer des modifications législatives (11).

En revanche, l'irresponsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux est reconnue en Belgique, en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, avec toutefois des traitements variables. Dans ces pays, le Code pénal prévoit que les malades mentaux ne peuvent pas faire l'objet d'une peine, mais d'une « mesure de sûreté », dans un but de réinsertion du sujet, de réadaptation à la vie sociale. Il n'y a qu'en Allemagne ou, dans les cas les plus graves, au Danemark, que cette mesure de sûreté, la plupart du temps une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, est décidée pour une durée a priori illimitée. Les différents traitements juridiques sont brièvement décrits pour chaque pays en Annexe 1.

Dans tous les pays sus-cités, la juridiction pénale décide des mesures applicables aux délinquants atteints de troubles mentaux.

La situation est différente en Grande-Bretagne. La notion d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux en droit anglais (*insanity defense*) est apparue au milieu du XIXème siècle. Auparavant, quelques critères, mis en place à partir du XIIIème siècle, servaient à vérifier le degré de déficience mentale du sujet. Mais c'est en 1843, suite à la tentative d'assassinat du Premier ministre Sir Robert Peel par un homme délirant paranoïaque nommé McNaghten, qu'une jurisprudence des Law Lords introduit la notion d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, jusque-là très rarement reconnue, et basée sur le principe du discernement moral. Il s'agit des règles de McNaghten. Selon ces dispositions :

- Le malade mental est responsable de ses actes si, au moment où il agit, il sait qu'il enfreint la loi.
- Jusqu'à preuve du contraire, tout individu est considéré comme sain d'esprit. C'est à la défense de prouver clairement que l'individu a agi sous l'influence d'une *déficience mentale* (*disease of the mind*).
- Il faut établir que le malade délinquant n'a pu comprendre ni la *nature ni la qualité (nature and quality) de son acte, « acte nuisible et répréhensible »* ; enfin que s'il comprenait ce qu'il faisait, il ne savait pas que c'était interdit, « *contraire à la loi de Dieu et des hommes* ».

Encadré 3. Règles de MacNaghten (12).

La Chambre des Lords recommande que la question suivante soit posée au jury : l'accusé, au moment de commettre son acte délictueux, savait-il différencier le *bien du mal* ?

Cette vision manichéenne a persisté jusqu'à l'introduction en 1957 de la notion de responsabilité restreinte, par la proclamation de l'*Homicid Act*. Comme son nom l'indique, ce principe ne s'applique qu'aux homicides. Dans son article 2, cette loi atténue la responsabilité d'un criminel atteint de déficience mentale, ne le dégageant pas totalement de sa responsabilité pénale. Ainsi, en cas d'assassinat, il sera condamné seulement pour meurtre. Cette notion de déficience mentale, « abnormality of mind », signifie selon Lord Goddard, traitant d'une affaire criminelle, « tous les désordres provenant des fonctions de l'intelligence et des fonctions affectives », sans que cette définition ne soit officiellement reconnue dans la législation anglaise.

En cas d'irresponsabilité d'un délinquant pour troubles mentaux, le juge dispose de plusieurs possibilités : soit le placement dans un établissement psychiatrique, soit la mise sous tutelle des services sociaux, soit un traitement adapté, soit la mise en liberté pure et simple. Le placement en hôpital psychiatrique n'est prononcé qu'à l'encontre des auteurs d'infractions entraînant en principe une peine de prison, après avis de deux médecins. Cette hospitalisation est de durée limitée, mais la *Crown Court* (Cour d'Assises) peut décider d'un internement de durée illimitée. Le contrôle est fait par le ministre de l'Intérieur. Aucun régime spécial n'est

imposé au sujet hospitalisé, qui peut saisir l'une des trois commissions régionales de contrôle composées d'un psychiatre, d'un juriste et d'un spécialiste des services sociaux, qui peuvent ordonner la sortie si l'hospitalisation n'est plus justifiée (12).

Aux USA, la notion d'irresponsabilité pénale trouve également ses origines dans les règles de McNaughten. Comme en Grande-Bretagne et au Québec, l'expertise est contradictoire : l'expert de la défense dépose contre l'expert de l'autre partie. La partie qui veut démontrer que l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité a la charge de le prouver, et l'expert doit évaluer la capacité de l'accusé à être jugé.

Précédant la notion d'irresponsabilité pénale, le système pénal américain cherche au préalable à déterminer l'aptitude de l'accusé à suivre son procès selon la *Common Law* ; c'est le principe de compétence. Après son arrestation, l'accusé est placé en détention et attend sa première comparution devant une juridiction ; il s'agit de la phase d' « *arraignment* » au cours de laquelle sont notifiées à l'accusé les charges retenues contre lui et les premières mesures : maintien en détention, mise en liberté sous caution, ou mise en liberté sans conditions. Si l'accusé est incapable de suivre son procès, il est orienté vers un établissement de soins psychiatriques durant quelques semaines afin de recevoir un traitement lui permettant de devenir apte à suivre son procès. L'évaluation de la compétence peut être faite par l'avocat du sujet, mais peu se risquent à invoquer l'*insanity defense* de peur que la peine prononcée à l'encontre de leur client soit alourdie. En effet, la politique criminelle sécuritaire occupe une place prépondérante outre-Manche et outre-Atlantique dans la criminalisation des malades mentaux.

En droit pénal américain contemporain, trois possibilités existent selon les Etats lorsqu'un délinquant est atteint de troubles mentaux :

- Défense d'aliénation (*insanity defense*) rendant le malade irresponsable.
- Responsabilité partielle (*diminished responsibility*) en cas d'anomalies psychologiques altérant les capacités cognitives et volitives du sujet.
- Verdict « coupable mais reconnu aliéné» (*guilty but mentally ill*).

Au Québec, selon l'article 16 : « nul ne doit être déclaré coupable d'une infraction à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part alors qu'il était aliéné ; aux fins du présent article, une personne est aliénée lorsqu'elle est dans un état d'imbécilité naturelle ou atteinte de maladie mentale à un point qui la rend incapable de juger la nature et la qualité d'un acte ou d'une omission, ou de savoir qu'un acte ou une omission est mauvais. ». Lorsqu'un sujet est reconnu irresponsable pénalement en raison de ses troubles mentaux, il est systématiquement hospitalisé sur ordre du tribunal, les modalités d'hospitalisation étant fixées par le juge au moment du procès. La commission d'examen des troubles mentaux, composée d'un président membre du barreau du Québec, d'un psychiatre et d'une troisième personne (avocat, psychiatre, travailleur social), tient son audience à l'hôpital. Cette audience est publique et le patient peut y être représenté par son avocat. Elle doit avoir lieu 45 à 90 jours après le verdict de non-responsabilité criminelle puis au moins une fois par an. Au Canada, la défense de responsabilité atténuée en raison de troubles mentaux n'existe pas dans le Code criminel (4).

Le traitement pénal de l'irresponsabilité pour troubles mentaux dans les autres pays du Monde est très peu décrit dans la littérature internationale, et se rapproche des grands systèmes juridiques décrits ci-dessus et en annexe.

III. NOTIONS JURIDIQUES : LA RESPONSABILITE PENALE, L'IRRESPONSABILITE PENALE, LES CAUSES D'EXCLUSION DE LA FAUTE ET DISCERNEMENT

1. Définition juridique de la responsabilité pénale

La responsabilité pénale se définit comme l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par les textes qui les répriment. Elle concerne un fait volontaire ou non volontaire qui trouble l'ordre public sans causer obligatoirement de préjudice, à la différence de la responsabilité civile.

Ainsi, toute personne, qu'elle soit physique ou morale, a, en principe, vocation à voir sa responsabilité engagée dès lors qu'elle aura commis une infraction. Toutefois, pour être constituée, une infraction doit présenter trois éléments :

- L'élément légal : l'infraction doit être prévue par la loi.
- L'élément matériel : l'auteur doit avoir commis les actes réprimés par la loi.

- L’élément moral : l’infraction est nécessairement le résultat de l’intention coupable de son auteur ou d’une faute commise par ce dernier.

2. Causes d’exclusion de la faute

- ❖ Causes subjectives d’irresponsabilité ou causes de non-imputabilité : absence de l’élément moral.
  - Causes non présumées :
    - ➢ Trouble mental
    - ➢ Erreur de droit (absence de connaissance)
    - ➢ Contrainte (absence de liberté)
  - Cause présumée :
    - ➢ Minorité

Encadré 4. Causes subjectives d’irresponsabilité

Auparavant, les mineurs de moins de treize ans étaient d’office considérés comme irresponsables, et les plus de treize ans bénéficiaient de la présomption d’irresponsabilité. Actuellement, Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet.

Cette loi détermine également les sanctions éducatives qui peuvent être prononcées à l'encontre des mineurs de dix à dix-huit ans ainsi que les peines auxquelles peuvent être condamnés les mineurs de treize à dix-huit ans, en tenant compte de l'atténuation de responsabilité dont ils bénéficient en raison de leur âge (13).

- ❖ Causes objectives d'irresponsabilité : absence de l'élément légal
  - Justification fondée sur une injonction :
    - ➢ Ordre donné par un texte ou provenant de l'autorité légitime
  - Justification fondée sur une permission
    - ➢ Légitime défense
    - ➢ Etat de nécessité
    - ➢ Lois et coutumes

Encadré 5. Causes objectives d'irresponsabilité

3. L'irresponsabilité pénale pour trouble mental ou la perte du libre arbitre

Le droit français distingue bien l'irresponsabilité pénale et la notion de contrainte.
On parle de contrainte pour désigner ce qui a pu forcer le sujet à commettre l'infraction qui lui est reprochée. Elle peut être physique ou morale. La contrainte physique externe est une force naturelle, la contrainte morale externe est la menace, alors que la contrainte morale interne n'assure pas l'impunité quand il s'agit d'une passion, d'une émotion ou d'une conviction (8,14).
L'irresponsabilité pénale, elle, est définie par l'article 122-1 du Code pénal de 1992. Ses principes sont précis : leur nature juridique est bien une non-imputabilité et il s'agit bien de la déterminer au moment des faits. Le Code pénal rappelle que les juges de répression apprécient souverainement l'état mental de l'inculpé et que l'irresponsabilité pénale découle de la perte du libre arbitre, quelle que soit la nature du trouble mental qui en est à l'origine.

4. Evolution de la responsabilité en droit pénal

Gabriel Tardes, dans la *Philosophie pénale*, parue en 1890, insiste sur le fait que « la responsabilité a comme fondement la liberté de vouloir ». Responsabilité, volonté, liberté et libre arbitre ont toujours été associés dans la détermination de la capacité du sujet à répondre de ses actes devant la loi (15). La responsabilité de chaque individu est un des fondements de la société à laquelle il appartient, et toute société peut donc se décrire par les modalités selon lesquelles elle détermine la responsabilité de ses membres (16,17). L'appréciation de la responsabilité pénale a toujours oscillé entre deux positions opposées : prendre en compte

l'individu en appréciant sa capacité et sa volonté dans l'acte criminel commis, ou, au contraire, ne retenir que le crime, dont la sanction est la conséquence automatique prévue par la loi. L'évolution de la responsabilité en droit pénal est bien illustrée par la naissance du Code pénal français de 1810 dans lequel il est fait le postulat du libre arbitre : l'Homme est libre et responsable quand il dispose de son libre arbitre. La folie est, à l'époque, assimilée avec certitude à une maladie mentale aliénante de l'esprit, exclusive du discernement et de la liberté de décision. La conséquence en est donc l'irresponsabilité du « dément ». La dichotomie entre irresponsables-internés et responsables-incarcérés est pondérée par la circulaire Chaumier du 12 décembre 1905 qui demande de « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité ». Une nouvelle catégorie de délinquants malades mentaux est alors reconnue, celle des sujets dits « anormaux mentaux non irresponsables ».

IV. DONNEES CHIFFREES SUR L'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL

Le nombre de prononcés d'irresponsabilité pénale pour trouble mental n'est connu que depuis 1987, faute de statistiques antérieures car le Ministère de la Justice ne distinguait pas les non-lieux « psychiatriques » des non-lieux d'autre origine (18). La lecture des médias pourrait laisser entendre que le nombre grandissant de psychotiques incarcérés serait imputable à la diminution des prononcés d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Mais s'il est relativement difficile d'obtenir des chiffres fiables sur le nombre de prononcés d'irresponsabilité pénale pour trouble mental par an en France, nous constatons que ce taux semble se stabiliser à un bas niveau (7). Les résultats retrouvés au sein des différentes études statistiques de la justice montrent une relative stabilité depuis 1987, avec toutefois une baisse dans les années 1990: 444 dossiers en 1987 (soit 0.46% des affaires criminelles), 0.5% des affaires criminelles en 1988, 0.6% en 1989, 0.9% en 1992 puis 0.5% en 1994, 0.4% en 1996 , 0.25% en 1997 (19). Ces taux sont ensuite remontés avec 211 dossiers en 1998 (soit 0.45% des affaires criminelles), 285 dossiers en 2002. La baisse du nombre de prononcés d'irresponsabilité pénale pour trouble mental dans les années 1990 s'explique en partie par l'apparition Code pénal de 1992, entré en vigueur en 1994, et par son article 122-1, avec notamment la possibilité laissée par l'alinéa 2 de responsabiliser les sujets. De plus, les experts doivent à présent évaluer l'état mental au moment des faits, ce qui tranche avec la

pratique expertale des années 1960 où le sujet était reconnu irresponsable dès lors qu'une pathologie mentale était constatée.

Un article récent rapporte le nombre total de cas d'article 122-1 alinéa 1 relevé entre 2006 et 2010 sur les répertoires de l'instruction variant de 99 à 196, soit un taux oscillant entre 0.24 et 0.41% de l'ensemble des affaires instruites (20). Les auteurs invitent toutefois à rester prudent et à relativiser ces résultats puisque la très grande majorité des affaires pénales n'est pas instruite (97%). Quant au nombre d'hospitalisations d'office décidées par les préfets à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, il a augmenté significativement entre 1998 et 2008 en passant de 234 à 299 (21,22). Ces chiffres ne concernent que des sujets présentant une dangerosité psychiatrique suffisante pour justifier d'une hospitalisation. On ne connaît pas la proportion d'affaires instruites, ni les pathologies mentales, ni les faits commis (22).

Les prononcés d'irresponsabilité pénale peuvent être décidés par différentes instances. On remarque cependant qu'ils semblent plus fréquemment pris au cours de l'instruction. En effet, selon les informations communiquées par le ministère de la Justice, entre le 15 septembre 2008 et le 20 juillet 2009, 44 décisions d'irresponsabilité pénale ont été rendues, dont 30 pendant l'instruction, contre 13 par les tribunaux correctionnels et seulement une par une cour d'assises.

Sur ces 44 décisions, un peu plus d'un quart (27.3%) concernaient des affaires de meurtres, 15.4% des faits de violences, et 11,4% des affaires de vols. Il y avait un seul mineur parmi ces 44 sujets.

20 personnes ont fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office décidée par la juridiction compétente (18 sur décision d'une chambre de l'instruction, 2 sur décision du tribunal correctionnel).

12 ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de sûreté. Parmi ces 12 sujets, 9 personnes ont « subi » à la fois une mesure d'hospitalisation d'office et au moins une mesure de sûreté (23).

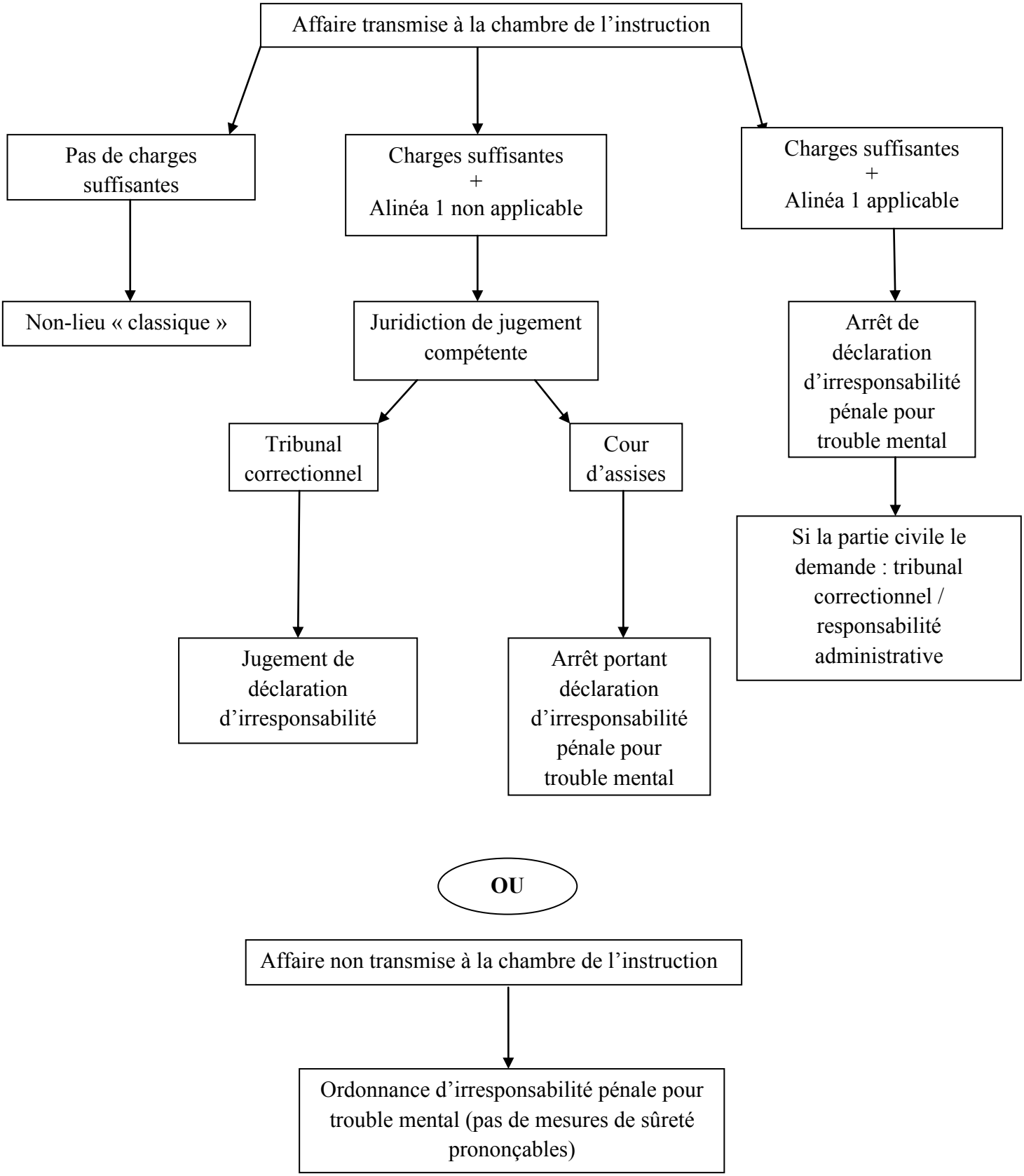
Ces mesures de sûreté sont définies dans la loi du 25 février 2008 que nous allons à présent développer.

V. TRAITEMENT JURIDIQUE ACTUEL DE L'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL.

1. Les différents temps de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

Auparavant, les sujets reconnus irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux faisaient l'objet, en fonction du stade auquel l'irresponsabilité pénale était prononcée, soit d'un non-lieu par le juge d'instruction, soit d'une relaxe (tribunal correctionnel), soit d'un acquittement (Cour d'Assises). La loi du 25 février 2008 (24) a modifié ces procédures et la terminologie qui s'y rattachent, en accordant une attention particulière à la victime ou ses ayants droit qui, jusque-là, se sentaient dépossédés, exclus d'une procédure confidentielle qui, sauf exception, se déroulait essentiellement dans le bureau du magistrat instructeur.

Nous allons à présent détailler les différents temps de la procédure où peut être faite la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, selon les articles 706-119 et suivants du Code de procédure pénale.



Les différents temps de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

✓ Au stade de l'instruction :

Au moment du règlement de l'information, s'il existe contre le sujet mis en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés et qu'il y a des « raisons plausibles » d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, le magistrat instructeur, le procureur de la République ou l'avocat d'une partie peuvent demander la saisine de la chambre d'instruction.

- Si l'affaire est transmise à la chambre d'instruction :

Un débat intervient alors devant la chambre d'instruction au sujet de la réalité des charges pesant contre le sujet mis en examen et également sur l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement du sujet mis en examen et entraînant de ce fait son irresponsabilité pénale.

Si l'état de santé du sujet le permet, la chambre de l'instruction ordonne sa comparution personnelle et le sujet doit obligatoirement être assisté d'un avocat. Cet avocat peut le représenter s'il ne peut pas comparaître. Lorsque le sujet est présent, il est interrogé puis les magistrats procèdent à l'audition des experts et, le cas échéant, des témoins. En dehors des cas de huis clos prévus par l'article 306 du Code de procédure pénale, tous les débats sont publics et l'arrêt est rendu en audience publique. La personne mise en examen et son avocat parlent en dernier. Trois décisions de la part de la chambre de l'instruction sont alors possibles :

➢ Soit il n'existe pas de charges suffisantes contre le sujet mis en examen d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés : il s'agit alors d'un non-lieu dit « classique ».

➢ Soit il existe des charges suffisantes ET la personne ne souffre pas de troubles ayant aboli son discernement : le sujet est alors renvoyé devant la juridiction de jugement compétente, à savoir le tribunal correctionnel s'il s'agit d'un délit ou la cour d'assises s'il s'agit d'un crime

➢ Soit il existe des charges suffisantes ET l'alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal est applicable : la chambre de l'instruction rend alors un *arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental*, en précisant qu'il existe des charges suffisantes contre l'intéressé. Si la partie civile le demande, la chambre de l'instruction ordonne le renvoi de l'affaire devant le tribunal correctionnel compétent afin qu'il se

prononce sur la responsabilité civile du sujet et statue sur les demandes de dommages et intérêts, conformément aux dispositions de l'article 489-2 du Code Civil.

- Si l'affaire n'est pas transmise à la chambre d'instruction :

Le juge d'instruction rend une *ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*, et non plus une ordonnance de non-lieu comme précédemment. Aucune mesure de sûreté ne pourra alors être prononcée. Dans cette ordonnance doit figurer le fait qu' « il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés ».

Mais la question de l'irresponsabilité pénale peut encore se poser plus tard dans la procédure si elle n'a pas été soulevée au cours de l'instruction ou retenue par la chambre de l'instruction.

- ✓ Devant la juridiction de jugement : tribunal correctionnel et cour d'assises :

Le déroulement du procès n'a pas été modifié par la loi du 25 février 2008, mais la terminologie a changé. En effet, lorsqu'il apparaît que les faits sont bien imputables matériellement à la personne jugée et que les dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal lui sont applicables, le président de la cour d'assises ne prononce plus un acquittement mais un *arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* (art. 706-130 du CPP), et le tribunal correctionnel rend un *jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* et non plus une relaxe, en précisant que la personne a commis les faits qui lui sont reprochés (art. 706-133 du CPP). La cour d'assises sans le jury ou le tribunal correctionnel pourront se prononcer sur d'éventuels dommages et intérêts dus à la victime (25).

Par ailleurs, la reconnaissance d'une irresponsabilité pénale pour trouble mental, quel que soit le stade où elle est prononcée, met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.

En revanche, les magistrats peuvent assortir la décision d'irresponsabilité pénale pour trouble mental d'une ou plusieurs mesures de sûreté (12), que nous allons à présent exposer.

2. Mesures de sûreté potentiellement applicables

La lutte contre la récidive criminelle constituait déjà un sujet de préoccupation majeure pour les Romains qui prévoyaient une aggravation de la peine « s'il y a réitération du comportement séditieux chez les jeunes gens qui persévèrent dans leurs projets audacieux, si les agresseurs et pilleurs sont coutumiers du fait, s'il y a récidive de désertion chez les militaires » (Digeste). Le Code pénal impérial de la Chine d'autrefois (Ta Tsing Leu Lee) contenait de nombreuses dispositions relatives à la dangerosité et au récidivisme et prévoyait une surpénalisation des auteurs d'infractions majeures ou successives.

Le Code pénal français s'est progressivement alourdi, au gré de ses modifications, de nombreuses dispositions complémentaires concernant les « personnes dangereuses condamnées » :

- Sursis avec mise à l'épreuve (art. 132-40 du CP)
- Libération conditionnelle (art. 729 du CPP)
- Suivi socio-judiciaire (art. 131-36-1 du CP) avec possibilité d'une injonction de soins (art. 131-36-4 du CP) et d'une surveillance électronique mobile (art. 131-36-9 du CP)
- Surveillance judiciaire (art. 723-29 du CPP)

jusqu'à la création de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

À présent, en cas de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale du sujet matériellement imputable, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement (cour d'assises ou tribunal correctionnel) peuvent ordonner, par décision motivée et après expertise psychiatrique :

- L'hospitalisation sous contrainte dans un établissement psychiatrique public, initialement d'office, à présent en soins à la demande d'un représentant de l'Etat (art. 706-135 du CPP).
- Des mesures de sûreté à l'encontre du malade mental irresponsable (art. 706-136 du CPP), qu'il soit hospitalisé ou non. Elles ne doivent pas constituer un obstacle aux soins. Leur durée ne peut excéder dix ans en matière correctionnelle et vingt ans si l'infraction commise, qu'il s'agisse d'un crime ou d'un délit, est punie de dix ans d'emprisonnement. Il s'agit d'une ou plusieurs des interdictions suivantes : communiquer avec la victime, certaines personnes ou catégories de personnes ; paraître en certains lieux ; détenir ou porter une arme ; exercer certaines activités

professionnelles ou bénévoles ; conduire un véhicule (art. 706-136 du CPP). La « méconnaissance » de ces interdictions par le patient est punissable selon les termes de l'article 706-139 du CPP. Il doit donc être en mesure de les intégrer.

La loi du 25 février 2008 prévoit aussi que les décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental soient inscrites non seulement sur le fichier national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (4° de l'art. 706-53-2 du CPP), mais également dorénavant sur le casier judiciaire national automatisé (10° de l'art. 768 du CPP).

Ainsi, les deux innovations à relever sont: la possibilité pour la juridiction compétente d'ordonner une hospitalisation sous contrainte et des mesures de sûreté, et l'inscription de la décision sur le casier judiciaire, ce qui nous amène à la question de l'interface psychiatrie-justice.

VI. LES SOINS SANS CONSENTEMENT, OU LES RECHERCHES D'EQUILIBRE ENTRE LOI D'INTERNEMENT ET CODE PENAL.

Il est inconcevable de parler de l'irresponsabilité pénale sans évoquer les évolutions concernant les hospitalisations sous contrainte, puisque la loi prévoit la possibilité d'hospitaliser un sujet sans son consentement à la suite d'un passage à l'acte au cours duquel il a été reconnu que son discernement était aboli.

Le rôle prévalent de l'autorité administrative dans la prise en charge des malades mentaux remonte à la Révolution française (26). Il est confirmé sous le règne de Louis-Philippe avec la loi du 30 juin 1838, qui définit pour la première fois et organise le placement des malades mentaux dans les établissements psychiatriques selon deux régimes différents : le placement d'office, prononcé par le préfet, et le placement volontaire. La loi de 1838 est à l'origine de la création d'un « asile » dans chaque département pour traiter les malades mentaux quelle que soit leur situation, tout en se souciant du respect des droits et des intérêts de la personne hospitalisée sous contrainte. Malgré les différentes critiques et les tentatives de réforme, ce dispositif est maintenu jusqu'en 1990, « tant l'équilibre entre les exigences du soin, de la sécurité publique et du respect de la liberté individuelle est difficile à remettre en cause » (12). La loi du 27 juin 1990 révise ce dispositif en tenant compte des évolutions de la pratique médicale, allant dans le sens de la désinstitutionalisation de la psychiatrie et du développement des soins ambulatoires, suivant ainsi le courant libertaire de l'époque, dans une volonté de préserver les libertés individuelles et notamment les droits des patients

hospitalisés sans leur consentement. Les différentes orientations, recommandations et directives européennes précisent que les soins sous contrainte relèvent de l'autorité judiciaire, mais les textes n'excluent pas le rôle de l'autorité administrative, toujours prédominant en France contrairement à d'autres pays européens (Pays-Bas, Allemagne ou encore Grande-Bretagne).

Cette loi d'internement rénovée précèdera le Code pénal de 1994. Cette refonte des deux codes sera à l'origine de la « solution française », dans la recherche d'équilibre entre santé et justice. Les caractéristiques de cette « solution française » sont les suivantes :

- Deux niveaux d'étude de la responsabilité en fonction de la clinique au moment des faits : abolition ou altération du discernement.

- L'hospitalisation d'office judiciaire n'est pas une obligation ni une conséquence du non-lieu judiciaire.

- Le juge pénal passe le relais au préfet, juge administratif, qui est le seul à gérer la mesure d'internement du malade mental en non-lieu judiciaire.

- Il n'y a pas de contrôle par le juge pénal des modalités de levée de l'hospitalisation d'office, ni même la possibilité de mesures de sûreté.

