

Master 2 Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Economie d'Agen

Promotion Gisèle Halimi 2020/2021

**ALTÉRATION DU DISCERNEMENT
AU MOMENT DES FAITS : PEINES
ET EXÉCUTION DES PEINES**

Mémoire présenté et soutenu par Léna Orcel

*Sous la direction de Madame Marie-Cécile Guérin,
Maître de conférences HDR à l'Université de Bordeaux.*

Master 2 Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme

Institut de Droit et d'Economie d'Agen

Promotion Gisèle Halimi 2020/2021

**ALTÉRATION DU DISCERNEMENT
AU MOMENT DES FAITS : PEINES
ET EXÉCUTION DES PEINES**

Mémoire présenté et soutenu par Léna Orcel

*Sous la direction de Madame Marie-Cécile Guérin,
Maître de conférences HDR à l'Université de Bordeaux.*

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma main, sans aide extérieure non autorisée, qu'il n'a pas été présenté auparavant pour évaluation et qu'il n'a jamais été publié, dans sa totalité ou en partie.

Toutes les parties, groupes de mots ou idées, aussi limités soient-ils, qui ont empruntés ou qui font référence à d'autres sources bibliographiques sont présentés comme tels : citations entre guillemets, références bibliographiques ».

Je remercie Marie Cécile Guérin d'avoir accepté de diriger ce mémoire, je la remercie également pour son écoute, ses conseils et sa disponibilité.

Je remercie Grégory Desarmagnac, ancien directeur adjoint au centre pénitentiaire de Metz, d'avoir accepté de m'accueillir en stage et de m'avoir permis d'effectuer un stage riche et varié dans cet établissement.

Je remercie également tous les agents du centre pénitentiaire avec qui j'ai pu passer du temps et échanger.

Je remercie tout particulièrement le Docteur Horrach, psychiatre et responsable du service médico-psychologique régional et de l'unité hospitalière spécialement aménagée, pour nos échanges et la visite de ces structures.

Je remercie mes amis sans qui cette année si particulière n'aurait pas été traversée sereinement.

Merci à mes parents et mon frère, de m'avoir toujours soutenue dans mon parcours universitaire.

*« Au fond des prisons, la société enterre ses peurs et croit neutraliser
ses risques »¹*

¹ Denis Salas, *La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir?*, 2006.

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	1
<i>PARTIE I : L'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT AU MOMENT DES FAITS :</i>	
<i>INFLUENCE INCERTAINE SUR LA PEINE PRONONCÉE</i>	10
<i>Chapitre I : L'altération du discernement : facteur théorique d'atténuation de la sanction pénale</i>	10
<i>Section I : La diminution du quantum de la peine</i>	10
<i>Section II : L'incitation souhaitable au prononcé de peines alternatives à l'incarcération : l'intérêt des peines avec injonction de soins</i>	16
<i>Chapitre II : Une atténuation de la sanction pénale subordonnée à l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique déterminant au moment des faits</i>	20
<i>Section I : Le trouble psychique ou neuropsychique</i>	20
<i>Section II : La détermination de l'impact du trouble sur le discernement au moment des faits : le rôle crucial l'expertise pré-sentencielle</i>	29
<i>PARTIE II : L'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT AU MOMENT DES FAITS :</i>	
<i>INFLUENCE INSUFFISANTE SUR L'EXÉCUTION DES PEINES</i>	33
<i>Chapitre I : La prise en charge des troubles mentaux en détention</i>	33
<i>Section I : L'affectation du détenu dans un établissement pénitentiaire adapté</i>	34
<i>Paragraphe II : L'hospitalisation de jour en établissement pénitentiaire</i>	36
<i>Section II : L'incompatibilité du trouble mental avec la détention</i>	38
<i>Chapitre II : Le retour à la liberté, enjeux autour de la rupture de soins et du renouvellement de l'infraction</i>	44
<i>Section I : Une transition complexe et déterminante entre milieu fermé et milieu libre</i>	44
<i>Section II : Troubles mentaux, dangerosité, et mesures de sureté</i>	47
<i>CONCLUSION</i>	51
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	52

Liste des abréviations

CEDH = Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGI = Clinical Global Impression

CGLPL = Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CMP = Centre Médico-Psychologique

CP = Code Pénal

CPP = Code de Procédure Pénale

CSP = Code de la Santé Publique

DAP = Direction de l'Administration Pénitentiaire

DREES = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques

GAV = Garde À Vue

JAP = Juge de l'Application des Peines

JLD = Juge des Libertés et de la Détention

LP = Loi Pénitentiaire

PPSMJ = Personne Placée Sous Main de Justice

PSEM = Placement sous Surveillance Électronique Mobile

SAS = Structure d'Accompagnement vers la Sortie

SME = Sursis avec Mise à l'Épreuve

SMPR = Service Médico-Psychologique Régional

SSJ = Suivi Socio-Judiciaire

UHSA = Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

UMD = Unité pour Malades Difficiles

USMP = Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

INTRODUCTION

« *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* »².

Paradoxalement, 50% des entrants en détention présentent au moins un trouble psychiatrique³.

Face à un tel constat, il est légitime de s'interroger sur les causes de la présence, en nombre, des malades mentaux dans nos prisons françaises : « *Altération du discernement au moment des faits : peines et exécution des peines* ».

Autrement dit, comment l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal ouvre-t-il la porte aux dérives de notre système pénal sur l'incarcération des malades mentaux ?

Aborder la question l'altération du discernement et de ses effets sur le droit, c'est aborder l'influence de la maladie mentale sur ce dernier. En droit, envisager une telle question revient nécessairement à aborder la question du discernement. Cette notion est la pierre angulaire de la responsabilité pénale. Sans discernement pas de responsabilité pénale, et ce quel qu'en soit la cause : le jeune âge⁴, ou encore le trouble mental.

La question du discernement en droit a d'abord été considérée par référence à l'abolition totale du discernement. Ce n'est qu'ensuite, et tardivement, qu'a été prise en compte la simple altération du discernement. C'est pourquoi, quand bien même ce mémoire traite de l'altération du discernement et de ses effets sur les peines et l'exécution des peines, il est absolument nécessaire de commencer par envisager l'abolition du discernement qui a servi de base pour fonder, par la suite, la notion d'altération.

Cette notion essentielle de discernement n'a pourtant pas reçu de définition législative, alors même que le législateur la mobilise concernant le mineur délinquant ou les troubles psychiques ou neuropsychiques⁵.

Si l'on se penche sur l'origine latine du mot, discerner vient de « *discernere* » qui signifie « *distinguer* », soit « *aboutir à découvrir ou à déterminer, sans confusion possible, dans*

² Article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal.

³ Étude de la DREES 2002.

⁴ Article 122-8 du Code Pénal.

⁵ *Le discernement en droit pénal*, droit pénal, fiche internet prépa ISP.

des êtres ou dans des choses, ce qui les rend différents »⁶. Distinguer le chaud du froid, la pluie du beau temps ou le bien du mal.

La distinction, le discernement, font entrer une part de subjectivité dans cette appréciation. Par exemple, du point de vue de la morale, ce qui est bien pour une personne ne l'est peut-être pas pour une autre.

Juridiquement, la subjectivité disparaît. Distinguer le bien du mal c'est distinguer les comportements prohibés de ceux qui ne le sont pas. Le discernement est donc la capacité, pour un individu, d'évaluer par l'esprit, la valeur de son action par rapport aux comportements prohibés.

Lorsqu'un individu n'a pas cette capacité, on admet qu'il ne peut pas être tenu responsable pénalement de ses actes. Sa responsabilité civile, son devoir de réparation, reste cependant entier⁷.

L'admission de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental est ancienne. Elle existait déjà en droit romain⁸, et des formes ont été conservées dans les différentes époques qui ont suivies.

La Révolution française n'a pas remis en cause ce principe, cependant aucun texte n'est venu en définir le régime. « *Ni le code pénal de 1791, ni celui du 3 brumaire an IV (22 août 1795), ne mentionnent la situation des malades mentaux ayant commis des infractions* »⁹. A cette époque, « *dans le silence des textes, les juges appliquaient la jurisprudence de l'Ancien droit : le juge d'instruction qui doute de la santé mentale de l'accusé peut requérir l'avis d'un ou plusieurs médecins ou chirurgiens-jurés afin de déterminer s'il peut être déclaré responsable de ses actes* »¹⁰.

Il faudra attendre le code pénal de 1810 pour voir ce vide juridique comblé. L'ancien code pénal instaurait un système binaire de responsabilité. En effet, l'article 64 prévoyait simplement l'irresponsabilité en cas de démence du prévenu au temps de l'action. Il en était ainsi car à cette époque des psychiatres aujourd'hui célèbres, comme Pinel ou

⁶ Définition de « *distinguer* », Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL).

⁷ Article 414-3 du Code civil : « *Celui qui a causé un dommage à autre alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation* ».

⁸ Loi des XII Tables, V^{ème} siècle avant JC.

⁹ *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français*. Rapport d'information, Sénat.

¹⁰ *Ibid.*

Esquirol, estimaient que « *toute déraison partielle doit entraîner l'irresponsabilité totale* »¹¹.

L'évolution de cette conception adviendra avec l'influence du courant néoclassique. L'idée selon laquelle une gradation des effets de la maladie mentale existe émerge¹². Pour la première fois le concept d'atténuation de la peine pour altération du discernement est posé par un arrêt de la Cour de cassation de 1885 : « *il n'y a pas de 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* »¹³.

Vingt ans après, le 20 décembre 1905, la circulaire dite « Chaumié »¹⁴, est venue reprendre la jurisprudence de la Cour de cassation et poser le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes atteintes d'un trouble mental. C'est avec cette circulaire que s'ajoute pour le juge d'instruction l'obligation de demander aux experts de se prononcer sur l'état de démence du prévenu au moment des faits mais également sur l'existence d'anomalies mentales de nature à atténuer sa responsabilité.

Le principe de l'atténuation de la responsabilité pénale des auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux au temps de l'action a été repris et consacré dans le nouveau code pénal. En effet, la loi du 22 juillet 1992¹⁵ est venue le codifier à l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal. Depuis, l'alinéa premier de cet article envisage le cas de l'irresponsabilité pénale et le second alinéa celui de la simple atténuation de la responsabilité pénale. La loi du 15 août 2014¹⁶ est venue apporter la dernière modification en date concernant l'altération du discernement. En effet, depuis, lorsque celle-ci est retenue, la peine

¹¹ Marc Renneville, *Crime et folie : Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, 2003, page 51.

¹² Laurence Guignard, *L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, entre classicisme et défense sociale*, Champ pénal, Juillet 2005.

¹³ Bulletin des arrêts de la Cour de cassation rendus en matière criminelle, tome 90, n°170, année 1885, 1887, page 285.

¹⁴ Joseph Chaumié garde des Sceaux du 25 janvier 1905 au 14 mars 1906.

¹⁵ Loi n°92-683 du 22 juillet 1992.

¹⁶ Loi n°2014-896 du 15 août 2014, dite loi Taubira.

privative de liberté doit en principe être réduite du tiers, ou ramenée à trente ans en cas de réclusion criminelle ou de détention criminelle à perpétuité.

Nos développements ultérieurs n'auront d'égards que pour l'altération du discernement et ne mobiliseront donc que l'alinéa 2 de cet article.

Vous l'aurez compris, l'altération est une forme dégradée d'une chose par rapport à son état initial ou normal¹⁷. Rapporté au discernement cela signifie que la personne n'a plus la pleine capacité de distinguer. Juridiquement, elle n'a plus la pleine capacité de distinguer la portée de ses actes par rapport aux comportements prohibés.

Pour apprécier cela, les experts psychiatres, car c'est bien à eux qu'il revient de se prononcer sur la question, se positionnent au moment des faits. Les faits, le temps de l'action, correspondent à l'instant précis où la personne va consommer l'infraction, va réaliser le comportement prohibé.

Identifier l'altération du discernement au moment des faits implique donc la réalisation d'une expertise psychiatrique. Celle-ci intervient généralement au stade de l'instruction, quand il y en a une, et est ensuite mobilisée au stade du jugement lorsque la responsabilité de l'agent est maintenue. Elle est dite « *pré-sentencielle* », c'est à dire qu'elle intervient avant la décision sur la sentence, la peine. Elle aura pour mission d'éclairer les juges sur « *l'état de conscience globale de l'individu en concluant à sa responsabilité pénale, à une atténuation voire à une irresponsabilité pénale* »¹⁸.

Il est important de préciser que les juges ont recours à l'expertise afin d'être éclairés sur un domaine qui n'est pas le leur. En revanche, ils ne sont pas tenus de suivre l'avis émis par les experts et raisonnent suivant leur « *intime conviction* »¹⁹.

L'expertise psychiatrique intervient à la demande du magistrat, d'office ou sur demande du ministère public ou des parties²⁰.

En raison de l'existence d'une modulation de la peine privative de liberté, l'enjeu autour de la notion d'altération du discernement est grand au stade du jugement. C'est pour cela que l'on s'intéressera à l'étude de l'impact de l'altération du discernement sur la peine.

¹⁷ Définition d'« *altération* », CNRTL.

¹⁸ Yann Lebon, *L'expertise psychiatrique en France : débats actuels et perspectives d'évolution*, Février 2020.

¹⁹ Article 427 du Code de procédure pénale.

²⁰ *Expertise psychiatrique*, Conseil National des Barreaux.

La peine entendue comme « *la sanction pénale applicable à une personne ayant commis une infraction* »²¹.

En réalité, dans l'intitulé de ce mémoire il est fait mention des « *peines* », un tel choix a été réalisé afin d'englober tant la question de la durée de la peine privative de liberté que celle de la nature de la peine elle-même.

Dans les faits, l'enjeu est moindre au stade de l'exécution des peines. Le sort sur la question de la peine est scellé, l'altération ne peut plus jouer que sur le déroulement de la sentence elle-même, là où avant elle pouvait jouer sur la nature ou la durée de la peine. En réalité l'enjeu pourrait être tout aussi grand, seulement l'altération du discernement est beaucoup moins prise en compte à ce stade, notamment concernant la suspension de peine pour raison médicale.

La présence de malades mentaux en établissements pénitentiaires et la hausse constante de leur nombre ont été à l'origine du développement incessant des soins psychiatriques en détention.

En effet, « *si le vingtième siècle a vu le développement d'une critique sans précédent de la psychiatrie et du système pénitentiaire, les malades mentaux délinquants sont depuis quelques années responsabilisés pénalement et la psychiatrie des prisons ne cesse de s'accroître en France* »²².