Nous allons à présent nous intéresser plus précisément à la situation des sujets concernés par notre travail, c'est-à-dire ceux ayant commis des infractions et souffrant de troubles mentaux ayant aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes.

Initialement, l'article L.348 du Code de la Santé Publique modifié (27) individualisait un sous-groupe de patients parmi ceux relevant de l'hospitalisation d'office, celui communément qualifié de « médicolégal ». Il s'agissait des patients ayant bénéficié d'un non-lieu (ancienne dénomination de l'irresponsabilité pénale par la chambre de l'instruction), d'une décision de relaxe (anciennement par le tribunal correctionnel) ou d'un acquittement (anciennement par la cour d'assises) en application des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal et qui pouvaient compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. L'avis médical portait sur l'état actuel du patient. Lorsque le malade mental irresponsable pénalement était hospitalisé d'office, deux experts n'appartenant pas à l'établissement d'accueil du malade étaient requis pour statuer sur l'absence de dangerosité du sujet pour lui-même et pour autrui, une fois la stabilisation clinique obtenue, avant la mainlevée de l'hospitalisation. Ils se référaient à

l'évaluation de l'agressivité de l'individu, son impulsivité, son engagement dans le processus de violence, sa manière de le reprendre dans la verbalisation, son déni éventuel de la maladie, le degré de celle-ci et ses antécédents. Ils validaient la qualité de la prise en charge, la présence de structures intermédiaires d'encadrement et de soins, la présence ou non des tiers, familles, amis et victimes (12). Cette loi a été abrogée par l'ordonnance du 15 juin 2000 (28).

Depuis la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental (24), en cas de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale de la personne matériellement imputable, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement (tribunal correctionnel, cours d'assises) peuvent ordonner par décision motivée et après expertise psychiatrique l'hospitalisation d'office de l'intéressé dans un établissement psychiatrique public selon les dispositions de l'article L3213-1 du Code de la Santé Publique. La fin de l'hospitalisation reste celle prévue par l'article L3213-8 du même code, après avis favorable de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement d'accueil et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République. Sa durée n'est pas déterminée. Cette loi marque l'introduction en droit français de ce que l'on pourrait appeler « l'internement d'office judiciaire », procédure en vigueur dans les pays étrangers (25).

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 (29) prévoyait dans sa version initiale un régime spécifique de mainlevée des mesures de soins pour les patients pénalement irresponsables. Dans cette hypothèse, le juge des libertés et de la détention, et non plus le préfet, devait recueillir, avant de statuer, l'avis d'un collège d'experts, et ne décider la mainlevée de la mesure de soins qu'après deux expertises par deux experts différents.

La loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 (30) restreint ce régime aux peines d'une certaine gravité. Ainsi, ces modalités spécifiques de mainlevée de la mesure de contrainte sont restreintes aux patients ayant été considérés pénalement irresponsables à raison de faits punis d'au moins cinq ans de prison en cas d'atteinte aux personnes, et d'au moins dix ans de prison en cas d'atteinte aux biens. Les patients ayant commis des infractions dont le quantum de la sanction serait moindre ne sont plus soumis à ces conditions strictes de mainlevée de la mesure de contrainte et peuvent obtenir une décision de mainlevée du juge des libertés et de la détention dans les conditions de droit commun, sans recours systématique à une expertise.

Il reste toutefois des lacunes dans ce dispositif ; en effet, l'article L3213-7 du Code de la Santé publique, qui régit les modalités d'hospitalisation sous contrainte suite à un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, précise de manière assez confuse : « à toutes

fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues » (31). En réalité, l'autorité judiciaire ne fait pas systématiquement part de ses décisions, en cas de prononcé d'irresponsabilité pénale, à l'autorité administrative ; ainsi, des sujets reconnus irresponsables de leurs actes en raison d'un trouble mental sont mis ou remis en liberté sans prise en charge thérapeutique particulière, ce qui explique que certains prononcés d'irresponsabilité pénale ne soient pas, paradoxalement, suivis d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte (32).

Ces relations étroites entre psychiatrie et justice sont complexes. Les difficultés qui en découlent sont particulièrement présentes dans le cadre de la pratique expertale, véritable clef de voûte à l'interface de ces deux mondes si différents mais pourtant si liés.

VII. LES DIFFICULTES INHERENTES À LA PRATIQUE EXPERTALE

La médicalisation de la responsabilité est très ancienne. Au XVIIème siècle, Zacchias pense que seul le médecin peut se prononcer sur la responsabilité de l'Homme. Il revendique un examen médical pour chaque « fou » et une exonération de peine rendant possibles les soins. Pinel, dès 1790, insiste sur le fait que « les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux ». Ses élèves, Esquirol et Georget, amènent une vision médicolégale sur le malade mental dont la clinique médicolégale est au cœur de la clinique quotidienne : « Les passions arment une main homicide […], les aliénés attentent à la vie de leur semblable ; 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 ou se ranger, les autres, trompés par des illusions des sens ou des hallucinations, obéissent à l'impulsion du délire » (7, 33).

La naissance de la clinique permettant de repérer le malade mental parmi les délinquants incarcérés sera à l'origine de la recherche d'un équilibre entre santé et justice et donc entre hôpital psychiatrique et prison. Cette recherche d'équilibre donnera une place centrale à l'expertise psychiatrique (34), dont nous proposons à présent d'aborder les difficultés, dans ce contexte d'évaluation de la responsabilité d'un sujet.

1. Les difficultés de la pratique expertale : un débat ancien…

L'expertise psychiatrique pénale est en effet, encore aujourd'hui, sujette à beaucoup de critiques et de controverses, ce qui a amené la commission d'audition à proposer des recommandations en 2007 (35). Pour reprendre les termes des auteurs : « l'expertise psychiatrique, à travers l'identification de l'abolition du discernement, a pour objet de donner des soins à la personne malade plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi. L'abolition du discernement concerne toutes les situations cliniques et médicolégales dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien *direct et exclusif* entre une pathologie psychiatrique aliénante au moment des faits et l'infraction commise » (36).

Plus d'un siècle plus tôt, en 1903, Gilbert Ballet (37) tente de synthétiser la pratique expertale psychiatrique en faisant déjà apparaître la notion de responsabilité atténuée et en insistant sur la nécessaire attention à apporter aux symptômes peu bruyants : « La folie qui n'existait pas au moment de l'acte peut éclater plus tard, soit pendant l'instruction, soit au moment des débats. L'expert devra rechercher avec soin si la maladie mentale, pour n'être pas manifeste au temps de l'acte, n'existait pas moins déjà ». De plus, selon lui, la responsabilité pénale ne saurait être le fait du psychiatre, car elle est non pas d'ordre médical mais bien d'ordre moral.

Par la suite, plusieurs rapports dénoncent l'accumulation de malades mentaux dans les prisons, qu'ils aient été méconnus par l'expert ou responsabilisés malgré la présence de troubles mentaux. Dans son traité de 1909, Régis évoque les causes de la méconnaissance et de la condition des aliénés criminels : « par une trop grande précocité du jugement par le tribunal des flagrants délits ; par suite du défaut d'expertise ; par suite du rejet des conclusions de l'expert ; par suite du refus d'ordonner une expertise ; par suite d'erreurs des experts » (38). Il adhère aux conclusions du traité de Pactet et Colin de 1891 et notamment aux mesures proposées, intitulées « mesures préventives destinées à diminuer le nombre de crimes des aliénés : internement aussi prompt que possible ; examen médical obligatoire de tout prévenu après son arrestation ; attribution exclusive des expertises concernant l'état mental aux médecins aliénistes ; contrôle de l'état mental des détenus dans les prisons par les médecins ayant des compétences en psychiatrie ; révision des procès des aliénés méconnus ou condamnés sur appel du procureur général » (7). Ce débat est toujours clairement d'actualité aujourd'hui.

Rogues de Fursac, en 1923, partage l'avis de ses prédécesseurs quant à l'orientation à donner à un patient reconnu irresponsable, responsable, ou partiellement responsable (7). En revanche, sa position concernant le rôle de l'expert psychiatre peut surprendre. En effet, il affirme que l'expert psychiatre doit être en mesure de « prévoir les réactions futures d'un délinquant psychiquement anormal et les effets que l'on peut attendre sur sa conduite à venir de l'indulgence ou de la sévérité ». Il affirme également que l'expert ne peut déclarer un accusé irresponsable que dans le cas où la prise en charge proposée pourra garantir la défense sociale, en d'autres termes annihilera tout risque de récidive (39). Cette vision est contredite par plusieurs de ses confrères qui défendent l'idée que la complexité de la Psyché humaine empêche de pouvoir prévoir avec certitude une quelconque réaction et pensent qu'il existe une « zone d'indétermination ».

2. Existence d'une « zone d'indétermination » ?

Comme le précisent les docteurs Rossinelli et Pénochet (40), « entre l'évaluation de la pathologie psychiatrique aboutissant au diagnostic et la traduction de ce dernier en termes d'abolition ou d'altération, il existe inéluctablement une zone d'indétermination dans laquelle l'interprétation médicale atteint ses limites et se trouve contaminée par des considérations philosophiques ou morales quand ne s'y engouffrent pas des positions dogmatiques ou idéologiques ».

C'est bien cette « zone d'indétermination » qui fait l'objet de tant de débats. Il convient de rappeler que le prononcé de l'irresponsabilité pénale au moment des faits criminels ou délictueux ne relève pas directement de l'expert mais bien du juge. L'expert doit s'exprimer sur les notions d'abolition ou d'altération du discernement, qui ne sont pas d'ordre médical, comme le soulignait déjà Gilbert Ballet, et qu'aucun outil clinique ne permet de définir avec certitude.

Certes, certains cas ne laissent aucune ambiguïté possible : s'agissant d'un patient psychotique en pleine décompensation, en proie à un délire de persécution centré sur son épouse et qui la tue sur injonction hallucinatoire, par exemple, l'abolition du discernement au moment des faits ne laissant que peu de doutes, l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux sera reconnue sans difficulté. Seulement, la complexité du psychisme humain, qui

plus est dans le domaine de la pathologie, fait que la majorité des situations rencontrées en clinique expertale ne sont, la plupart du temps, pas si simples. Non seulement l'expert doit préciser, à distance des faits, si des troubles psychiatriques étaient présents, qu'il s'agisse de troubles de l'humeur ou de troubles psychotiques, mais il doit prendre en compte un faisceau d'arguments complexes tels que le lien entre le mobile, la pathologie et la personnalité sous-jacente, l'évolutivité de la maladie mentale, le rapport au réel, les interactions qui se sont jouées entre l'agresseur et la victime, la psycho-dynamique du passage à l'acte… qui sont autant de facteurs primordiaux mais tellement difficiles à décrypter a posteriori… S'ajoute à cela l'épineux problème des personnes en rupture de traitement au moment du passage à l'acte, ayant « volontairement » arrêté leur traitement et que certains experts responsabilisent, alors même que la mauvaise compliance aux soins fait partie intégrante de leur maladie… Et que dire des patients qui s'intoxiquent volontairement, qui s'alcoolisent, consomment des toxiques et commettent des délits ou des crimes sous l'emprise de stupéfiants ?

En dehors de cas extrêmes, il n'existe pas de clinique de l'abolition ou de l'altération, et la part de l'interprétation demeure très importante. C'est cette « zone d'indétermination » dont parlent les docteurs Rossinelli et Penochet qui explique qu'à partir d'un même diagnostic, les conclusions des experts puissent être très variables.

En outre, l'existence de cette zone d'indétermination est confrontée à des attentes toujours plus grandes des magistrats, qui complexifient encore la pratique expertale.

3. Une pratique rendue plus difficile par l'évolution des attentes des magistrats

Les attentes des magistrats vis-à-vis de l'expert psychiatre ne cessent d'évoluer. Parmi eux, nombreux sont ceux qui insistent sur le fait que leurs attentes dépassent la simple démarche psychiatrique de recherche clinique d'une pathologie psychiatrique pouvant permettre de discuter une abolition ou une altération du discernement, ce qui en soit est déjà une tâche complexe comme nous l'avons déjà évoqué. Ils attendent une analyse psychopathologique permettant d'éclairer le passage à l'acte criminel et, de plus en plus fréquemment, des éléments permettant d'évaluer la dangerosité. Selon Senon et al. (7), trois niveaux d'analyse clinique peuvent être attendus dans l'expertise psychiatrique pénale :

- Niveau 1 : analyse psychiatrique, où l'expert se limite à la recherche de troubles mentaux, discute les diagnostics, recherche un rapport entre les troubles et le passage à l'acte, et discute d'une abolition ou d'une altération du discernement.

- Niveau 2 : analyse psychopathologique du passage à l'acte à travers l'histoire du sujet, son aménagement défensif, la singularité de sa relation aux autres. Cette analyse se rapproche de l'expertise psychologique.

- Niveau 3 : analyse psycho-criminologique, de plus en plus demandée par la Justice notamment pour amener des éléments sur la dangerosité criminologique du sujet et tenter d'évaluer les risques de récidive.

Le débat fait rage entre les experts qui, pour certains, considèrent que leur tâche se situe au niveau 1, d'autres aux niveaux 1 et 2, et enfin une minorité d'experts ayant suivi des formations complémentaires en psycho-criminologie et pouvant intervenir au niveau 3 mais qui restent peu nombreux.

L'expertise psychiatrique pénale fait l'objet de nombreuses critiques, que nous développerons dans la partie Discussion.

Actuellement, les questions posées par les magistrats aux experts appelés à se prononcer sur la responsabilité du sujet sont les mêmes que celles instituées par l'article 345 du Code de procédure pénale de 1959 et présentées dans l'Encadré 1 (p.32), avec deux questions supplémentaires, la première constituant l'élément central de notre travail :

- 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 (au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du CP), ou ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de se actes (au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du CP) ?

- Le sujet doit-il faire l'objet d'un suivi spécialisé ou d'un traitement spécifique nécessité par son état ?

En effet, l'accent est mis actuellement sur la prise en charge à proposer pour un patient ayant commis une infraction en lien avec des troubles mentaux, avec en filigrane la notion de risque de récidive et donc de prévention de ce risque.

Avec le développement, dans les années 1960, de chimiothérapies actives et de la désinstitutionnalisation psychiatrique, l'expert a été incité à se centrer, comme le Code pénal l'y invite, sur l'état mental au moment des faits, en prenant en compte la possible stabilisation des troubles (7). À l'instar de l'évolution de la psychiatrie française vers la désinstitutionnalisation, la clinique expertale a elle aussi évolué et a suivi le mouvement de « désaliénation » (18) entamé depuis la guerre. Des sujets qui, hier, auraient été reconnus irresponsables par la simple reconnaissance chez eux de l'existence d'éléments psychopathologiques seraient certainement aujourd'hui pour beaucoup reconnus responsables avec discernement altéré, à moins de mettre en évidence un lien direct, autant que faire se peut, entre ses troubles psychiatriques et le passage à l'acte. En d'autres termes : il ne s'agit plus aujourd'hui d'établir un diagnostic psychiatrique mais de développer une véritable discussion médicolégale, d'interpréter la nature de l'acte, ce qui, de ce fait, s'éloigne des compétences purement scientifiques.

C'est cette complexité, inhérente à un sujet, mêlant médecine, sociologie voire philosophie, qui nous a interpellés.

Cette population, les sujets reconnus irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental, est peu nombreuse. Peut-on cependant isoler des caractéristiques sociodémographiques, criminologiques et cliniques communes ? C'est l'objet de notre étude, développée dans la suite de notre travail.

PARTIE II : ETUDE

I. MATERIEL ET METHODE

1. Présentation de l'étude

A. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, criminologiques et cliniques d'une population de sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

B. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- De mettre en évidence des facteurs communs chez ces patients et ainsi établir un profil à risque, dans une démarche de prévention du passage à l'acte.
- De faire un état des lieux des modalités de recueil des données concernant cette population dans les dossiers médicaux et dans les expertises psychiatriques.

C. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective, transversale.

2. Population étudiée

L'échantillon pour notre étude est constitué de sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux, selon les termes de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal.

En dehors du prononcé d'irresponsabilité pénale, l'autre critère d'inclusion est que ce prononcé doit dater au plus tôt de 1994, ce qui correspond à la date d'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, publié en 1992. Nous avions prévu initialement de retenir comme critère d'inclusion temporel un prononcé d'irresponsabilité pénale entre 2005 et 2015 mais nous avons dans un second temps élargi ce critère temporel afin d'augmenter la taille de notre échantillon.

Un discernement reconnu altéré au moment du passage à l'acte, selon les termes de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal, constitue le seul critère d'exclusion.

Compte-tenu du faible nombre de prononcés d'irresponsabilité pénale et de la difficulté d'accès à ces données, nous n'avons pas limité notre recherche aux patients de la région Lorraine, d'autant plus qu'un certain nombre de données ont été recueillies en UMD où les patients admis viennent de toute la France. En revanche, les professionnels contactés afin de recueillir nos données travaillent tous dans la région Lorraine.

3. Modalités de recueil des données

Nous avons initialement contacté par courriel les médecins DIM (Département d'Information Médicale) et présidents de CME (Commission Médicale d'Etablissement) ainsi que les Directeurs de tous les établissements psychiatriques et/ou des établissements hospitaliers comprenant un service de psychiatrie sur la région Lorraine, afin de leur demander l'autorisation d'accès aux dossiers médicaux de patients hospitalisés sous contrainte selon les termes de l'article L3213-7 du Code de la Santé Publique (Mail en Annexe 2).

Parallèlement, nous avons contacté des médecins experts travaillant dans la région Lorraine afin de leur demander l'accès à des expertises de patients ayant été par la suite irresponsabilisés.

Nous avons donc, après consultation de dossiers médicaux dans certains établissements psychiatriques, et dépouillement d'expertises mises à notre disposition par leurs auteurs, pu constituer un échantillon de 88 sujets. La taille de l'échantillon n'avait pas été fixée à l'avance. La date d'arrêt de l'inclusion a été fixée arbitrairement au 21 juin 2015.

Toutes les données utilisées ont été recueillies après obtention de l'autorisation d'accès au dossier médical provenant du médecin DIM, du président de CME et de la direction d'établissement, et accord également des médecins experts pour les données issues d'expertises psychiatriques. Les données issues des dossiers médicaux ont été consultées sur place.

Toutes les données ont été anonymisées dans un second temps.

4. Données étudiées

- Sources des données : dossier médical, observation ou demande d'admission en UMD/USIP, expertise, ordonnance du tribunal.

- Données sociodémographiques : sexe, âge au moment des faits, âge au moment du prononcé d'irresponsabilité pénale, niveau d'études, statut socio-professionnel, existence d'une mesure de protection des biens, versement de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), relations intra-familiales et relations inter-personnelles, statut affectif, enfants.

- Données criminologiques et judiciaires : faits, profil victimologique, antécédents de violences en hospitalisation et/ou en détention, antécédents judiciaires, autres prononcés d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

- Données cliniques et anamnestiques : diagnostics psychiatriques, antécédents de prises de toxiques, trouble de la personnalité associé, antécédents psychiatriques, facteur déclenchant du passage à l'acte, circonstances de survenue du passage à l'acte (par-rapport à une éventuelle prise en charge spécialisée), antécédents de traumatismes.

5. Analyse statistique

Une analyse descriptive de l'échantillon a été réalisée. Les variables qualitatives ont été présentées sous la forme d'un effectif et d'une proportion. L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel Microsoft Excel.

Les variables quantitatives sont présentées avec leur moyenne et écart-type.

6. Aspects éthiques

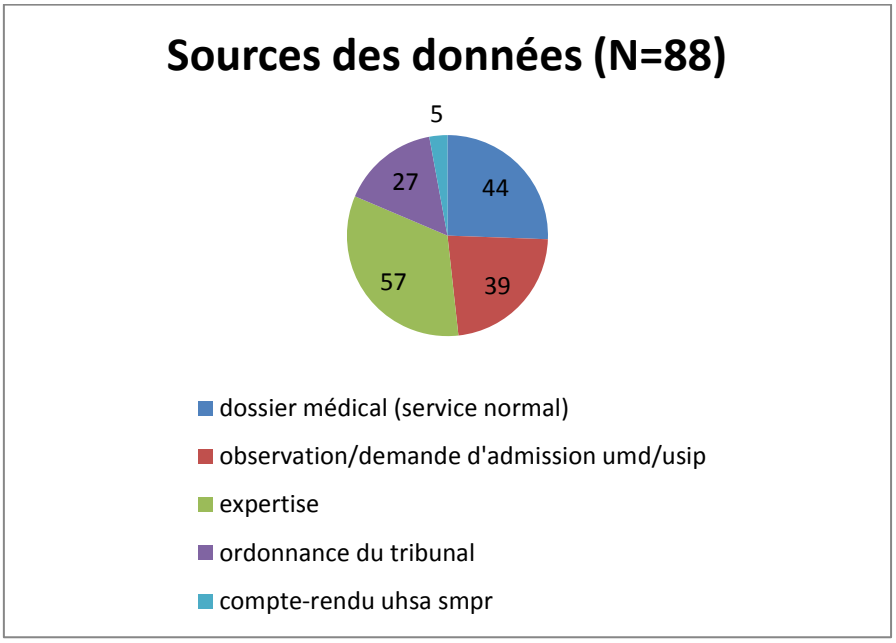
Toutes les données ont été secondairement anonymisées, et aucune donnée nominative n'a été conservée. Chaque donnée a été recueillie après obtention de l'accord des médecins DIM et des présidents de CME, ainsi que l'accord des experts psychiatres auteurs des expertises, par courriel. La saisie des informations a été effectuée par une personne unique.

II. RESULTATS

Au total : 88 patients ont été inclus dans l'étude.

Pour chaque graphique, N correspond au nombre de personnes pour lesquelles l'information est disponible.

1. Sources des données

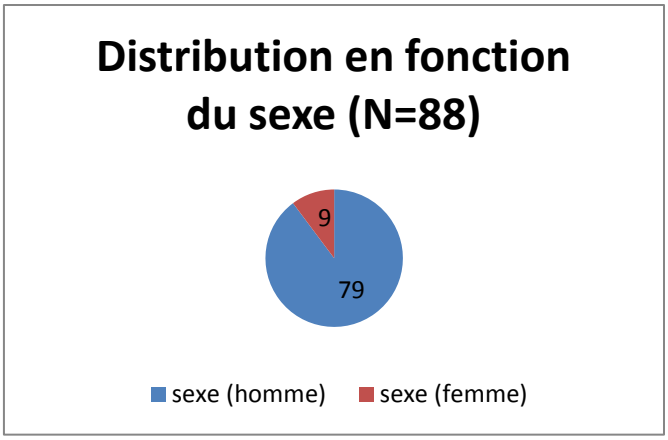


La majorité de nos données provient d'expertises ; pour certains sujets, les informations proviennent de plusieurs sources, ce qui explique que le total des sources soit supérieur au nombre de sujets inclus.

2. Données sociodémographiques

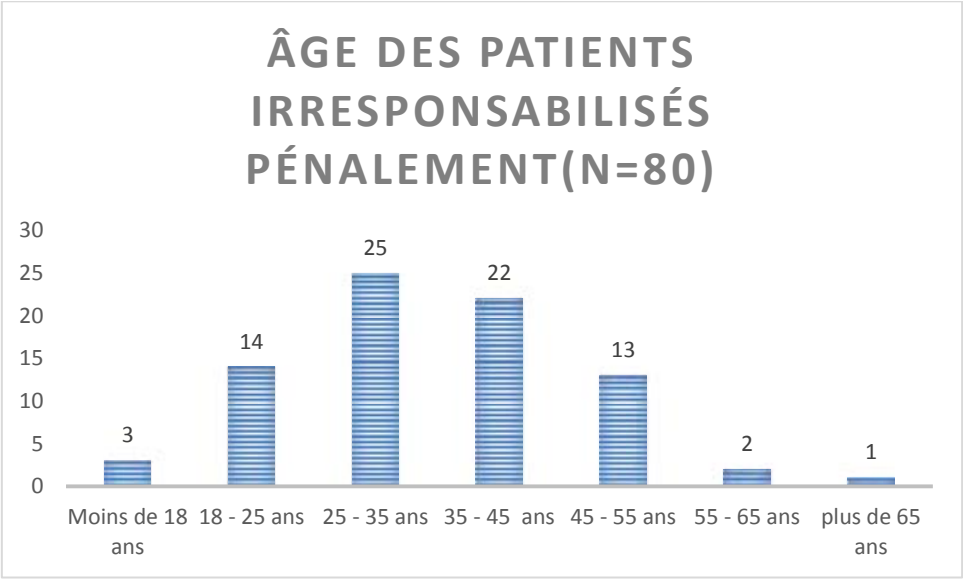
A. Sexe

La majorité de notre population est constituée d'hommes (79 sujets soit 90%).

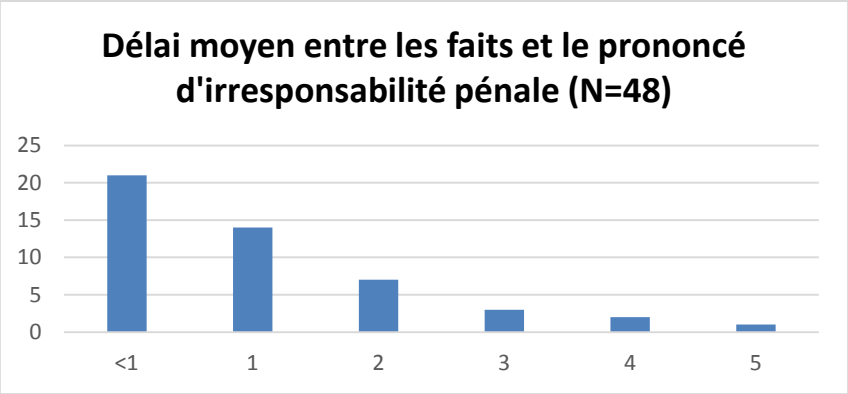


B. Âge au moment des faits et du prononcé d'irresponsabilité pénale

L'âge moyen au moment du passage à l'acte est de 34.6 ans (écart-type de 11.1 ans), avec un âge minimal de 15 ans et un âge maximal de 65 ans. La tranche d'âge des 25-45 ans constitue plus de la moitié de l'échantillon.

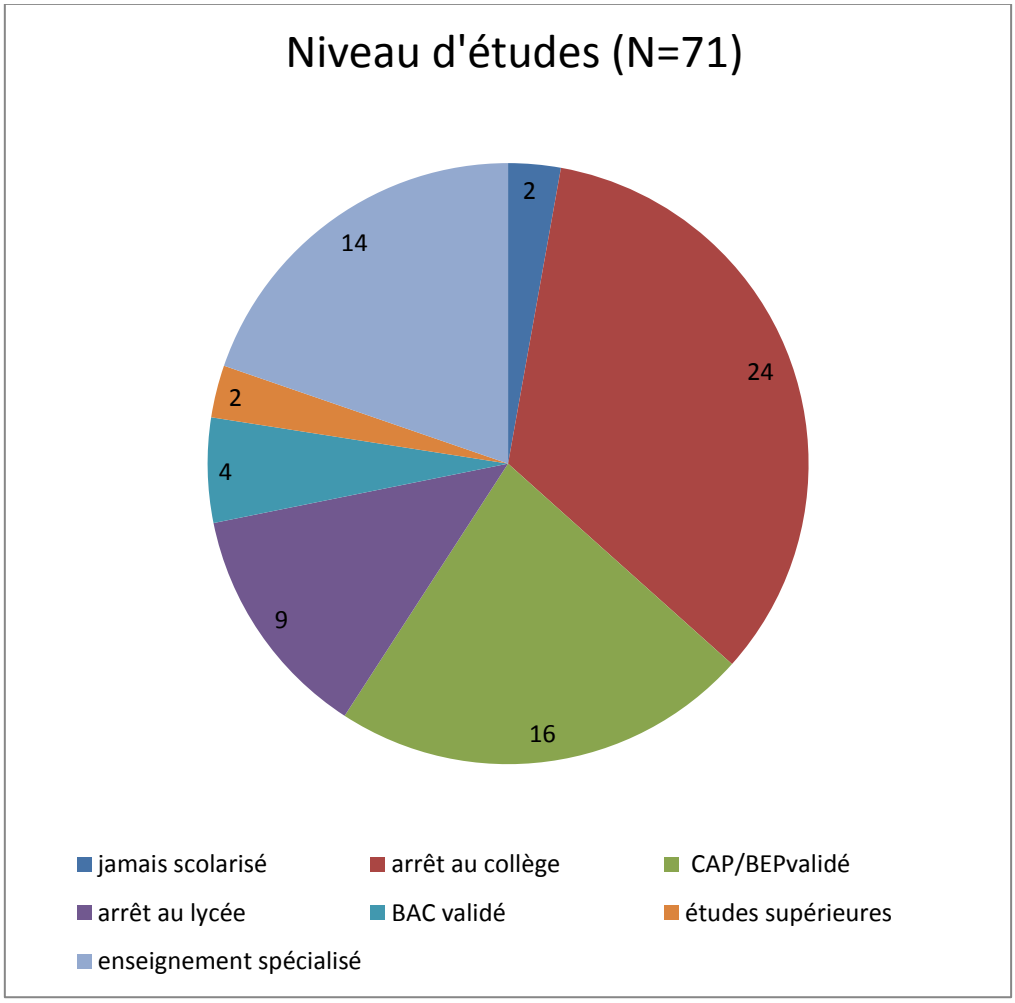


Le délai moyen entre les faits et le prononcé d'irresponsabilité pénale est de 1.04 ans (écart-type de 1.25 ans). On ne connaît la date du prononcé d'irresponsabilité que pour 55% des sujets de l'étude, alors que l'âge au moment des faits est une donnée relevée pour 91% des patients.



C. *Niveau d'études*

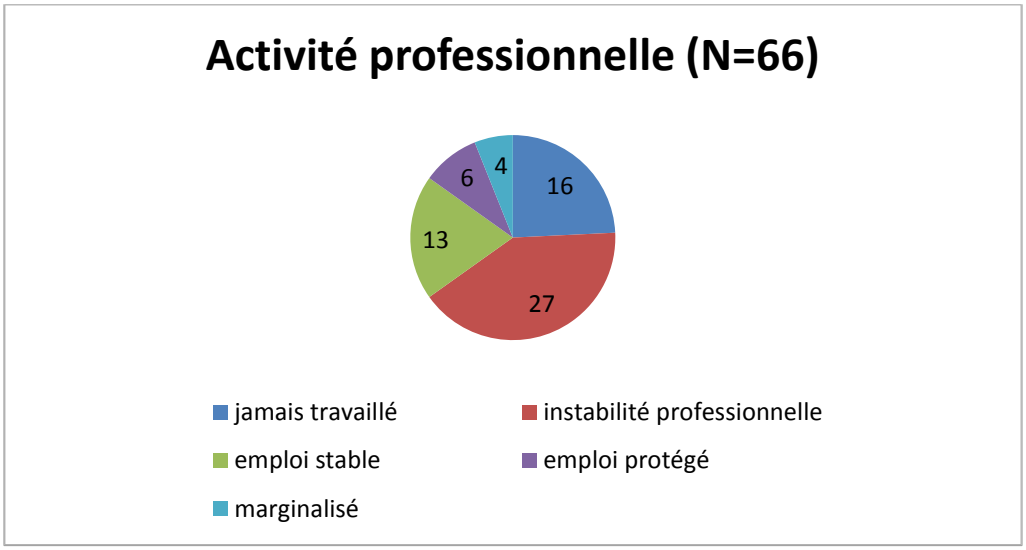
L'information est connue pour 71 sujets de l'échantillon.



La majorité des sujets de notre étude a arrêté sa scolarité au collège et ne possède donc aucun diplôme (24 sujets sur 71 soit 34% des personnes pour lesquelles l'information est disponible). Deux sujets ont effectué des études supérieures (un enseignant et un médecin). Nous avons relevé un nombre important de sujets ayant été orientés en filière spécialisée (14 sujets).

D. Activité professionnelle

Les informations concernant l'activité professionnelle sont connues pour 66 sujets.



La majorité des sujets de notre étude a une vie professionnelle instable, c'est-à-dire sans d'emploi fixe (27 sujets sur 66 soit 41% des personnes pour lesquelles l'information est disponible) ; dans la plupart des cas, il s'agit de personnes ayant effectué des « petits boulots », alternant avec des périodes plus ou moins longues d'inactivité professionnelle et de chômage. Seulement 13 personnes ont un emploi stable, et 6 sujets travaillent en milieu protégé. Nous pouvons donc dire que 47 sujets présentent d'importantes difficultés professionnelles, soit 71% des personnes pour lesquelles l'information est disponible, soit au moins 53% de notre échantillon.

E. Existence d'une mesure de protection des biens

L'information n'est connue que pour 34 sujets de notre échantillon. Aucune information sur l'existence ou non d'une mesure de protection des biens n'a été retrouvée pour la majorité des sujets (54 personnes soit 61% de l'échantillon). L'absence d'information n'étant pas synonyme d'absence de mesure de protection, il est impossible d'en tirer la moindre conclusion. Concernant les 39% restant, une mesure de curatelle (simple ou renforcée) est légèrement plus fréquemment retrouvée qu'une mesure de tutelle (10 sujets vs 9). 15 sujets n'ont aucune mesure de protection des biens.

F. Versement de l'allocation aux adultes handicapés

La donnée concernant le versement de l'AAH n'a été retrouvée que pour 30% de notre échantillon. L'absence d'information concernant les 70% restant ne signifie pas forcément l'absence d'AAH, puisqu'il a bien été précisé pour 2 sujets qu'ils n'en bénéficiaient pas. 24 personnes en bénéficient, soit au moins (puisque nous avons des données manquantes) 27% de notre échantillon, ce qui constitue une donnée très parlante sur l'antériorité du diagnostic et la lourdeur de la pathologie de ces sujets.

G. Relations intrafamiliales

Il s'agit d'une donnée relevée pour un peu plus de la moitié des sujets ; les personnes concernées sont dans légèrement plus de la moitié des cas en rupture familiale (51% des sujets pour lesquels cette information est disponible), soit au moins (puisque nous avons des données manquantes) 27% des sujets de l'étude.

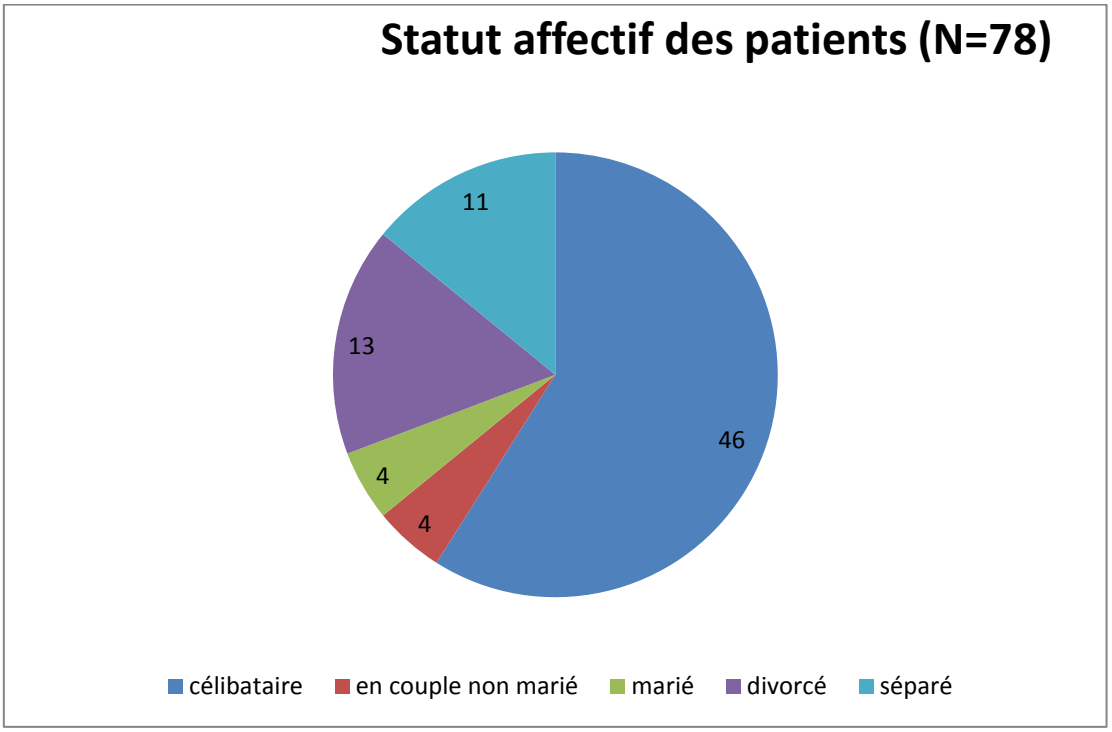
Les sujets en rupture familiale ne sont pas pris en compte dans l'effectif concernant les conflits familiaux, puisqu'ils n'ont plus de contact avec le milieu familial.

27 sujets sont décrits comme étant en conflits avec leur famille, soit au moins (compte tenu des données manquantes) 31% de notre échantillon. L'absence de conflits familiaux n'a été relevée que pour 9 sujets (c'est-à-dire qu'il a été précisé pour ces personnes que les familles étaient présentes au moment du passage à l'acte et également après le passage à l'acte). Nous

n'avons aucune information permettant d'affirmer ou non l'existence de conflits familiaux pour le reste de l'échantillon.

H. Statut affectif

L'information est disponible pour 78 sujets de notre échantillon.
Dans notre étude, le terme « célibataire » signifie que le sujet n'a jamais vécu en couple.



La majorité des sujets de notre étude était célibataire au moment des faits ; et cet effectif s'accroît si l'on y ajoute les personnes divorcées et séparées, ce qui correspond au total à 70 personnes, soit au moins (puisque nous avons des données manquantes) 90% de notre échantillon. Seulement 8 sujets étaient en couple au moment des faits (mariés ou non), soit 9% de notre échantillon.

I. Relations interpersonnelles

Nous avons peu d'informations sur l'étayage amical des sujets de notre étude (seulement pour 12 sujets). Cependant, il a été relevé une pauvreté des relations interpersonnelles, pour 10 sujets, soit 11% de notre échantillon. Nous pouvons supposer que ces sujets vivent dans un certain état d'isolement.

J. Enfants

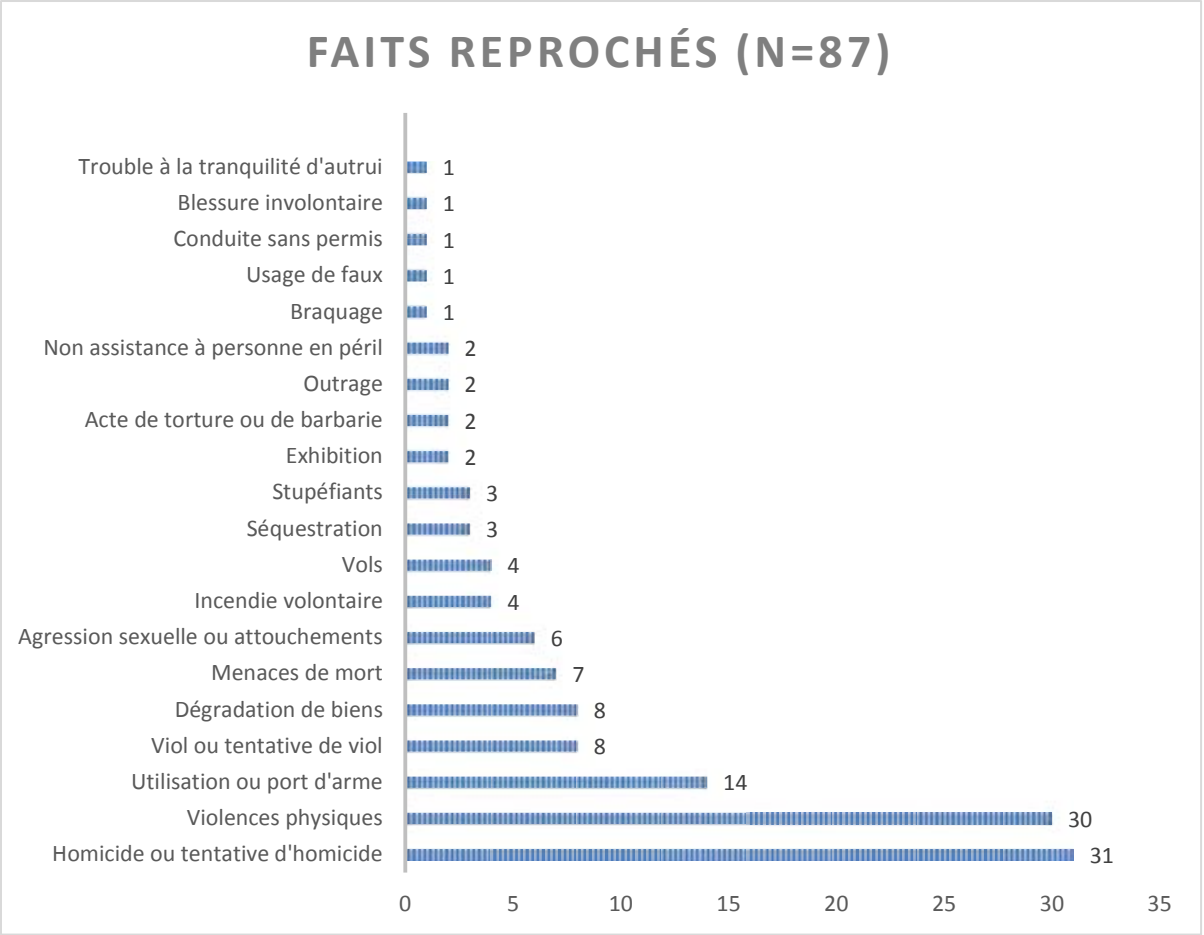
Cette information est disponible pour 78 sujets de notre étude.

La majorité des sujets de notre étude n'a pas d'enfant (55 sujets soit 71% des personnes pour lesquelles l'information est disponible, soit au moins 62% de notre échantillon puisque nous avons des données manquantes).

3. Données criminologiques et judiciaires

A. Faits

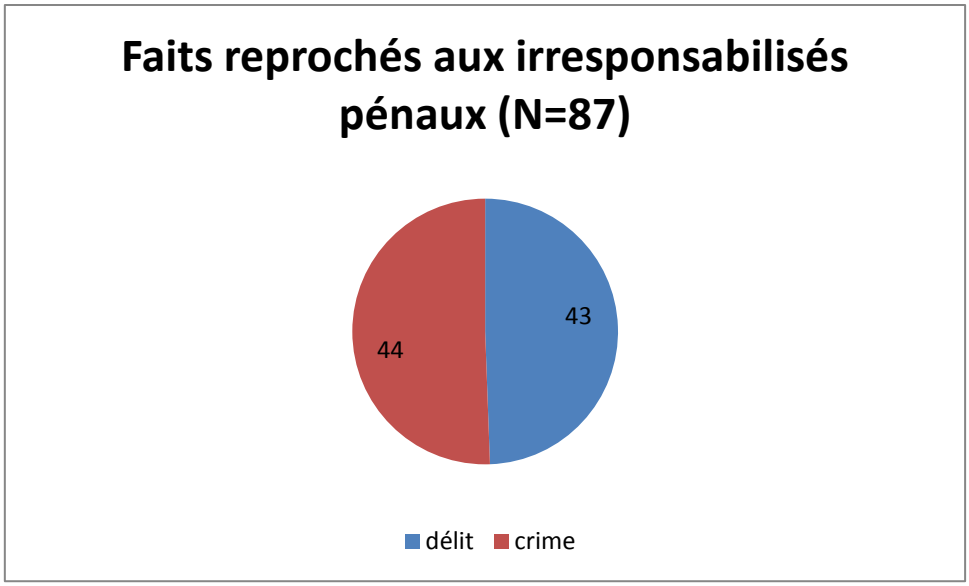
Il n'y a qu'un sujet pour lequel nous ne connaissons pas la nature des faits commis.



Dans beaucoup de cas, le passage à l'acte est constitué de plusieurs infractions, d'où le fait que le nombre d'infractions commises soit supérieur au nombre de sujets.

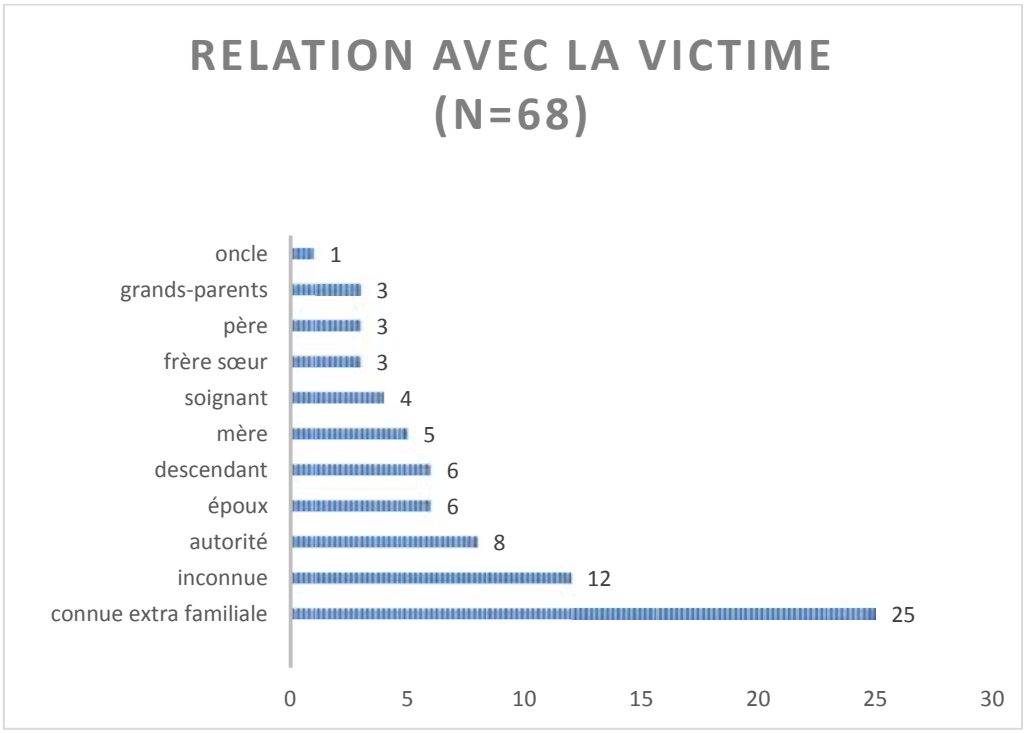
Les infractions commises sont très variables. Les deux plus fréquentes sont les homicides ou tentatives d'homicide (commis par 31 sujets soit 36% des personnes pour lesquelles nous avons des informations), et les violences physiques (commis par 30 sujets soit 34% des personnes pour lesquelles nous avons des informations).

Nous avons séparé crimes et délits de la manière suivante : les crimes sont constitués par les homicides ou tentatives d'homicides, les viols, les actes de torture et de barbarie, les séquestrations et les vols avec arme. Les autres faits sont considérés comme étant des délits.



Dans 51% des cas, les sujets ont commis au moins un crime. Les 49% restant n'ont commis que des délits.

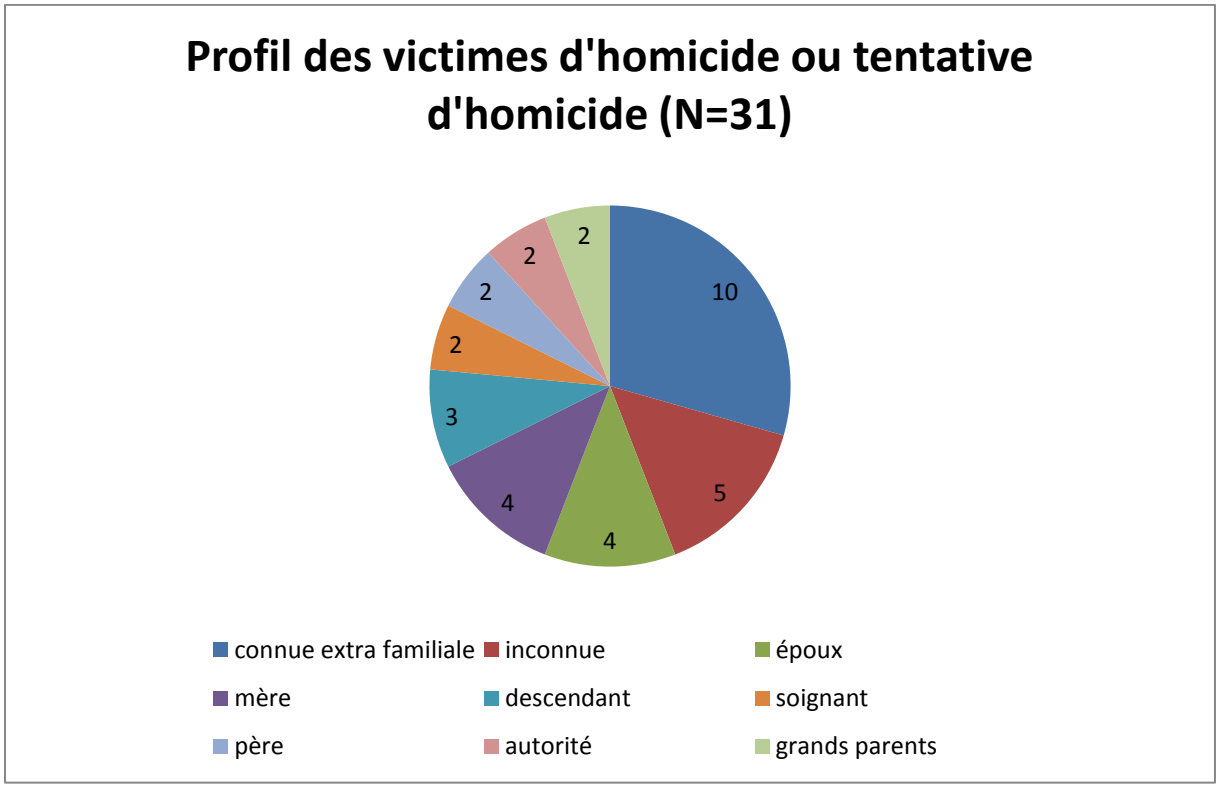
B. Profil victimologique



Le profil victimologique est connu pour 68 sujets. Dans quelques cas, il y a plusieurs victimes, ce qui explique que le nombre de victimes soit supérieur au nombre de sujets pour lesquels l'information est disponible.

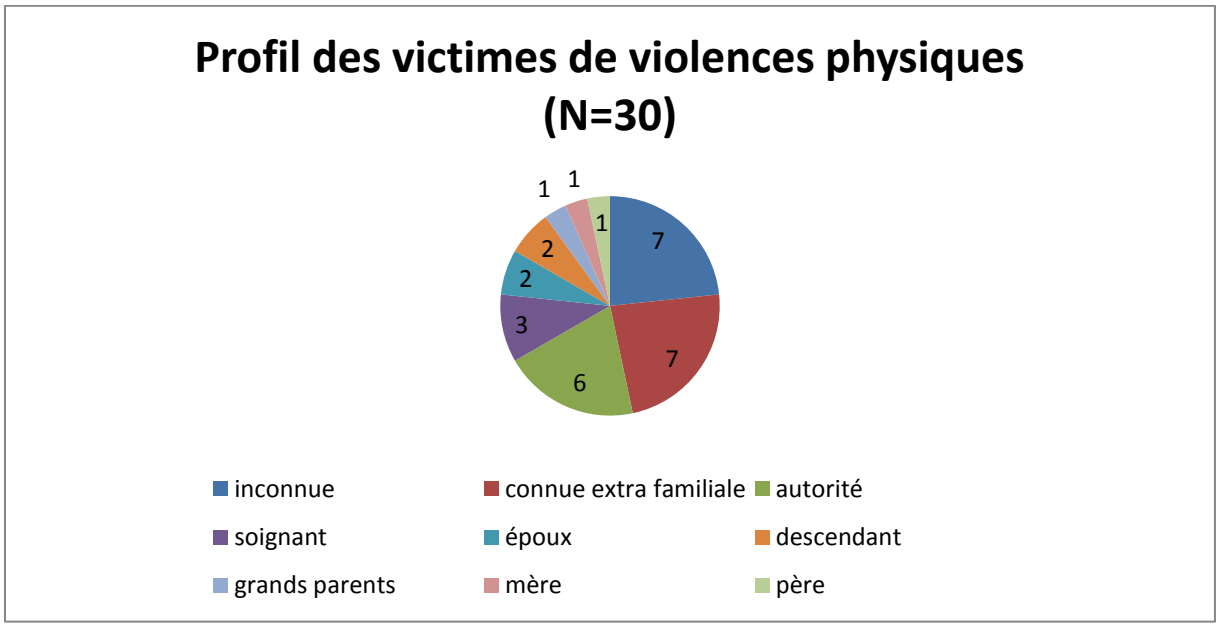
Dans un certain nombre de cas les victimes sont plusieurs (nombre moyen de victime par sujet : 1.47). La ou les victimes sont inconnues de l'agresseur dans 18% des passages à l'acte dont on connaît le profil victimologique (pour 12 sujets). Un membre de l'autorité est considéré comme une victime « connue » (le port d'uniforme le rendant identifiable). Dans 40% des cas (pour 27 sujets), la victime est un membre de la famille du sujet (parents, grands-parents, enfants, petits-enfants, frère, sœur, oncle, neveu, nièce, époux). Les données rapportent 18% de cas où il est précisé que la victime était mineure.

Nous avons jugé intéressant de dissocier le profil victimologique en fonction du type de passage à l'acte, en prenant en compte les trois types d'atteintes aux personnes les plus fréquents, à savoir : les homicides ou tentatives d'homicides, les violences physiques, et les viols ou tentatives de viols.

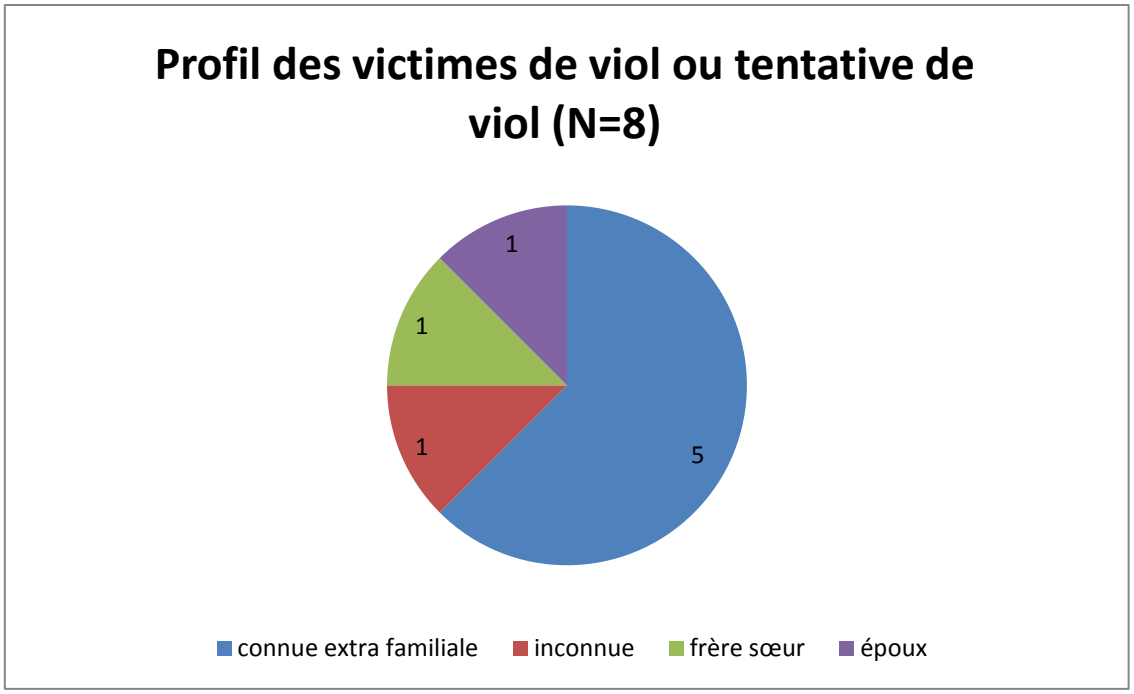


Concernant les homicides ou tentatives d'homicides, la victime est connue de son agresseur dans une large majorité des cas (26 cas sur 31 soit 84% des auteurs d'homicides). Il s'agit d'un membre de la famille dans quasiment la moitié des cas (15 cas sur 31 soit 48%). Elle est connue mais hors cadre familial dans 10 cas sur 31 soit 32%.

Notre étude comprend 4 matricides ou tentatives, 2 parricides ou tentatives, 4 uxoricides ou tentatives ; la victime est un descendant (enfant, petit-fils ou neveu) dans 3 cas sur 31, et la grand-mère du sujet dans 2 cas sur 31.