L'émergence de l'idée selon laquelle la prison devait devenir un lieu de soins psychiatriques a débuté dans les années 1950 avec le travail de la commission de réforme Amor. Lors d'une conférence tenue à l'Université de Paris le 16 janvier 1947, les détenus présentant des troubles mentaux apparaissent comme un public nécessitant une attention particulière : « *il s'agit d'une catégorie de délinquants qui doit retenir notre attention non seulement parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état, mais parce que, de tout évidence, ils sont à la sortie de prison un facteur important de prévention de la récidive* »²³.

L'un des quatorze points de réforme proposés par cette commission a notamment été la création d'un centre médico-psychologique au sein de chaque prison.

²¹ Définition de « *peine* », CNRTL.

²² Marc Renneville, *Psychiatrie et prison : une histoire parallèle*, HAL, 2004.

²³ Estelle Rollin, *Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral*, Université de Lorraine, 2008, page 44.

La même année, la première annexe psychiatrique ouvre à la prison de Rennes. Elle sera suivie quelques années plus tard par celle de La Santé (1960).

Ces débuts sont timides, ils sont freinés par le manque de moyens : rémunération assurée par l'administration pénitentiaire, équipes restreintes et absence de statut juridique.

Un cap sera franchi en 1967. En effet, une circulaire ²⁴ émanant du ministère de la justice adressée aux directeur régionaux des services pénitentiaires, porte création des Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR). Le personnel médical reste cependant soumis à l'administration pénitentiaire et les consultations se font avec la présence de surveillants pénitentiaires. Il faudra attendre la création du CMPR de Fleury en 1973 pour voir le personnel médical se détacher de l'autorité de l'administration pénitentiaire pour rejoindre celle du ministère de la santé ²⁵.

Le développement de ces structures et leur rattachement au ministère de la santé s'est fait en 1977 sous l'impulsion de la magistrate et ministre de la santé Simone Veil. Son projet comportait la création de dix-sept CMPR afin d' « *assurer dans de meilleurs conditions le traitement des détenus souffrant de troubles mentaux, tout en évitant au maximum le transfert dans les hôpitaux spécialisés des malades atteints de troubles sans gravité* » ²⁶. Avec un décret du 14 mars 1986 portant création du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire, les CMPR deviennent des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) et sont rattachés au service public hospitalier.

On dénombre aujourd'hui vingt-six SMPR pour un total de 463 lits. Ces services sont un « *lieu pour des soins intensifs, librement consentis, en ambulatoire, à temps partiel ou en hospitalisation pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur* ».

A cette époque, les soins sont bien entrés en prison, une loi du 18 Janvier 1994 ²⁷ est venue parachever ce mouvement en apportant une protection importante aux personnes détenues puisqu'elle est venue garantir à tous une protection sociale et une affiliation aux assurances maladie.

²⁴ Circulaire du ministère de la Justice n°178-67-16 du 30 septembre 1967.

²⁵ Estelle Rollin, *Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral*, Université de Lorraine, 2008, page 46.

²⁶ Ibid. Page 47.

²⁷ Loi n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994.

L'offre de soins psychiatriques pour les personnes détenues ne s'arrête pas là. En effet, des structures plus spécialisées, destinées à prendre en charge des troubles mentaux plus importants existent. C'est le cas des Unités pour Malades Difficiles (UMD) et des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).

Les UMD sont des structures destinées à un public particulier. En effet, elles peuvent accueillir les « *détenus prévenus ou condamnés atteints de troubles mentaux mais dont le caractère dangereux de ces mêmes troubles nécessite une prise en charge adaptée, dans le cadre de protocoles thérapeutiques intensifs et de mesures de sécurité particulières* »²⁸. Aujourd'hui, on compte cinq UMD pour un total de 452 lits, mais ces structures ne sont pas destinées qu'à un public issu d'établissements pénitentiaires, contrairement aux UHSA.

Les UHSA sont une création de la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 dite loi Perben²⁹. Dix-sept doivent voir le jour mais à l'heure actuelle seules neuf sont sorties de terre pour un total de 440 lits. Elles ont pour mission de prendre en charge des patients dont la situation psychiatrique est aiguë ou chronique et qui nécessitent une surveillance continue³⁰. Ces deux types de structures satisfont aux règles pénitentiaires européennes qui veulent que « *les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet* »³¹.

Elles sont l'illustration de l'entrée des prisons au sein même du milieu hospitalier.

Lors de mon stage au centre pénitentiaire de Metz-Queuleu, j'ai eu la chance de visiter le SMPR situé à la maison d'arrêt ainsi que l'UHSA situé à Nancy-Laxou. Ces visites m'ont permis de saisir l'ampleur du phénomène en milieu carcéral ainsi que l'importance du dispositif de soins psychiatriques déployé.

J'ai été confortée sur l'enjeu que représente aujourd'hui la question de la responsabilité pénale et surtout de l'importance d'être documentée tant au sujet de l'irresponsabilité pénale que de l'atténuation de la responsabilité pénale afin de préparer l'examen du Barreau. Ce mémoire constituera sans nul doute un atout majeur dans la poursuite de cet objectif professionnel.

²⁸ Estelle Rollin, *Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral*, Université de Lorraine, 2008, page 84.

²⁹ Loi n°2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002.

³⁰ Estelle Rollin, *Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral*, Université de Lorraine, 2008, page 185.

³¹ Règles pénitentiaires européennes n°12.1.

De tout temps la folie a intrigué et le nombre d'articles de presse dédiés à certaines affaires montre l'intérêt de l'opinion public pour ce sujet.

A titre d'exemple, la couverture médiatique de l'affaire Romain Dupuy³² en témoigne. Le Monde a publié pas moins de 79 articles à ce sujet, suivi du Figaro pour qui on en dénombre 59³³.

Récemment, l'affaire Sarah Halimi est venue raviver l'intérêt autour de la question de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. En effet, la Cour de cassation a rendu une décision dont les politiques n'ont tardé de se saisir. Dans l'arrêt tout récent du 14 avril 2021³⁴, les juges de la Chambre criminelle ont estimés que les raisons de la folie importent peu. Ces derniers jugeant que l'irresponsabilité pénale peut être retenue quand bien même la perte du discernement est due à une bouffée délirante ayant elle-même comme origine la consommation régulière de stupéfiants. On pourrait raisonnablement imaginer qu'une telle solution soit appliquée, par extension, à l'altération du discernement, cette dernière jouant un rôle moindre sur la responsabilité pénale.

Suscitant l'émoi de l'opinion publique et des politiques, Emmanuel Macron a demandé, dans les jours qui ont suivi cette décision, au ministre de la justice Éric Dupond-Moretti de réformer cette loi. Les conclusions des débats parlementaires penchent en faveur d'un maintien de l'article 122-1 tel qu'il est. Ils envisagent cependant d'inscrire dans la loi l'exception selon laquelle « *on ne peut conclure à l'abolition du discernement d'une personne ayant consommé des produits afin de faciliter son passage à l'acte* »³⁵.

Derrière la question de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental se cache un débat perpétuel : certains disent qu'irresponsabiliser c'est soustraire des criminels à la justice et d'autres disent que responsabiliser c'est remplir les prisons de malades mentaux. Réduire la situation à ce clivage c'est oublier que chaque espèce est différente et que le discernement reste une notion difficile à appréhender.

Quoiqu'il en soit la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) l'a rappelé récemment dans un arrêt d'avril 2021, quand bien même des malades mentaux se trouvent

³² Meurtre de deux infirmières à l'hôpital psychiatrique de Pau en 2004 par un patient, l'une d'entre elle fût décapitée.

³³ Caroline Guibet Lafaye, La folie criminelle présentée par la presse, janvier 2016.

³⁴ Cour de Cassation, Chambre criminelle, 14 avril 2021, n°20-80.135.

³⁵ Lorélie Carrive, *Après l'affaire Sarah Halimi, des députés proposent de créer une infraction « d'intoxication délibérée »*, France Inter, 30 juin 2021.

incarcérés, la compatibilité de cette détention avec la Convention européenne des droits de l'Homme suppose des conditions de détention et un traitement adaptés ³⁶.

Trouver le juste équilibre dans la répression en tenant compte de l'état mental de l'individu n'est pas aisé. Cependant aujourd'hui, la répression peut s'avérer plus sévère en raison du danger que représente aux yeux de beaucoup ce public. Le système pénal français dispose de failles qui légitiment cela. Le tout pouvant s'avérer être une explication à la présence conséquente des malades mentaux dans les prisons françaises.

Aujourd'hui, l'importante présence des malades mentaux dans les prisons françaises peut trouver ses causes à différents stades de la chaîne pénale. Force sera de constater que l'altération du discernement au moment des faits n'entraîne qu'une influence incertaine sur la peine prononcée (Partie I) et que cette dernière pourra être qualifiée d'insuffisante au stade de l'exécution des peines (Partie II).

³⁶ CEDH VENKEN et autres contre Belgique, 6 avril 2021
CEDH W.D contre Belgique 6 septembre 2016

PARTIE I : L'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT AU MOMENT DES FAITS : INFLUENCE INCERTAINE SUR LA PEINE PRONONCÉE

Depuis la circulaire Chaumié de 1905, l'altération du discernement devient officiellement un motif d'atténuation de la sanction pénale.

Bien que ce principe ait été ensuite intégré au Code pénal en 1992, il conduit en réalité à légitimer l'incarcération de ceux que l'on a appelé les « *demi-fous* »³⁷.

En dépit du principe d'atténuation de la responsabilité pénale et de la sanction pénale, l'application des textes et leurs lacunes (Chapitre I) permet, quand les experts maintiennent que le sujet est responsable (Chapitre II), l'incarcération de personnes ayant des affections mentales.

Chapitre I : L'altération du discernement : facteur théorique d'atténuation de la sanction pénale

L'altération du discernement est, en droit français, un motif légal de diminution de la peine.

Cette diminution de la peine passe par une réduction du quantum de la peine (Section I). Cependant, le caractère potentiellement facultatif de celle-ci rend souhaitable le développement du recours à des peines alternatives à l'incarcération pour les personnes dont le discernement a été reconnu comme altéré (Section II).

Section I : La diminution du quantum de la peine

L'article 122-1 alinéa 2 du code pénal prévoit l'atténuation de la sanction pénale, notamment du quantum de la peine privative de liberté.

Cette diminution du quantum de la peine découle d'une modification législative intervenue il y a quelques années pour mettre fin à une pratique inverse.

³⁷ Joseph Grasset, neurologue, 1849-1918.

Nous verrons que cette diminution du quantum de la peine est relativement novatrice par sa dimension légale (Paragraphe I) mais qu'elle peut cependant n'être que facultative (Paragraphe II). Le tout aboutissant à une atténuation illusoire de la peine prononcée.

Paragraphe I : Le principe d'une diminution légalement quantifiée

Le principe de l'atténuation de la responsabilité pénale pour les personnes dont le discernement a été reconnu comme altéré au moment des faits est ancien. En effet, il a été intégré au code pénal en 1992³⁸.

En revanche, il est relativement récent que le taux de diminution de peine figure dans le code pénal.

En effet, c'est seulement depuis la loi du 15 août 2014³⁹ que l'article 122-1 alinéa 2 dispose que, la personne dont le discernement a été reconnu comme altéré au moment des faits, demeure punissable mais que, « [...] Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. **Si est encourue une peine privative de liberté celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans** ».

La différence majeure par rapport à la version du 22 juillet 1992 réside donc dans le fait que la diminution est prévue par le texte. L'altération du discernement ne peut désormais jouer qu'en faveur de l'accusé.

En effet, il est toujours mentionné que « la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime » ; cependant, avec la loi de 2014, le principe devient réellement celui de l'atténuation de la peine privative de liberté.

L'atténuation de la responsabilité pénale des auteurs d'infractions dont le discernement a été reconnu comme altéré, aurait dû, de tout temps, conduire à l'atténuation de la peine privative de liberté.

Or, la version de 1992 n'indiquait pas si l'altération du discernement devait être prise en compte en tant que circonstance aggravante ou atténuante. Cependant, conformément au

³⁸ Loi n°92-683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions générales du code pénal.

³⁹ Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

principe d'interprétation stricte de la loi pénale ⁴⁰, « *interpréter la loi pénale consiste pour le juge à chercher son sens exact pour l'appliquer aux situations qu'elle est appelée à régir* » ⁴¹.

En faisant de l'altération du discernement, depuis 1905 ⁴², une cause d'atténuation de la responsabilité pénale, les juges auraient dû l'interpréter comme une circonstance atténuante.

Quoiqu'il en soit, les divergences d'interprétation de l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal sont révolues. L'altération du discernement est bel et bien une cause d'atténuation de la peine privative de liberté.

Cette diminution légale n'est applicable qu'aux peines privatives de liberté, cela nous amène, par conséquent, à nous interroger sur la notion de peines privatives de liberté. La peine privative de liberté peut se définir comme une peine « *exécutée au sein d'un établissement pénitentiaire* » ⁴³.

Cette catégorie de peine englobe, de fait, la réclusion criminelle à perpétuité, la réclusion criminelle à temps, la détention criminelle à perpétuité, la détention criminelle à temps et l'emprisonnement correctionnel.

Ainsi, une personne pour laquelle le discernement a été reconnu altéré au moment des faits pourra bénéficier de la diminution de sa peine, si et seulement si, la peine qu'il encourt est une des peines susmentionnées.

L'article 122-1 alinéa 2, dans sa version après l'entrée en vigueur de la loi du 15 août 2014, laisse présager la certitude quant à la clémence accordée aux personnes dont le discernement a été reconnu comme altéré.

En réalité, encore faut-il que la juridiction de jugement décide de ne pas écarter la diminution de peine.

⁴⁰ Article 111-4 du code pénal.

⁴¹ L'interprétation de la loi pénale par le juge, Sénat, Jeandidier W, J-Cl. Pénal, art 111-2 à 111-5, fasc. 20, Interprétation de la loi pénale, n°1.

⁴² Circulaire Chaumié du 12 décembre 1905.

⁴³ Peine: nature et prononcé, Jean-Paul Céré, Ludivine Grégoire, répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Dalloz, juin 2020.

Paragraphe II : Une diminution toutefois facultative

La diminution de la peine privative de liberté en raison de l'altération du discernement peut être écartée par la juridiction de jugement.

En effet, l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal poursuit en indiquant que « *la juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine* ».

Deux choses sont essentielles : d'une part, la diminution de peine peut être écartée, nous essayerons d'en comprendre les raisons (A). D'autre part, seule la matière correctionnelle semble être astreinte à motiver cette décision (B).

A- Une diminution facultative : quels fondements ?

L'article 122-1 alinéa 2, en même temps qu'il prévoit la diminution de peine pour altération du discernement, prévoit la possibilité pour la juridiction de jugement de l'écarter.

La faculté d'écarter la diminution de peine peut avoir plusieurs fondements ; tous tournant autour de la personnalité de l'accusé, de sa dangerosité et de la protection de la société face au renouvellement de l'infraction.