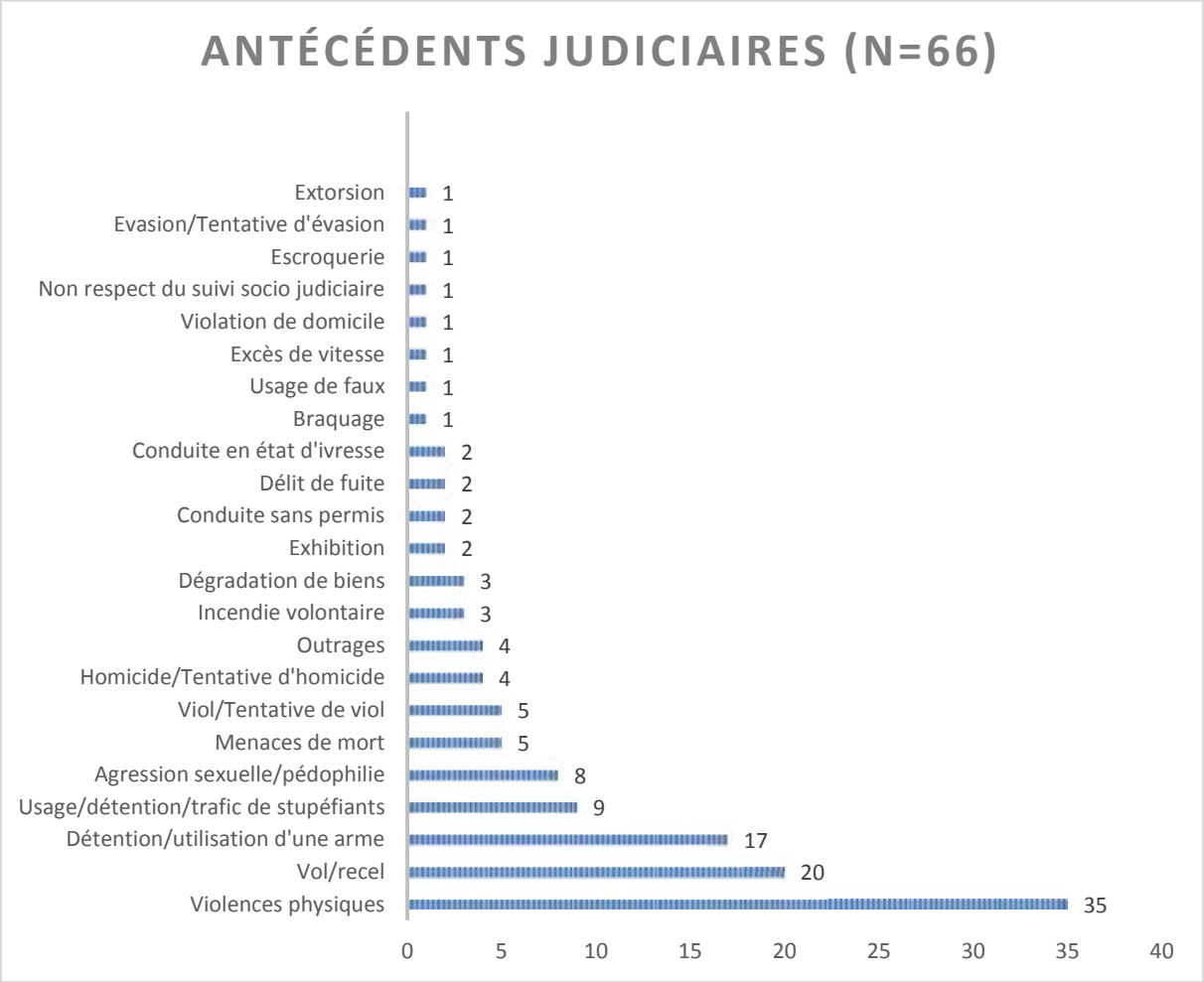


Concernant les violences physiques, là encore la victime est le plus souvent connue de son agresseur (23 cas sur 30 soit 77%). Il s'agit d'un membre de la famille dans 7 cas sur 30 soit 23% des sujets auteurs de violences physiques. On retrouve une proportion similaire de victimes inconnues et également de victimes connues mais hors cadre familial.



S'agissant des viols ou tentatives, commis par 8 sujets, la victime est une fois de plus connue le plus souvent par son agresseur mais hors cadre familial (5 cas sur 8 soit 62.5%).

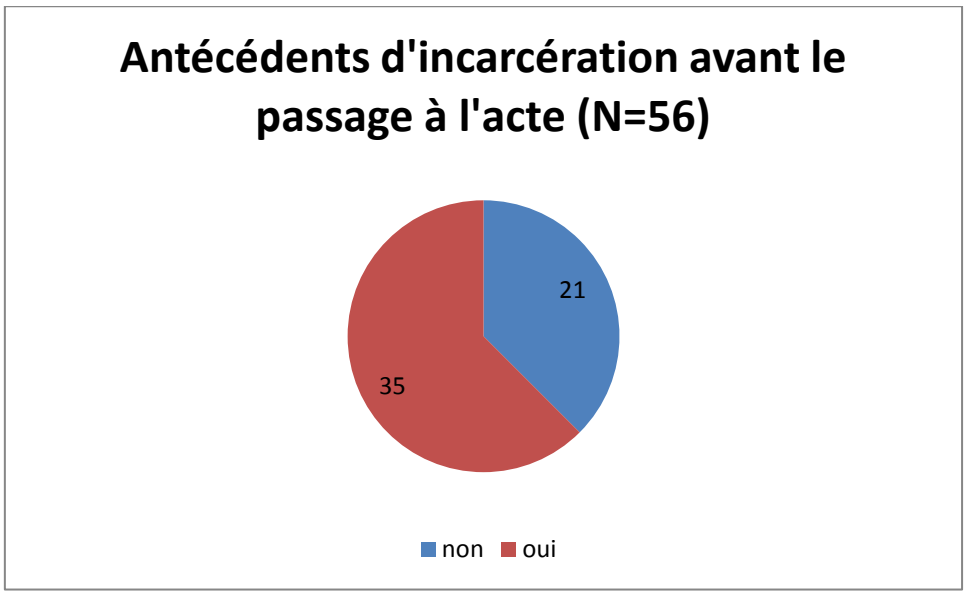
C. Antécédents judiciaires



Au moins 66 sujets de notre étude présentaient des antécédents judiciaires avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1 pris en compte pour l'étude, soit au moins 75% de notre échantillon. Pour les 22 sujets restants, rien n'était précisé au sujet des antécédents judiciaires : dire que ces sujets n'avaient aucun antécédent avant le passage à l'acte serait une conclusion hâtive mais il s'agit d'une éventualité.

Nous retrouvons les violences physiques comme infraction la plus fréquemment commise dans les antécédents judiciaires (35 sujets soit 53% des personnes pour lesquelles l'information est disponible), puis les vols et l'utilisation et/ou la détention d'une arme, faits également fréquemment retrouvés lors du passage à l'acte motivant le 122-1 pris en compte pour l'étude.

D. Antécédents de condamnations avant le passage à l'acte



Sur les 56 personnes pour lesquelles l'information est disponible, nous savons que 35 sujets avaient déjà été incarcérés avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1, soit 62.5%, soit au moins 40% des sujets de notre étude, ce qui correspond à une part non négligeable de notre échantillon.

Au moins 57 personnes avaient déjà été condamnées au moins une fois pour des faits autres que ceux ayant motivé le 122-1 pris en compte pour l'étude, soit au moins 65% de notre échantillon. Nous ne savons pas si ces sujets avaient tous été expertisés avant d'être condamnés donc nous ne pouvons pas en conclure qu'ils étaient totalement responsables de leurs actes au moment de la commission de ces faits.

E. Antécédents de prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

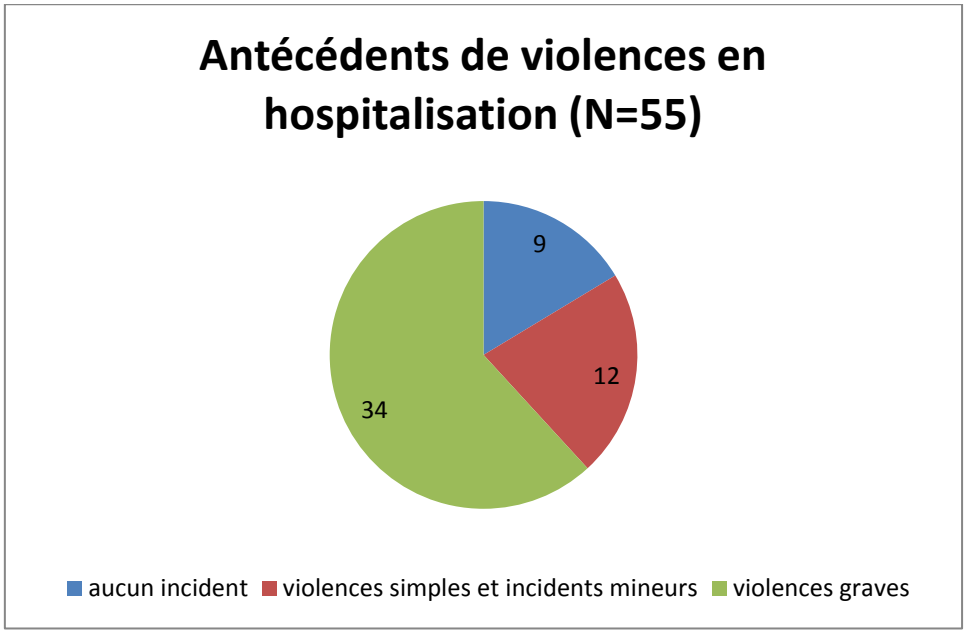
Dans notre étude, 19 sujets avaient déjà été reconnus irresponsables pénalement pour raison psychiatrique avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1 pris en compte pour l'étude, dont 4 sujets à 2 reprises (en sachant qu'il n'avait pas été précisé pour les autres qu'ils n'avaient jamais bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale ; cet effectif est donc potentiellement sous-estimé). Nous pouvons donc dire qu'au moins 22% des sujets de notre

étude avaient déjà commis une ou plusieurs infractions pour lesquelles ils avaient déjà été reconnus irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental.

4 sujets avaient déjà commis une ou plusieurs infractions pour lesquelles ils avaient été reconnus responsables mais avec une altération du discernement (alinéa 2), dont 1 sujet ayant bénéficié à 2 reprises d'un prononcé d'irresponsabilité pénale.

F. Antécédents de violences

a. En hospitalisation (dans un service psychiatrique)



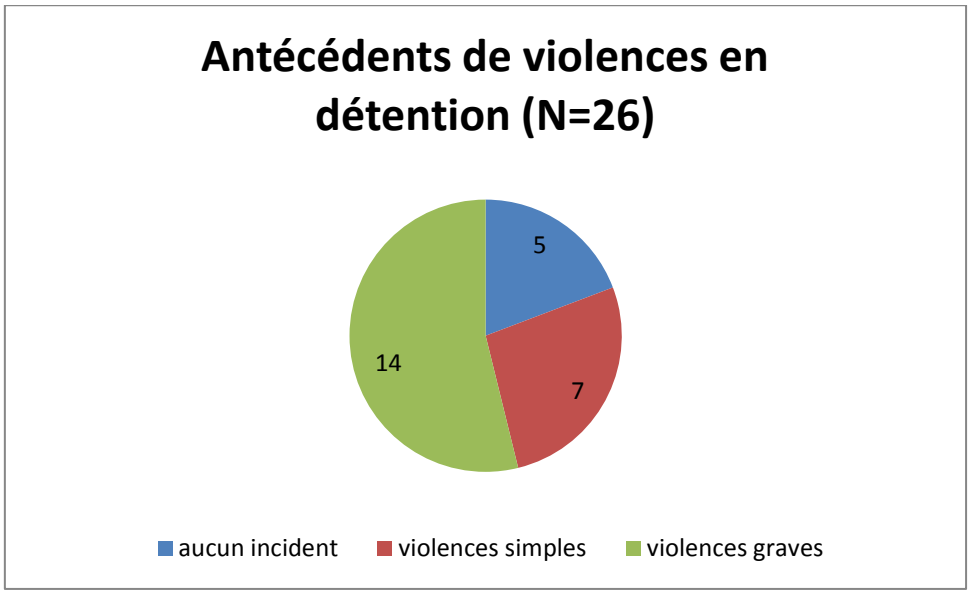
Cette information est disponible pour 55 sujets de notre étude. Nous avons donc 10 données manquantes sur les 65 patients ayant des antécédents d'hospitalisation.

Les violences simples et incidents mineurs comprennent les états d'agitation et crises clastiques, les menaces autres que menaces de mort, l'agressivité verbale et les transgressions ; les violences graves comprennent les agressions physiques, les agressions sexuelles et les menaces de mort envers le personnel soignant et/ou les patients.

Concernant les sujets ayant déjà été hospitalisés en psychiatrie avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1, les violences graves sont les plus fréquentes (62% des cas lorsque

l'information est disponible, contre 22% de violences simples et incidents mineurs, et 16% des cas sans incident).

b. En détention



Cette information est disponible pour 26 sujets de notre étude. Nous avons donc 9 données manquantes sur les 35 sujets ayant des antécédents d'incarcération.

Les violences simples comprennent les états d'agitation et crises clastiques, les menaces autres que menaces de mort, l'agressivité verbale et les transgressions ; les violences graves comprennent les agressions physiques et les menaces de mort envers le personnel pénitentiaire et/ou les autres détenus.

Concernant les sujets ayant déjà été incarcérés avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1, les violences graves sont les plus fréquentes (54% des cas lorsque l'information est disponible, contre 27% de violences simples, et 19% sans incident).

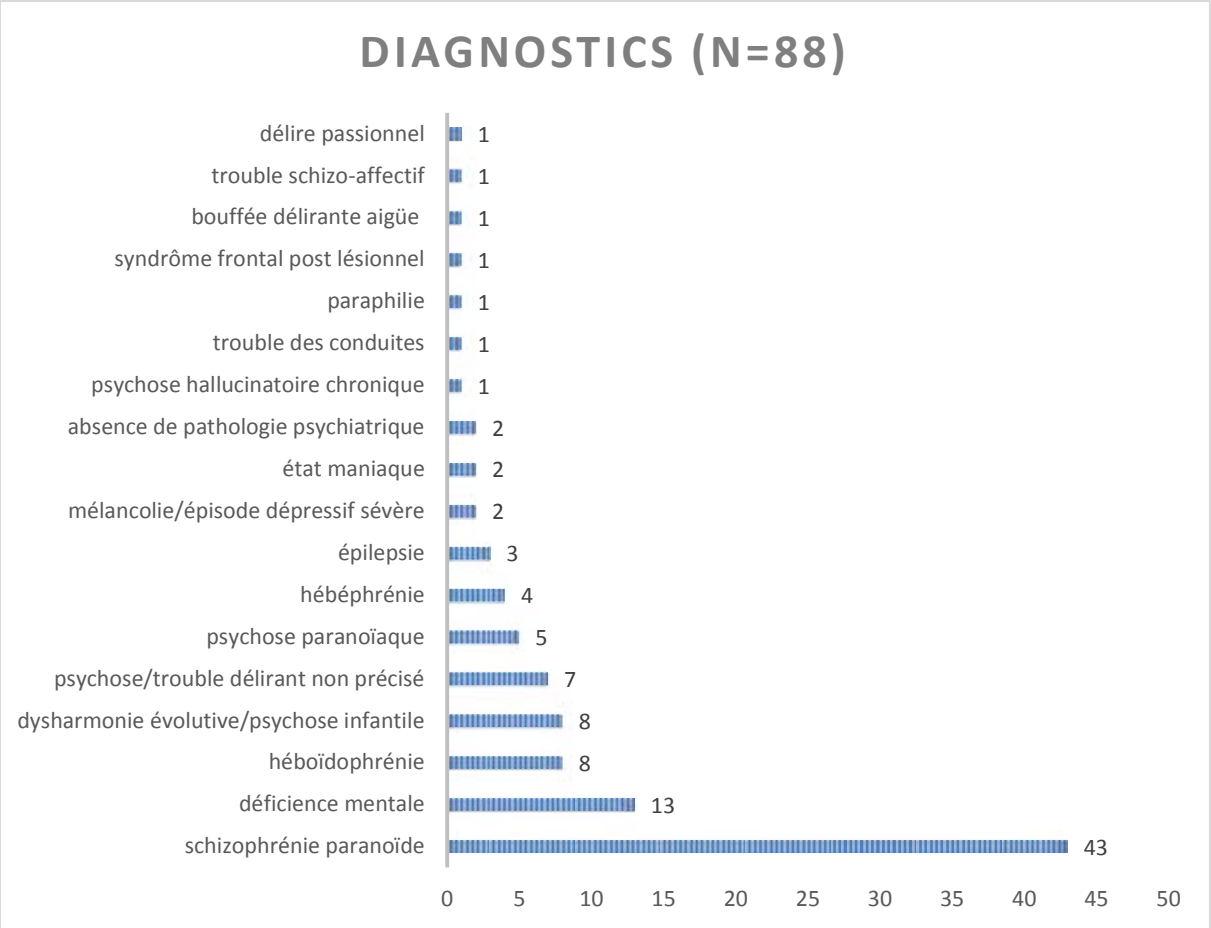
4. Données cliniques et anamnestiques

A. Diagnostics psychiatriques retenus pour expliquer le passage à l'acte

Cette information est disponible pour tous les sujets de notre échantillon.

Pour certains sujets, plusieurs diagnostics ont été retenus pour expliquer le passage à l'acte, ce qui explique que le nombre total de diagnostics soit supérieur au nombre de sujets. En effet, la déficience mentale est parfois le seul diagnostic retrouvé, mais souvent associée à une pathologie psychiatrique.

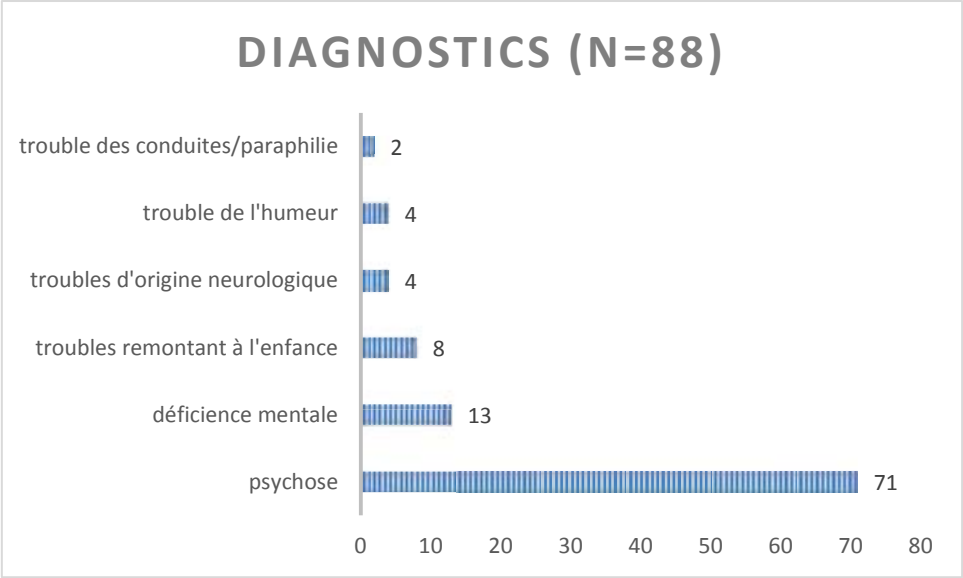
Les troubles de la personnalité sont présentés dans un tableau et un graphique à part, car ils font l'objet d'une attention particulière au cours de l'expertise psychiatrique, tout comme les antécédents de prise de toxiques.



Le diagnostic précis le plus fréquemment retrouvé est celui de schizophrénie paranoïde (43 sujets soit 49% de l'échantillon).

Aucune pathologie mentale n'a été retrouvée pour 2 sujets de notre étude ; il s'agit de personnes présentant de graves troubles de la personnalité, avec poly-consommations associées.

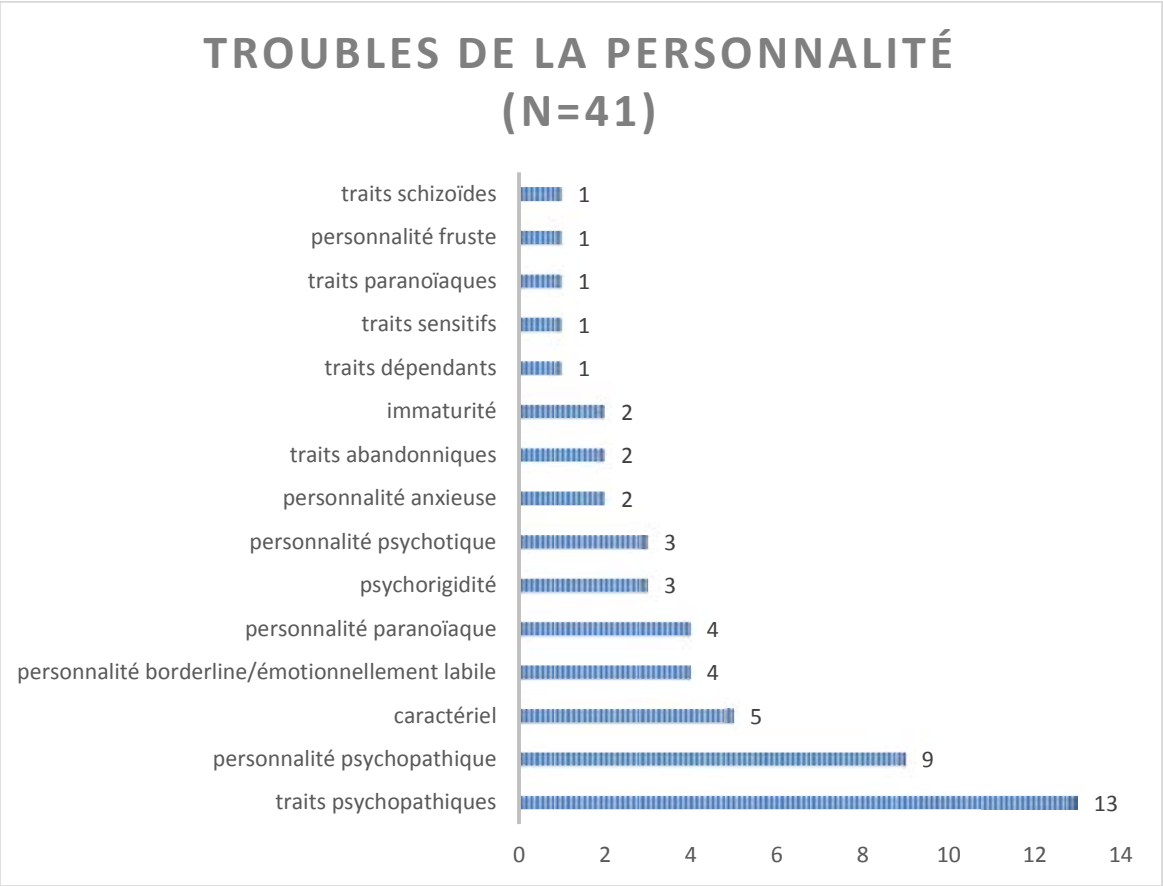
Nous avons regroupé les diagnostics, et constaté que la psychose était un diagnostic très fréquemment retrouvé :



Le diagnostic le plus fréquemment retrouvé chez les sujets de notre étude est celui de psychose (71 personnes soit 81% de notre échantillon), suivi du diagnostic de déficience mentale, en sachant que les sujets présentant des antécédents de psychose infantile / dysharmonie évolutive souffrent quasiment tous de déficience mentale (hormis une personne ayant présenté des antécédents de psychose infantile mais pour laquelle le diagnostic de déficience mentale n'a pas été rapporté).

B. Trouble de la personnalité associé

Nous avons volontairement répertorié les données de personnalité non pas selon les classifications nosographiques actuelles, mais telles qu'elles sont présentées dans les dossiers et/ou les expertises, afin de rendre compte de l'éventail de traits de personnalité relevés. Il s'agit de données retrouvées pour 41 sujets, soit quasiment la moitié de notre échantillon.

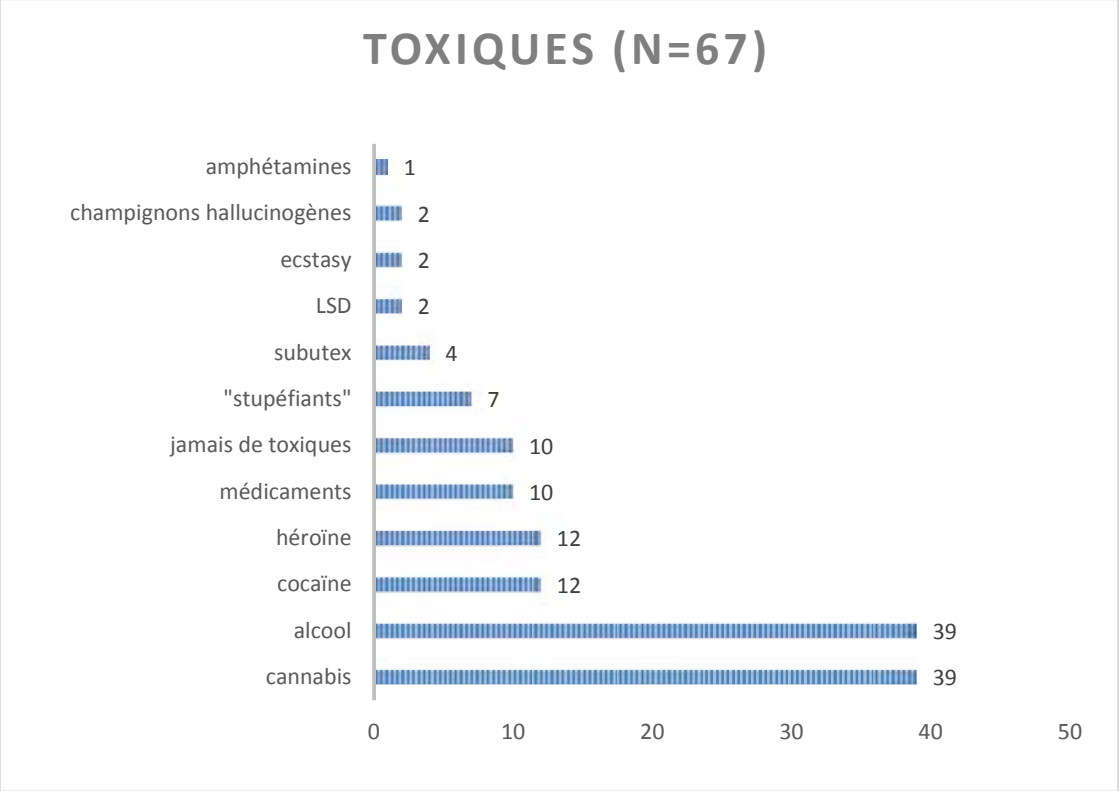


Nous relevons 22 personnes présentant des traits psychopathiques ou un trouble de personnalité psychopathique constitué (soit au moins ¼ de notre échantillon).

C. Conduites addictives

a. Antécédents de consommations de toxiques

Pour chaque toxique, les prises occasionnelles n'ont pas été prises en compte ; il s'agit donc de consommations régulières, avec dépendance.



Les données sur les antécédents de conduites addictives sont disponibles pour 67 sujets.

Parmi eux, 26 sujets ont des antécédents de poly-consommations, c'est-à-dire qu'ils consomment ou ont consommé plus de deux toxiques (hormis l'alcool), ce qui correspond à 39% des sujets pour lesquels les données sont disponibles, soit au moins 30% de notre échantillon (puisque nous avons des données manquantes).

L'alcool et le cannabis sont les deux toxiques les plus fréquemment retrouvés (39 sujets pour chaque toxique soit 58% des personnes pour lesquelles l'information est disponible). Seulement 10 sujets sur 67 n'auraient jamais consommé de toxiques de façon régulière, ce qui signifie que 57 sujets, soit 85% des personnes pour lesquelles nous avons des informations à ce sujet, avaient des antécédents d'addictions à un ou plusieurs toxiques.

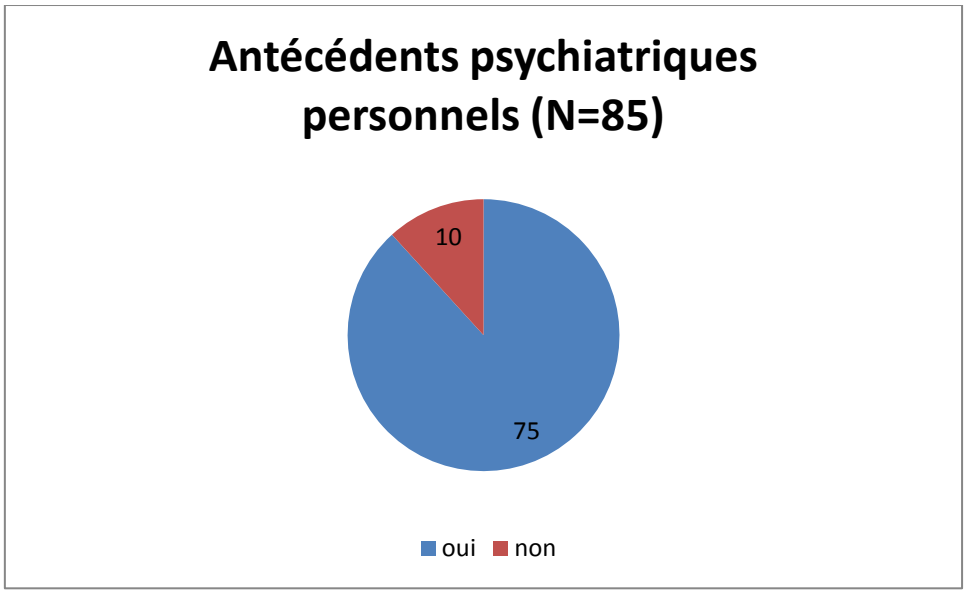
b. Prise de toxiques au moment du passage à l'acte

Cette information n'est disponible que pour 33 sujets.