Dans un premier temps, l'article 130-1 du code pénal, en faisant de la protection de la société l'une des finalités de la peine, apporte un élément pouvant justifier de la mise à l'écart de l'atténuation de la sanction pénale.

Si l'accusé présente une dangerosité trop élevée, celle-ci pouvant s'entendre comme une « *propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageable pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence* »⁴⁴, les juges ou jurés pourront estimer qu'il est préférable de ne pas appliquer la diminution de peine. Et ce, quand bien même l'accusé présenterait une fragilité mentale entrant dans le champ de l'altération du discernement.

Dans un second temps, cette hypothèse participe également sans nul doute à l'application du principe d'individualisation des peines. Ce dernier disposant que « *la*

⁴⁴ Dangerosité psychiatrique et prédictivité, Mélanie Voyer, Jean-Louis Senon, Christelle Paillard, Nemat Jaafari, L'information psychiatrique, 2009, page 745 à 752.

*peine et ses modalités d'exécution doivent répondre au niveau de gravité des faits sanctionnés et être adaptées à la situation du condamné »*⁴⁵.

Si la dangerosité ressort de l'étude de sa personnalité, l'individualisation doit permettre d'écarter la diminution de la peine dans un souci de protection de la société. Cette possibilité, bien que défavorable à l'accusé, restreint bien évidemment les juges à respecter le maxima légal envisagé pour l'infraction.

Enfin, La professeure Bonis voit également cette faculté comme un moyen de « [...] *préserver la liberté du juge [...] »*⁴⁶ dans l'étendu du choix de la sanction pénale. Cette liberté est évidemment elle-même liée à l'individualisation de la peine que les juridictions de jugement mettent en œuvre.

Toutes ces justifications potentielles à la possibilité d'écarter la diminution de peine viennent illustrer l'existence d'un système pénal qui voudrait, d'une part, prendre en compte un discernement limité et en faire un motif de diminution de la peine, tout en assurant, d'autre part, la protection de la société par la neutralisation d'individus perçus par le plus grand nombre comme dangereux.

De ces deux objectifs contradictoires, la neutralisation dans un but de protection de la société prend aujourd'hui toujours le pas. C'est un domaine où les chiffres manquent, mais une certitude persiste : le taux de pathologies psychiatriques est quatre à dix fois plus élevé en prison que dans la population générale⁴⁷.

En dépit de ce constat, quand bien même les juges sont libres d'écarter la diminution de la peine, ils n'en sont pas moins tenus de motiver leur décision.

B- Une diminution facultative : quelle motivation ?

L'article 122-1 alinéa 2 dispose que « *La juridiction peut toutefois, **par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine** ».*

⁴⁵ Ministère de la justice, loi du 15 août 2014, individualisation de la peine.

⁴⁶ Evelyne Bonis, Troubles psychiques - malades mentaux, répertoire de droit pénal et de procédure pénale, octobre 2018, 132.

⁴⁷ OIP, Décrypter, Santé, Santé mentale.

La mention à une décision « *spécialement motivée* » en matière correctionnelle ne surprend plus. Depuis la loi du 15 août 2014, l'article 132-19 du code pénal prévoit que lorsqu'une juridiction correctionnelle prononce une peine d'emprisonnement ferme, sa décision doit être spécialement motivée.

Cette obligation de motivation a été confirmée par trois arrêts de la Cour de cassation du 1er février 2017 ⁴⁸.

En revanche, comme le relève la professeure Bonis, « *cette disposition ne prévoyant cette faculté de mise à l'écart de la réduction de peine qu'en matière correctionnelle, il pourrait être pensé, par une lecture a contrario de l'article, qu'en matière criminelle, la réduction légale s'impose. Cette lecture est toutefois erronée* »⁴⁹.

En effet, en 2014 les cours d'assises n'étaient pas tenues de motiver leur décision sur la peine, elles devaient simplement s'acquiescer de la faire sur la culpabilité.

De fait, cela explique que l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal, dont la version la plus récente date de 2014, ne prévoit pas que les cours d'assises doivent spécialement motiver leurs décisions pour écarter la diminution de peine.

Cependant, aujourd'hui, les obligations pesant sur les cours d'assises en matière de motivation ne sont plus les mêmes. Effectivement, pour tout procès ouvert après le 2 mars 2018, les juges auront à motiver la décision sur la peine, et donc à motiver leur choix de ne pas appliquer la diminution de peine.

Cette obligation intervient suite à une réserve transitoire adoptée lors d'une décision du Conseil constitutionnel sur une question prioritaire de constitutionnalité ⁵⁰. Ce dernier exposant que l'article 365-1 du code pénal devra être interprété « *comme imposant également à la cour d'assises d'énoncer, dans la feuille de motivation, les principaux éléments, l'ayant convaincue dans le choix de la peine* » ⁵¹.

La non-application de la diminution de la peine tient donc simplement à la motivation de ce choix par les juridictions de jugement. Ainsi, il est aisé de ne pas diminuer la peine

⁴⁸ Chambre criminelle, formation plénière, 1er février 2017 n°15-83.984, n°15-85.199 et n°15-84.511.

⁴⁹ Evelyne Bonis, *Troubles psychiques - malades mentaux, répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, octobre 2018, 132.

⁵⁰ Conseil constitutionnel, QPC, 2 mars 2018 n°2017-694.

⁵¹ *Ibid.*, paragraphe 13.

privative de liberté lorsque l'altération du discernement est retenue, d'autant plus que l'article laisse les juges libres dans cette motivation.

Cette faculté laissée aux juges rappelle bien que ces derniers ne sont pas tenus par les conclusions des experts une fois que ces derniers ont estimé que l'accusé peut supporter le poids de responsabilité pénale. Une responsabilité qui devrait, compte tenu de la vulnérabilité de ce public, s'exercer autant que possible en dehors des murs d'une prison.

Section II : L'incitation souhaitable au prononcé de peines alternatives à l'incarcération : l'intérêt des peines avec injonction de soins

Depuis l'abolition de la peine de mort en 1981⁵², la prison est perçue comme la peine ultime. Paradoxalement, cette peine, par ses durées, est aujourd'hui susceptible de recouvrir une large partie de la répression pénale⁵³. Autant de réalités qui peuvent être soumises à l'incarcération et donc en subir ses effets.

L'intensité des effets peut varier suivant le type d'établissement, et la personnalité de l'individu. Là Il est certain qu'ils seront à leur apogée en maison d'arrêt où promiscuité, différences, et sécurité règnent. Ils seront moindre en établissement pour peine où la prise en charge est plus individualisée.

Toujours est-il qu'il est admis que « *l'entrée en détention fait partie des événements de vie susceptibles d'induire une souffrance psychique* »⁵⁴ et que celle-ci perdure sur tout le temps de la détention.

C'est pourquoi il est souhaitable de recourir autant que possible à des alternatives à l'incarcération, a fortiori en présence de personnes dont le discernement a été reconnu comme altéré.

Pour ce public les alternatives à l'incarcération ayant une dimension de soins paraissent à privilégier. Il peut alors s'agir d'une part du sursis probatoire (Paragraphe I) et d'autre part du suivi socio-judiciaire peine principale (SSJ) (Paragraphe II).

⁵² Loi n°81-908 du 9 octobre 1981 portant abolition de la peine de mort.

⁵³ La loi 23 mars 2019 prohibe les peines d'emprisonnement inférieure à un mois et l'article 131-1 du CP prévoit la peine réclusion ou de détention à perpétuité.

⁵⁴ Mission de recherche Droit et Justice, Recherche sur l'évaluation de la souffrance psychique liée à la détention, Juin 2008

Paragraphe I : Le sursis probatoire

La peine de sursis probatoire est entrée très récemment dans le droit français puisqu'elle a été créée par la loi du 23 mars 2019 et est applicable depuis le 24 mars 2020. En réalité, elle reprend l'ancien sursis avec mise à l'épreuve (SME) qui existait depuis 1958.

Tout comme l'ancien SME, le sursis probatoire permet de « *suspendre l'exécution d'une peine d'emprisonnement, à condition que le condamné respecte les obligations et les interdictions qui lui sont fixées par le tribunal* »⁵⁵.

L'intérêt de cette peine alternative à l'incarcération réside dans le fait qu'elle se déroule en milieu ouvert et est plus efficace que le sursis simple en ce qu'elle permet un contrôle du probationnaire et une possibilité de sanction en l'absence de nouvelle condamnation durant le délai d'épreuve.

En premier lieu, en ce qui concerne le contrôle, la juridiction de jugement ou la juridiction d'application des peines détermine le contenu et la durée des obligations et interdictions auxquelles est astreint le probationnaire.

Par ce biais, le sursis probatoire apparaît comme une réelle alternative à l'incarcération, y compris pour les personnes dont on a reconnu l'altération de leur discernement au moment des faits.

Effectivement, l'article 132-45 22° prévoit l'injonction de soins comme obligation particulière du sursis probatoire. Le prononcé de cette obligation particulière répond cependant à des conditions de fond précises : le suivi socio-judiciaire doit être encouru et une expertise médicale doit conclure à la possibilité d'un traitement.

Si tel est le cas, la personne reçoit une prise en charge médicale adaptée et soutenue. Elle est entourée et accompagnée par une équipe pluridisciplinaire qui est composée d'un médecin traitant, d'un médecin coordonnateur qui permet le suivi de la mesure par le juge de l'application des peines (JAP), voire d'un psychologue.

Le traitement de la personne est central, et adapté mais la force de cette alternative tient dans son caractère obligatoire pour le probationnaire.

⁵⁵ Définition Ministère de l'intérieur.

En effet, en second lieu, la possibilité de sanction en cas d'inobservation des obligations donne un certain poids au sursis probatoire.

En ce qui concerne les soins dans le domaine judiciaire ou carcéral, comme en milieu libre, le principe est celui du consentement aux soins. En effet, le code de déontologie médicale et le code de la santé publique prévoient que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* »⁵⁶.

Si on applique ce principe à l'obligation particulière du sursis probatoire qu'est l'injonction de soins, le probationnaire a donc le choix d'entreprendre des soins.

En revanche, et c'est là que réside la force de l'injonction de soins, en cas de refus, l'incarcération pourra être ordonnée. L'incitation aux soins est maximale, et on pourrait même être tentés de remettre en cause le caractère libre des soins.

Pour certains, si le consentement est obtenu, il « *apparaît en réalité vicié par l'existence de pressions et de contraintes incompatibles avec toute idée de liberté* »⁵⁷.

Au-delà de la question du consentement, le non-respect des obligations et donc le non-respect des soins peuvent entraîner des sanctions. Celles-ci pouvant aller d'un rappel des obligations par le JAP à une mise à exécution d'une partie de l'emprisonnement ou à la révocation du sursis probatoire.

Ces mécanismes sont autant de leviers qui permettent au sursis probatoire d'être efficace.

Le dernier atout du sursis probatoire réside dans l'intensité du suivi. Celle-ci peut être modulée grâce à l'existence du sursis probatoire renforcé. L'accompagnement du probationnaire y est plus soutenu.

La peine de sursis probatoire ne peut être prononcée lorsqu'un suivi socio-judiciaire a déjà été prononcé, et nous le verrons cela tient au fait que ces deux mesures recouvrent, en grande partie, les mêmes finalités.

⁵⁶ Article 36 du code de déontologie médicale et article R.4127-36 du code de la santé publique.

⁵⁷ Patrick Mistretta, L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal, *Revue internationale de droit pénale*, 2011, pages 19 à 39.

Paragraphe II : Le suivi socio-judiciaire peine principale

Le suivi socio-judiciaire est entré en droit français en 1998. Il est issu d'une réflexion législative sur le suivi des criminels les plus dangereux après leur incarcération. Utilisé au départ pour le suivi des auteurs d'infractions sexuelles, il a vu son domaine d'application étendu au fil des lois. Quand bien même, il est aujourd'hui strictement cantonné à certaines infractions déterminées par le législateur⁵⁸.

Traditionnellement envisagé comme une peine complémentaire associée à l'emprisonnement, il peut aussi être une peine principale en matière correctionnelle et donc être une alternative à l'emprisonnement.

A ce titre il serait intéressant, pour les juridictions de jugement, de l'envisager, dès que possible, pour les personnes reconnues coupables d'une infraction à la loi pénale mais pour lesquelles l'altération du discernement a été retenue.

En tant que peine principale, le suivi socio-judiciaire est une peine qui ressemble fortement à la peine de sursis probatoire.

Comme ce dernier, il emporte l'obligation pour le condamné, de se soumettre à des obligations et interdictions qui font l'objet d'un contrôle par le juge de l'application des peines.

Jusqu'à la loi de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice du 23 mars 2019⁵⁹, le suivi socio-judiciaire présentait une singularité qui le démarquait du sursis probatoire. En effet, jusqu'à cette date, seule la peine de suivi socio-judiciaire prévoyait l'obligation particulière d'injonction de soins.

Cette particularité faisait dès lors du suivi socio-judiciaire la peine de référence lorsque des soins paraissaient nécessaires.

La loi du 23 mars 2019 a étendu cette obligation particulière à la plupart des peines et aménagements de peines. Cette extension vient amoindrir la spécificité du suivi socio-judiciaire. Cependant l'injonction de soins reste soumise à des conditions de fond, à savoir que le suivi socio-judiciaire soit encouru pour l'infraction concernée et qu'une expertise médicale ait conclu à la possibilité d'un traitement.

⁵⁸ Chambre criminelle, 18 février 2004 n°47
Chambre criminelle, 2 septembre 2004 n°198

⁵⁹ Loi n° n°2019-222

Que ce soit dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux alternatives à l'incarcération, l'injonction de soins s'est développée.

L'incitation aux soins doit devenir un moyen de limiter l'incarcération des personnes dont le discernement a été reconnu comme altéré afin de préserver ce public qualifié de vulnérable des effets de la privation de liberté et s'assurer que la peine garde un sens.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui le recours aux alternatives à l'incarcération pour motif d'altération du discernement n'est pas prévu dans les textes. La seule influence d'une telle affection reste uniquement, pour le moment, celle prévue par l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal. Cette hypothèse est strictement cantonnée aux cas où le discernement a été reconnu comme altéré en raison de l'existence, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique déterminant.

Chapitre II : Une atténuation de la sanction pénale subordonnée à l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique déterminant au moment des faits

L'atténuation de la responsabilité pénale est subordonnée à l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré le discernement ou le contrôle des actes. Nous verrons ce que recouvrent les termes trouble psychique ou neuropsychique (Section I) avant de voir que c'est l'expertise psychiatrique pré-sentencielle qui détermine l'ampleur et l'impact de ce trouble à l'instant de la commission des faits (Section II).

Section I : Le trouble psychique ou neuropsychique

Quand bien même aucune pathologie mentale ne donne d'office lieu à une minoration de la responsabilité pénale voire à une déclaration d'irresponsabilité pénale⁶⁰, il est important d'avoir à l'esprit les différences majeures entre les différentes familles de pathologies et de comprendre lesquelles d'entre elles donnent le plus logiquement lieu à de telles décisions (Paragraphe I). Récemment, la Cour de cassation est venue préciser

⁶⁰ Expertise psychiatrique pénale, recommandations de la commission d'audition, ministère de la Santé et des Solidarités, 25 et 26 janvier 2007, page 6.

que l'origine du trouble psychique ou neuropsychique était indifférente, nous aborderons un cas d'actualité, celui de l'intoxication volontaire (Paragraphe II).

Paragraphe I : Les différentes pathologies mentales susceptibles d'entraîner l'altération du discernement

Il est possible de distinguer plusieurs formes d'affections mentales, plus ou moins graves, qui selon leur façon de se manifester chez le sujet et leur intensité, pourront conduire les experts psychiatres à pencher pour une altération du discernement, voire pour une abolition du discernement.

Les conclusions des expertises psychiatriques, tout comme les diagnostics psychiatriques, reposent sur la description et l'observation des troubles présents chez le sujet.

En effet, *« seuls les signes, les symptômes d'un comportement ou d'une manière de ressentir et de penser peuvent être qualifiés de manière psychopathologique »*.⁶¹

C'est pourquoi le professionnel de santé qui se livre à établir un diagnostic psychiatrique *« doit se fier à la description faite par la personne de son ressenti et de ses pensées, et en plus observer son comportement »*⁶².

C'est l'ensemble de ces traits qui orientera le professionnel de santé sur l'établissement de son diagnostic.

En psychiatrie on peut distinguer formes mineures et formes majeures des troubles et pathologies de la personnalité.

Les formes mineures regroupent les névroses (B) et les états limites (C), aussi appelés états borderline.

Les formes majeures, quant à elles, regroupent les psychoses (A).

La différence fondamentale entre ces différents types d'affections se situe sur le rapport du sujet à la réalité. Une fois ces différentes formes d'affections mentales appréhendées nous envisagerons leur représentation en milieu carcéral (D).

⁶¹ La paranoïa, Sophie de Mijolla-Melor, Que sais-je?, page 7.

⁶² Petit Guide du Diagnostic en psychiatrie, MHE (Mental Health Europe)

A- Les psychoses

Les psychoses feront l'objet de développements étayés parce qu'en ce qu'elles sont les affections mentales les plus graves, elles sont les plus à même d'avoir une influence sur la responsabilité pénale.

Les psychoses se caractérisent pour le sujet par « *une perte de contact avec la réalité* »⁶³. Une personne qui vit un épisode psychotique « *ne peut pas faire la différence entre ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas* »⁶⁴. Les psychoses affectent les pensées, les émotions, le comportement.

Il est estimé que 3% de la population connaît au moins un épisode psychotique au cours de sa vie.

Les symptômes traditionnels des psychotiques sont divers, tous ne manifesteront pas les mêmes, ni avec la même intensité.

On compte parmi eux la présence d'idées délirantes, sous forme de croyances fausses déconnectées de la réalité. Ou encore la présence d'hallucinations, le sujet entend, voit, ou sent des choses qui n'existent pas. Le psychotique peut aussi présenter une désorganisation de la pensée et du discours.

Un sujet psychotique aura également tendance à perdre de l'expressivité émotionnelle et corporelle et aura tendance à se replier sur lui-même. Un sujet psychotique est donc, lors d'un procès, une personne qui peut impressionner par son détachement, sa froideur, et aura tendance à inspirer la sévérité des juges et des jurés.

La psychose est un symptôme de certaines maladies connues telles que la schizophrénie (1) et la paranoïa (2).

⁶³ Définition du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).

⁶⁴ La psychose, CAMH.

1- La schizophrénie

« La schizophrénie est une maladie mentale qui affecte les pensées, les émotions et le comportement, de même que les relations avec autrui »⁶⁵. Elle est caractérisée par une perte de contact avec la réalité.

Bien souvent si l'on demande « qu'est que la maladie mentale ? », « qu'est-ce que la folie ? » la réponse sera « la schizophrénie ». Cette pathologie mentale est extrêmement stigmatisée et surestimée. En réalité la schizophrénie touche seulement entre 0,7 et 1% de la population mondiale, en France cela concerne 600 000 personnes ⁶⁶.

Toutes les personnes atteintes de schizophrénie ne développent pas une forme aiguë et réussissent à vivre normalement quand la maladie est stabilisée.

Afin de mieux percevoir ce qu'induit cette pathologie mentale, j'ai retranscrit un témoignage tiré d'un guide d'information sur la schizophrénie :

« J'aimerais que les gens comprennent que ce qu'on voit dans les nouvelles, ce sont uniquement les cas extrêmes. Il y a beaucoup de personnes qui vivent avec la schizophrénie sans même que ça se voit. On est des êtres humains nous aussi : on éprouve des émotions et on a des possibilités infinies, comme tout le monde » ⁶⁷.

Saisir ces réalités est important, la réponse pénale doit tenir compte de la maladie, des manifestations de celle-ci, notamment au procès, et être adaptée à elle pour satisfaire autant que possible aux objectifs de la peine tout en les conciliant avec l'affection mentale.

2- La paranoïa

Aujourd'hui on parle plus de « personnalité paranoïaque » ou de « schizophrénie paranoïde » que de paranoïa. La réalité que cela recouvre reste cependant la même : « On se sent « parano » lorsque s'impose comme une évidence l'impression de ne croiser que des regards méprisants ou hostiles qui, prétendant vous ignorer, n'en pense et pas moins

⁶⁵ Qu'est ce que la schizophrénie?, La schizophrénie: guide d'information, page 1, CAMH.

⁶⁶ INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale)

⁶⁷ Qu'est ce que la schizophrénie?, La schizophrénie: guide d'information, témoignage de « S », page 2, CAMH.

et révèlent, tout en le dissimulant, l'existence d'une entente hostile ou, pire, d'un complot dont vous êtes, pour une raison qui reste à comprendre, la victime cernée de toutes parts »⁶⁸.

« Parce qu'elle repose sur la haine dont nous avons évoqué [...] l'origine inconsciente qui engage une lutte sans fin ni merci, la paranoïa implique toujours la potentialité de la violence criminelle »⁶⁹.

Un sujet paranoïaque passe à l'acte pour se faire justice, estime qu'il est dans son bon droit. La vengeance est l'un des motifs principaux du passage à l'acte paranoïaque. Ces idées peuvent être aiguës et le sujet peut aller jusqu'à penser qu'il est en état de légitime défense.

Les paranoïaques sont un public difficile à prendre en charge car *« même s'il ne s'agit pas de psychotiques enfermés dans leur délire, la prévalence de la haine biaise d'emblée l'alliance thérapeutique »⁷⁰*. De plus, *« aucun traitement ne s'est avéré efficace pour traiter le trouble de la personnalité paranoïaque »⁷¹*.

« Manifester une reconnaissance de la validité des soupçons du patient peut faciliter une alliance entre le patient et le médecin. Cette alliance peut alors permettre aux patients de participer à une thérapie cognitivo-comportementale ou accepter de prendre des médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques) »⁷².

B- Les névroses

Les névroses occuperont des développements bien plus succincts car les sujets présentant cette affection ont conscience de leurs troubles, et ne sont pas en rupture avec la réalité⁷³.

Parmi les névroses on trouve les névroses obsessionnelles, les névroses hystériques (théâtralisme, exagération), les névroses phobiques (peurs, angoisses).

⁶⁸ La paranoïa, Sophie de Mijolla-Melor, Que sais-je?, page 3.

⁶⁹ Ibid. Page 109

⁷⁰ Ibid. Page 123.

⁷¹ Manuel MSD, version professionnels de la santé, traitement du trouble de la personnalité paranoïde.

⁷² Ibid.

⁷³ Les névroses, les psychoses et les troubles narcissique, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2014

« Si la personne névrosée peut présenter des incapacités ou des désavantages sociaux, elle n'en est pas moins autonome dans les actes de la vie quotidienne. Elle souffre, a conscience de sa maladie mais se soigne. Contrairement à la personne psychotique qui, si elle souffre, n'a pas conscience de sa maladie (tout du moins lorsqu'elle est en crise), et donc n'a aucune raison de se soigner (puisqu'elle croit ne pas être malade) ».

« C'est un état dont l'angoisse, sous ses diverses formes, constitue le symptôme central, avec un état permanent d'attente anxieuse sur lequel se greffe la forme paroxystique : la crise d'angoisse aiguë »⁷⁴.

Il apparaît clairement que les névroses renvoient à des affections mentales qui touchent le comportement et la personnalité des sujets. Cependant, rarement, pour ne pas dire jamais, au point d'avoir une influence sur la responsabilité pénale. Elles ont pour autant fait l'objet de développements car ces derniers seront utiles dans l'étude des états borderline, qui eux peuvent avoir un impact sur la responsabilité pénale.

C- Les états borderline

Les états borderline ou états limites sont des affections où *« le sujet présente une psychopathologie oscillant entre les tableaux cliniques de névroses et de psychoses »* ; *« Le sujet présente une perturbation de l'image de soi, des incertitudes dans ses choix ou ses valeurs, des sentiments envahissants de vide »⁷⁵.*

Le sujet borderline aura des moments de forte impulsivité mais aussi des états dépressifs fréquents.

« Le trouble de la personnalité borderline est caractérisé par un schéma omniprésent d'instabilité dans les relations, l'image soi, les humeurs, le comportement et l'hypersensibilité à la possibilité du rejet et de l'abandon »⁷⁶.

Comme la psychopathologie des borderline oscille entre les tableaux cliniques de névroses et de psychoses, les réalités que ces états recouvrent peuvent être d'une variété infinie. Suivant l'importance et l'intensité de tel ou tel trait pathologique, plutôt névrotique ou psychotique, les psychiatres et experts, le cas échéant, détermineront

⁷⁴ Pagès Vincent, Les névroses, Handicaps et pathologies, 2017, pages 113 à 116.

⁷⁵ Les névroses, les psychoses et les troubles narcissique, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2014.

⁷⁶ Manuel MSD, version grand public, trouble de la personnalité borderline.

l'impact de l'affection sur la responsabilité pénale. Une chose est sûre, les sujets borderline sont ceux pour lesquels les avis des experts divergent le plus souvent lors des procès, et cela s'explique notamment du fait de leur position ambivalente entre les deux tableaux cliniques.

D- Épidémiologie des troubles mentaux en détention

De façon générale l'épidémiologie est « *une étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines ainsi que des influences qui déterminent cette distribution* »⁷⁷.

Il existe différentes sortes d'épidémiologies, toutes poursuivant un objectif qui leur est propre. L'épidémiologie descriptive sera celle qui intéressera notre sujet.

En effet, « *la finalité de l'épidémiologie descriptive est la description d'un phénomène de santé dans une population en fonction des caractéristiques de cette population. Et de paramètres tels que le temps et l'espace* »⁷⁸.

Appliqué à notre objet d'étude pris dans sa globalité, cela revient à rechercher la proportion des différentes affections mentales en milieu carcéral. Le but d'une telle étude est de constater la présence de troubles psychiatriques en détention mais aussi de voir si les troubles les plus graves, à savoir les psychoses, sont représentés en milieu carcéral.

Commençons avec des données générales, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2002⁷⁹, sur 2300 entrants en détention en juin 2001, pour plus de 50% d'entre eux au moins un trouble psychiatrique aurait été détecté par les services médico-psychologiques régionaux. Un entrant sur cinq aurait déjà été suivi en psychiatrie par le passé.

Comparativement, selon des données de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) de 2006, 40% des personnes incarcérées ont été traitées en psychiatrie avant leur incarcération et plus de 50% le sont durant le temps de l'incarcération⁸⁰.

Bien que ces données varient, les troubles psychiatriques touchent quand même une part importante de la population carcérale.

⁷⁷ Définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 1968.

⁷⁸ Épidémiologie, Université Médicale Virtuelle Francophone.

⁷⁹ Étude DREES, La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux, 2002.

⁸⁰ La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison, Christiane de Beaurepaire, La découverte, revue du MAUSS, pages 125 à 146.

Les résultats du score Clinical Global Impression (CGI) nous éclairent sur la gravité des troubles : seulement 13% des personnes détenues se situent dans une zone de « normalité », 70% présentent des troubles et 37% seraient sérieusement malades ⁸¹.

Pour entrer plus en détail sur les pathologies rencontrées en milieu carcéral, selon l'étude de la DREES de 2002, 12% des entrants en détention auraient un trouble névrotique ou anxieux et 8% seraient atteints de psychose.

Ces chiffres sont bien en dessous de ceux apportés par l'étude épidémiologique confiée par le ministère de la Santé au Professeur Rouillon. Selon cette dernière, plus de 17% des personnes détenues présentent des troubles psychotiques, dont plus de 7% un trouble schizophrénique. Plus de 66% des personnes détenues présentent un trouble de l'humeur grave et 47% présentent un état dépressif grave ⁸².

Bien que les troubles psychiatriques apparaissent sérieux, la psychiatre Christiane de Beaurepaire indique que la prise en charge en détention est essentiellement ambulatoire. Cependant, une étude du ministère de la santé de 2006 a révélé que les hospitalisations psychiatriques des détenus ont été multipliées par vingt-cinq en quinze ans, dont un tiers en unités pour malades difficiles (UMD).

Toutes ces études révèlent aussi l'importance des troubles liés à la dépendance addictive, selon l'étude de la DREES de 2002 cela représente un quart des entrants étudiés sur la période. Selon les chiffres de la DAP de 2006, 60% des personnes incarcérées sont considérées comme dépendantes à l'alcool et aux produits stupéfiants à leur arrivée en détention. Bien que le passage à l'acte sous l'empire d'un état alcoolique ou suite à la consommation de produits stupéfiants est aujourd'hui une circonstance aggravante, nous verrons qu'une bouffée délirante issue d'une intoxication volontaire peut remettre en cause la responsabilité pénale.

Paragraphe II : Le cas particulier de l'intoxication volontaire

La question de l'intoxication volontaire, comme élément déclencheur du trouble psychique ou neuropsychique, s'est récemment révélée d'actualité avec l'affaire Sarah Halimi.

⁸¹ Ibid.

⁸² Rouillon, Falissard et al, 2004; Falissard et al, 2006.