Le toxique le plus souvent retrouvé au moment du passage à l'acte est l'alcool (7 sujets), et il est précisé pour 19 sujets qu'ils n'avaient consommé aucun toxique au moment des faits. Mais ces données sont peu exploitables compte-tenu de leur faible nombre, alors même qu'il s'agit d'une information importante pour déterminer le niveau de discernement et de contrôle des actes d'un sujet.

D. Antécédents psychiatriques personnels

a. Antécédents psychiatriques personnels avant les faits

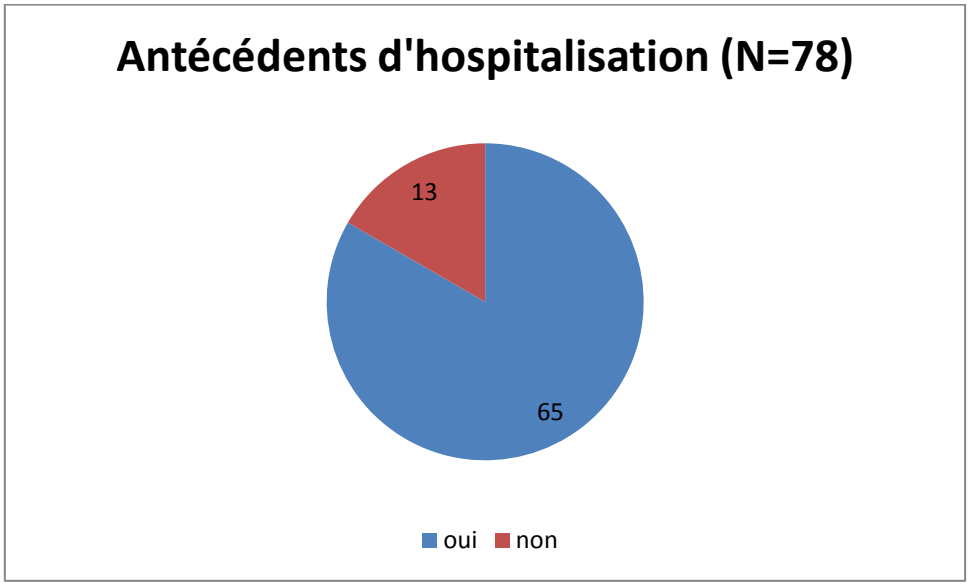


Cette information est connue pour 85 sujets de l'échantillon.

75 sujets au moins présentaient des antécédents psychiatriques avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1 pris en compte pour l'étude (soit 88% des personnes pour lesquelles l'information est disponible, soit au moins 85% de notre échantillon).

Le passage à l'acte semble être révélateur d'une entrée en maladie mentale dans environ 12% des cas (après extrapolation du fait que 10 sujets n'avaient pas d'antécédents psychiatriques connus avant le passage à l'acte, sur les 85 pour lesquels nous avons des informations). La plupart du temps, les sujets présentaient des antécédents psychiatriques avant de commettre l'infraction ayant motivé le 122-1.

b. Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie



Nous avons 10 données manquantes. 83% des sujets pour lesquels nous avons l'information avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie avant le passage à l'acte, soit au moins 74% de notre échantillon.

c. Antécédents de plusieurs hospitalisations en psychiatrie

50 sujets sur les 61 pour lesquels nous avons l'information avaient été hospitalisés plusieurs fois en psychiatrie avant le passage à l'acte, soit 82%, soit au moins 57% des sujets de notre étude.

d. Hospitalisations libres ou sous contrainte

Parmi les données recueillies, nous avons relevé que 35 sujets sur 46 pour lesquels nous avons l'information avaient déjà été hospitalisés en soins sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1, soit 76% des personnes pour lesquelles l'information est disponible, soit au moins 40% de notre échantillon.

Nous savons que 44 sujets, soit la moitié de notre échantillon, ont été hospitalisés en SDRE suite au passage à l'acte.

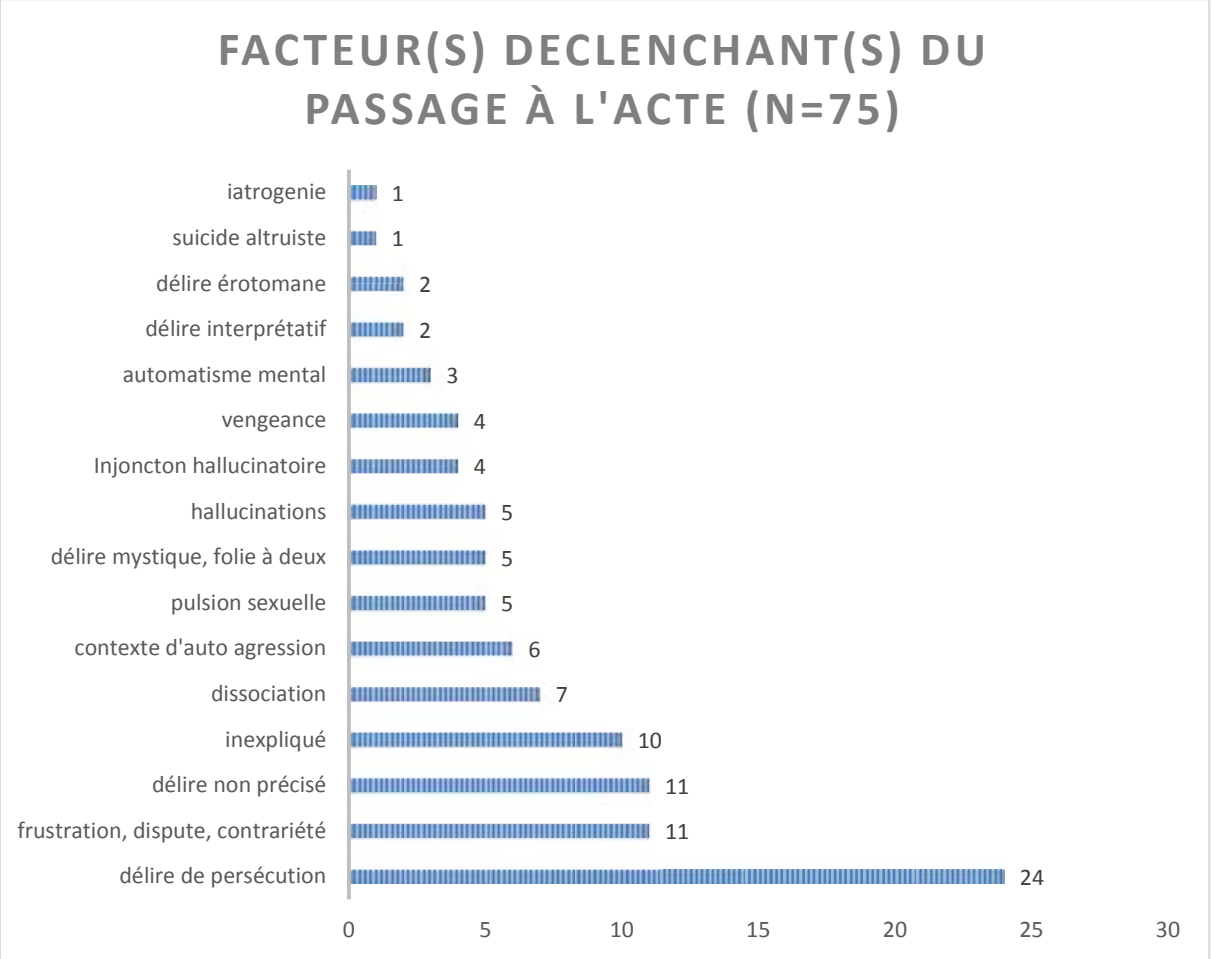
Nous savons également pour 39 sujets qu'ils ont déjà effectué au moins un séjour en UMD et/ou USIP, puisque nous avons 39 demandes de transferts et/ou comptes-rendus d'UMD et/ou d'USIP parmi nos sources.

Concernant les autres items (antécédents d'hospitalisation libre avant les faits, d'hospitalisation en soins à la demande d'un tiers, d'hospitalisation sous contrainte mais dont le mode n'est pas précisé), le faible nombre de données recueillies empêche toute exploitation des résultats (respectivement 7 sujets sur 17, 8 sujets sur 18, 15 sujets sur 25).

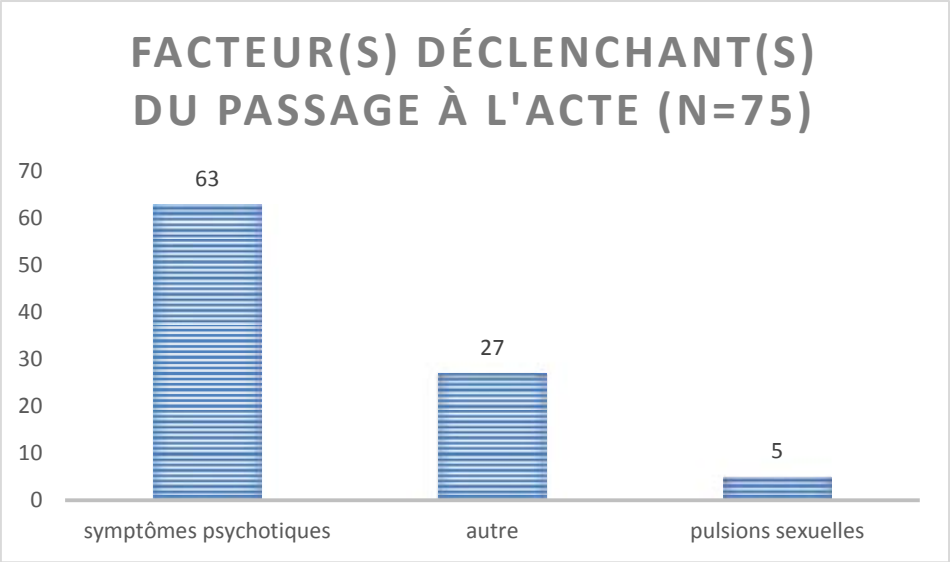
e. Antécédents suicidaires

Sur les 88 sujets de notre échantillon, nous savons qu'au moins 8 personnes n'ont aucun antécédent suicidaire, et qu'au moins 27 personnes ont réalisé au moins une tentative de suicide (15 personnes ont réalisé une seule tentative, 3 personnes en ont réalisées 2, 2 personnes en ont réalisées 3, et 7 en ont réalisé plusieurs mais nous ne connaissons pas le nombre exact, dont 5 « plusieurs » et 2 « nombreuses »). (Comme pour toutes les autres données, nous ne pouvons pas dire que les 53 sujets pour lesquels nous n'avons pas l'information n'ont pas réalisé de tentative de suicide).

f. Facteur(s) déclenchant(s) du passage à l'acte



Des symptômes psychotiques expliquent le passage à l'acte pour 63 sujets sur les 75 pour lesquels l'information est disponible, soit 84% des cas, soit au moins 72% de notre échantillon, ce qui coïncide avec les diagnostics retenus (psychose dans 81% des cas).

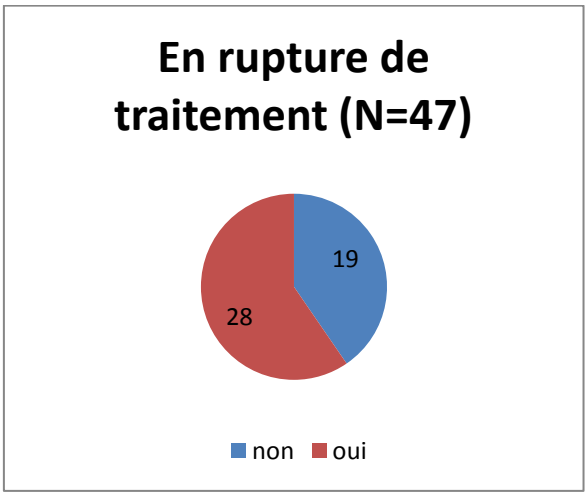


Il s'agissait d'un délire de persécution pour 24 sujets soit 32% des personnes pour lesquelles l'information est disponible, soit au moins 27% de l'échantillon.

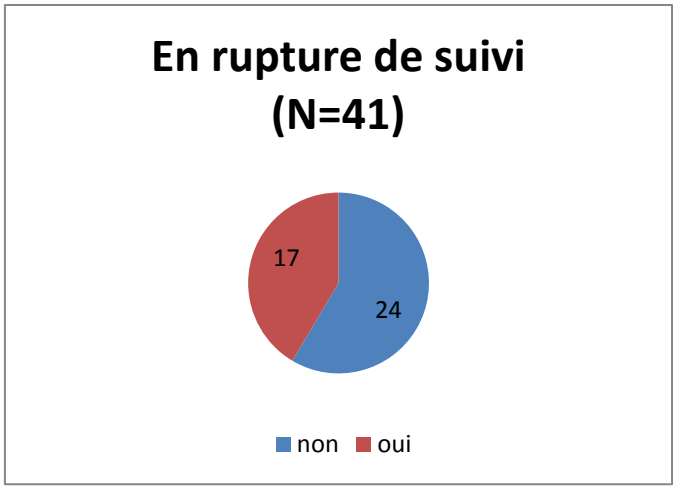
6 sujets ont tenté de se suicider au décours immédiat du passage à l'acte.

g. Circonstances de survenue du passage à l'acte

Le nombre d'informations disponibles est variable en fonction des données étudiées.

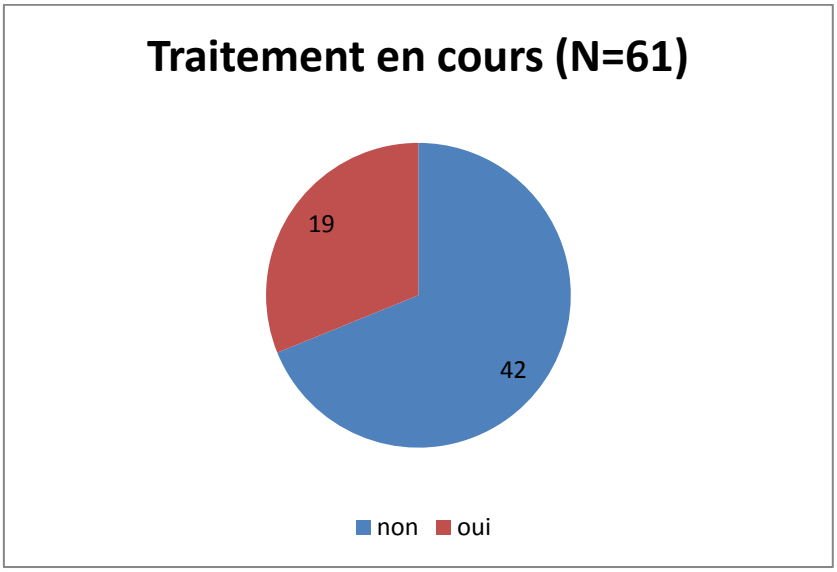


Au moment du passage à l'acte ayant motivé le 122-1 pris en compte pour l'étude, 28 sujets sur les 47 soit 60% des sujets pour lesquels nous avons des données étaient en rupture de traitement (soit au moins 32% de notre échantillon, puisque nous avons des données manquantes).

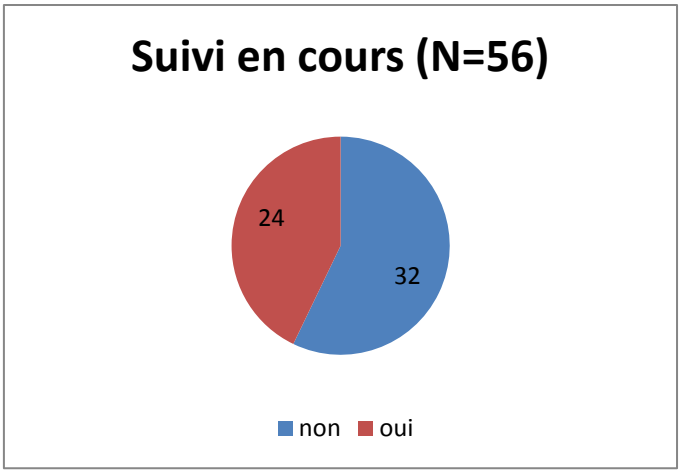


Au moment des faits, 17 personnes sur 41 soit 41% des sujets pour lesquels nous avons des informations étaient en rupture de suivi (au moins 19% de notre échantillon).

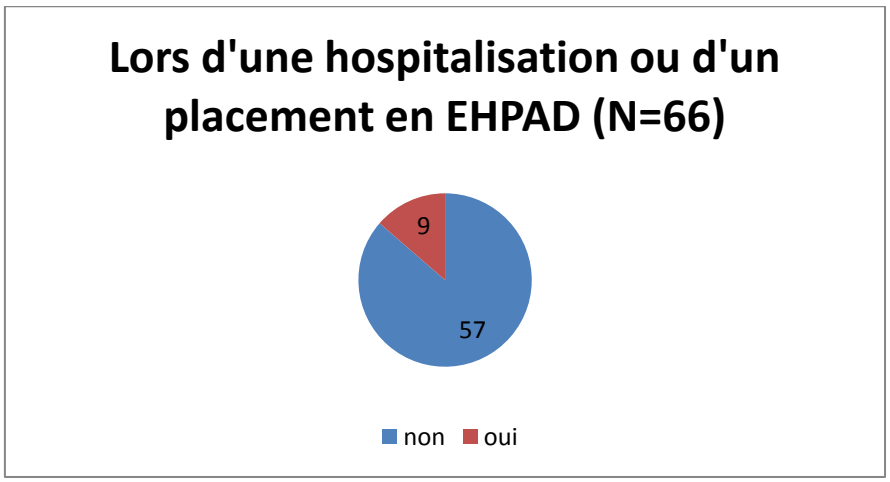
Nous savons que 17 sujets au moins n'avaient ni suivi ni traitement, mais cette donnée n'est pas interprétable puisque nous ne savons pas s'il s'agit d'une rupture de suivi et de traitement, ou si ces sujets avaient déjà eu un suivi et un traitement mais qui avaient été antérieurement arrêtés par le médecin, ou encore s'ils n'avaient jamais eu de suivi ni de traitement.



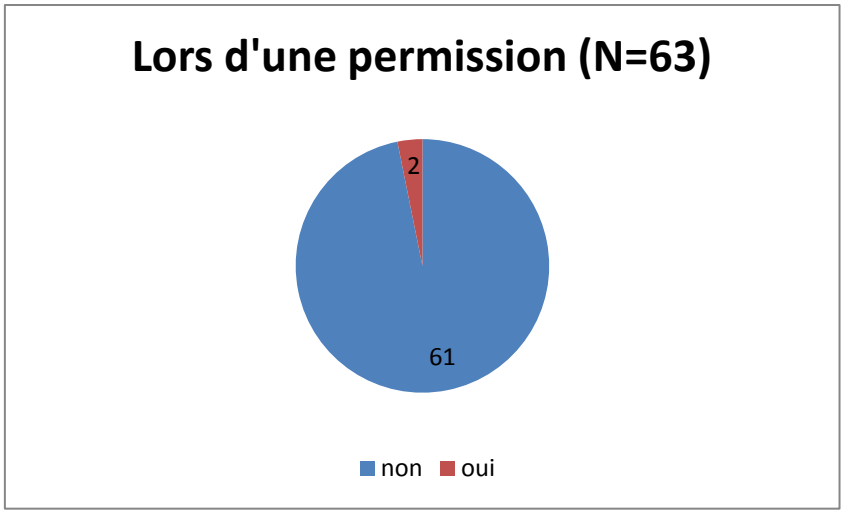
Nous avons relevé 19 sujets en cours de traitement au moment des faits, soit 31% des personnes pour lesquelles l'information est disponible.



Nous avons relevé 24 sujets en cours de suivi au moment du passage à l'acte, soit 43% des personnes pour lesquels nous avons des informations.



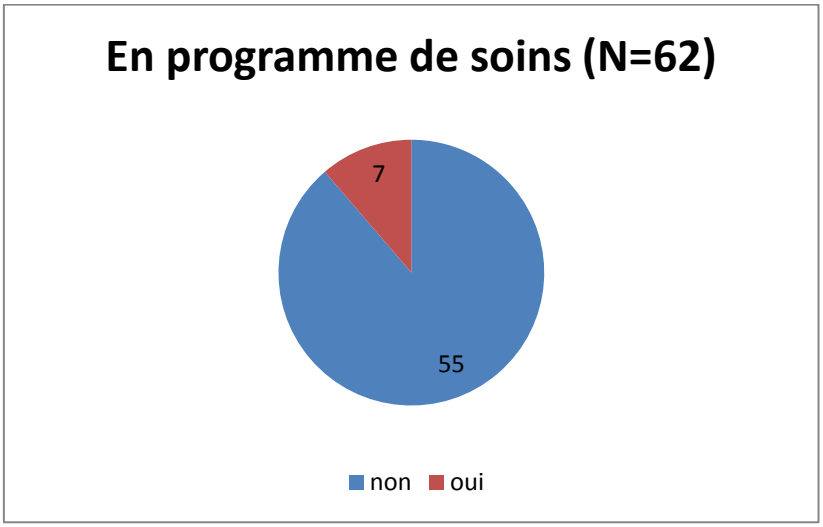
Dans 14% des cas lorsque l'information est disponible, les faits ont été commis lors d'une hospitalisation ou d'un placement en EHPAD (9 cas sur 66).



Dans très peu de cas (2 sujets sur 63), le passage à l'acte s'est déroulé au cours d'une permission.

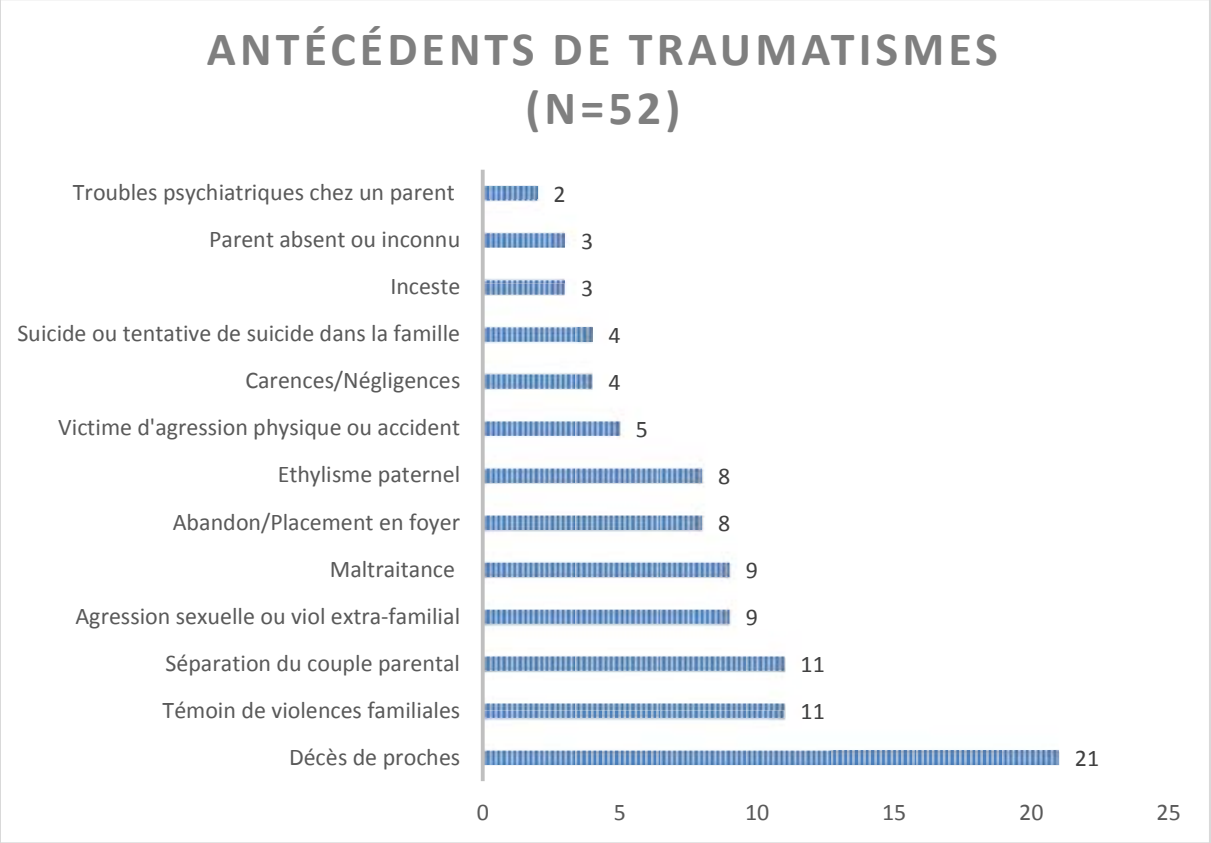
Nous savons pour 5 sujets qu'ils avaient été hospitalisés moins de 3 mois avant les faits (mais cette donnée est très peu relevée puisque nous n'avons pu recueillir cette information que pour 9 sujets).

Il a été précisé pour 5 sujets qu'ils étaient sous traitement neuroleptique à action prolongée au moment du passage à l'acte.



Il a été précisé pour 7 sujets qu'ils étaient sous programme de soins au moment des faits (soit 11% des personnes pour lesquelles l'information est disponible).

E. Antécédents de traumatismes



Nous pouvons constater qu'un nombre considérable de sujets de notre étude ont subi des traumatismes dans l'enfance ou à l'âge adulte (52 sujets soit au moins 59% de notre échantillon). Des décès de proches (précisés comme ayant été « mal vécus » par les sujets donc potentiellement traumatisants) (au moins 40% des sujets), la séparation du couple parental durant l'enfance du sujet (dans au moins 21% des cas) et le fait d'avoir été témoin de violences familiales (également dans au moins 21% des cas) sont les éléments les plus fréquemment retrouvés. Les sujets de notre étude ont dans au moins 17% des cas subi des violences sexuelles (hors inceste), y compris des viols, et des maltraitances (au moins 17% également) ; 15% au moins ont été abandonnés par leur famille, y compris durant l'enfance ; 6% au moins ont été victimes d'inceste.

PARTIE III : DISCUSSION

I. JUSTIFICATION DE L' ETUDE

La conférence de consensus de 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale a mis l'accent sur l'intérêt de « préciser une connaissance médicale qui soit consensuelle sur les troubles qui abolissent le discernement et ceux qui peuvent l'entraver, ainsi que sur les troubles qui abolissent le contrôle des actes ou qui l'entravent partiellement » (35).

Nous avons décidé dans cette étude de nous intéresser plus précisément aux sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale, c'est-à-dire ceux dont le discernement et/ou le contrôle des actes ont été reconnus comme abolis au moment des faits. En effet, en tant que psychiatres travaillant en milieu hospitalier, nous sommes amenés à prendre en charge ces patients qui, par les aspects judiciaires et judiciarisés de leur parcours de soins, ne sont pas des patients « comme les autres ». Il s'agit d'une « population » qui interroge. Qui sont ces hommes et ces femmes qui sont reconnus irresponsables ? Pour quels actes ? De quels troubles souffrent-ils ? Quels-sont leurs antécédents psychiatriques, et judiciaires ? Dans quelles circonstances ont-ils commis la ou les infractions ayant conduit à un prononcé d'irresponsabilité pénale ? Etaient-ils connus pour être malades ? Etaient-ils suivis ? Traités ?

Il n'y a que très peu de sujets concernés, ce qui explique peut-être le faible nombre d'études réalisées chez cette population. Nous avons donc voulu l'étudier plus précisément au travers de ce travail, afin de lever le voile sur les particularités de ces sujets et de tenter d'établir un profil sociodémographique, criminologique et clinique. Le but n'est pas de stigmatiser cette population, mais bien d'accorder tous les égards dus aux particularités qu'elle présente, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, et tenter de prévenir une récidive.

II. ATTEINTE DE L' OBJECTIF PRINCIPAL

Bien que certains résultats de cette étude soient à considérer avec précaution compte-tenu du faible nombre d'informations pour certains items, un profil sociodémographique, criminologique et clinique a pu être observé. Chaque donnée doit être prise en compte séparément car l'analyse statistique s'est faite séparément et à but purement descriptif. Par

souci de clarté, nous avons donc choisi de les présenter sous la forme d'un listing. Les données listées sont celles retrouvées le plus souvent pour chaque item, et nous avons choisi de ne pas prendre en compte les items pour lesquels nous n'avions des données que pour moins de la moitié de l'échantillon. Pour chaque donnée, le pourcentage par rapport à tous les sujets pour lesquels l'information est disponible, ainsi que le nombre de sujets en valeur absolue, sont précisés.