Cette femme de confession juive de 65 ans a trouvé la mort des suites de coups et blessures suivis d'une défenestration en avril 2017. Le suspect s'est révélé être un consommateur de cannabis depuis l'adolescence. Lors de sa garde à vue, le médecin juge son état psychiatrique incompatible avec celle-ci et le fait interner. Le juge d'instruction demandera ensuite l'expertise psychiatrique et médico-psychologique du suspect.

La première expertise psychiatrique, menée par le Docteur Daniel Zagury, écarte l'abolition du discernement mais retient l'altération du discernement due à une bouffée délirante aiguë.

Les juges d'instruction en charge de l'affaire demandent une contre-expertise et mandatent trois experts psychiatres. Ils concluent à l'abolition du discernement, et estiment que la prise de cannabis n'a fait qu'aggraver un processus psychiatrique déjà amorcé, le taux de THC dans le sang du suspect étant modéré le jour du drame et ses idées délirantes ayant persisté « *longtemps après l'arrêt de l'intoxication* »⁸³.

Les deux expertises étant en désaccord, les juges d'instruction en demandent une troisième. Celle-ci conclut comme la précédente à l'abolition du discernement du suspect. Bien que les juges ne soient pas tenus par l'avis des experts⁸⁴, les juges d'instructions ont estimé qu'il y avait des raisons plausibles de conclure à l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Malgré l'appel du parquet, la décision de la chambre de l'instruction a été confirmée par celle de la Cour d'appel de Paris⁸⁵. La question a finalement été portée devant la Cour de cassation : L'irresponsabilité pénale doit-elle être écartée lorsque l'abolition du discernement a été causée par une consommation volontaire de substances psychotropes ?⁸⁶.

La Haute juridiction a rendu sa décision tout récemment⁸⁷, et précise que « *les juges ajoutent que la circonstance que cette bouffée délirante soit d'origine exotoxique et due à la consommation régulière de cannabis, ne fait pas obstacle à ce que soit reconnue l'existence d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, puisqu'aucun élément du dossier d'information n'indique que la consommation de cannabis par l'intéressé ait été effectuée avec la conscience que cet usage de stupéfiants puisse entraîner une telle manifestation* »⁸⁸.

⁸³ Louise Couvelaire, « Le meurtre de Sarah Halimi : une deuxième expertise conclut à l'abolition du discernement du suspect », Le Monde, 11 juillet 2018.

⁸⁴ Article 427 du Code de procédure pénale.

⁸⁵ Cour d'appel de Paris, Chambre de l'instruction, 19 décembre 2019 n°2019/05058.

⁸⁶ Hasnaoui-Dufrenne Sajjad, Affaire Sarah Halimi : peu importent les raisons de la folie. Dalloz actualité. 28 avril 2021.

⁸⁷ Cour de cassation, Chambre criminelle, arrêt n°404 14 avril 2021 (20-80.135)

⁸⁸ Ibid, paragraphe 26.

Les juges de la chambre criminelle poursuivent, pour confirmer la décision d'appel, qu'« *en effet, les dispositions de l'article 122-1, alinéa 1er, du code pénal, ne distinguent pas selon l'origine du trouble psychique ayant conduit à l'abolition de ce discernement* »⁸⁹.

Cette position concernant l'origine de la perturbation mentale est ancienne, et autant la doctrine que la jurisprudence s'accordent à dire qu'elle est indifférente dans l'appréciation d'une cause subjective d'irresponsabilité⁹⁰.

Comme nous l'avons vu précédemment, une modification du droit positif est en amorcée. Cependant, le projet de loi ne semble pas changer massivement le fond des choses. En effet, la prise de substances psychoactives est une circonstance aggravante et les effets de telles substances, en ce qu'elles modifient l'état de conscience du sujet, ne donnaient pas lieu à une irresponsabilité pénale.

Comme dans l'affaire Halimi, les auteurs dont le trouble mental n'est pas l'unique cause de la prise de substances psychoactives pourront continuer de voir leur responsabilité pénale écartée, ou diminuée et ce quand bien même il est reconnu que « *l'utilisation d'une substance peut déclencher le trouble de santé mentale* »⁹¹.

En cas de doute sur l'état mental de l'accusé ou du suspect, les juges peuvent demander une expertise psychiatrique ou psychologique.

Section II : La détermination de l'impact du trouble sur le discernement au moment des faits : le rôle crucial l'expertise pré-sentencielle

Pour évaluer la responsabilité pénale d'une personne il faut évaluer le degré de conscience que cette personne avait au moment de la commission de l'acte répréhensible. C'est l'expertise pré-sentencielle qui est l'élément central sur lequel s'appuient les magistrats pour déterminer le degré de responsabilité de la personne. Cette dernière a pour fonction de déterminer l'état du discernement du présumé commettant au moment des

⁸⁹ Ibid, paragraphe 29.

⁹⁰ Hasnaoui-Dufrenne Sajjad, Affaire Sarah Halimi : peu important les raisons de la folie, Dalloz actualité, 28 avril 2021.

⁹¹ Drogues et troubles mentaux, santementale.fr, 3 décembre 2015.

faits (Paragraphe I). Bien qu'ancienne et très utilisée, l'expertise pré-sentencielle est aujourd'hui dans une impasse et nécessite d'être réformée (Paragraphe II).

Paragraphe I : L'expertise pré-sentencielle : la question essentielle du discernement au moment des faits

L'expertise psychiatrique, qu'elle soit pré-sentencielle ou post sentencielle, est réalisée par un expert psychiatre inscrit sur la liste d'une Cour d'appel. Lors de son inscription, l'expert prête serment « *d'apporter son concours à la justice, d'accomplir sa mission, de faire son rapport et de donner son avis en son honneur et sa conscience* »⁹². Lorsqu'un expert psychiatre réalise une telle mission il engage sa responsabilité personnelle.

Pour imaginer le rôle de l'expertise psychiatrique pré-sentencielle, on peut dire que celle-ci « *joue le rôle de régulateur entre la prison et l'hôpital* »⁹³.

« *La mission de l'expert, classique, consiste à évaluer si le sujet était, au moment des faits, « atteint d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle de ses actes* »⁹⁴.

L'expertise doit être neutre et impartiale. En effet, « *il faut toujours repartir de zéro, ne pas se laisser influencer par des rapports précédents, en particulier lorsqu'au pénal, il s'agit d'une contre-expertise* »⁹⁵.

Le magistrat transmet des pièces utiles à l'expert, mais ce dernier travaille en grande partie avec le sujet afin « *d'évaluer d'éventuels troubles ou des déficiences, étudier la personnalité de la personne expertisée et tenter de comprendre les causes du passage à l'acte* »⁹⁶.

Concrètement il sera demandé à l'expert si le sujet était discernant au moment des faits ou si le discernement de ce dernier était altéré ou aboli à l'instant de l'infraction. L'expert peut ne pas être limité à cette traditionnelle question. « *Au pénal l'expert est plus libre du*

⁹² Cédile Geneviève, Conduite de l'expertise pénale, L'expertise pénale psychologique et psychiatrique, Cairn, 2014, page 64.

⁹³ Expertise psychiatrique pénale, recommandations de la commission d'audition, ministère de la Santé et des Solidarités, 25 et 26 janvier 2007

⁹⁴ Baratta Alexandra, Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive, L'information psychiatrique, Cairn, 2011, pages 657.

⁹⁵ Cédile Geneviève, Conduite de l'expertise pénale, L'expertise pénale psychologique et psychiatrique, Cairn, 2014, page 68.

⁹⁶ Ibid. Page 69.

fait d'une phrase souvent incluse dans la mission : « présenter toutes observations que vous jugerez utiles »⁹⁷.

Lorsque l'expert a étudié les pièces utiles et entendu les personnes à entendre, il établit un rapport à destination du seul juge qui l'a désigné. Il est cependant recommandé aux experts d'utiliser un langage clair, précis et communément partageable par toutes les parties.

Une fois ce rapport établi et transmis au juge, ce dernier le communiquera aux parties et celles-ci pourront demander une contre-expertise conformément au principe du contradictoire.

Bien que pratiquée depuis 1994, l'expertise pénale pré-sentencielle est depuis quelques années sous le feu des critiques.

Paragraphe II : L'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle, en quête d'une réforme

Le 10 mars dernier les sénateurs ont rendu un rapport d'information réalisé au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois portant sur l'expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : « *mieux organiser pour mieux juger* ».

Ils ont identifié les problèmes que rencontre cette pratique aujourd'hui et ont formulé 20 propositions pour la restaurer.

Aujourd'hui l'expertise psychiatrique pénale « *remplit de moins en moins le rôle de filtre visant à repérer les malades afin de leur donner des soins appropriés, du fait de la conjoncture de facteurs multiples* »⁹⁸.

Parmi les causes identifiées deux ressortent particulièrement.

La première est démographique. Le nombre d'experts psychiatres inscrits sur les listes des Cours d'appel ne cessent de diminuer dangereusement alors que le recours à l'expertise ne suit pas cette tendance. En 2020, on dénombrait seulement 365 experts psychiatres pour un total de 49 149 expertises psychiatriques réalisées⁹⁹. Soit une

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Expertise psychiatrique pénale, recommandations de la commission d'audition, ministère de la Santé et des Solidarités.

⁹⁹ Januel Pierre, Trop d'expertises psychiatriques et psychologiques, pas assez d'experts. Dalloz actualité, 11 mars 2021.

moyenne de 135 expertises par psychiatre chaque année. En 2007 on en comptait encore 800 quand en 2014 il n'en restait que 465. Cela conduit à concentrer dangereusement cette tâche sur un nombre restreint de praticiens. Cela peut être d'autant plus accentué sur certains praticiens car « *certain magistrates recourent trop aux professionnels dont ils partagent les orientations, certains « experts considérant que le discernement n'est jamais totalement aboli et que la peine est nécessaire au travail thérapeutique, alors que d'autres tiennent des positions tendant d'abord à éviter la prison à une personne qui a pu connaître un épisode psychiatrique »*¹⁰⁰.

En réponse à cela les sénateurs ont proposé d'éviter la création de nouveaux cas de recours à l'expertise pour éviter l'accroissement de leur nombre. Ils ont également suggéré de privilégier les expertises pré-sentencielles sur les expertises de dangerosité car la mission du psychiatre est avant tout axée sur les soins. Enfin, ils ont proposé de revoir la rémunération des experts en tenant compte de l'ampleur de l'affaire et de l'implication demandée à l'expert pour rendre cette mission plus attractive et favoriser l'augmentation du nombre d'inscrits sur les listes des Cours d'appel.

La seconde concerne la demande de missions trop vastes aux experts aux différents stades de la procédure. En effet, parfois, au stade de la garde à vue (GAV), alors que l'examen médical ou psychiatrique doit simplement déterminer la compatibilité de la GAV avec l'état de santé ou l'état mental du suspect, il est demandé aux experts de se prononcer une première fois sur la question du discernement.

Ensuite, au stade pré-sentenciel, quand la question est justement de déterminer le discernement aux moments des faits, les magistrats s'attardent parfois sur la question de la dangerosité de l'accusé.

En réponse à cela, les sénateurs ont proposé de modifier l'article 158 du code de procédure pénale, qui prévoit que la mission des experts ne se cantonne qu'à des questions techniques qui doivent être précisées dans la décision ordonnant l'expertise, en intégrant le fait que seules les expertises pré-sentencielles doivent concerner la question de l'abolition ou de l'altération du discernement.

Nul doute, l'expertise psychiatrique pénale, qu'elle soit pré-sentencielle ou dite de dangerosité se verra prochainement réformée.

¹⁰⁰ Ibid.

PARTIE II : L'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT AU MOMENT DES FAITS : INFLUENCE INSUFFISANTE SUR L'EXÉCUTION DES PEINES

Quand bien même nous venons de voir que c'est l'expertise psychiatrique pré-sentencielle qui détermine le degré de discernement de la personne, c'est la juridiction de jugement qui détermine l'étendue de la responsabilité pénale. En effet, « *notre système de preuve pénale fondé sur l'intime conviction du juge implique que celui-ci n'est pas lié par les conclusions des experts* »¹⁰¹. Les juges n'étant pas médecins ont cependant toujours tendance à suivre ces avis.

Lorsque l'altération du discernement est retenue, le juge module la peine en tenant compte de cette circonstance. S'il le décide, la personne pourra se voir incarcérée et ses troubles psychiatriques devront être pris en charge au sein même de la détention (Chapitre I).

Aujourd'hui, toute peine de prison est vouée à avoir une fin. En effet, les peines perpétuelles incompressibles sont contraires à la Convention européenne des droits de l'Homme¹⁰². L'expertise de dangerosité, à laquelle prennent part les psychiatres, vient évaluer le risque de récidive de la personne en vue de sa remise en liberté. Elle permet ainsi d'appréhender le retour en milieu libre ou milieu ouvert accompagné de mesures adéquates (Chapitre II).

Chapitre I : La prise en charge des troubles mentaux en détention

Face à l'accroissement des troubles mentaux en détention, la psychiatrie s'est invitée dans l'enceinte des prisons. Depuis 1985¹⁰³ la psychiatrie est entrée en prison, elle a dans un premier temps été gérée par l'administration puis confiée aux hôpitaux¹⁰⁴. Aujourd'hui la prise en charge de détenus souffrant de troubles psychiatriques se veut d'une qualité identique à celle réalisée en milieu libre. Une personne condamnée pour qui des fragilités psychiatriques ont été diagnostiquées ou dont le discernement a été reconnu

¹⁰¹ Expertises, Rapport annuel 2012, Cour de cassation.

¹⁰² Arrêt Cour européenne des droits de l'Homme KAFKARIS c/Chypre 12 février 2008.

¹⁰³ Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

¹⁰⁴ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale pour les personnes détenues.

comme altéré doit en priorité être affectée dans un établissement pénitentiaire disposant de dispositifs de soins psychiatriques (Section I) et n'y demeurer que tant que son état mental est compatible avec la détention (Section II).

Section I : L'affectation du détenu dans un établissement pénitentiaire adapté

Tous les établissements pénitentiaires ne disposent pas de dispositifs de soins psychiatriques de même niveau en leurs murs. Une personne condamnée dont on connaît l'existence de pathologies psychiatriques doit, autant que possible, être orientée vers un établissement pénitentiaire adapté disposant évidemment de soins ambulatoires (Paragraphe I) voire d'un service permettant une hospitalisation de jour (Paragraphe II).

Paragraphe I : Les soins ambulatoires en milieu pénitentiaire

Les soins ambulatoires sont des soins pour lesquels « *le patient ne reste que quelques heures dans l'établissement de santé sans y passer la nuit* »¹⁰⁵. Concrètement, appliqués au domaine pénitentiaire, les soins ambulatoires sont ceux auxquels les détenus se rendent au sein de services médicaux situés dans l'établissement pénitentiaire.

Si l'on reprend la distinction des trois niveaux de soins, les soins ambulatoires sont les soins de niveau 1¹⁰⁶.

Lorsque l'établissement est doté d'un SMPR, les soins psychiatriques ambulatoires sont dispensés là-bas. Si l'établissement n'en est pas doté, les soins psychiatriques sont dispensés à l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP, anciennement UCSA) dont chaque établissement pénitentiaire est doté depuis 1994¹⁰⁷.

Tous les détenus entrant en détention passent par les services de l'USMP. Lors de ces visites arrivants, les équipes médicales font un point au niveau de l'état de santé physique

¹⁰⁵ Ambulatoire, Institut national du cancer.

¹⁰⁶ Guide de prise en charge sanitaire des PPSMJ, 2019, page 142.

¹⁰⁷ Mazet Charlotte, L'UCSA : Moi-peau au sein de la prison, Le carnet psy, Cairn. 2013. Page 41 à 45.

et mentale de la personne détenue pour voir si un suivi somatique ou psychiatrique est nécessaire.

Les équipes expliquent à chaque entrant le dispositif de soins présent dans l'établissement pénitentiaire où ils sont hébergés et la possibilité qu'ils ont de solliciter un rendez-vous avec le personnel médical en cas de besoin.

Le dispositif de soins ambulatoires psychiatriques de niveau 1 a pour missions d'assurer « *l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe* »¹⁰⁸ ; « *Les consultations (de professionnels différents) représentent l'activité principales des SMPR* »¹⁰⁹.

Classiquement, au niveau du personnel de santé mentale, dans un USMP ou un SMPR on trouve : des cadres, des psychologues, des psychiatres, des infirmières. Ces divers professionnels assurent avec les personnes détenues des consultations et des entretiens individuels, des activités et des ateliers thérapeutiques. Ces diverses possibilités sont proposées par les professionnels identifiant un besoin chez la personne détenue ou suite à une demande de cette dernière.

*« Ils écrivent un courrier, parfois sur un petit bout de feuille déchiré et au crayon à papier, qui est acheminé par courrier interne. Ils demandent à rencontrer un médecin, un psy ou plus simplement quelqu'un. La raison évoquée est parfois précise : problèmes de sommeil ou plus floue : je vais péter un plomb, j'en peux plus, voire carrément absente »*¹¹⁰.

Au-delà des consultations prévues par l'équipe médicale, les psychiatres doivent gérer les signalements des personnels pénitentiaires ou des juges. Ils concernent « *des détenus dont les propos, les réactions ou le comportement ont été jugés inquiétants. Les motifs d'inquiétude sont nombreux en détention : crainte du passage à l'acte suicidaire, menace sur un autre détenu ou un surveillant, grève de la faim, une personne qui déambule ou qui parle seule dans sa cellule...* »¹¹¹.

¹⁰⁸ Guide de prise en charge des Personnes Placées Sous Main de Justice (PPSMJ), 2019,

¹⁰⁹ Michel David, Catherine Paulet, Gérard Laurencin, Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité? L'information psychiatrique, 2012, Cairn, Pages 605.

¹¹⁰ Mon SMPR, Tant de peines (blog d'un psychiatre en milieu pénitentiaire).

¹¹¹ Ibid.

Ce qu'il faut bien avoir en tête avec les USMP c'est que ce sont réellement des unités médicales, rattachées à un établissement de santé qui assurent auprès des personnes détenues le service public hospitalier. Les personnes détenues y reçoivent les mêmes soins qu'en milieu libre.

En effet, l'article 46 de la loi pénitentiaire (LP) du 24 novembre 2009 indique notamment que « [...] *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population [...] »*¹¹².

Au sein de ces services, l'atmosphère est aussi différente du reste de la détention. Les agents de l'administration pénitentiaire ne sont présents que jusqu'à l'entrée de ces services. Ils assurent le passage des détenus entre la détention et les services médicaux depuis un kiosque et n'en sortent pas sauf nécessité tenant à la sécurité.

« *Bien que ne faisant pas partie de notre équipe puisque non soignants, ils assurent la sécurité et surveillent les déplacements en s'assurant que chaque détenu qui se présente à bien un rendez-vous »*¹¹³.

Ce principe est le même à tous les niveaux de soins, on le retrouve autant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation de jour.

Paragraphe II : L'hospitalisation de jour en établissement pénitentiaire

Lorsque la prise en charge psychiatrique ambulatoire de la personne détenue dans les services de niveau 1 n'est plus suffisante, cette dernière peut être admise en hospitalisation à temps partiel.

La personne détenue est alors admise dans un SMPR. En effet, « *L'hospitalisation de jour en psychiatrie est essentiellement assurée par les USMP porteuses d'un SMPR »*¹¹⁴.

Tous les établissements pénitentiaires ne disposent pas d'un SMPR, cependant « *chaque région dispose d'au moins une USMP dispensant des soins psychiatriques de niveau 2 »*¹¹⁵.

¹¹² Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 n°2009-1436.

¹¹³ Mon SMPR, Tant de peines.

¹¹⁴ Guide de la prise en charge des PPSMJ, Page 145.

¹¹⁵ Ibid. Page 175.

Concrètement, une personne détenue ayant des troubles psychiatriques importants nécessitant une prise en charge de niveau 2 en hospitalisation de jour, peut être admise au sein du SMPR de son établissement pénitentiaire, si celui-ci en dispose. Sinon, elle peut être transférée, le temps de l'hospitalisation, vers un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR proposant une hospitalisation de jour.

L'une des difficultés que me confiait le directeur adjoint rencontré sur mon lieu de stage tenait à un aspect sécuritaire. Lorsqu'un détenu est transféré d'un établissement pénitentiaire vers un SMPR d'un autre établissement pénitentiaire, l'établissement d'accueil ne dispose bien souvent d'aucune information concernant le profil de l'arrivant. Les seules dont il dispose pour appréhender correctement la prise en charge et la sécurité sont celles disponibles sur le logiciel GENESIS, tenant ainsi simplement à la fiche pénale de la personne détenue voire de signalements.

L'hospitalisation de jour en SMPR consiste en une prise en charge psychiatrique renforcée des personnes détenues. « *Elles bénéficient des soins renforcés de jour avec un passage infirmier trois fois par jour, des rendez-vous médicaux plus fréquents et des activités spécifiques* »¹¹⁶.

Cette prise en charge n'est effective que la journée, la nuit ce sont les personnels pénitentiaires qui reprennent le relais pour assurer la surveillance du service jusqu'au lendemain matin. En cas d'incident mineur, ils rédigeront une observation ou informeront le personnel médical. En cas d'incident majeur concernant la santé des personnes détenues, ils appelleront le SAMU qui assure la permanence des soins la nuit.

Cette prise en charge renforcée ne peut cependant se faire qu'avec le consentement de la personne détenue. En effet, « *Elles ne sont possibles qu'en soins libres* »¹¹⁷.

L'admission en hospitalisation de jour est décidée par un médecin, le patient y consent. Avec ce type de prise en charge, les personnes détenues/patients sont directement hébergées dans des cellules au sein du SMPR.

¹¹⁶ Mon SMPR, Tant de peines (blog d'un psychiatre en milieu pénitentiaire).

¹¹⁷ La psychiatrie en milieu pénitentiaire : Un guide pratique à destination des internes, Eck Marion et Fovet Thomas, Page 17.

« Le lieu de soin de niveau 2 : un couloir avec quelques cellules individuelles qui accueillent, pour une durée déterminée par le médecin et son partient, les personnes le nécessitant »¹¹⁸.

Lorsque les consultations ambulatoires ou les hospitalisations de jour en SMPR ne suffisent plus pour gérer les troubles psychiatriques, les personnes détenues peuvent être orientées en dehors des établissements pénitentiaires, vers des structures de niveau 3. Ces hypothèses adviennent lorsque l'état mental de la personne détenue n'est plus compatible, temporaire ou définitivement, avec la détention.

Section II : L'incompatibilité du trouble mental avec la détention

Lorsque l'état mental de la personne détenue n'est plus compatible avec son maintien au sein de la détention et de l'établissement pénitentiaire, plusieurs possibilités sont, en théorie, envisageables. Son hospitalisation psychiatrique à temps complet peut être envisagée, avec ou sans son consentement (Paragraphe I). Sa peine devrait aussi pouvoir être suspendue pour raison médicale, mais ceci est aujourd'hui illusoire (Paragraphe II).

Paragraphe I : L'hospitalisation à temps complet

L'hospitalisation complète est une modalité de prise en charge psychiatrique assurée de jour comme de nuit, elle est généralement effectuée au sein d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), ou pour les cas les plus complexes, au sein d'Unités pour Malades Difficiles (UMD).

L'admission dans ces structures, qui se trouvent en dehors des établissements pénitentiaires, peut se faire avec (A) ou sans (B) le consommateur de la personne détenue.

¹¹⁸ Mon SMPR, Tant de peines (blog d'un psychiatre en milieu pénitentiaire).

A- L'hospitalisation à temps complet avec consentement

L'article L. 3214-1 du code de la santé publique dispose que « *les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de **soins psychiatriques avec leur consentement**. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une **hospitalisation à temps complet**, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une **unité hospitalière spécialement aménagée** »¹¹⁹.*

« Les UHSA sont les seuls lieux d'hospitalisation complète en psychiatrie pour les patients détenus avec leur consentement »¹²⁰.

La création des UHSA en 2002 est venue compléter l'offre de soins psychiatriques proposée en milieu pénitentiaire. En effet, « *avant la création des UHSA, les psychiatres intervenant au sein du milieu carcéral avaient certes la possibilité de prononcer une hospitalisation d'office, mais se retrouvaient démunis face à un détenu souhaitant une hospitalisation complète* »¹²¹.

Avec seulement neuf UHSA pour un total de 440 lits pour l'ensemble du pays, les places dans ce type d'établissement sont chères. La procédure d'admission est donc sélective et réservée aux cas les plus aigus ou aux urgences psychiatriques.

L'admission est « *demandée par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire et décidée par un médecin de l'UHSA. Les modalités d'admissions sont définies conjointement [...]. Le directeur de l'établissement pénitentiaire d'origine de la personne détenue est informé de cette décision. [...] Il revient au directeur de l'établissement de santé de procéder à l'admission de l'intéressé* »¹²².

Dans les cas les plus graves, lorsque la personne n'est plus en mesure de consentir, elle pourra être transférée en UHSA ou dans d'autres structures accueillant un public n'ayant pas consenti aux soins.

¹¹⁹ Organisation des hospitalisation à l'UHSA, Guide de prise en charge sanitaire des PPSMJ, Page 182.

¹²⁰ Ibid, Page 184.

¹²¹ Litzler Alexandre, Soigner et surveiller en unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), Archives de politique criminelle, cairn, 2013, pages 277 à 296.

¹²² Ibid.

B- L'hospitalisation à temps complet sans consentement

L'article L. 3214-1 du code de la santé publique dispose que « *lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de **soins psychiatriques sans consentement** en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont **uniquement** prises en charge sous la forme de **l'hospitalisation complète**. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une **unité hospitalière spécialement aménagée** ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une **unité adaptée** »¹²³.*

Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont prises en charge en UHSA ou en UMD. La prise en charge en UMD est privilégiée lorsque la pathologie rend impossible sa prise en charge en UHSA. En effet, « *En principe, un malade détenu est hospitalisé en UMD parce qu'il présente une dangerosité psychiatrique ne permettant pas sa prise en charge dans une UHSA* »¹²⁴. Peuvent aussi être hospitalisées en UMD les personnes dont l'état mental nécessite une hospitalisation complète et qui attendent une place en UHSA.

Si aucune de ces deux structures ne peut accueillir la personne détenue nécessitant une hospitalisation complète « *les détenus sont souvent hospitalisés dans des unités fermées classiques de psychiatrie générale ou dans des unités de soins intensifs psychiatriques, unités implantées dans des hôpitaux psychiatriques qui mettent en œuvre des mesures thérapeutiques proches de celles des UMD* »¹²⁵.

La décision d'hospitalisation à temps complet sans consentement revêt une procédure particulière et un contrôle particulier justement car la personne détenue fait l'objet de soins auxquels elle n'a pu consentir.

La procédure d'admission en UHSA est régie par l'article D.398 du code de procédure pénale. Un médecin intervenant au sein de l'établissement pénitentiaire doit établir un certificat médical circonstancié puis informe le directeur de l'établissement pénitentiaire

¹²³ Organisation des hospitalisation à l'UHSA, Guide de prise en charge sanitaire des PPSMJ, Page 184.

¹²⁴ Les régimes spéciaux d'hospitalisation complète : UMD et UHSA, UNAFAM (Union Nationale des Familles et des Amis de Personnes Malades et/ou Handicapés Psychiques).

¹²⁵ Ibid.

de sa demande. Il fixe ensuite les modalités d'hospitalisation avec l'UHSA ou l'établissement psychiatrique d'accueil. C'est ensuite le préfet du département de l'établissement pénitentiaire qui prononce l'hospitalisation sur la base du certificat médical ¹²⁶.

Dans les premières 72h, deux certificats médicaux doivent être établis¹²⁷. Un premier dans les 24h suivant l'admission, et un second dans les 72h afin de maintenir la mesure. Une fois passé ce délai des soixante-douze premières heures, un certificat médical doit être établi tous les mois.

L'hospitalisation complète sans consentement fait aussi l'objet d'un contrôle du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) ¹²⁸. La loi du 5 juillet 2011 ¹²⁹, modifiée par la loi du 27 septembre 2013 prévoit qu'il soit saisi dans un délai de huit jours à compter de la décision du préfet et doit se prononcer dans les douze jours à compter de cette même décision afin de statuer sur le maintien de la mesure. Ce juge exercera ensuite un contrôle tous les six mois afin d'attester s'il est nécessaire de poursuivre l'hospitalisation sans consentement. Lors des audiences, le patient peut être assisté ou représenté par un avocat.

La procédure d'hospitalisation sans consentement en UMD reprend le même cheminement ¹³⁰. Seules les modalités de contrôle de cette mesure changent. En effet, un examen est réalisé tous les six mois pour attester de la nécessité de maintenir la mesure, cependant il est réalisé par la commission du suivi médical ¹³¹ qui est une commission indépendante.

Comme devant le JLD, le patient pourra être assisté ou représenté par son avocat.

Paragraphe II : La suspension de peine pour raison médicale

L'article 720-1-1 alinéa 1er du code de procédure pénale prévoit la suspension de peine pour raison médicale. En effet, « *conformément à l'aliéna 1er de l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, toute personne, majeure ou mineure, condamnée à une peine privative de liberté peut solliciter une **suspension de peine pour raison médicale**,*

¹²⁶ Article L.3214-3 du code de la santé publique.

¹²⁷ Article L.3213-1 du code de la santé publique.

¹²⁸ Article L. 3211-12-1 du code de la santé publique.

¹²⁹ Loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

¹³⁰ Article R.3222-2 du code de la santé publique.

¹³¹ Article R.3222-4 du code de la santé publique.

s'il est établi qu'elle est atteinte d'une pathologie engageant son pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction »¹³².

Conformément aux dispositions du code de procédure pénale, la suspension de peine pour raison médicale est ouverte aux personnes atteintes de troubles psychiatriques dont l'état de santé mental n'est plus compatible avec le maintien en détention.

En réalité, une partie des personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques est exclue de ce dispositif, il s'agit des personnes admises en hospitalisation complète sans le consentement. En effet, « *les personnes détenues qui ont été admises en soins psychiatriques sans leur consentement, en application des dispositions des articles L.3214-1 à L.3214-5 du code de la santé publique, ne peuvent pas bénéficier d'une suspension de peine pour raison médicale* »¹³³.

Cette disposition est critiquable car une personne détenue hospitalisée en UHSA ou en UMD sans son consentement peut, du fait de son état, passer plus de temps dans ces structures qu'au sein de la détention et cela atteste, de fait, de l'incompatibilité de son état avec le milieu carcéral.

Cela laisse aussi la porte ouverte aux interrogations tenant au sens de la peine. En effet, comme le faisait remarquer le Docteur Michel David : « *Le sens de la peine peut être devenu complètement hermétique pour la personne, voire a pu être incompréhensible dès l'incarcération. Il est d'ailleurs paradoxal, alors que les expertises psychiatriques posent justement la question de l'accessibilité à une sanction pénale, que l'ajustement de l'état psychiatrique de la personne à la sanction ne permette pas la suspension de peine pour raison psychiatrique* »¹³⁴.

Pour déterminer si l'état de santé, en l'occurrence mentale, de la personne détenue est durablement incompatible avec le maintien en détention, la juridiction d'application des peines doit « *évaluer à la fois l'état de santé de la personne condamnée et les conditions dans lesquelles elle est détenue, au regard de la prise en charge dont elle pourrait*

¹³² Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale, 2018, page 17.

¹³³ Ibid. Page 19.

¹³⁴ Michel David, La suspension de peine pour raison médicale, L'information psychiatrique, Cairn, 2014, 2014, page 9.

bénéficier à l'extérieur, dans le but de déterminer si les soins apportés sont suffisants et si l'environnement durablement adapté en milieu carcéral » ¹³⁵.

Le psychiatre rencontré sur mon lieu de stage, intervenant tant au SMPR de l'établissement pénitentiaire qu'à l'UHSA, me confiait qu'étant donné le développement de l'offre de soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires, mais aussi de la possibilité de procéder à des hospitalisations complètes avec ou sans consentement, la suspension de peine pour raison médicale psychiatrique n'est aujourd'hui quasiment jamais utilisée. Il est rejoint sur ce point par Émilie Edelman, psychiatre clinicienne qui confirme que « *les suspensions de peines sont exceptionnelles* » ¹³⁶.

Cette dernière nous révèle pourtant qu'il y a eu « *une période militante de nombreux soignants pour qu'il ait une suspension ou un aménagement de peines pour soins, plutôt que de permettre à ces patients de rester incarcérés en UHSA* » ¹³⁷.

La décision d'octroi d'une suspension de peine pour raison médicale est une décision appartenant au juge de l'application des peines. Ce dernier prend sa décision sur la base d'une expertise médicale. Cependant, comme les juridictions de jugement l'étaient avec l'expertise pré-sentencielle, les juridictions de l'application des peines ne sont pas tenues par les conclusions de l'expertise médicale réalisée dans le cadre d'un aménagement de peine pour raison médicale ¹³⁸.

La suspension de peine pour raison médicale pourrait être une solution pour contrer l'accroissement du nombre de malades mentaux en détention. Compte tenu des échos sur le terrain, cette porte de secours est malheureusement aujourd'hui trop peu utilisée, quand bien même les chiffres manquent pour l'attester.

L'idée que les malades mentaux soient mis à l'écart de la société, dans les prisons, rassure. Pourtant, chaque peine est vouée à une fin, et chaque personne condamnée et détenue est vouée à réintégrer notre société. La réussite de cette réintégration doit s'envisager à l'aune de la continuité des soins en milieu libre mais aussi à celle de la gestion de la dangerosité par des mesures pouvant s'exécuter après la peine.

¹³⁵ Ibid Page 21.

¹³⁶ Émilie Edelman, Journée nationale justice, Vécu carcéral, choc de la libération et continuité des soins, 15 mars 2019.

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Cour de cassation, Chambre criminelle, 29 octobre 2003 n°03-80.374 et 24 octobre 2007 n°06-89.405.

Chapitre II : Le retour à la liberté, enjeux autour de la rupture de soins et du renouvellement de l'infraction

Le retour en milieu libre après une période de détention est toujours un enjeu tant pour la personne détenue que pour les pouvoirs publics, il l'est encore plus lorsque la continuité des soins s'ajoute aux défis de la remise en liberté (Section I). Ce retour à la liberté peut être appréhendé et conforté par les mesures de sureté, ces dernières s'appliquant après l'exécution de la peine (Section II).

Section I : Une transition complexe et déterminante entre milieu fermé et milieu libre

Passer d'un milieu fermé et structurant à la liberté et l'autonomie s'avère souvent beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît.

Le profil carencé de la population pénale ne fait pas des soins la priorité des sortants de prison bien qu'ils ne soient pas totalement oubliés (Paragraphe I).

Le passage aux soins en milieu libre, tant la recherche des professionnels de santé pour assurer le suivi, que l'assiduité à ce dernier lui-même, est facilité lorsque la personne sortant de prison est suivie en milieu ouvert (Paragraphe II).

Paragraphe I : La dimension secondaire des soins au moment du « choc de la libération »

On entend souvent parler de « *choc carcéral* » lorsque l'on aborde l'entrée en détention d'une personne. L'inverse existe également à la libération lorsque la personne détenue est remise en liberté. « *Ce passage délicat du dedans au dehors peut en effet être vécu de façon extrêmement perturbante et constituer ce que les soignants appellent le choc de la libération* »¹³⁹.

La caractéristique principale de la peine de prison est la privation de la liberté pour la personne détenue. En réalité, « *il ne faut pas penser que la situation carcérale n'est*

¹³⁹ Le Breton Anaïs, Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle, OIP.

*qu'une privation de liberté. Loin de n'être que cela, l'incarcération est une peine d'emprisonnement qui correspond aussi à une privation de la plupart des éléments qui font la vie normale d'un individu en société : l'intimité, la sécurité, l'autonomie, l'affectivité, la sexualité, la confiance et la dignité sont atteintes »*¹⁴⁰.

La personne détenue sera forcément affectée et changera du fait de son incarcération. En effet, « *La prison modifie l'homme, tout l'homme. L'être humain est poreux à son environnement* »¹⁴¹.

Le fonctionnement de l'institution carcérale est totalement différent du fonctionnement classique de la vie en société. Le passage de l'un à l'autre constitue évidemment un bouleversement important dans la vie d'une personne. Sur le plan psychique ce bouleversement est ressenti et peut avoir d'importantes conséquences lorsque la personne fait état de fragilités psychiatriques. En effet, « *sur le plan clinique, le moment de la fin de peine est un moment sensible* »¹⁴².

Au moment de la libération, le psychique est affecté par tous les changements qui entourent le retour à la liberté : « *Comment faire pour se réadapter lorsque l'on a été complètement infantilisé pendant des mois, voire des années?* »¹⁴³. Plus la peine est longue et plus cet effet sera décuplé.

A la sortie de prison, « *l'ordre des priorités s'inverse : il faut manger, s'habiller, avoir un toit au-dessus de la tête, le soin passe au second plan* »¹⁴⁴. Pourtant dans ce moment crucial du retour vers la liberté et la normalité, l'équilibre mental acquis par les soins en détention doit servir de fondement pour se reconstruire. Une rupture de soins ou de suivi pourrait mettre en péril la réadaptation du sujet dans la société.

Pour limiter l'échec de la réinsertion de la personne dans la société, une transition par le milieu ouvert et la probation peut sembler une alternative pour un retour progressif vers l'indépendance et l'autonomie dans la gestion des soins en milieu libre.

¹⁴⁰ Émilie Edelman, Journée nationale justice, Vécu carcéral, choc de la libération et continuité des soins, 15 mars 2019.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Le Breton Anaïs, Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle, OIP.

¹⁴⁴ Ibid.

Paragraphe II : Une transition facilitée par le recours à la probation

Selon le psychiatre Cyrille Canetti, « *si les ruptures de soin sont fréquentes à la sortie de prison, c'est parce qu'il est difficile pour les ex-détenus de trouver un relais* »¹⁴⁵.

A la libération les personnes anciennement détenues, nécessitant un suivi psychiatrique, doivent trouver un ou plusieurs professionnels de santé adaptés à leurs besoins pour assurer la continuité de leur suivi en milieu libre. Cependant, les personnes sortant de prison peuvent rencontrer plusieurs difficultés dans cette tâche.

Premièrement, le dispositif de soins en milieu libre est plus engorgé que les services de psychiatrie pénitentiaire ou la prise de rendez-vous est aisée et rapide.

Les soins psychiatriques en milieu ouvert ont souvent lieu dans des Centres Médico-Psychologiques (CMP). Les inconvénients de ces structures sont les listes d'attente, et la difficulté à s'adapter au suivi de ce type de patients ; cependant, il est important qu'ils retournent vers des dispositifs de droit commun¹⁴⁶.

Deuxièmement, la difficulté peut tenir en la réticence pour les professionnels du milieu libre de prendre en charge une ancienne personne détenue : « *Dès qu'on appelle d'une prison cela effraie un peu les soignants, qui ne se sentent pas toujours formés pour s'occuper de cette population* » ; « *Nous allons présenter le patient pour montrer à l'équipe qu'on n'amène pas Jack l'Eventreur* »¹⁴⁷.

La probation, lorsqu'elle est le lieu de mise en place de soins, apparaît, parce qu'elle dispose de partenaires privilégiés, comme un moyen efficace et rassurant pour faire la transition entre milieu fermé et milieu libre.

De plus, « *Quand on sort de prison, on a une notion du temps et du respect des rendez-vous assez approximative* »¹⁴⁸.

¹⁴⁵ Le Breton Anaïs, Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle, OIP.

¹⁴⁶ Émilie Edelman, Journée nationale justice, Vécu carcéral, choc de la libération et continuité des soins, 15 mars 2019.

¹⁴⁷ Le Breton Anaïs, Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle, OIP.

¹⁴⁸ Ibid.

L'obligation de soins ou l'injonction de soins, en ce qu'elles sont des mesures cadrantes qui s'exécutent en milieu ouvert permettent une réadaptation progressive et un accompagnement au moment de la libération.

Aujourd'hui, le développement des Structures d'Accompagnement vers la Sortie, illustre la croyance en l'efficacité du soutien à la sortie. Ce dernier est d'autant plus important sur le volet médical pour les personnes nécessitant un soutien psychologique voire psychiatrique. Tant pour leur permettre de ne pas régresser voire d'évoluer positivement que pour assurer au maximum la prévention de la récidive. Sur ce dernier point, quand la dangerosité psychiatrique laisse présager d'un trop grand risque, des mesures supplémentaires peuvent être envisagées.

Section II : Troubles mentaux, dangerosité, et mesures de sureté

Pour beaucoup troubles mentaux riment avec dangerosité et actes criminels avec folie. La réalité est toute autre, la distinction entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique est essentielle. Aujourd'hui, contrairement à ce que pense le commun des mortels, les malades mentaux sont avant tout des victimes privilégiées. L'amalgame entre troubles mentaux et dangerosité doit cesser (Paragraphe I). Ce public n'apparaît dès lors pas comme cible première des mesures de sureté, destinées à toute personne dont le potentiel dangereux est élevé pour en prévenir la récidive (Paragraphe II).

Paragraphe I : En finir avec l'amalgame entre troubles mentaux et dangerosité

« La maladie mentale est souvent associée au risque de violence »¹⁴⁹.

Pourtant, la dangerosité liée à l'état mental, la dangerosité psychiatrique donc, ne s'applique *« qu'à la maladie mentale grave comme les troubles psychotiques et troubles de l'humeur »¹⁵⁰*. Ainsi, une grande partie des personnes ayant des affections mentales

¹⁴⁹ Projet de loi relatif à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, Sénat, 2008.

¹⁵⁰ Voyer Mélanie, Senon Jean-Louis, Dangerosité psychiatrique, L'expertise pénale psychologique et psychiatrique, Aide mémoire, 2014. Page 389.

n'entre pas dans le champ de la dangerosité psychiatrique. C'est par exemple le cas des états borderlines ou des troubles de l'humeur.

La dangerosité psychiatrique s'entend comme « *le risque de violences lié aux symptômes d'un trouble mental* »¹⁵¹. Elle est plus spécifique, de par sa cause, que la dangerosité criminologique qui elle s'entend comme « *le risque pour la personne condamnée de commettre une nouvelle infraction après sa libération* »¹⁵².

« *La dangerosité des individus souffrant d'un trouble mental grave a longtemps été surévaluée, avec une peur de la population générale vis-à-vis des sujets souffrant de troubles psychotiques, notamment de schizophrénie* »¹⁵³.

En réalité, les personnes atteintes de troubles mentaux, même graves, ne sont pas plus dangereuses que les autres. Plusieurs études concernant le lien entre la maladie mentale et la violence l'ont démontrées.

En effet, l'étude Mac Arthur réalisée par Monahan et al. en 2001 indique que « *les patients souffrant d'un trouble mental grave, en absence de comorbidité d'abus de substance, avaient un risque de violence semblable à ceux vivant dans le même environnement* »¹⁵⁴.

Les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas plus dangereuses, au contraire, comme l'a relevé monsieur Jean-Louis Senon, professeur de médecine à l'Université de Poitiers, « *le trouble mental expose celui qui en est atteint à être victime de violences dans une proportion 17 fois supérieure à la moyenne* »¹⁵⁵.

La dangerosité, entendue dans son acception la plus large, peut être présentée par tout type de sujet et pas simplement par les personnes atteintes de troubles mentaux. Tous, peuvent donc, lorsque sa dimension le justifie, être soumis à des mesures s'appliquant après la peine afin de contrer le risque de récidive.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Projet de loi relatif à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, Sénat, 2008.

¹⁵³ Voyer Mélanie, Senon Jean-Louis, Dangerosité psychiatrique, L'expertise pénale psychologique et psychiatrique, Aide mémoire, 2014. Page 389.

¹⁵⁴ Ibid page 390.

¹⁵⁵ Projet de loi relatif à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, Sénat, 2008.

Paragraphe II : La rétention de sureté : psychiatriser pour éloigner

« Les mesures de sureté ne sont pas relatives à une infraction commise, elles ne visent que les états dangereux. Il n'existe donc pas de faute »¹⁵⁶. Les mesures de sureté n'interviennent que dans un but préventif.

Aujourd'hui elles sont multiples, leur intensité et le degré de restriction de liberté varie. En 2008, une nouvelle mesure de sureté a vu le jour, et est sans conteste la plus controversée. L'ancienne Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), Adeline Hazan, préconisait d'ailleurs sa suppression dans un avis paru au Journal officiel¹⁵⁷. Pour cause, cette mesure permet, après l'exécution d'une peine de prison, le placement d'une personne dans un centre médico-judiciaire au motif qu'elle présente une dangerosité élevée. La privation de liberté peut donc légalement se poursuivre après la peine.

Pour Madame Hazan, « soit la personne a de graves troubles psychiatriques, et dans ce cas elle doit être hospitalisée, soit ce n'est pas le cas et on ne peut pas l'enfermée »¹⁵⁸.

Cette mesure de sureté illustre l'incertitude quant à la nature de cette mesure : « la question de savoir si la personne « retenue » est un justiciable (il n'est plus détenu) ou un malade ne devrait pas se poser »¹⁵⁹. En étant condamnée à une peine d'une durée minimale de quinze ans pour un crime très grave, cette personne a nécessairement fait l'objet d'une expertise, n'ayant pas conclu à l'abolition de son discernement. Par la suite, lors du temps en détention, rien n'a justifié son placement en hospitalisation d'office pour cause de trouble mental grave. Alors « pourquoi envisager, pour le « retenir », une hospitalisation d'office « de rétention », alors que cette modalité d'hospitalisation s'applique à un malade mental, nécessitant dans soins psychiatriques ? »¹⁶⁰.

¹⁵⁶ Mesures de sureté, Droit pénal général, Le monde politique.

¹⁵⁷ Jean-Baptiste Jacquie et Gary Dagorn, La rétention de sureté, un dispositif peu appliqué et toujours très contesté, Le Monde, 5 novembre 2015.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Jean-Louis Senon, Nemat Jaafari, Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice?, L'information psychiatrique, 2008. Pages 511 à 518.

¹⁶⁰ Ibid.

Les mesures de sureté sont l'ultime moyen de prévenir la récidive, mais la plus attentatoire d'entre elles semble tomber dans l'amalgame entre troubles mentaux et dangerosité.

CONCLUSION

La création de l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal en 2014 avait pour objectif de créer un palier supplémentaire de prise en compte du rôle du trouble mental lors du passage à l'acte. L'objectif était de sortir du clivage irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou pleine responsabilité.

En réalité, cet article a parfois conduit à légitimer l'incarcération des malades mentaux : certains experts préférant responsabiliser ceux que l'on a appelé les « *demi fous* ».

Tant au stade du jugement qu'au stade de l'exécution des peines, d'autres éléments permettant d'expliquer la présence importante des malades mentaux en détention ont été relevés.

Il a d'abord été question du caractère facultatif de la diminution du quantum de la peine lorsque l'altération du discernement était retenue, mais aussi de la facilité avec laquelle elle peut être écartée. Sans oublier que dans certaines situations, faute de demande d'expertise psychiatrique, des troubles mentaux qui auraient pu aboutir à retenir l'altération du discernement n'ont pas pu être diagnostiqués.

Il a aussi été question de la prise en charge des troubles mentaux en détention. Aujourd'hui un large panel de soins psychiatriques s'offre à la personne détenue souffrant de troubles mentaux : soins psychiatriques ambulatoires, en hospitalisation de jour dans les SMPR, en hospitalisation complète avec ou sans consentement en UHSA, la possibilité d'une hospitalisation en UMD. Une telle offre de soins psychiatriques encourage, ou du moins ne freine pas, l'incarcération de personnes souffrant d'affections mentales. Depuis la création des UHSA, la prison est réellement devenue une annexe à part entière de l'hôpital psychiatrique. D'autant plus que lorsque les troubles mentaux deviennent trop importants, cette offre des soins conduit à maintenir l'incarcération en dépit d'un aménagement de peine pour raison médicale. Quel est alors le sens de la peine pour une personne détenue qui passe la plupart de son temps hors de la détention dite classique

BIBLIOGRAPHIE

I- Les ouvrages

1° Dictionnaires

Centre national de ressources textuelles et lexicales.

2° Manuels/traités

Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique.Merck&Co.Vingtième édition.2018.

Manuel MSD grand public, édition janvier 2020.

Pagès.Vincent.Handicaps et psychopathologies.Dunod.240 pages.2017.

3° Monographies

La schizophrénie guide d'information.Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Mijolla-Mellor.Sophie.La paranoïa.Que sais-je?.Presses Universitaires de France.2019

4° Ouvrages collectifs et colloques

Journée nationale justice.15 mars 2019.Vécu carcéral, choc de la libération et continuité des soins. Émilie.Edelman.

Sénat.Colloque sur l'office du juge.29 et 30 septembre 2006.

5° Ouvrages généraux

Bulletin des arrêts de la Cour de cassation rendus en matière criminelle.Tome 90, n°170, année 1885.Page 285.

Christiane de Beaurepaire.Non lieu, Un psychiatre en prison. Fayard. 374 pages.2009.

Eck.Marion.Fovet.Thomas.La psychiatrie en milieu pénitentiaire : un guide pratique à destination des internes.2020.

Guide de prise en charge sanitaire des PPSMJ, 2019.

Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale. 2018.

Petit Guide du Diagnostic en psychiatrie.Mental Health Europe.

Renneville.Marc.Crime et folie: Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires.Fayard.2003.536 pages.

6° Thèses et mémoires

a- Les thèses

Leblond.Yann.L'expertise psychiatrique pénale en France : débats actuels et perspectives d'évolution.Université de Bordeaux.Février 2020.

Rolin.Estelle.Évolutions des soins psychiatriques en milieu carcéral.Université de Lorraine.2008.

b- Les mémoires

Alonso.Johanna.Troubles mentaux et traitement pénal de l'auteur d'infraction. Faculté de droit de Grenoble. 2015.

Siarka.Cindy.L'administration pénitentiaire face à la psychiatrie. Faculté de droit d'Agen. 2006/2007.

II- Les articles

Baratta.Alexandra.Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive.L'information psychiatrique.Cairn.2011.Pages 657 à 662.

Bonis.Evelyne.Troubles psychiques - malades mentaux.Répertoire de droit pénal et de procédure pénale.Dalloz.Octobre 2018.Page 132.

Carrive.Lorélie.Après l'affaire Sarah Halimi, des députés proposent de créer une infraction « d'intoxication délibérée », France Inter, 3à juin 2021.

Cédile.Geneviève.Conduite de l'expertise pénale. L'expertise pénale psychologique et psychiatrique. « Aide mémoire ». Cairn. Pages 63 à 72.

Céré.Jean-Paul, Grégoire.Ludivine.Peine: nature et prononcé.Répertoire de droit pénal et de procédure pénale.Dalloz.Juin2020.

Christiane de Beaurepaire.La vulnérabilité sociale et psychiatrique des détenus et des sortants de prison.La découverte, revue du MAUSS.Pages 125 à 146.

Couvelaire.Louise.Le meurtre de Sarah Halimi : une deuxième expertise conclut à l'abolition du discernement du suspect.Le Monde.11 juillet 2018.

David.Michel.Paulet.Catherine.Laurencin.Gérard.Psychiatrie en milieu pénitentiaire: la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité? L'information psychiatrique. 2012.Pages 605 à 615.

David.Michel.La suspension de peine pour raison médicale.L'information psychiatrique.Cairn.2014.Pages 8 à 10.

Dubret.Gérard.La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir?L'information psychiatrique.2006.Pages 663 à 668.

Épidémiologie.Université Médicale Virtuelle Francophone.

Expertise psychiatrique.Conseil national des Barreaux.

Gazette du Palais. Irresponsabilité pénale : vers une exception en cas d'intoxication volontaire? 1er juillet 2021.

Guibet Lafaye.Caroline.La folie criminelle présentée par la presse.Janvier 2016.

Guignard.Laurence.L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX ème siècle, entre classicisme et défense sociale. Champ pénal.Juillet 2005.

Hasnaoui-Dufrenne.Sajjad.Affaire Sarah Halimi : peu important les raisons de la folie. Dalloz actualité. 28 avril 2021.

Hémery.Yves.Irresponsabilité pénale, évolutions du concept.L'information psychiatrique.2009.Pages 727 à 733.

Januel.Pierre.Trop d'expertises psychiatriques et psychologiques, pas assez d'experts. Dalloz actualité.11 mars 2021.

Jeandidier W.J-Cl.L'interprétation de la loi pénale par le juge.Sénat.Fasc 20, n°1.

Le Breton Anaïs.Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle.OIP.

Le discernement en droit pénal. Droit pénal. Prépa ISP.

Les névroses, les psychoses et les troubles narcissiques.Université médicale virtuelle francophone.2014.

Les régimes spéciaux d'hospitalisation complète : UMD et UHSA.UNAFAM (Union Nationale des Familles et des Amis de Personnes Malades et/ou Handicapés Psychiques).

Litzler.Alexandre.Soigner et surveiller en unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA).Archives de politique criminelle.Cairn.2013.Pages 277 à 296.

Mazet.Charlotte.L'UCSA : Moi-peau au sein de la prison.Le carnet psy. 2013.Cairn.Pages 41 à 45.

Mesures de sureté.Droit pénal général.Le monde politique.

Mistretta.Patrick.L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal.Revue internationale de droit pénal.2011.Pages 19 à 39.

Mon SMPR.Tant de peines.Blog d'un psychiatre en milieu pénitentiaire.

Pereira.Brigitte.Existence de la responsabilité pénale.Répertoire de droit pénal et de procédure pénale.Juin 2017.

Renneville.Marc.Psychiatrie et prison : une histoire parallèle.HAL.2004.

Salas.Denis.La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir?2006.

Senon.Jean-Louis.Nemat.Jaafari.Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice?.L'information psychiatrique.2008.Pages 511 à 518.

Voyer.Mélanie.Senon.Jean-Louis.Paillard.Christelle.Jaafari.Nemat.Dangerosité psychiatrique et prédictivité.L'information psychiatrique.2009.Pages 745 à 752.

Voyer.Mélanie.Senon.Jean-Louis.Dangerosité psychiatrique.L'expertise pénale psychologique et psychiatrique.Aide mémoire.2014.Pages 389 à 395.

III- Les rapports, recommandations, enquêtes, et propositions de loi

1° Les rapports

Rapport « Santé, Justice et dangerosité: pour une meilleur prévention de la récidive ».2006.

Rapport Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français?.Sénat.

2° Les recommandations

Recommandations de la commission d'audition, Expertise psychiatrique pénale, Ministère de la Santé et des Solidarité, 25 et 26 janvier 2007.

3° Les enquêtes et recherches

a - Les enquêtes

Enquête épidémiologique Rouillon et Falissard 2004 et Falissard 2006.

Enquête sur la représentation des français de la prison.DAP.Sous-direction des statistiques et des études du ministère de la Justice.2018

b- Les recherches

Hospitalisations psychiatriques des détenus, ministère de la santé, 2006.

La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux, étude DREES, 2002.

L'évaluation de la souffrance psychique liée à la détention.Sous la direction du Docteur Archer Evry.Juin 2008

4° Les propositions et projets de loi

Projet de loi relatif à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure. Éric Dupond-Moretti. Gérald Darmanin. 19 juillet 2021.

Projet de loi relatif à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, Sénat, 2008.

Proposition de loi tendant à revoir les conditions d'application de l'article 122-1 du code pénal sur la responsabilité pénale des auteurs de crimes et de délits, Commission des affaires sociales, 18 mai 2021.

IV- La jurisprudence

1° Cour d'appel

Cour d'appel de Paris. Chambre de l'instruction. 19 décembre 2019, n°2019/05058

2° Cour de cassation

Chambre criminelle, 29 octobre 2003 n°03-80.374.

Chambre criminelle 18 février 2004 n°47.

Chambre criminelle 2 septembre 2004 n°198.

Chambre criminelle 24 octobre 2007 n°06-89.405.

Chambre criminelle. Formation plénière. 1er février 2017 n°15-83.984, n°15-85.199 et n°15-84.511.

Chambre criminelle. 14 avril 2021 n°20-80.135.

3° Conseil constitutionnel

QPC. 2 mars 2018 n°2017-694.

4° Cour européenne des droits de l'Homme

Arrêt KAFKARIS c/Chypre.12 février 2008.

Arrêt VENKEN et autres c/Belgique.6 avril 2021.

Arrêt W.D c/Belgique. 6 septembre 2016.

V- La sitographie

camh.fr

Dalloz.fr

OIP.fr

psychiatrie.histoire.free.fr

www.santementale.fr

service-public.fr

http://www.tantdepeines.fr/mon-smpr

Altération du discernement au moment des faits : peines et exécution des peines

« Selon des estimations reprises par les pouvoirs publics, il y aurait près de 25% de personnes atteintes de troubles mentaux en prison »¹⁶¹.

Parant de ce constat, l'objectif de ce mémoire est de s'interroger sur les causes de l'incarcération des personnes présentant des troubles mentaux.

Plusieurs ressortaient, tant au niveau de la phase de jugement elle-même qu'au niveau de l'exécution des peines.

Autant l'absence de diagnostic du trouble psychiatrique en phase de jugement, que le fait que l'atténuation de la responsabilité puisse être facultative en sont des causes.

Aussi, l'incarcération, malgré une offre de prise en charge psychiatrique complète en détention, accentue les troubles mentaux. Quand ceux-ci deviennent trop importants l'incarcération reste privilégiée aux aménagements de peine.

« According to estimates used by the public authorities, there are nearly 25% of people with mental disorders in prison ».

Based on this observation, the purpose of this thesis is to question the causes of the incarceration of people with mental disorders.

Several issues were identified, both at the trial stage itself and at the level of the execution of sentences.

Both the lack of diagnosis of the psychiatric disorder at the trial stage and the fact that mitigation of responsibility may be optional, are causes.

Also, incarceration, despite a complete psychiatric care in detention, accentuates the mental disorders. When these disorders become too serious, incarceration is preferred to sentence adjustment.

Mots clés : Responsabilité pénale, altération du discernement, troubles mentaux, expertise psychiatrique, Service Médico-Psychologique Régional, Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée, Unité pour Malades Difficiles, détention, soins, consentement.

Mémoire rédigé par Léna ORCEL,
Sous la direction de Madame Marie-Cécile Guérin.

¹⁶¹ Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français?, Rapport Sénat, 2010.