Concernant les données sociodémographiques :

- **Hommes (90%, soit 79 sujets)**
- **Âge au moment des faits : 34,6 ans**
- **Arrêt des études au collège, sans diplôme (34% soit 24 sujets)**
- **Vie professionnelle instable ou inexistante (71% soit 47 sujets)**
- **En rupture familiale (51% soit 24 sujets)**
- **Célibataire au moment des faits, sans enfant (respectivement 90% soit 70 sujets, et 71% soit 55 sujets)**

Concernant les données criminologiques et judiciaires :

- **Homicides ou tentatives d'homicides (36% soit 31 sujets)**
- **Victime intra-familiale (40% soit 27 sujets)**
- **Antécédents judiciaires connus (75% soit 66 sujets) ; violences physiques (53% soit 35 sujets); antécédents d'incarcération (62,5% soit 35 sujets) ; antécédents de condamnations (65% soit 57 sujets).**
- **Antécédents de violences graves en hospitalisation (62% soit 34 sujets)**

Concernant les données cliniques et anamnestiques :

- **Diagnostic de psychose (81% soit 71 sujets), schizophrénie paranoïde le plus souvent (49% soit 43 sujets)**

- **Antécédents de dépendance à un ou plusieurs toxiques (85% soit 57 sujets), cannabis et/ou alcool le plus souvent (58% soit 39 sujets pour chaque toxique)**

- **Antécédents psychiatriques connus avant les faits (88% soit 75 sujets)**

- **Antécédents d'hospitalisations en psychiatrie (83% soit 65 sujets), plusieurs séjours (82% soit 50 sujets)**

- **Le plus souvent en SDRE (76% soit 35 sujets)**

- **Une symptomatologie psychotique explique le passage à l'acte dans une large majorité de cas (84% soit 63 sujets) ; il s'agit le plus souvent d'un délire de persécution (32% soit 24 sujets).**

- **Antécédents de traumatismes, principalement dans l'enfance (59% soit 52 sujets)**

<u>Circonstances de survenue du passage à l'acte :</u>

- **Absence de suivi et de traitement en cours (respectivement 57% soit 32 sujets, et 69% soit 42 sujets)**

- **Dans un contexte de rupture de traitement lorsqu'un traitement était prescrit (60% soit 28 sujets).**

- **Hors institution (hôpital ou EHPAD) (86% soit 57 sujets)**

- **Pas de programme de soins en cours (89% soit 55 sujets)**

III. BIAIS

Nous avons été confrontés à plusieurs difficultés au cours de la réalisation de ce travail, impliquant des biais statistiques.

1. Biais de sélection

- Biais de recrutement

La première difficulté à laquelle nous avons été confrontés est liée au fait qu'il n'existe aucun listing des sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, ni dans les tribunaux, ni dans les hôpitaux pour les patients ayant été hospitalisés en soins sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat, selon l'article L3213-7 du CSP. En effet, pour ces derniers, le Département d'Information Médicale a dû faire une recherche et un tri afin de lister les patients concernés, et nous nous sommes alors aperçus d'un certain nombre d'erreurs au moment de l'archivage des dossiers, ce qui nous a considérablement compliqué la tâche.

Le fait qu'aucun listing n'existe pour ces sujets empêche la réalisation d'une étude exhaustive, et l'échantillon constitué ne peut pas être représentatif puisque non constitué par tirage au sort.

De plus, nous avons contacté les directeurs d'établissements, médecins DIM et présidents de CME de tous les services psychiatriques de Lorraine, mais tous n'ont pas répondu.

Compte-tenu du fait qu'un certain nombre d'informations ont été recueillies d'après des expertises n'ayant pas toutes été réalisées en Lorraine, il n'y a pas d'unité de lieu.

Les critères d'inclusion, notamment temporels, sont volontairement peu précis car nous avons secondairement élargi l'intervalle de temps. En effet, initialement nous avions décidé de prendre en compte les irresponsabilités pénales pour trouble mental prononcées entre 2005 et 2015, puis finalement nous avons inclus tous les sujets dont les expertises nous avaient été fournies par leurs auteurs, en prenant comme limite l'année 1994, pour des raisons que nous avons déjà évoquées (p.58).

Un autre biais est lié au fait qu'une partie importante de notre échantillon (44%) est constituée de patients ayant séjourné en UMD et/ou en USIP, ou du moins pour lesquels un tel service était indiqué, et qui présentent donc une certaine dangerosité. Il faut donc rester prudent dans l'interprétation de nos données.

De même, il existe également un biais lié au fait que 65% de nos données ont été collectées d'après des expertises, qui ont été réalisées soit de manière systématique suite à la commission d'un acte criminel, soit devant une symptomatologie bruyante ayant interpellé le juge (puisque les expertises ne sont pas systématiquement demandées suite à la commission de délits). Les patients ayant commis un ou plusieurs délits et présentant des troubles masqués ou peu bruyants (par exemple une symptomatologie négative), ou en tout cas des symptômes non repérables en l'absence de formation spécialisée, ne seront pas expertisés. Non seulement ces sujets ne seront pas inclus dans l'étude, ce qui constitue donc un biais de recrutement pour toutes les études concernant des sujets expertisés, mais surtout ces personnes risquent d'être incarcérées, avec tous les aspects délétères que la détention peut avoir sur des sujets malades mentaux, comme nous l'aborderons par la suite.

2. Biais d'information

Le relevé des données recueillies dans les dossiers et/ou expertises n'est pas exhaustif, d'autant que les sources pour chaque sujet de l'étude sont différentes. Pour beaucoup de données, nous avons des informations manquantes, ce qui nous oblige à rester très prudents dans l'extrapolation des résultats à l'échantillon, et dans l'interprétation que nous pouvons en faire. Comme nous l'avons déjà dit, aucun lien ne peut être fait entre les données, qui ont été analysées séparément et à but purement descriptif.

- Biais de subjectivité

L'examen psychiatrique, qu'il s'agisse d'un entretien classique ou d'une expertise, est réalisé par un humain chez un humain ; la part de subjectivité liée aux questions posées, aux réponses données et à la retranscription du tout est inévitable, et il faut en tenir compte dans l'interprétation des résultats de notre étude. D'une part, l' « observateur », qu'il s'agisse du

psychiatre prenant en charge le patient ou de l'expert psychiatre, sélectionne plus ou moins volontairement les questions qu'il pose et les informations qu'il retranscrit dans son observation médicale ou dans son expertise. D'autre part, le patient sélectionne également plus ou moins volontairement les informations qu'il donne à l'observateur, créant un biais de reconstruction possible des évènements par le patient. C'est notamment le cas dans les expertises où il est souvent précisé que les informations ont été recueillies auprès du patient. Par exemple, en dehors des rares cas où les experts ont pu avoir accès à des données judiciaires, pour les antécédents judiciaires par exemple, ils ne peuvent se fier qu'aux dires du sujet soumis à l'expertise.

Notre étude est rétrospective, ce qui explique qu'il manque des informations pour bon nombre d'items. En effet, les données recueillies au moment de la réalisation de l'expertise ne sont pas les mêmes d'un examen à l'autre. De plus, l'absence d'information concernant une donnée est ininterprétable car il est impossible de savoir si l'examinateur l'a recherchée chez le sujet. Par exemple, nous n'avons des informations sur les antécédents suicidaires que chez 35 sujets sur les 88 de notre échantillon ; parmi ces 35 personnes, il est précisé pour 8 d'entre elles qu'elles n'ont jamais fait de tentative de suicide, et les informations ne sont pas toujours précises pour les 27 sujets restants (il est parfois écrit « plusieurs » ou « nombreuses » tentatives, sans précision). Nous ne savons pas, pour les 53 personnes pour lesquelles nous n'avons pas d'information, si les antécédents suicidaires ont été recherchés et qu'ils n'en avaient aucun, ou s'ils n'ont simplement pas été recherchés. Toutefois, il est plus probable que les données manquantes ne soient en fait pas présentes chez le sujet. En effet, pour reprendre l'exemple des tentatives de suicide, si aucune information est disponible, l'absence d'antécédents suicidaires chez le sujet est plus probable car ce genre de faits marquants est généralement relevé.

IV. COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons retrouvé principalement des études concernant le lien entre une pathologie psychiatrique et un type de passage à l'acte ; ces études concernent majoritairement les sujets schizophrènes auteurs d'homicides.

Mais très peu de données concernant les sujets reconnus irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux sont retrouvées dans la littérature internationale. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est dû au faible nombre de sujets concernés, aux difficultés d'accès aux données concernant ces personnes, difficultés auxquelles nous avons nous-mêmes été confrontés, et peut-être à l'intérêt plus développé porté actuellement aux sujets reconnus responsables mais avec discernement altéré, correspondant à l'alinéa 2 de l'article 122-1 du Code pénal. En effet, en présence de troubles mentaux chez un sujet ayant commis une infraction, l'alinéa 2 est plus souvent prononcé. Le constat inquiétant du nombre important de détenus présentant des troubles mentaux explique probablement en partie l'intérêt porté à cette population, qui pose également beaucoup de questions éthiques et sociologiques. Avant de développer davantage cette réflexion, nous proposons à présent de comparer nos résultats avec ceux retrouvés dans la littérature.

1. Etudes réalisées chez des sujets reconnus irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental

En effet, nous avons trouvé trois études s'intéressant à la population que nous avons observée dans notre travail.

Parmi ces trois études, l'une est ancienne, belge, et s'intéresse plus précisément à ce que les experts estiment pertinent ou non de relever, d'observer ou d'évaluer et non sur les conclusions qu'ils en tirent, en amont des contenus des rapports d'expertise (41). Les auteurs s'interrogent surtout sur le mécanisme premier de sélection des informations par les experts plus que sur les sujets expertisés.

La deuxième étude est un travail de Baratta et al. (42) réalisé sur une cohorte de 58 patients ayant été hospitalisés d'office en Lorraine et en Alsace, suite à la commission d'une infraction, crime ou délit, et reconnus irresponsables pénalement en raison d'un trouble

mental. Le but de ce travail, dont le matériel était similaire au nôtre, était d'étudier la dangerosité criminologique d'une population de malades mentaux irresponsabilisés suite à la commission d'un crime ou d'un délit, par la mise en œuvre de deux types d'échelles actuarielles : le *Violence Risk Appraisal Guide* (pour les auteurs de violences physiques), et le *Sexual Offender Risk Appraisal Guide* (pour les auteurs de violences sexuelles). En dehors de la cotation de ces échelles actuarielles, six données ont été relevées, auxquelles nous proposons de comparer nos résultats (bien que nous n'ayons pas utilisé tout-à-fait le même classement pour les troubles mentaux), en gardant à l'esprit que nous avons probablement des sujets en communs dans nos études, ce qui augmente forcément la probabilité que nos résultats coïncident entre eux.

La troisième étude est très récente (22) ; il s'agit d'une étude rétrospective, qui décrit les troubles présentés par une cohorte de 180 auteurs d'infractions présentant une abolition ou une altération du discernement et du contrôle des actes parmi une population de 1001 auteurs d'infractions, répertorie les actes commis et évalue la fréquence de ces atteintes du discernement. L'intérêt de cette étude réside dans le fait qu'elle compare les sujets avec discernement aboli aux sujets présentant ou ayant présenté une altération du discernement. Comme le souligne l'auteur : « la répartition et l'ordre de grandeur de chaque pathologie au sein de cette population au discernement altéré ou aboli sont méconnus ».

- Concernant les diagnostics, Baratta et al. (42) et Mahé (22) mettent en évidence une prédominance de pathologies schizophréniques, plus précisément de type paranoïde, chez les sujets irresponsabilisés, ce qui coïncide avec les résultats de notre étude. La déficience mentale est le deuxième diagnostic le plus fréquemment retrouvé dans notre étude, alors qu'il s'agit des psychoses paranoïaques dans l'étude de Mahé (22) ainsi que dans celle Baratta et al. (42). La déficience mentale est le troisième diagnostic le plus souvent retrouvé dans l'étude de Baratta et al. (42), et le cinquième dans l'étude de Mahé (22). Dans notre étude, la psychose paranoïaque est le sixième diagnostic le plus fréquemment retrouvé. Ces disparités dans les résultats sont peut-être liées à l'utilisation de critères nosographiques différents dans le matériel exploité pour chaque étude. Les troubles de l'humeur sont relativement peu fréquents d'après les résultats de notre étude, ce qui semble correspondre aux données de l'étude de Baratta

et al. (42), contrairement à Mahé (22) qui les place en troisième position par ordre de fréquence décroissante.

- Concernant les infractions commises, Baratta et al. (42) retrouvent 81% de crimes et 19% de délits ; Mahé (22) retrouve une majorité de délits (83%) contre 17% de crimes. Notre étude retrouve 51% de sujets ayant commis au moins un crime et 49% de sujets ayant commis des délits uniquement. Les violences physiques constituent l'infraction la plus fréquente dans l'étude de Baratta et al. (42) comme dans celle de Mahé (22) avec des taux pourtant très différents (respectivement 88% des cas et 30% des cas). Nous avons retrouvé un taux de 34% de violences physiques, légèrement inférieur au taux d'homicides ou tentatives d'homicides (36% dans notre étude contre 70% dans celle de Baratta et al. (42), et seulement 7% dans l'étude de Mahé (22) mais qui ne prennent en compte que les homicides et pas les tentatives).

  L'étude de Mahé consacre un paragraphe à la comparaison du « groupe 122-1 » et du « groupe non 122-1 », le « groupe 122-1 » rassemblant les sujets au discernement aboli et ceux au discernement altéré car « très proches en termes de répartition des infractions commises » (22). Les auteurs relèvent que les crimes sexuels, les délits sexuels et les vols à main armée sont rarement commis par des sujets au discernement altéré ou aboli (respectivement 3,6%, 11,7% et 4,7%), et qu'aucun auteur de viol n'a fait l'objet d'une abolition du discernement dans leur étude, alors que nous avons relevé 9% de personnes (8 sujets sur 87) ayant commis des viols parmi les sujets inclus. Les homicides ne constituent que 7% des infractions commises par le groupe 122-1, contre 11% dans le groupe non 122-1. Dans notre étude, nous avons inclus ensemble homicides et tentatives d'homicide, ce qui explique que ce taux soit beaucoup plus important (36%). En outre, les incendies et les dégradations graves apparaissent, dans l'étude de Mahé (22) comme étant plus souvent commises par des sujets dont le discernement était altéré ou aboli (respectivement 41,7% et 63,2%), de même que les violences sur ascendant (53,8%) et les menaces de mort (33,3%). Ils notent également que dans le « groupe 122-1 », ce sont les déficients intellectuels qui constituent le groupe le plus important d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (44,8% des auteurs). Dans notre étude, 5% des sujets pour lesquels nous avions l'information avaient commis des incendies (4 sujets sur 87), 9% des dégradations de

biens (8 sujets sur 87), plus ou moins graves, et 8% avaient proféré des menaces de mort (7 sujets sur 87). D'après notre graphique mettant en évidence le profil victimologique en cas de violences physiques, nous constatons que la victime est un membre de la famille dans seulement 7 cas sur 30, soit dans 23% des cas. Les taux retrouvés dans notre étude concernant ces infractions sont nettement moins importants que dans l'étude de Mahé (22).

- Pour ce qui est du profil victimologique global, nos résultats coïncident également avec ceux de Baratta et al. (42), avec une victime connue de son agresseur dans la majorité des cas, le plus souvent un membre de la famille (41% des cas dans l'étude de Baratta et al. et 40% des cas dans la nôtre).

- Le passage à l'acte est rarement révélateur d'une entrée en maladie mentale, comme l'avaient mis en évidence Baratta et al. (42) avec seulement 7% des sujets de leur échantillon qui ne présentaient aucun antécédent psychiatrique au moment du passage à l'acte, ce que nous avons également pu constater avec seulement 12% des sujets de notre étude.

- Nous savons que 76% des patients pour lesquels nous avons l'information avaient déjà été hospitalisés en SDRE avant les faits, soit au moins 35 sujets ; Baratta et al. retrouvaient des antécédents d'hospitalisations sans consentement « motivées par des actes violents » dans 67% des cas. L'existence d'antécédents d'hospitalisation en SDRE témoignent d'un certain degré de dangerosité psychiatrique chez les sujets concernés, en tous les cas au moment où l'indication d'hospitalisation a été posée.

À ce propos, nous avons relevé dans notre étude les antécédents de violences en hospitalisation et/ou en détention, lorsque les sujets présentaient des antécédents d'hospitalisation et/ou d'incarcération. Malgré quelques données manquantes, les chiffres sont parlants : dans la majorité des cas, les sujets concernés avaient commis des violences graves. En hospitalisation, c'est le cas pour 62% des sujets pour lesquels nous avons l'information, contre 54% en détention. Aucun incident n'a été relevé au cours des

hospitalisations de seulement 16% des sujets pour lesquels nous avions l'information, contre seulement 19% au cours des périodes d'incarcérations. Or nous savons que les antécédents de violences chez un sujet constituent un facteur de risque majeur de récidive violente, plus que ne le sont les symptômes psychotiques (43).

- Pour ce qui est des circonstances du passage à l'acte, Baratta et al. ont relevé que le passage à l'acte avait été commis lorsque le patient était sous programme de soins dans 5% des cas, 11% dans notre étude (7 sujets), et en milieu hospitalier dans 7% des cas contre 14% dans notre étude (placement en EHPAD y compris).

- Concernant les antécédents d'addictions, une dépendance à un ou plusieurs toxiques a été retrouvée chez 85% des sujets de notre étude pour lesquels nous avions des informations, contre 71% dans l'étude de Baratta et al. (42), avec une prédominance d'éthylisme dans les deux études (58% contre 67%). Toutefois, les antécédents de dépendance aux cannabis sont nettement plus importants dans notre étude (58%, contre seulement 26% dans l'étude de Baratta et al. (42)).

- Une consommation de toxiques au moment du passage à l'acte est documentée pour 60% des sujets étudiées par Baratta et al. (42), alors que notre étude a pu mettre en évidence un manque certain d'informations à ce sujet dans les expertises et/ou les dossiers médicaux analysés, ce qui nous semble paradoxal compte-tenu des conséquences que peut avoir une prise de toxiques dans la commission d'une infraction, quelle qu'elle soit.

- Enfin, concernant les antécédents judiciaires, nous avons retrouvé un taux d'au moins 75% des sujets de notre échantillon pour lesquels nous savons qu'ils avaient des antécédents judiciaires avant le passage à l'acte ayant motivé le 122-1 pris en compte pour l'étude, et Baratta et al. (42) retrouvent un pourcentage nettement moins élevé (51%) ; malgré tout, dans les deux études, la majorité des sujets présentaient des antécédents judiciaires. Parmi les données relevées, une est particulièrement

intéressante à analyser : il s'agit du nombre de sujets qui avaient déjà fait l'objet d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental suite à la commission d'une infraction : c'est le cas pour 7% des sujets étudiés par Baratta et al. (42), alors que les résultats de notre étude avancent un taux d'au moins 22% de notre échantillon.

- Nous n'avons pas retrouvé d'études réalisées chez des sujets reconnus irresponsables prenant en compte les autres données que nous avons relevées, comme par exemple les antécédents de traumatismes, pourtant importants au vu des résultats de notre étude.

2. Etudes réalisées chez des criminels : sujets malades mentaux versus sujets indemnes

Nous avons en revanche retrouvé un nombre considérable de travaux réalisés chez des sujets souffrant de troubles mentaux et ayant commis des passages à l'acte, le plus souvent criminels, et dans lesquels il s'agissait plus particulièrement de meurtres. Parmi ces travaux, nous avons retrouvé une étude rétrospective réalisée par Richard-Devantoy et al. (44) en 2009, dont l'objectif principal se rapprochait du nôtre dans la mesure où il s'agissait de mettre en exergue les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de pathologie psychiatrique. Bien que nos échantillons diffèrent, il est intéressant de confronter nos résultats avec ceux de cette étude qui apporte un éclairage supplémentaire en comparant des sujets criminels malades mentaux, indépendamment de l'existence ou non d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, avec des sujets criminels indemnes de trouble psychiatrique. Les sujets malades mentaux pris en compte dans cette étude souffrent de « troubles mentaux graves » selon la définition consensuelle de Hodgins, qui regroupe les diagnostics de schizophrénie, de trouble de l'humeur et de psychose paranoïaque, et ne prend donc pas en compte les déficiences intellectuelles, les troubles de la personnalité ou les abus d'alcool.

Concernant les caractéristiques des sujets :

- Il s'agit majoritairement d'hommes (73% chez les criminels malades mentaux contre 65,8% chez les sujets indemnes), comme dans notre étude (90%).

- Les meurtriers malades mentaux sont plus âgés que les sujets indemnes de toute pathologie psychiatrique (37,8 ans versus 31.7 ans ; 34,6 ans dans notre étude).

- La moitié des auteurs vivent seuls au moment des faits (54,1% chez les sujets malades versus 46,6% chez les sujets non malades) ; ce taux est beaucoup plus important dans notre étude car il s'élève à 90%.

- Les sujets malades sont plus souvent sans emploi (54% contre 39% chez les sujets indemnes ; nous avions retrouvé une instabilité professionnelle chez 41 % des sujets).

- Les antécédents psychiatriques personnels sont deux fois plus fréquents en cas de trouble mental chez le meurtrier (81,1% contre 32,9% ; 88% dans notre étude).

- Des antécédents d'alcoolisme sont retrouvés chez 40,5% des criminels malades contre 19,7% chez les sujets indemnes ; 58% dans notre étude.

- Les antécédents judiciaires sont retrouvés à des taux quasiment identiques chez la population de criminels malades et chez les criminels non malades (24,3% contre 28,2%) alors qu'ils sont beaucoup plus fréquents chez nos sujets (au moins 75%).

- Les antécédents de violences contre les personnes sont identiques dans les deux groupes (18,9% contre 23,9%). Nous avions relevé parmi les antécédents judiciaires de nos sujets des violences physiques chez 53% des personnes, soit au moins deux fois plus que dans l'étude de Richard-Devantoy et al. (44).

- Des évènements traumatiques dans l'enfance sont retrouvés chez 54,1% des meurtriers malades contre 49,3% chez les meurtriers indemnes. Dans notre étude, bien que nous n'ayons pas séparé les traumatismes infantiles de ceux vécus à l'âge adulte, nous retrouvons un pourcentage considérable de sujets présentant des antécédents traumatiques, y compris durant l'enfance (au moins 52 sujets soit au moins 59% de notre échantillon).

Concernant les caractéristiques des victimes :

La victime est inconnue de son agresseur dans seulement 5,4% des cas lorsqu'il s'agit d'un meurtrier souffrant de troubles mentaux, contre 23,3% des cas lorsque l'auteur est indemne ; c'est le cas dans 16% des cas, selon notre étude, concernant les homicides ou tentatives d'homicides. Les protagonistes se connaissent dans 84% des cas dans notre étude, et selon Richard-Devantoy et al. (44) dans 94,6% des cas lorsque l'auteur a une maladie mentale grave, contre 76,7% des cas en l'absence de pathologie mentale chez l'auteur, et les auteurs ont mis en évidence le fait que la proximité affective entre le meurtrier et sa victime était d'autant plus marquée que l'agresseur présente une maladie mentale. Dans notre étude, la victime est un membre de la famille dans 48% des cas, contre 59% des cas dans l'étude de Richard-Devantoy et al. (44).

Les différences entre les résultats de cette étude et la nôtre peuvent s'expliquer par le fait que leur échantillon est différent du nôtre, ne s'intéressant pas exactement à la même population, et est également moins important (37 sujets malades mentaux contre 88 dans notre étude). Les classifications utilisées pour les troubles mentaux sont également différentes dans les deux études. Il faut donc rester prudent dans l'interprétation pouvant être faite de la comparaison des résultats.

Avant de clore ce paragraphe, précisons que si, dans les pays industrialisés, le taux d'homicide est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants, les troubles mentaux graves seraient considérés comme responsables de 0.16 cas d'homicide pour 100 000 habitants ; les sujets malades mentaux ne représenteraient, pour les homicides, qu'entre 1 criminel sur 20 et 1 criminel sur 50 (43).

3. Etudes réalisées chez les sujets détenus : population carcérale versus sujets irresponsabilisés

Il nous a semblé également intéressant de comparer les résultats de notre étude avec les données concernant la population carcérale, qui prend en compte tous types d'infractions et est donc plus représentative de l'étendue du champ pénal. Il s'agit d'une population relativement peu étudiée, mais dont certaines caractéristiques se rapprochent de celles des sujets irresponsabilisés. Nous avons repris principalement deux études présentant les

statistiques ministérielles réalisées chez les sujets incarcérés dans les établissements français ; une étude réalisée en 2002 et qui s'intéresse plus particulièrement aux personnes suivies par un SMPR (45), et donc présentant une fragilité psychique, et une étude réalisée chez les sujets incarcérés en 2003 (46), ainsi que les données statistiques récentes (47).

- Sans surprise, les hommes sont largement majoritaires, qu'il s'agisse des entrants en détention dans les établissement disposant d'un SMPR (94% (45)) ou de la population incarcérée (95% (46)) ; notre échantillon relevait 90% d'hommes parmi les sujets irresponsabilisés étudiés. La tranche d'âge la plus représentée parmi la population carcérale est celle des 30-39 ans (47), et les sujets incarcérés sont en moyenne plus jeunes que la population générale (45,46) ; la moyenne d'âge de notre échantillon était de 34.6 ans contre 40,9 ans pour la population française en 2015 (48), donc également plus jeune, et la moitié des sujets étudiés avait entre 25 et 45 ans.

- Parmi les personnes détenues, beaucoup présentaient, avant leur incarcération, des difficultés socioprofessionnelles. En effet, selon la DREES, plus de la majorité des sujets suivis par les SMPR, dont les caractéristiques socio-économiques sont similaires à celles des sujets entrants en détention, n'avait pas d'activité professionnelle au moment de l'incarcération, et 57% n'avaient pas été actifs de manière continue plus de deux ans au cours de cinq années précédant l'incarcération (45). Ces chiffres sont comparables aux données de la seconde étude (46) et de la nôtre (nous avions retrouvé une large majorité de sujets en grande difficulté professionnelle).

- Les sujets détenus ont en général un niveau d'études faible ; plus de 25% ont quitté l'école avant 16 ans, et 75% avant 18 ans ; plus de 11% se déclarent illettrés (46). Une fois de plus, ces résultats rapprochent la population carcérale de celle des sujets irresponsabilisés puisque, dans notre étude, 34% des sujets pour lesquels nous avions l'information avaient stoppé leur scolarité au collège, et seulement 6% avaient décroché leur baccalauréat.

- Une grande majorité des personnes incarcérées était célibataire au moment de leur mise en détention (76% contre 47% dans la population générale (45)) ; nous avions retrouvé au moins 90% de célibataires parmi les sujets irresponsabilisés.

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que la population carcérale, comme la population des sujets reconnus irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental, est globalement très touchée par la précarité et l'isolement.

- La santé mentale des détenus fait l'objet d'une section suivante. Toutefois, concernant les antécédents psychiatriques des détenus, il est intéressant de constater que 20% des entrants déclarent avoir déjà été suivis par le secteur de psychiatrie (46), et que 30% des détenus suivis par les SMPR l'avaient antérieurement été par un secteur de psychiatrie. Ces chiffres sont bien évidemment beaucoup moins importants que dans notre étude (au moins 85% des sujets de notre échantillon présentaient des antécédents psychiatriques, et au moins 74% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie) puisque notre échantillon n'est constitué que de sujets présentant des troubles psychiatriques constitués ; mais ils témoignent d'une surreprésentation des troubles mentaux dans la population carcérale, qui est également très fortement touchée par les problématiques addictives. En effet, en plus de la prévalence très importante du tabagisme chez ces sujets, un tiers des entrants déclare une consommation excessive d'alcool, et quasiment le même nombre déclarent une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours de l'année précédant l'incarcération ; 28% des entrants déclarent au moins deux consommations à risque cumulées, avec le plus souvent co-consommation d'alcool et de drogues illicites (13,5%)(46). La prévalence des conduites addictives est nettement plus importante dans notre échantillon (85% des sujets pour lesquels l'information était disponible présentaient des antécédents de dépendance à un ou plusieurs toxiques, dont majoritairement l'alcool et le cannabis), ce qui peut s'expliquer par l'existence d'une pathologie psychiatrique chez ces sujets. Mais dans l'ensemble, les antécédents de dépendance à un ou plusieurs toxiques sont plus nombreux chez les sujets incarcérés et chez les sujets irresponsabilisés que dans la population générale (49).

- Enfin, concernant les faits commis, nous avons comparé nos résultats avec les statistiques ministérielles les plus récentes concernant la population carcérale française (47), et qui datent de janvier 2015. Les motifs d'incarcération comprenaient 12% de viols ou d'agressions sexuelles autres, alors que nous avions relevé 14 sujets ayant commis une agression sexuelle, viol y compris, soit 16% de notre échantillon. (Notons que ces résultats sont en contradiction avec les données issues de l'étude de Mahé (22)

qui relevait moins d'agressions sexuelles commises par les sujets au discernement altéré ou aboli). Les vols sont plus fréquemment retrouvés parmi les infractions commises par la population carcérale générale que par les sujets irresponsabilisés (19% contre seulement 5%). En revanche, 34% des patients irresponsabilisés le sont suite à des coups et blessures volontaires, qui sont retrouvés, parmi les motifs d'incarcération, chez 26% des détenus, donc moins fréquemment. Les infractions à la législation sur les stupéfiants représentent 15% des motifs d'incarcération mais ne sont commis que par 3% des sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale. Nous ne pouvons pas comparer les données concernant les homicides puisque les statistiques du ministère de la Justice ne distinguent pas les homicides involontaires des blessures involontaires (au total 6%) mais séparent les homicides involontaires des crimes de sang (6%) ; dans notre étude, nous n'avons pas distingué homicides volontaires et involontaires mais les homicides en général semblent clairement surreprésentés (36%). Enfin, 8% des incarcérations sont expliquées par des escroqueries, recels ou usages de faux, alors qu'il s'agit d'infractions très rarement commises par les sujets de notre étude (1%).

4. Etudes sur la violence chez des sujets malades mentaux versus population générale

« Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? ». C'est cette question que posent textuellement Senon et al. (43) au travers d'une étude de la littérature, riche, sur le sujet. Il ne s'agit plus ici d'infractions en général ou de crimes en particulier mais de violence, qui est une notion encore différente. Nous tenions malgré tout à présenter les résultats de ces travaux, intéressants à confronter avec les nôtres, car ils apportent un certain nombre d'éléments extrêmement parlants et utiles pour la pratique quotidienne et la prévention de la récidive.

Toutes les études récentes réalisées sur le sujet s'accordent sur le fait que sans abus de substances, les sujets schizophrènes présentent un risque de violence quatre fois plus important que la population générale, mais que ce risque est multiplié par 8.4 lorsque les sujets malades abusent de toxiques, y compris l'alcool (43,50). En revanche, sans abus de substances, il n'existe pas de lien significativement élevé entre la violence et les troubles

dépressifs ou les troubles anxieux (51). Ces études mettent clairement en évidence l'importance du repérage et de la prise en charge des abus de substances, alors que la prise de toxiques au moment du passage à l'acte est, nous l'avons constaté dans notre étude, une information peu relevée dans les expertises et/ou les observations médicales.

De plus, la précarité et un bas niveau de scolarité sont également associés à une augmentation du risque de violence chez les sujets schizophrènes (52), éléments que nous avons fréquemment retrouvés chez les sujets de notre étude. Les auteurs ajoutent que les caractéristiques sociodémographiques des patients malades mentaux violents sont les mêmes que dans la population générale (43), ce que Richard-Devantoy et al. avaient déjà mis en évidence dans leur étude concernant les meurtriers (44). Il ne faut donc pas négliger l'importance de ces données dans la prise en charge de ces patients.

De même, les auteurs précisent que le risque de violence augmente avec la désinstitutionnalisation, à l'origine de nombreuses ruptures de soins ; « plus on psychiatrise, moins on criminalise » (53), et donc moins on psychiatrise, plus on désinstitutionnalise et plus on criminalise (43). Nous avons également retrouvé une majorité de patients en rupture de soins au moment du passage à l'acte, parmi les sujets pour lesquels l'information était disponible, ce qui n'était le cas que pour une petite majorité de notre échantillon alors qu'il s'agit d'une donnée importante.

Enfin, à l'issue de cette étude de la littérature, les auteurs insistent à juste titre sur l'importance de suivre les recommandations cliniques en psychiatrie médico-légale, en travaillant notamment « en référence à une clinique médico-légale précise » et en « prenant en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis ou de tout autre drogue, avec une prise en charge éventuellement associée à une équipe d'addictologie ». S'agissant d'un patient ayant déjà commis un passage à l'acte lors d'une hospitalisation précédente (et nous avons démontré qu'il s'agissait d'un cas fréquent), les auteurs préconisent vivement de « toujours consulter le dossier médical précisément tenu à jour sur tous les critères de dangerosité et l'analyse clinique des facteurs ayant contribué à l'accès violent » (43).

5. Synthèse

Dans l'ensemble, les résultats de notre étude coïncident avec ceux retrouvés dans la littérature internationale, avec toutefois quelques disparités majeures, que l'on retrouve également en comparant les données de la littérature internationale, les différents résultats étant parfois très variables d'une étude à l'autre.

Les différences retrouvées entre nos résultats et ceux d'autres études peuvent s'expliquer par les biais méthodologiques déjà cités, par une hétérogénéité méthodologique et notamment par le fait que la constitution de l'échantillon, la population étudiée et les classements utilisés pour certains items varient d'une étude à l'autre.

Ces différences témoignent surtout, selon nous, de la difficulté à réaliser une étude sur cette population pour laquelle les données sont peu accessibles et/ou peu disponibles. C'est là qu'est tout le paradoxe, et qui justifie en partie la réalisation de notre travail : comment expliquer ce manque de données au sujet d'une population que l'on pourrait qualifier de « sensible », notamment au vu de l'importance des antécédents psychiatriques et judiciaires de ces patients, et qui nécessite une attention accrue du fait de ces particularités ?

Car comme le soulignaient déjà Le Bihan et Bénézech dans une étude de 2005 (54) : « La connaissance des antécédents psychiatriques, criminels violents et judiciaires de ces patients par les cliniciens et les experts est essentielle dans la prévention de la récidive ». Une évaluation clinique standard semble clairement insuffisante pour prendre en charge ces patients de manière optimale et prévenir au mieux une récidive pathologique.

6. Un « chantier » à poursuivre

Notre échantillon, même s'il n'est pas représentatif de la population générale des patients irresponsabilisés pénalement en raison d'un trouble mental, reste toutefois représentatif d'une réalité de terrain, et les résultats de notre étude peuvent être lus comme des pistes d'investigations ultérieures.

Il serait intéressant de pouvoir réaliser d'autres travaux à partir de notre étude, en comparant nos résultats avec différentes populations :

- population de sujets reconnus responsables mais avec altération du discernement ;

- population de sujets ayant commis une ou plusieurs infractions mais ne présentant aucun trouble mental ;

- population de sujets malades mentaux n'ayant pas commis d'infraction.

Il pourrait s'avérer intéressant d'approfondir l'analyse statistique de notre étude pour établir des liens entre chaque variable, et ainsi établir un profil spécifique pour chaque catégorie diagnostique par exemple, ou chaque type de passage à l'acte, et tenter de mettre en évidence des particularités et des spécificités.

L'étude d'autres variables pourrait permettre d'analyser plus en profondeur la psychopathologie propre au processus morbide infiltrant le passage à l'acte. Concernant l'homicide par exemple, Bénézech et al.(55) proposent une nouvelle méthode d'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène, et soulignent la complexité des interactions des six composantes suivantes : la composante violente, opérationnelle, émotionnelle, sexuelle, relationnelle et circonstancielle.

Ces études pourraient permettre d'améliorer les connaissances et les compétences des experts, en particulier pour l'analyse psycho-criminologique, de plus en plus demandée par la Justice notamment pour amener des éléments sur la dangerosité criminologique du sujet et tenter d'évaluer les risques de récidive.

V. PISTES REFLEXIVES

À l'issue de ce travail, force est de constater que les expertises et/ou les dossiers médicaux des sujets reconnus irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux ne sont pas remplis de manière standardisée, et que nous sommes encore loin des recommandations de la commission d'audition de 2007 qui soulignait, à juste titre, l'intérêt de « préciser une connaissance médicolégale qui soit consensuelle sur les troubles qui abolissent le discernement et ceux qui peuvent l'altérer, ainsi que sur les troubles qui abolissent le contrôle des actes ou qui l'entravent partiellement » (35). Même si la population qui nous intéresse dans ce travail est celle dont le discernement a été reconnu comme aboli, nous ne pouvons que déplorer également les mêmes carences d'informations au sujet des personnes au

discernement altéré, qui sont plus nombreuses mais ne posent pas moins d'interrogations éthico-sociales, car la responsabilisation d'un sujet au discernement altéré mais non aboli entraîne, si la gravité de l'infraction le justifie, une peine privative de liberté, avec tous les risques et les conséquences que peut entraîner l'incarcération d'un sujet malade mental. Avant d'aborder ces considérations, revenons plus en détail sur le débat actuel autour de l'expertise psychiatrique.

1. Le débat actuel autour de l'expertise psychiatrique: irresponsabilité des malades / responsabilité des experts ?

A. Le problème du filtre de l'expertise psychiatrique

Dans notre étude, 51% des sujets ont commis au moins un crime et 49% uniquement un ou plusieurs délits. Les actes criminels sont systématiquement suivis d'une expertise psychiatrique. Pour ce qui est des délits, deux textes imposent la réalisation d'une expertise psychiatrique : il s'agit de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 (56), couvrant les délits sexuels, et la loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 (57), couvrant entre autres les dégradations ou détériorations dangereuses pour les personnes. Dans les autres cas, le choix de requérir une expertise est laissé à l'appréciation du magistrat. Dans notre étude, parmi les délits, 12 sujets ont été expertisés suite à une de ces deux lois (6 sujets ayant commis une agression sexuelle, 2 sujets ayant été interpellés pour exhibition, et 4 sujets ayant provoqué un incendie volontaire). Les autres l'ont été suite à une décision du juge, devant une symptomatologie bruyante et/ou des antécédents psychiatriques. Nous constatons que ces cas représentent une partie considérable de notre échantillon (32 sujets), ce qui peut laisser penser que les motivations conduisant à la réalisation d'une expertise sont peu spécifiques et peu sélectives. Dans la même optique de standardisation des données recueillies dans les expertises et également dans les dossiers médicaux de sujets irresponsabilisés, il pourrait être intéressant de standardiser et d'uniformiser les motivations conduisant à la décision d'expertise psychiatrique, comme le suggère également Mahé à l'issue de son étude (22).

Le faible nombre d'irresponsabilités pénales proposées en application de l'article 122-1 du Code pénal véhicule l'idée erronée que les experts seraient responsables de l'accumulation des malades mentaux dans les prisons, par le biais d'une surpénalisation des troubles mentaux

avec une tendance plus importante à responsabiliser les sujets. Mais c'est bien le problème du filtre de l'expertise psychiatrique par lequel ne passent pas tous les sujets malades mentaux avant d'être incarcérés qui est à l'origine de la sur-morbidité psychiatrique en milieu carcéral (22).

Outre ce problème, les expertises en elles-mêmes sont parfois critiquables.

B. Critiques de l'expertise psychiatrique et recommandations de l'HAS de janvier 2007

Certaines expertises rédigées à la hâte sont pointées du doigt par les magistrats, leur reprochant un « copier-coller » amenant parfois à des conclusions contradictoires, et remettant en question la formation des experts. De leur côté, les experts psychiatres et psychologues sont tout aussi critiques. En effet, ils sont de moins en moins nombreux à demander leur inscription sur les listes des Cours d'Appel, et leur charge de travail n'en est que plus importante. Les conditions parfois difficiles dans lesquelles sont réalisées les expertises, la responsabilité qui incombe aux experts, la multiplication des missions, la faible rémunération de ce travail pourtant fastidieux et astreignant (les dépôts d'expertises à la barre pouvant se faire plusieurs mois voire plusieurs années après l'examen, et l'expert devant obligatoirement se rendre disponible quelque-soit son emploi du temps) rendent cette activité de moins en moins attractive.

Cette situation n'est pas nouvelle et a amené la commission d'audition à se prononcer en 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale (35). Pour tenter de remédier à ces difficultés, la commission d'audition recommande, entre autres :

- que toute personne gardée à vue et susceptible d'être incarcérée fasse l'objet lors de son examen médical prévu par le Code de Procédure Pénale d'une attention particulière à la clinique psychiatrique.

- qu'en cas de besoin soit diligentée une réquisition d'un psychiatre qui répondrait aux seules questions suivantes : la personne mise en cause présente-t-elle une pathologie psychiatrique ? Cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats et, si oui, selon quelles modalités ?

- de travailler entre hôpital et tribunal, les modalités d'organisation permettant de réaliser dans de bonnes conditions des expertises en réquisition.

La conférence de consensus relève également un point intéressant, à savoir que « la mise en place d'unités de psychiatrie médicolégale, telles qu'elles existent sur certains sites, peut avoir un intérêt quand elles vont dans le sens d'une organisation contractualisée entre parquet et hôpital ».

Un autre point important abordé par les experts de l'audition est le fait que dangerosité et maladie mentale ne doivent pas être confondues, et qu' « il convient toujours, en l'état actuel des connaissances, de distinguer :

- La dangerosité psychiatrique : manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ;

- La dangerosité criminologique : prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » (36).

Nous insistons sur le fait que la commission d'audition a bien souligné l'intérêt de « préciser une connaissance médicolégale qui soit consensuelle sur les troubles qui abolissent le discernement et ceux qui peuvent l'altérer, ainsi que sur les troubles qui abolissent le contrôle des actes ou qui l'entravent partiellement ». En plus de la question de l'existence ou non d'éléments psychopathologiques pouvant expliquer le passage à l'acte, il est rappelé dans la conférence de consensus que l'interaction auteur-victime doit également être prise en compte, tout comme les consommations de produits à effets psychotropes, qu'il s'agisse d'un contexte de dépendance ou d'une consommation occasionnelle, alors que nous avons pu constater dans notre étude qu'il s'agit d'une information très peu recherchée, ou du moins peu restituée dans les expertises.

Compte tenu de l'évolution des demandes de la justice vis-à-vis de l'expertise psychiatrique pénale, l'accent est mis sur la nécessité pour la psychiatrie médicolégale de se structurer davantage par la formation et la confrontation des experts pour que se dégagent des consensus « quand ils sont possibles ». Enfin, la commission d'audition recommande une actualisation et une harmonisation nationale des questions types posées aux experts, après avis de la communauté scientifique et juridique et sous l'égide des ministères concernés.

Parmi les propositions émises par la commission d'audition afin de développer la qualité expertale figure l'utilité pour le législateur de repréciser les conditions d'acquisition de la qualité d'expert et les conditions de suivi de la compétence de l'expert dans le temps, par le biais notamment d'une meilleure articulation entre les cours d'Appel et les universités contribuant à la formation en troisième cycle des experts. La nécessité d'une revalorisation de la rémunération des expertises psychiatriques pénales est également rappelée. La commission d'audition recommande également d'améliorer les conditions dans lesquelles sont réalisées les expertises en détention, en diminuant les temps d'attente, en assouplissant les jours et les tranches horaires d'accueil, et en mettant à disposition des locaux adaptés, permettant de garantir la confidentialité de l'examen et des conditions de sécurité optimales. Dans le but d'améliorer la formation des experts, la commission d'audition préconise la mise en place de centres ressources expérimentaux concernant d'autres types de délinquance que la délinquance sexuelle (qui existent depuis la circulaire du 13 avril 2006). Enfin, le développement de travaux de droit pénal comparé entre les différents pays européens doit s'engager, parallèlement aux recherches multidisciplinaires portant plus spécifiquement sur l'expertise psychiatrique pénale (36).

Le débat sur l'irresponsabilité pénale pour trouble mental constituant l'élément central de notre travail, il nous a paru intéressant de rapporter le point de vue du juriste sur cette notion si complexe. Car si les experts déplorent l'absence de clinique d'abolition du discernement, les magistrats sont confrontés aux mêmes difficultés lorsqu'il s'agit d'établir si le sujet est irresponsable ou non, « tant la frontière entre irresponsabilité psychiatrique et responsabilité pénale est parfois ténue » selon Maître Leurent dont nous allons reprendre les propos (58).

C. Le point de vue d'un juriste

Les questions soulevées par Olivier Leurent dans sa communication intitulée « Innocence, déni, aveu et culpabilité. Un président d'assises face aux expertises psychiatriques » semblent bien résumer toute la complexité et les subtilités qui se trament dans les relations entre psychiatrie et justice : « La vérité psychiatrique doit-elle être, peut-elle être au service de la vérité judiciaire ? En d'autres termes, comment la vérité psychiatrique peut-elle constituer un

des outils pour éclairer le juge sur le chemin si obscur et si tortueux de la vérité judiciaire ? » (58). Le magistrat résume cette problématique à travers cinq questions primordiales :

- « L'impartialité de l'expert, un préalable à la vérité psychiatrique et judiciaire ; (sur ce point, l'auteur rappelle que l'expert psychiatre n'est pas au service du juge qui l'a désigné mais uniquement au service de sa science pour éclairer la justice).

- Le déroulement des entretiens d'expertises peut-il contribuer à la manifestation de la vérité judiciaire ?

- Le débat sur l'irresponsabilité : lorsque la vérité psychiatrique est polluée par la recherche d'une solution judiciaire acceptable ;

- La question de la crédibilité ou lorsqu'un trait de personnalité peut vite devenir une déclaration de culpabilité ;

- Et enfin, la question de l'évaluation de la dangerosité ou lorsque les risques psychiatriques ou criminologiques ne doivent plus exister » (58).

L'auteur s'interroge sur le fait qu'un acquittement pour cause d'irresponsabilité risquerait de donner le sentiment que la justice fuit sa responsabilité, tout en étant conscient du fait qu'une démocratie peut difficilement accepter de « juger ses fous ». Il devient de plus en plus intéressant d'analyser le point de vue du magistrat lorsque l'auteur reconnaît être parfois tenté de déclarer un accusé irresponsable lorsqu'il est estimé que son traitement social relève de la psychiatrie, et responsable « lorsqu'on ne fait plus confiance à la médecine pour protéger la société, le tout indépendamment de la réalité exacte de sa pathologie » (58).

Ce débat est loin d'être clos. Beaucoup d'avancées sont attendues en matière de pratique expertale, mais pas uniquement. En effet, ces sujets ne sont pas seulement des auteurs d'infractions ; ils sont avant tout des patients, des personnes malades nécessitant des soins. C'est en partie pour cette raison que nous n'avons pas voulu restreindre les sources de notre étude aux seules expertises ; il nous paraissait intéressant de voir également comment étaient remplis les dossiers médicaux de ces patients. Bien-sûr, il ne s'agit pas, comme nous l'avons dit, de stigmatiser cette population en mettant l'accent sur le passage à l'acte. Mais une attention particulière doit lui être portée, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients et

de diminuer leur dangerosité psychiatrique, pour tenter de prévenir un nouveau passage à l'acte. Une uniformisation des dossiers, par un recueil systématique et standardisé des données, à l'image de ce qui est attendu en clinique expertale, pourrait permettre d'optimiser la prise en charge de ces patients.

2. La maladie mentale en prison.

Il nous a paru intéressant de développer cette problématique, qui touche indirectement à la question de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental. En effet, nous avons pu constater qu'un certain nombre de sujets de notre étude avaient connu des périodes d'incarcération, avant que l'irresponsabilité pénale ne soit prononcée, ou pour d'autres faits antérieurs. De plus, comme nous l'avons vu, bon nombre de sujets expertisés présentant des troubles mentaux ne sont pas pour autant reconnus irresponsables de leurs actes au moment des faits mais responsables avec discernement altéré, selon l'alinéa 2 de l'article 122-1 (2), et donc incarcérés si la gravité de l'infraction commise le justifie.

Tous les pays industrialisés ont connu ces dernières années une désinstitutionnalisation psychiatrique et un désengagement de l'hébergement social, parallèlement à une montée de la violence à laquelle tous essaient de faire face en attribuant des peines de détention de plus en plus longues dans le but de répondre aux attentes des courants sécuritaires et aux politiques de « tolérance zéro ». Si le nombre de prononcés d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux semble stable depuis plusieurs années, la prévalence des troubles mentaux en prison ne cesse, elle, d'augmenter (59). Et cette tendance inquiétante, semblant s'inscrire dans la durée, n'est pas sans poser d'importants problèmes.
Nous proposons dans un premier temps de décrire les pathologies rencontrées en psychiatrie carcérale, avant de développer les problématiques soulevées par l'incarcération de sujets malades mentaux et de tenter d'expliquer ce phénomène.

A. Les pathologies rencontrées en psychiatrie pénitentiaire

Peu d'études sont consacrées aux pathologies psychiatriques rencontrées en milieu carcéral. L'épidémiologie des troubles mentaux en prison est difficile à établir de manière précise et les

chiffres sont parfois très variables d'une étude à l'autre. Pour reprendre les termes de Michel David, « en milieu carcéral, la notion épidémiologique de trouble mental doit être relativisée. Les résultats observés montrent qu'un pourcentage élevé de détenus est en état de souffrance psychique. Dans un contexte d'emprisonnement (privation de liberté, de l'environnement familial, de sexualité, etc.), cette souffrance psychique ne relève cependant pas nécessairement d'un état pathologique. (…) La vie carcérale est un facteur de risque majeur de déréalisation » (60). Cette souffrance psychique due à l'incarcération a été décrite par l'aliéniste suisse Paul Louis Ladame il y a plus d'un siècle dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, dans laquelle il a consacré une revue de la littérature aux psychoses pénitentiaires : « Ce qui frappe avant tout c'est le changement presque incompréhensible de l'attitude du détenu dès qu'on l'a transféré (…). À l'agitation furieuse, aux actes de destruction, aux tentatives de suicide, au refus de nourriture, aux angoisses d'une confusion mentale délirante ou à la stupeur et aux hallucinations terrifiantes de la prison succèdent soudain, dans 90 pour 100 des cas, le calme, l'ordre, le travail, le bon vouloir, l'obéissance à la discipline. Le délire se dissipe comme par enchantement. On ne saurait imaginer un contraste plus étonnant » (61).

Une méta-analyse a été publiée en 2002 dans *The Lancet* sur les sujets incarcérés souffrant de troubles mentaux (62). Elle concerne 22790 détenus de 12 pays occidentaux, des hommes dans 81% des cas, âgés en moyenne de 29 ans. Les résultats de cette méta-analyse retrouvent chez les hommes incarcérés 3.7% de psychoses chroniques, 10% de troubles dépressifs caractérisés et 65% de troubles de la personnalité (dont 47% de personnalités antisociales). Chez les femmes, les chiffres diffèrent légèrement avec 4% de psychoses chroniques, 12% de troubles dépressifs et une prévalence nettement moins élevée de troubles de la personnalité avec 42% (dont 21% de personnalités antisociales).

- En ce qui concerne les psychoses chroniques, ces données sont conformes aux études ponctuelles réalisées dans quelques établissements pénitentiaires français : 3.5% de psychoses chroniques selon Gallet (63) à la maison d'arrêt Saint-Michel de Toulouse (75% de schizophrénies et 25% de psychoses paranoïaques), 4.5% de psychoses chroniques au centre de détention de Muret, 4.75% au centre de détention de Caen selon Dauver (64). En revanche, les chiffres avancés par Rouillon et al. sont plus élevés avec 21.4% de psychoses dont 7.3% de schizophrénies et 7.3% de psychose hallucinatoire chronique (60).

- Concernant les troubles anxio-dépressifs, les résultats des différentes études sont relativement homogènes, mettant en évidence une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et le fait qu'un détenu sur dix présente un état dépressif caractérisé. Le risque suicidaire, redoutable complication ayant récemment fait l'objet de directives ministérielles, est sept fois plus élevé qu'en milieu ordinaire (59). Ces troubles sont, dans la plupart des cas, réactionnels à l'incarcération et à la procédure judiciaire, et ils ne sont généralement pas à incriminer dans la survenue des faits et donc pas à prendre en compte dans l'évaluation de la responsabilité pénale.
- Concernant les troubles de la personnalité, principalement de type psychopathique, les données des différentes études sont relativement hétérogènes, passant de 28% dans l'étude de Collins à 64% dans celle de Roesch chez les hommes, et, chez les femmes, de 12% dans l'étude de Jordan à 51% dans plusieurs petites études (19).

  S. Fazel et J. Danesh mettent en évidence le problème du manque de moyens alloués au dépistage et au traitement de ces troubles, les équipes intervenant en détention étant, quels que soient les pays industrialisés, très restreintes en comparaison avec celles du milieu hospitalier ou des soins ambulatoires proposés à la population générale.

  En comparant les résultats de ces études avec ceux de la population générale, la population carcérale présente quatre fois plus de psychoses et de troubles dépressifs, et dix fois plus de troubles de la personnalité de type psychopathique.

B. Les problématiques en lien avec l'incarcération de sujets malades mentaux

La psychiatrie est une discipline complexe et subtile, qui nécessite une évaluation fine et exhaustive avant une intervention adaptée, au cas par cas. Pour exemple, la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie, qui plus est en pleine décompensation, nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, une attention de tous les instants, des transmissions pluriquotidiennes, puis dans un second temps un travail avec la famille, et la mise en place d'un projet de réhabilitation psycho-sociale associé à un traitement adapté. Or la prison est un monde cloisonné, compartimenté, étanche aux transmissions médicales. Pour reprendre les termes de G. Dubret, « la prison est un monde où tout est compliqué, ce n'est pas une institution structurée autour des objectifs du soin » (59). Car sa question, la question, est la suivante : « peut-on, dans un même lieu, administrer des soins psychiatriques aux personnes atteintes de maladie mentale et, dans le même temps, leur infliger une sanction

pénale ? » (59). Les évolutions constantes du dispositif de soins en milieu carcéral tentent d'endiguer le problème de plus en plus prégnant posé par la gestion des sujets malades mentaux en prison, à commencer par les troubles du comportement s'inscrivant par exemple dans des tableaux psychotiques avec délire de persécution. Les surveillants pénitentiaires doivent alors faire face à des passages à l'acte hétéro- et/ou auto-agressifs, alors qu'ils ne sont pas soignants et donc pas formés spécifiquement pour gérer ces manifestations de la maladie mentale, le tout dans un climat de violence de plus en plus intense car la recrudescence des violences auto et hétéro-agressives dans les établissements pénitentiaires est un constat dans tous les pays européens (19).

Les propos de Pinel, datant pourtant de plus de deux siècles, illustraient déjà parfaitement cette problématique: « C'est une admirable invention que l'usage non interrompu des chaînes pour perpétuer la fureur des maniaques avec leur état de détention, pour suppléer au défaut de zèle d'un surveillant peu éclairé, pour entretenir dans le cœur des aliénés une exaspération constante avec un désir concentré de se venger, et pour fomenter dans les hospices le vacarme et le tumulte (…). Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit rechercher par les moyens les plus simples à rétablir la raison égarée ». (Philippe Pinel, Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809, paragraphes 190 et 191).

Le constat inquiétant du nombre de malades mentaux en prison soulève deux questions fondamentales. La première est d'ordre éthique et impose de soigner les détenus sans toutefois autoriser à punir les malades. La deuxième concerne le parcours de soins des patients et doit mettre en évidence les raisons pour lesquelles, malgré le dispositif de soins en psychiatrie générale, les patients malades mentaux viennent « échouer » en prison.

Concernant le premier point, Paul Ricœur résume bien ce dilemme éthique auquel sont confrontés les médecins travaillant en milieu pénitentiaire : « Le médecin consulté dans le cadre de la prison ne peut pas exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins, dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé, requise précisément par les règles du système carcéral. Le choix, pour le médecin individuel, est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate, au risque d'être éliminé du milieu carcéral ; et consentir aux

contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle» (65).

Concernant le deuxième point, plusieurs facteurs expliquent le nombre important de sujets malades mentaux dans les prisons françaises. Les principaux « coupables » sont, comme nous l'avons évoqué plus haut, les procédures des condamnations correctionnelles, sans expertise. Contrairement à ce qui pourrait être une idée reçue, la grande majorité des malades mentaux entre en prison sans jamais avoir vu aucun expert dans le cadre des procédures correctionnelles ou des comparutions immédiates au cours desquelles les expertises psychiatriques ne sont pas obligatoires contrairement aux procédures pénales. Et le nombre de comparutions immédiates ne cesse d'augmenter, alors que les affaires traitées par les cabinets d'instruction ne représentent pas plus de 5% du total des affaires pénales (59). Reprenant les termes de G. Dubret, le constat est le suivant : « Loin du vacarme des débats médiatisés qui mettent en scène des meurtres commis par des patients schizophrènes, c'est le plus souvent pour des délits mineurs que des patients souffrant de pathologie en revanche majeure entrent en prison dans l'indifférence générale » (59).

Cependant, même si bon nombre de malades mentaux sont incarcérés sans avoir été expertisés, force est de constater que ça n'est pas le cas pour tous. Certains sujets malades sont envoyés en détention après avoir été soumis à une ou plusieurs expertises psychiatriques.
En effet, concernant la schizophrénie par exemple, des pratiques d'évaluation expertale se limitant à la recherche de signes positifs et productifs de la maladie, comme l'injonction hallucinatoire, persistent encore aujourd'hui, alors que nombre de passages à l'acte criminels peuvent être les révélateurs ou les premières manifestations d'une schizophrénie évoluant à bas bruit, se manifestant uniquement par des signes de désorganisation ou de la lignée déficitaire.
De plus, les positions dogmatiques de certains experts considérant la prison comme un lieu curatif, s'intégrant dans un processus de « responsabilisation » et de « réhabilitation » nécessaire selon eux, sont aussi responsables de l'augmentation du nombre de sujets malades mentaux en prison.

Enfin, le travail sur le passage à l'acte, criminel notamment, chez un patient irresponsabilisé est encore insuffisamment inscrit dans les pratiques hospitalières et le personnel est peu formé à recevoir cette population particulière. La difficulté à trouver une réponse hospitalière

appropriée après un prononcé d'irresponsabilité pénale, selon certains experts, les incite certainement à responsabiliser le sujet.

Quoi qu'il en soit, il s'agit de soigner ces patients tout en garantissant au mieux la sécurité des citoyens, et l'ampleur des réflexions éthico-sociales qui en découlent dépasse largement le cadre d'une thèse. Pour tenter de répondre à ce dilemme entre préservation des libertés individuelles et défense sociale, des structures de soins psychiatriques en milieu carcéral ont été crées : il s'agit des UHSA, Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, instaurées par la loi de programmation et d'orientation de la Justice de septembre 2002 (13) et régies par l'article L3214-1 du Code de la Santé publique (66). Il en existe actuellement neuf en France, dont une implantée au Centre Psychothérapique de Nancy depuis 2012. Si certains craignent que les UHSA légitiment l'incarcération de sujets malades mentaux, il est important de rappeler que ces unités contribuent grandement à améliorer les soins apportés aux détenus souffrant de troubles mentaux.

Nous achèverons ce chapitre sur un point juridique non négligeable car il met en exergue les carences de notre système juridique face à cet épineux problème, carences qui heureusement tendent à se réduire grâce aux évolutions législatives. En effet, jusqu'à l'année dernière, la suspension de peine pour raison médicale, initialement prévue dans la loi Kouchner du 4 mars 2002, remaniée avec plus de restrictions dans la loi du 12 décembre 2005 et codifiée dans le Code de Procédure Pénale (article 720-1-1) ne concernait que les pathologies somatiques ! Cette version a été modifiée par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 qui précise qu'un état de santé physique ou mental incompatible avec la détention peut justifier une suspension de peine (tout en précisant que les hospitalisations pour des soins psychiatriques sous contrainte n'entrent pas dans ce cadre) (67). Les détails de cette loi sont présentés en Annexe 3.

D'autres évolutions juridiques sont bien sûr attendues dans les années à venir, à commencer par la modification des indications de saisine de l'expert psychiatre, en fonction notamment du type d'infractions commises.

CONCLUSION

Trop de fois nous entendons « il faut être fou pour faire cela ! ». Dostoïesvski lui-même disait : « Le criminel, au moment où il accomplit son crime, est toujours un malade » (68). L'irresponsabilité pénale pour trouble mental est une notion certes très ancienne, qui accordait autrefois l'impunité au sujet dès lors qu'il souffrait de « démence », mais qui, façonnée à travers les siècles et les évolutions juridiques, n'est appliquée aujourd'hui que dans de rares cas où l'expert a pu mettre en évidence l'existence, au moment des faits, d'un trouble mental ayant aboli le discernement du sujet ou le contrôle de ses actes. Le sujet malade mental n'a pas le monopole du crime, et l'irresponsabilité pénale peut être prononcée suite à la commission de délits mineurs, « la variabilité délictueuse et criminelle suivant le polymorphisme de la clinique psychiatrique » (22). Le profil sociodémographique et criminologique de ces sujets délinquants malades mentaux ne diffère globalement pas de celui des sujets délinquants indemnes de troubles mentaux (43,44): il s'agit majoritairement d'hommes jeunes, aux vies généralement jalonnées d'abandons, de pertes, de traumatismes, aux parcours emprunts de violence, de condamnations, et présentant des antécédents de dépendance à un ou plusieurs toxiques. Quand la maladie mentale vient s'imbriquer, toutes ces variables interagissent et font de ces sujets des patients plus fragiles, tant du point de vue du risque de récidive que du point de vue purement clinique et thérapeutique.

Les études récentes réalisées autour de ce débat, y compris la nôtre, s'accordent à dire que la clinique psycho-criminologique, pourtant partie intégrante de notre clinique quotidienne, doit se développer. La création d'unités de psychiatrie légale, comme il en existe déjà dans d'autres pays mais qui sont encore peu répandues en France, pourraient permettre d'améliorer les prises en charges de ces patients particuliers et ainsi de réduire les risques de récidive, par le biais d'évaluations et de soins spécialisés, assurés par des équipes multidisciplinaires formées en psychiatrie et psychologie légales et en criminologie. Un premier pas est fait actuellement par la « démocratisation », certes lente et critiquée, de l'utilisation des échelles actuarielles. Toutefois, nous tenons à insister sur le fait que la prise en compte de la dangerosité d'un sujet ne doit pas prendre le pas sur la maladie mentale, dont la prise en charge doit rester notre priorité. La garantie de la sécurité d'autrui est avant tout du ressort de la justice et, en tant que psychiatres, le patient doit rester au centre de nos préoccupations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fauconnet P. La responsabilité - étude de sociologie. Travaux de l'année sociologique. Librairie Félix Alcan. Paris; 1920.

2. Code pénal - Article 122-1.

3. Bénézech M. Folie où es-tu?: Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2010;168(1):48‑56.

4. Bénézech M. Brève histoire de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux de l'Antiquité à nos jours. In: Actes du premier congrès international de l'Association mondiale de psychiatrie et de psychologie légale. Expansion scientifique française. Paris; 1991. p. 7‑14.

5. Cordier B. Irresponsabilité psychiatrique de l'article 122-1 du nouveau code pénal. EMC - Psychiatrie 1998:1-0.

6. Bénézech M. La responsabilité pénale du malade psychotique ou bipolaire en intercrise. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. [cité 1 déc 2014]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714001954

7. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2006;164(10):818‑27.

8. Merle R, Vitu A. Traité de droit criminel: problèmes généraux de la législation criminelle, droit pénal général, procédure pénale. Paris, France: Éd. Cujas; 1967. 1346 p.

9. Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits [Internet]. Sénat. [cité 3 févr 2015]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/l10-216/l10-2161.html

10. Martorell A, Coutanceau R. Considérations cliniques sur l'irresponsabilité pénale. De l'article 64 du CP de 1810 au 122-1 du CP de 1992. Forensic Rev Psychiatr Psychol Légales. sept 2000;(NS):56‑61.

11. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Paris, France: Sénat; 2004 févr.

12. Vacheron-Trystram M-N, Cornic F, Gourevitch R. La prise en charge des états réputés dangereux. France: Elsevier Masson; 2010. 214 p.

13. Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - art. 11 JORF 10 septembre 2002. pénal sept 9, 2002.

14. Pradel J. Droit pénal comparé. Dalloz. Paris; 2002.

15. Addad M, Bénézech M. L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux en droits français et anglo-saxons. Rev Int Droit Comparé. 1979;31(2):447‑8.

16. Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale (French). Hist Found Penal Responsib Engl. cover date 2002;160(5-6):396‑405.

17. Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales. Champ PénalPenal Field [Internet]. 15 sept 2005 [cité 29 mai 2015]; Disponible sur: http://champpenal.revues.org/77

18. Zagury D. Vers une clinique de l'abolition du discernement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2006;164(10):847‑50.

19. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2004;162(8):646‑52.

20. Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. Rev Médecine Légale [Internet]. [cité 1 août 2015]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878652915000085

21. Annuaire statistique de la Justice, années 1998 à 2003. Paris: Ministère de la Justice;

22. Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. Rev Médecine Légale [Internet]. [cité 1 août 2015]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878652915000085

23. Rapport sur l'application de la loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Ministère de la Justice;

24. Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. févr 25, 2008.

25. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2009;167(1):39‑50.

26. Rossinelli G. Relations psychiatrie/justice pour les soins sans consentements. Perspect Psy. 1 mars 2009;48(1):31‑7.

27. Article L348 - modifié par la loi n°90-527 du 27 juin 1990 - art. 3 JORF 30 juin 1990.

28. Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 JORF 22 juin 2000.

29. 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 - art. 10.

30. Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013. sept 27, 2013.

31. Code de la santé publique - Article L3213-7.

32. Burgelin J-F. Rapport de la Commission Santé-Justice. Santé, Justice et dangerosités: pour une meilleure prévention de la récidive. Paris, France; 2005.

33. Senon JL. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. Ann Med Psychol (Paris). 1998;156(3):161‑78.

34. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle (French). In: Ann méd psychol. Elsevier, Paris; 2004. p. 653‑6.

35. Audition publique - Expertise psychiatrique pénale. Sect. Haute Autorité de Santé Paris; janv 25, 2007.

36. Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2007;165(8):599‑607.

37. Ballet G, Anglade M et al. Traité de pathologie mentale. Paris. Octave Doin; 1903.

38. Régis E. Précis de psychiatrie. 3e édition. Paris. Octave Doin; 1923.

39. Binet A. J. Rogues de Fursac, Manuel de psychiatrie. Année Psychol. 1903;10(1):531.

40. Rossinelli DG, Penochet J-C. Qui est irresponsable ? Inf Psychiatr. 1 mars 2014;90(3):173‑6.

41. Korn M, Thys P. A propos de l'expertise pénale : analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité. Déviance Société. 1992;16(4):333‑48.

42. Baratta A, Morali A, Halleguen O. La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. À propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas. Inf Psychiatr. 1 sept 2012;88(7):559‑64.

43. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? Inf Psychiatr. 1 oct 2006;82(8):645‑52.

44. Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bourdel M-C, Gohier B, Duflot J-P, Lhuillier J-P, et al. Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? L'Encéphale. sept 2009;35(4):304‑14.

45. DREES. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. 2002 juill. Report No.: 181.

46. Guérin G. La population carcérale. sept 2003;(44).

47. Statistiques trimestrielles de la population prise en charge en milieu fermé. France: Ministère de la Justice; 2015 janv.

48. Insee - Population - Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population jusqu'en 2015 [Internet]. [cité 10 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147

49. Dupuy G, Vorspan F, Lépine J-P. Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2009;167(7):498‑503.

50. Hodgins S. Mental Disorder, Intellectual Deficiency and Crime: evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry. 1992;49(6):476‑83.

51. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. mai 2006;63(5):490‑9.

52. Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I. History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. Br J Psychiatry J Ment Sci. juill 1997;171:9‑14.

53. Millaud F, Dubreucq J-L. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2005;163(10):846‑51.

54. Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2005;163(8):642‑55.

55. Bénézech M, Toutin T, Le Bihan P, Taguchi H. Les composantes du crime violent : une nouvelle méthode d'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2006;164(10):828‑33.

56. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

57. Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

58. Leurent O. Innocence, déni, aveu et culpabilité. Un président d'assises face aux expertises psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2013;171(7):440‑3.

59. Dubret G. Peut-on soigner et/ou punir et dans quel cadre ? Inf Psychiatr. 1 nov 2013;89(9):705‑12.

60. David M. Schizophrénie et détention : angles d'approche. Inf Psychiatr. 1 févr 2010;86(2):181‑90.

61. Ladame P. Les psychoses pénitentiaires. In: Archives d'anthropologie criminelle, chronique allemande. 1909. p. 807.

62. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet. 16 févr 2002;359(9306):545‑50.

63. Gallet. Les psychotiques incarcérés. Forensic. 2000;2:48‑52.

64. Dauver. Eléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. Forensic. 2002;10:15‑21.

65. Ricœur P. Soi-même comme un autre - Ethique et Morale. Points-Seuil. Paris; 1990.

66. Code de la santé publique - Article L3214-1. Code de la santé publique.

67. Code de procédure pénale - Article 720-1-1. Code de procédure pénale.

68. Dostoïevski F. Crime et châtiment. Gallimard. Paris; 1950.

69. Lecerf J-R, Michel J-P, Barbier G, Demontès C. La responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux. Rapport d'information. Paris, France: Sénat;

ANNEXES

Annexe 1 : Droit pénal comparé

En Belgique, l'article 71 du Code pénal de 1867 stipule : « Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait ». La loi de défense sociale du 1er juillet 1964 permet aux juridictions d'instruction ou de jugement de mettre en observation ou d'interner le délinquant « soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » (article premier). Les mesures de placement de ces sujets sont très différentes de l'hospitalisation d'office. Elles sont appliquées, en Belgique comme en Suisse, dans des établissements réservés à l'accueil des sujets délinquants présentant des troubles mentaux, incompatibles avec la vie en détention. Ces établissements sont cependant en nombre réduit, et les sujets concernés sont finalement le plus souvent placés en hôpital psychiatrique ou en établissement pénitentiaire (69).

En Allemagne, la législation est similaire à la France, avec la distinction entre les délinquants jugés responsables de leurs actes, passibles d'une peine privative de liberté, les sujets reconnus non-responsables, acquittés et pouvant être hospitalisés en établissement psychiatrique en cas de troubles persistants, et enfin les sujets dont la responsabilité est amoindrie. Le tribunal d'application des peines décide de la durée de l'hospitalisation. En cas de récidives et/ou de crimes d'une particulière gravité, un enfermement sécuritaire de dix ans renouvelables peut être ajouté au jugement pour les sujets dont la responsabilité a été reconnue comme amoindrie, cette mesure pouvant être prononcée a posteriori pendant que le délinquant purge sa peine, en prenant en considération son comportement en détention.

Au Danemark, le Code pénal exclut la responsabilité des malades mentaux et permet au tribunal de prononcer des mesures de sûreté destinées à empêcher la récidive. Selon l'article 16 : « Les personnes qui, au moment des faits, ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés, à cause de la maladie mentale ou parce qu'elles se trouvaient dans un état comparable, ne sont pas punies. Les mêmes dispositions s'appliquent aux personnes qui souffrent d'un important retard mental. » Un retard mental limité peut également être une cause d'irresponsabilité pénale mais seulement si les circonstances le justifient. L' « état comparable » à la maladie mentale peut être dû à une intoxication médicamenteuse

involontaire ou à un jeûne prolongé, mais l'alcool et d'autres produits euphorisants ne sont pas des causes d'irresponsabilité pénale (12). Les sujets reconnus irresponsables pénalement en raison de troubles mentaux peuvent toutefois faire l'objet de mesures préventives à durée limitée, sauf en cas d'une particulière gravité de l'infraction commise et d'un danger potentiel pour les personnes.

En Espagne, comme au Danemark, la législation reconnaît l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux mais permet au tribunal de mettre en place des mesures de sûreté afin d'éviter la récidive. Selon l'article 20 du Code pénal, les sujets pouvant être reconnus irresponsables sont ceux présentant une anomalie mentale (différentes catégories d'arriération mentale, psychoses, névroses graves, psychopathies) ou une altération (états passagers, chocs psychiques d'origine extérieure) empêchant la compréhension du caractère illicite de l'acte ou l'adaptation de leur conduite à leur compréhension et une conscience de la réalité gravement altérée à cause de troubles de la perception acquis dès l'enfance. À noter que les troubles de la perception provoqués par une intoxication médicamenteuse n'entraînent pas d'irresponsabilité. L'article 21 précise que les sujets présentant une responsabilité atténuée demeurent punissables mais impose une réduction de peine automatique.

En Italie, l'article 88 du Code pénal prévoit l'irresponsabilité pénale des sujets qui, au moment de l'action, étaient « incapables de comprendre ou de vouloir », et leur placement dans l'un des six établissements pénitentiaires affectés au traitement des délinquants malades mentaux. L'hospitalisation n'est décidée que si la dangerosité est vérifiée, de sorte que le délinquant malade mental qui ne représente plus aucun danger pour la société peut être purement et simplement acquitté sans faire l'objet de mesures de sûreté. La durée de cette hospitalisation est précisée par le Code pénal selon l'article 222 et varie en fonction de l'infraction commise. Ces dispositions s'appliquent aux sourds-muets et aux sujets présentant des altérations neurologiques sévères en lien avec des intoxications chroniques (éthylisme sévère ou toxicomanies anciennes). Les sujets dont la responsabilité est atténuée bénéficient de peines réduites.

Enfin, aux Pays-Bas, les délinquants présentant des troubles mentaux voient leur responsabilité exclue de manière systématique, qu'ils présentent une déficience psychique ou une altération de leurs facultés mentales dues à la maladie. La loi prévoit deux types de mesures judiciaires : soit le placement en hôpital psychiatrique s'ils présentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, soit la « mise à disposition » (Terbeschikkingstelling), s'ils

présentent un danger pour la société et qu'ils ont commis une infraction d'une particulière gravité (entraînant une peine de prison supérieure ou égale à quatre ans). Il s'agit d'un placement dans un établissement spécialisé sécurisé, avec l'association de soins psychiatriques et d'activités visant à ressocialiser ces patients de manière définitive. Ce programme de réhabilitation psycho-sociale est planifié avec l'accord du patient et supervisé par le juge.

En droit soviétique, le principe d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux est repris par l'article 11 du Code pénal de 1961 : « N'encourt pas de poursuites pénales la personne qui, au moment où elle a commis l'acte socialement dangereux, se trouvait dans un état de non-imputabilité, c'est-à-dire ne pouvait se rendre compte de ses actes ou les contrôler par suite d'une maladie mentale chronique, de l'altération passagère de ses facultés mentales, de débilité ou de tout autre maladie. Le tribunal peut prendre, à l'égard de cette personne, des mesures de contraintes à caractère médical ». La défense de responsabilité atténuée pour cause de trouble mental n'existe pas non plus en Russie.

Annexe 2 : Mail

Monsieur/Madame le/la Directeur/Directrice du Centre Hospitalier …,

Docteur …, (président de CME)

Docteur…, (médecin DIM)

Je suis actuellement en septième semestre de psychiatrie à Nancy et j'effectue un travail de thèse sur l'irresponsabilité pénale et l'expertise psychiatrique, dirigé par le docteur Pierre HORRACH.

Dans le cadre de notre étude, nous souhaiterions avoir accès aux dossiers des patients ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale, depuis 2005, et qui ont été ou sont encore hospitalisés dans votre établissement. Les données seront bien-sûr anonymisées afin de garantir le secret médical.

Par la présente, je vous demande donc l'autorisation d'accès à la liste de ces patients et à leur dossier.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, Docteurs, l'assurance de ma considération distinguée.

Cordialement,
Elsa CLERGET

Annexe 3 : La loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Diminution de la peine encourue en cas de trouble mental altérant le discernement

L'article 17 de la loi a réécrit le second alinéa de l'article 122-1 du Code pénal. En effet, comme auparavant, la personne dont le discernement était altéré au moment des faits demeure punissable et la juridiction doit tenir compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Mais il est désormais prévu, conformément à l'intention du législateur de 1992, que dans cette circonstance la peine soit atténuée. Ainsi, si une peine privative de liberté est encourue, celle-ci est réduite au tiers de la peine prévue en l'absence de tout trouble mental, et, en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité ou de la détention criminelle à perpétuité, que cette peine soit ramenée à trente ans. Cette mesure est réservée aux sujets dont « le discernement est tellement altéré qu'il est presque aboli, pour ne pas dire qu'il l'est purement et simplement », et ne devrait donc s'appliquer qu'en cas d' « altération considérable, confinant à l'abolition ». L'article 122-1 modifié précise que « la juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine ». Ces cas ne sont pas précisés par la loi mais la motivation pourrait résulter du caractère peu important du trouble mental ou de son rôle causal réduit dans la commission de l'infraction, ou de la particulière dangerosité de la personne. Cette nécessité de motiver l'absence d'atténuation de la peine ne s'applique que si le tribunal prononce une peine strictement supérieure aux deux-tiers de la peine d'emprisonnement encourue.
Par-ailleurs, il est précisé que « lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ». Il s'agit alors pour la juridiction de jugement de statuer sur la mise en place d'un suivi socio-judiciaire, d'une contrainte pénale avec injonction de soin, ou d'un sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins.

Concernant les jugements d'assises, cette modification de la loi impose que soit posée la question de l'altération du discernement ou du contrôle des actes de l'accusé reconnu non-irresponsable, en application des dispositions générales de l'article 356 du Code de Procédure Pénale, dans le cas où a été posée la question sur l'existence d'un trouble mental ayant aboli

le discernement ou le contrôle des actes de l'accusé, en application de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal, et qu'il a été répondu négativement à cette question. S'il la cour d'assises reconnaît l'existence d'une altération du discernement ou du contrôle des actes de l'accusé, elle conserve toutefois la possibilité de ne pas retenir de diminution de peine, et ce sans motivation spéciale. En revanche, si une peine privative de liberté supérieure aux deux-tiers de la peine encourue est susceptible d'être prononcée, les modifications récentes de l'article 362 du Code de Procédure Pénale prévoient qu'une telle peine ne pourrait être décidée qu'à la majorité qualifiée de six voix au moins en première instance et huit voix au moins en appel. La mention selon laquelle une peine supérieure aux deux-tiers a été acquise à la majorité qualifiée doit figurer dans la feuille de questions.

Ces modifications apportées à l'article 122-1 du Code pénal par l'article 17 de la loi ont été complétées par des modifications du Code de Procédure Pénale concernant l'obligation de soin en détention et après leur libération des sujets atteints d'un trouble mental ayant altéré leur discernement.

Retrait des réductions de peine en cas de refus de soins.

Les modifications concernant l'article 721 du Code de Procédure Pénale permettent à présent au juge d'application des peines d'ordonner, après avis médical, le retrait des réductions de peine lorsque la personne, condamnée pour avoir commis une infraction alors qu'elle était atteinte d'un trouble mental ayant altéré son discernement, refuse les soins qui lui sont proposés.

L'article 721-1 du Code de Procédure Pénale prévoit qu'après avis médical et sauf décision décision contraire du juge d'application des peines, aucune réduction supplémentaire de peine ne peut être accordée à une personne dont l'altération du discernement a été retenue et qui refuse les soins.

Possibilité de soins des personnes atteintes de trouble mental après leur libération.

L'article 17 de la loi a introduit un nouvel article 706-136-1 dans le Code de Procédure Pénale, permettant au juge d'application des peines de soumettre, à sa libération, la personne dont l'altération du discernement a été retenue à sa condamnation, et qui n'est pas par-ailleurs

soumise à un suivi socio-judiciaire, à une obligation de soins pendant une durée qu'il fixe et qui ne peut excéder cinq ans en matière correctionnelle ou dix ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement. Cette décision est prise « si l'état de la personne le justifie » et après avis médical. Il est précisé dans les textes qu'il apparaît opportun que cette décision soit prononcée par jugement et à l'issue d'un débat contradictoire. Ces disposition excluent leur application, en plus du cas où le sujet est déjà soumis à un suivi socio-judiciaire, aux cas où la personne fait l'objet, à sa libération, d'une injonction de soins ou d'une obligation de soins à un autre titre (tel que sursis avec mise à l'épreuve, aménagement de peine, libération conditionnelle ou surveillance judiciaire). La loi prévoit la possibilité pour le sujet de demander au juge des libertés et de la détention d'ordonner la modification ou la levée d'une telle obligation, conformément aux dispositions de l'article 706-137 du Code de Procédure Pénale. La méconnaissance par la personne de son obligation de soins constitue le délit prévu par l'article 706-139 d Code de Procédure Pénale.

Extension des possibilités de libération ou de suspension de peine pour raisons médicales.

Les articles 50 et 51 de la loi ont modifié ou complété le Code de Procédure Pénale afin d'améliorer la prise en compte de l'état de santé des personnes détenues, dans le but de permettre leur libération lorsque celui-ci est manifestement incompatible avec la détention.

- *Cessation de la détention provisoire pour raison médicale*

La loi vient affirmer expressément que la personne placée en détention provisoire peut être libérée en raison de l'incompatibilité de son état de santé avec l'incarcération.
Le nouvel article 147-1 du Code de Procédure Pénale précise que « la mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire peut être ordonnée, d'office ou à la demande de l'intéressé, lorsqu'une expertise médicale établit que cette personne est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention » , mais que cette mise en liberté peut être refusée « s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction. La décision de mise en liberté doit être prise après expertise médicale mettant en évidence une pathologie engageant le pronostic vital ou concluant à l'incompatibilité de l'état de santé physique ou mentale du sujet avec son maintien en détention. En cas d'urgence, la mise en liberté peut être ordonnée au vu

d'un certificat médical établi par le médecin de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire où la personne est détenue ou de l'établissement hospitalier sans lequel elle aura été conduite. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne sont pas concernées par cet article.
La décision de mise en liberté peut être assortie d'un placement sous contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence avec surveillance électronique.
Enfin, le nouvel article 147-1 précise que l'évolution de l'état de santé du sujet peut permettre un nouveau placement en détention provisoire, après débat contradictoire devant le juge des libertés et de la détention en application de l'article 145 du Code de Procédure Pénale, et à condition que cette mesure constitue toujours, conformément à l'article 144, l'unique moyen de parvenir à l'un des objectifs de sécurisation des investigations ou de protections des personnes visées par cet article.

- *Suspension de peine pour raison médicale.*

L'article 51 de la loi modifie les dispositions de l'article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale relative à la suspension de peine en précisant notamment que l'état de santé durablement incompatible avec la détention comprend à la fois les problèmes physiques mais également les problèmes mentaux. Elle appuie également sur le fait que la suspension de peine pour raison médicale ne peut pas être prononcée pour les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ; dans ce cas, la peine continue à s'exécuter durant l'hospitalisation sous contrainte.
Il n'est plus exigé que l'engagement du pronostic vital du fait d'une pathologie ou l'incompatibilité entre l'état de santé de la personne détenue et la détention soit constaté par deux expertises concordantes ; une expertise médicale est désormais suffisante. Cette modification va dans le sens d'une volonté de réduction des délais d'instruction des demandes de suspension de peine pour raison médicale, et également d'amélioration de la qualité des expertises. La loi précise qu'il est préférable de saisir un expert « ayant une bonne connaissance du milieu carcéral ».
Comme dans le cas des cessations de peines pour raison médicale, en cas d'urgence, un certificat médical établi par le médecin responsable de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire suffit.

Par-ailleurs, la loi complète l'article 729 du Code de Procédure Pénale afin de favoriser l'octroi d'une libération conditionnelle aux personnes bénéficiant d'une mesure de suspension de peine pour raison médicale. En effet, avant la loi, certains condamnés, dont l'état de santé continuait après plusieurs années à être incompatible avec la détention, devaient faire face à des délais très importants d'accessibilité à un aménagement de peine, de telle sorte que leur peine faisait l'objet de suspensions itératives et ne prenaient jamais fin. À présent, la loi reconnaît trois conditions à l'obtention d'une libération conditionnelle pour les sujets bénéficiant d'une mesure de suspension de peine pour raison médicale : le condamné bénéficie d'une suspension de peine pour raison médicale depuis au moins trois ans ; une nouvelle expertise conclut que l'état de santé de ce condamné est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention ; le condamné justifie d'une prise en charge adaptée à sa situation. Il n'aura pas à respecter les autres conditions prévues pour l'octroi d'une mesure de libération conditionnelle, et notamment le temps d'épreuve et les efforts sérieux de réadaptation sociale.

VU

NANCY, le **28/09/2015**
Le Président de Thèse

Professeur Bernard KABUTH

NANCY, le **29/09/2015**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 8048

NANCY, le **2 octobre 2015**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Par délégation le Vice-Président

Martial DELIGNON

L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE POUR TROUBLE MENTAL EN FRANCE
À propos de 88 sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Si autrefois la simple reconnaissance d'une pathologie psychiatrique suffisait à appliquer le principe de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental, l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal a considérablement complexifié la tâche incombée aux experts psychiatres. La médiatisation récurrente de faits odieux commis par des sujets malades mentaux entretient la stigmatisation de cette population pourtant peu étudiée.

L'objectif principal de ce travail est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, criminologiques et cliniques d'une population de sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

Une population de 88 sujets auteurs d'infractions ayant été reconnus irresponsables en raison d'un trouble mental a fait l'objet d'une étude rétrospective, par l'analyse de dossiers médicaux et d'expertises psychiatriques. Des données sociodémographiques, criminologiques et cliniques ont été relevées et présentées sous la forme d'un effectif et d'une proportion.

Il s'agit majoritairement d'hommes jeunes, peu diplômés, isolés, précarisés. La plupart ont des antécédents judiciaires, et avaient commis en particulier des faits de violences. Les atteintes aux personnes sont les plus fréquentes et les victimes sont souvent des membres de la famille. Il s'agit de sujets souffrant principalement de psychose, dont les antécédents psychiatriques étaient connus avant les faits, et présentant des antécédents de dépendance à un ou plusieurs toxiques. Beaucoup ont vécu des évènements traumatisants, y compris durant l'enfance. Parmi les items analysés dans cette étude, un certain nombre de données sont toutefois peu relevées malgré l'importance des informations apportées par leur interprétation.

Les caractéristiques des sujets de cette étude correspondent aux données de la littérature, avec toutefois quelques disparités expliquées par l'hétérogénéité méthodologique des différents travaux et la difficulté d'accès aux informations concernant cette population. Un recueil standardisé de ces données dans les dossiers médicaux et dans les expertises psychiatriques pourrait permettre d'améliorer les prises en charge de ces patients et de prévenir la récidive criminelle ou délictuelle de manière plus efficace. Des avancées juridiques sont également attendues afin de limiter le nombre de sujets malades mentaux en prison.

TITRE EN ANGLAIS : Insanity defense in France: about 88 subjects with a verdict of insanity defense.

THÈSE: PSYCHIATRIE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS: irresponsabilité pénale pour trouble mental, responsabilité pénale, expertise psychiatrique, abolition du discernement, psychiatrie, droit, criminologie.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex