



Expertise psychiatrique : quelle est la responsabilité pénale en cas de consommation de cannabis ?

Mariana Samuel

► To cite this version:

Mariana Samuel. Expertise psychiatrique : quelle est la responsabilité pénale en cas de consommation de cannabis ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01922404

HAL Id: dumas-01922404

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01922404>

Submitted on 14 Nov 2018

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

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

**EXPERTISE PSYCHIATRIQUE :
QUELLE EST LA RESPONSABILITE PENALE
EN CAS DE CONSOMMATION DE CANNABIS ?**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 08 juin 2018

Par SAMUEL Mariana

Née le 17 juin 1989 à Saint Etienne

Pour obtenir le diplôme de Docteur en Médecine
Spécialisé en psychiatrie

Jury :

Président du jury : Monsieur le Professeur Michel BENOIT (Nice)

Assesseur : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT (Nice)

Assesseur : Madame le Professeur Véronique ALUNNI (Nice)

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Faredj CHERIKH (Nice)

Co-directeur de thèse : Madame le Docteur Nidal NABHAN ABOU (Laval)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M DELLAMONICA Jean
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice
PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Liste des abréviations

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^{ème} édition

OMS ; Organisation Mondiale de la Santé

THC : TétraHydroCannabinol

CBD : Cannabidiol

CBN : Cannabinol

SNC : Système Nerveux Central

SNP : Système Nerveux Périphérique

GC-MS : Chromatographie en phase gazeuse avec détection par spectrométrie de masse

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

SEP : Sclérose En Plaque

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

IS : Injonction de Soins

CPP : Code de Procédure Pénale

CP : Code Pénal

ITT : Incapacité Total de Travail

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

PTSD : Syndrome de Stress Post-Traumatique

Bzd : Benzodiazépines

Remerciements au jury

Je remercie tout d'abord Monsieur le Professeur Michel BENOIT de me faire l'honneur de présider cette thèse. Vos conseils et votre soutien ont été précieux.

Je remercie Monsieur le Professeur Guy DARCOURT de faire partie des membres du jury. Votre enseignement durant vos séminaires m'ont permis d'acquérir des connaissances qui me sont à ce jour très utiles.

Je remercie Madame le Professeur Véronique ALLUNI de me faire l'honneur de sa présence dans ce jury. Vos connaissances et votre expertise en tant que médecin légiste sont des atouts inestimables.

Je remercie Monsieur le Docteur Faredj CHERIKH pour avoir dirigé cette thèse. La confiance que tu m'as accordée dans ton service m'a permis de m'épanouir et de trouver ma vocation ; grâce à ton implication tu as rendu possible ce travail et mon souhait de réunir mes deux domaines de prédilection.

Je remercie enfin Madame le Docteur Nidal ABHAN NABOU pour avoir codirigé cette thèse malgré les centaines de kilomètres qui nous séparent. Ton énergie, ton soutien et ton bienveillance m'ont encouragée tout au long de cette aventure. Merci de m'avoir fait bénéficier de tes conseils et de ton expérience. Je ne pouvais pas terminer sans te faire part de ma gratitude pour avoir fait le déplacement jusqu'à Nice.

Remerciements personnels

A mes parents

Pour votre amour inconditionnel et votre soutien sans faille.

Pour m'avoir toujours encouragée à réaliser mes rêves et à ne jamais abandonner.

Pour votre présence à chacun instant de ma vie.

A mon frère

Pour avoir toujours été à mes côtés quand j'en avais besoin.

Pour ses parties de Mario Kart qui me font tant de bien.

A mes grands-parents

A mes grands-pères qui veillent toujours sur moi de là-haut.

A mes grands-mères, pour votre fierté sans limite.

A mes étincelles

Mon Bouda, Marielle, Olivia, Adeline, Ophélie, Cyrielle, Marion

Pour toutes ces années à vos côtés, sur la glace et partout ailleurs.

Pour votre réconfort et votre soutien dans les bons comme les mauvais moments.

Pour être restée dans ma vie malgré la distance.

Pour votre capacité à savoir toujours me redonner le sourire.

A Cédric

Pour avoir rendu la pédopsychiatrie agréable.

Pour ta présence et ton amitié sans faille.

Pour toutes ces soirées jeux.

Pour tous ces moments de complicité qu'on a partagés.

A mes co-internes

Alexia, Caroline et Vittoria

Pour votre amitié, votre soutien et votre solidarité.

Pour ces soirées improvisées.

Pour avoir rendu mon internat agréable.

A l'équipe d'Antibes

A mes co-internes devenues chefs, Vanessa et Audrey qui m'ont tant appris.

A Serge, pour avoir participé à ma thèse. Pour ces connaissances que tu m'as transmises et ces discussions passionnantes qu'on a pu partager.

A Abdelhafid, pour m'avoir aidée dans mon projet de thèse.

A l'équipe des urgences psychiatriques (Sylvie, Martine, Thomas, Danièle, Julie et Karim), qui donnent une autre saveur aux gardes.

A tous les médecins psychiatres et autres qui m'ont formée, guidée et séniorisée.

Au service de l'ELSA et du CSAPA d'Antibes

Pour votre accueil chaleureux.

Pour votre joie de vivre et votre enthousiasme.

Pour votre complicité.

Pour faire du travail bien plus que cela.

Pour tout ce que vous êtes, ne changez pas.

Au service d'addictologie de l'Archet

Pour m'avoir fait confiance.

Pour votre soutien même quand le service était difficile.

Pour tous ces moments et ces rires.

Pour votre richesse tant sur le plan professionnel que personnel.

Pour avoir fait de ce stage une révélation.

Au Seda BAKIRCI, interne de santé publique

Pour ton aide précieuse pour mes statistiques.

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	LE CANNABIS.....	6
A.	La botanique et modes de consommation	6
B.	Les effets physiques et psychiques.....	9
1.	Les effets à court terme : l'ivresse cannabique.....	14
2.	Les effets à long terme : les complications.....	17
C.	Le dépistage.....	19
III.	DEPENALISATION ET LEGALISATION DU CANNABIS	21
A.	Légalisation du cannabis à usage médical.....	22
1.	Usage médical du cannabis dans le monde	24
2.	Usage médical en Europe	25
B.	Légalisation du cannabis dans le monde	29
C.	Légalisation du cannabis en Europe ^[28]	32
1.	Les pays où le cannabis est illégal.....	33
2.	Les pays où le cannabis est dépénalisé.....	35
3.	La région où le cannabis est légal.....	37
4.	Cas particulier : la France.....	37
D.	Légalisation, Dépénalisation du cannabis et criminalité	38
IV.	LE DROIT PENAL	40
A.	L'expertise psychiatrique	40
1.	Un petit peu d'histoire	40
2.	La procédure pénale	44
B.	La responsabilité pénale	58
1.	Le cadre légal	58
2.	Le discernement	63
3.	Le discernement et la justice	68
V.	CONTEXTE CLINIQUE : justificatif de l'étude.....	70
VI.	CONSTRUCTION DE L'HYPOTHESE.....	71
VII.	ETUDE DESCRIPTIVE	72
A.	Hypothèse principale.....	72
B.	Objectifs de l'étude	72
C.	Matériels et Méthodes	73

VIII.	RESULTATS	75
A.	Etude descriptive de l'échantillon	75
B.	Résultats obtenus.....	79
1.	Concernant l'objectif principal : impact du cannabis sur le discernement.....	79
2.	Concernant les objectifs secondaires : variables associées à une perturbation du discernement lors d'une consommation de cannabis.	81
IX.	DISCUSSION	85
X.	CONCLUSION	87
XI.	BIBLIOGRAPHIE	89
XII.	TABLE DES ANNEXES.....	100
A.	DSM-5 : critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis.....	100
B.	DSM-5 : Critères diagnostiques d'une intoxication par le cannabis	102
C.	DSM-5 : Critères diagnostiques du sevrage du cannabis	103
XIII.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	104
XIV.	RESUME.....	105

I. INTRODUCTION

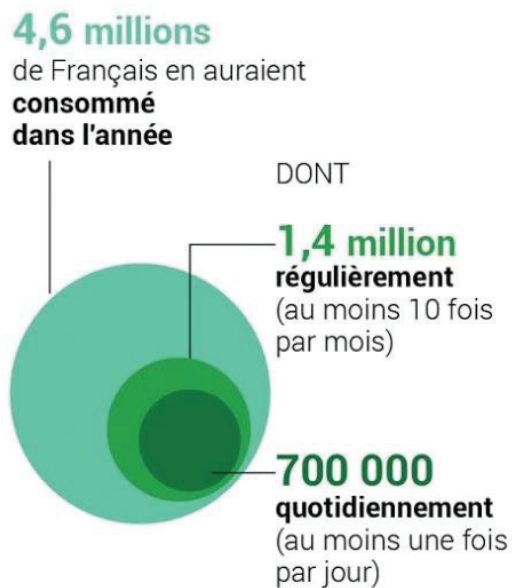
Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France. Sa consommation a significativement augmenté au cours de la dernière décennie pour atteindre une prévalence la plus élevée d'Europe. Elle concerne principalement les adolescents et jeunes adultes avec un sex ratio en faveur des hommes ^{[1], [2]}.

La consommation de cannabis en France

Estimations de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies



Ensemble des Français (11-75 ans)



Source : Baromètre OFDT 2015

Chez les adultes (18-64 ans)



Chez les jeunes de 17 ans

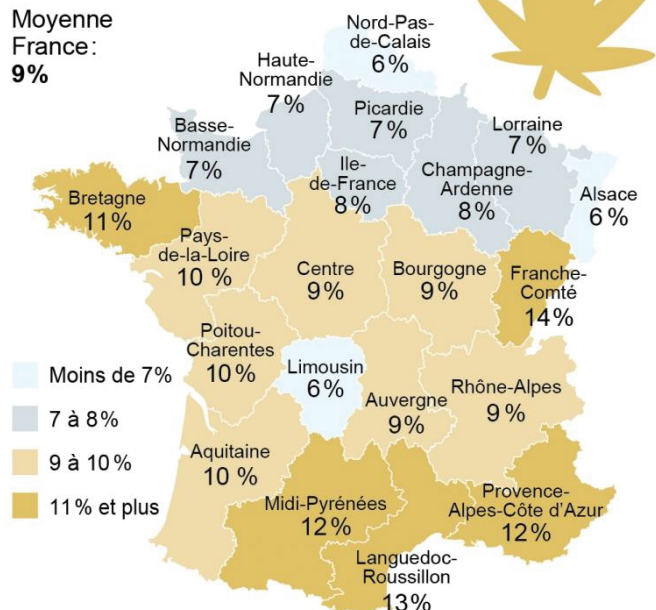


CANNABIS

LA CONSOMMATION CHEZ LES JEUNES

Usage régulier* de cannabis à 17 ans

Moyenne
France :
9%



* au moins 10 fois dans le mois, en 2014. Source : OFDT

VISACTU

Dans le monde, selon le rapport de l'OMS sur le cannabis publié en 2016, la France est le 5^{ème} pays le plus consommateur de cannabis au niveau mondial derrière l'Islande, les USA, le Nigéria et le Canada.

Le cannabis dans le monde



181,8 millions d'utilisateurs

selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

Prévalence
En % de la
population,
(en 2014)

- de 1%
- 1 à 2,5
- 2,5 à 5
- 5 à 10
- + de 10%



Données insuffisantes

Pays les plus touchés

- 1 Islande 18,3%
- 2 États-Unis 16,2
- 3 Nigéria 14,3
- 4 Canada 12,7
- 5 France 11,1
- 6 N^{lle}-Zélande 11,0
- 7 Bermudes 10,9
- 8 Australie 10,2
- 9 Zambie 9,5
- 10 Uruguay 9,3

Sources : JAMA, UNODC : rapport sur la drogue dans le monde en 2015, OMS : rapport sur le cannabis en 2016

© AFP

Les conséquences négatives tant sur la santé physique que psychique sont multiples. Une étude réalisée sur le cannabis saisi par la brigade des stupéfiants de 1993 à 2008 montre des produits avec des teneurs en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) de plus en plus importantes, majorant ainsi les complications. Jusqu'en 1995, la moyenne était de 5,5 % pour l'herbe et 7 % pour la résine avec une teneur maximale respectivement de 8,7 % et 10,6 %. Depuis 1996, ses valeurs ont augmentées à 8 % et 10 %. En revanche, du cannabis fortement dosé est apparu sur le marché avec des concentrations en THC pouvant atteindre 22 % pour l'herbe et 31 % pour la résine soit presque trois fois les quantités usuelles. Ainsi en 2003, 3 % des échantillons d'herbe et 18 % des échantillons de résine analysés contenaient plus de 15 % de THC ^[3]. Par ailleurs, le cannabis, dans les affaires de trafic de stupéfiants, détient le palmarès devant l'héroïne et la cocaïne ^[4].

La première partie de ce travail se concentre sur les connaissances de base en ce qui concerne le cannabis et l'expertise psychiatrique. Nous retracerons non seulement la botanique du cannabis et ses effets psychotropes mais également ses modes de consommation. Les moyens de dépistage seront aussi détaillés au vu de leur implication en matière pénale. Par ailleurs, nous analyserons les situations justifiant l'ordonnance par un magistrat d'une expertise psychiatrique ainsi que son déroulement afin de mieux comprendre les enjeux d'une telle procédure.

La seconde partie consiste à mettre en scène le projet de thèse en lui-même. Elle décrira donc le contexte de l'étude et l'hypothèse de recherche établie à partir des études déjà réalisées dans ce domaine. Par la suite, le protocole sera présenté à travers la méthodologie et la population étudiée. Par ailleurs, les résultats seront exposés puis discutés en fonction des données actuelles de la littérature.

Enfin, une conclusion sera proposée dans le but de réunir les données de la revue de la littérature et celles obtenues par notre étude.

II. LE CANNABIS

A. La botanique et modes de consommation

Le cannabis fait partie de la famille des Cannabaceae originaire d'Asie Centrale et d'Asie du Sud. C'est une plante qui provient du chanvre *Cannabissativa*. Quatre phénotypes sont à ce jour référencés :

- le chanvre cultivé ou *sativa*,
- le chanvre afghan ou *afghanica*,
- le chanvre sauvage ou *ruderalis*
- et le chanvre indien ou *indica*. Cette dernière espèce n'ayant qu'une faible teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) - la substance psychoactive - n'est utilisée que pour réaliser des croisements.

Elle commence sa floraison vers mi-août et l'exposition au soleil est déterminante. A partir de ce moment, la plante doit bénéficier de 12 heures de soleil et 12 heures de nuit. Par ailleurs, la température doit se situer entre 10° C et 35° C avec un idéal à 24° C.

La plante de cannabis est formée de la tige, de feuilles et d'une tête aussi dénommée sommité florale. Seules les fleurs femelles sont utilisées pour la production de cannabis, les fleurs mâles étant pauvres en THC. La tête est une zone complexe au niveau de laquelle on observe, en général, une tête principale ornée de plus petites têtes. Il existe également le calice, une enveloppe végétale dans laquelle se trouvent les graines. Autour de celui-ci s'érigent les pistils qui servent à collecter le pollen mâle et qui a donc un rôle dans la reproduction de la plante. Ils permettent également d'identifier le degré de maturation de la plante. En effet, ils naissent blancs pour devenir rouge-orangés voire bruns. Enfin, les trichomes sont situés aussi bien sur les fleurs que sur les feuilles. Ce sont de petits cristaux servant à protéger la plante des agressions extérieures [5].

Morphologie d'une plante de Cannabis

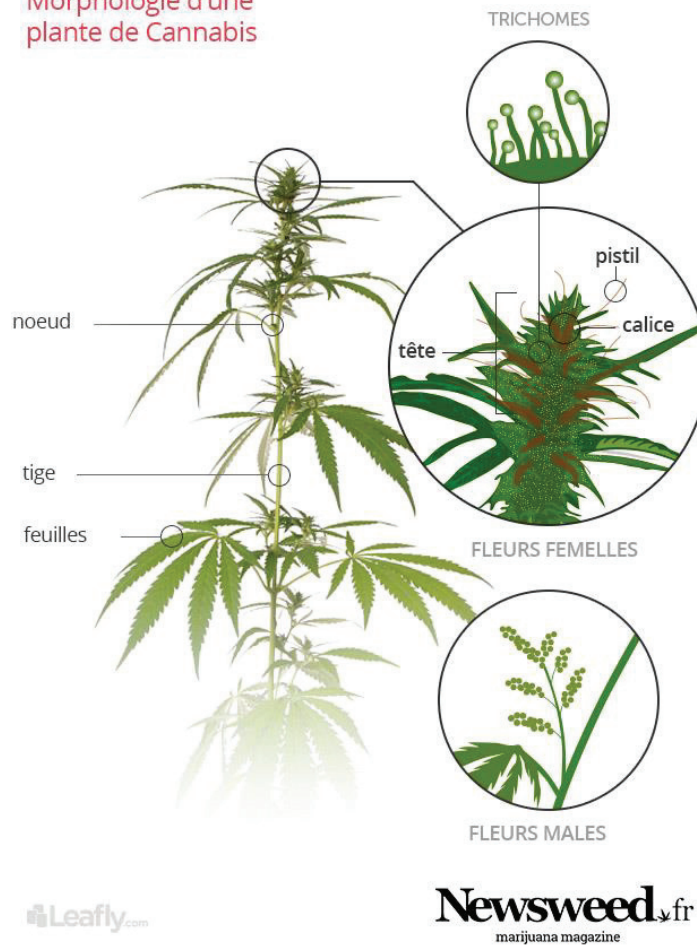


Figure 1 - Morphologie de la plante

La dénomination varie en fonction du lieu de fabrication et du mode de consommation. On en répertorie plus d'une centaine dans le monde, d'autant plus que chaque région utilise son propre terme.

Le cannabis existe sous trois formes distinctes, issues de diverses méthodes de fabrication :

- l'**herbe** est composée des feuilles, tiges et sommités fleuries de la plante réduites en poudre. Elle est désignée par les divers termes suivants : « marijuana » du Québec, « mari », « marie jeanne », « ganja » en Inde, « takrouri » en Tunisie, « dagga » d'Afrique du Sud, « grifa » du Mexique, « beuh », « weed », « jig », « kif »...

- la **résine** est obtenue par battage et tamisage des feuilles et sommités fleuries sèches, réduites en poudre jaunâtre ou brunâtre qui est ensuite compressée sous forme de « barrettes ». Elle est appelée « haschisch », « hasch », « shit »...
- l'**huile** de cannabis provient de l'extraction de la résine de cannabis par de l'alcool à 90°. Une exposition au soleil permettra l'évaporation de celui-ci. Le liquide est brun-vert à noirâtre dont l'odeur est vireuse. Enfin, ce dernier est solidifié par chauffage pour permettre la distribution. C'est un produit hautement dosé en principe actif avec une teneur d'environ 60 % de Δ -9-THC. Il peut être désigné entre autres par le terme de « dab »...

L'herbe ou la résine est principalement fumée, roulée sous forme de cigarette conique le plus souvent mélangée à du tabac – on parle alors de « joint », « pétard », « pilon », « spliff » pour l'herbe et « bédou », « chichon » pour la résine... Une distinction particulière est faite lorsque le cannabis est roulé avec une feuille de cigare de la marque *phillies blunt*, on parlera alors de « blunt ». De même, une appellation singulière sera employée selon le fait qu'il soit consommé pur « stick » ou mélangé à d'autres toxiques tels que l'opium, le crack, la cocaïne, les amphétamines, la caféine... Il peut également être inhalé après vaporisation à l'aide d'une pipe à eau (« bongs » « hokahs » « bangs »).

B. Les effets physiques et psychiques

L'usage de cannabis est considéré comme un mésusage et en l'absence de pathologie addictive comme un usage à risque. Les complications sont susceptibles d'être observées quelle que soit la quantité consommée, il n'existe en effet pas de dose seuil. La teneur en THC dans le produit peut varier de 2 à 35 % et est directement corrélée à l'intensité des effets physiques et psychiques.

Les effets du cannabis sont corrélés à l'activation des récepteurs cannabinoïdes CB1 du système nerveux central (SNC) et du système nerveux périphérique (SNP) par le THC.

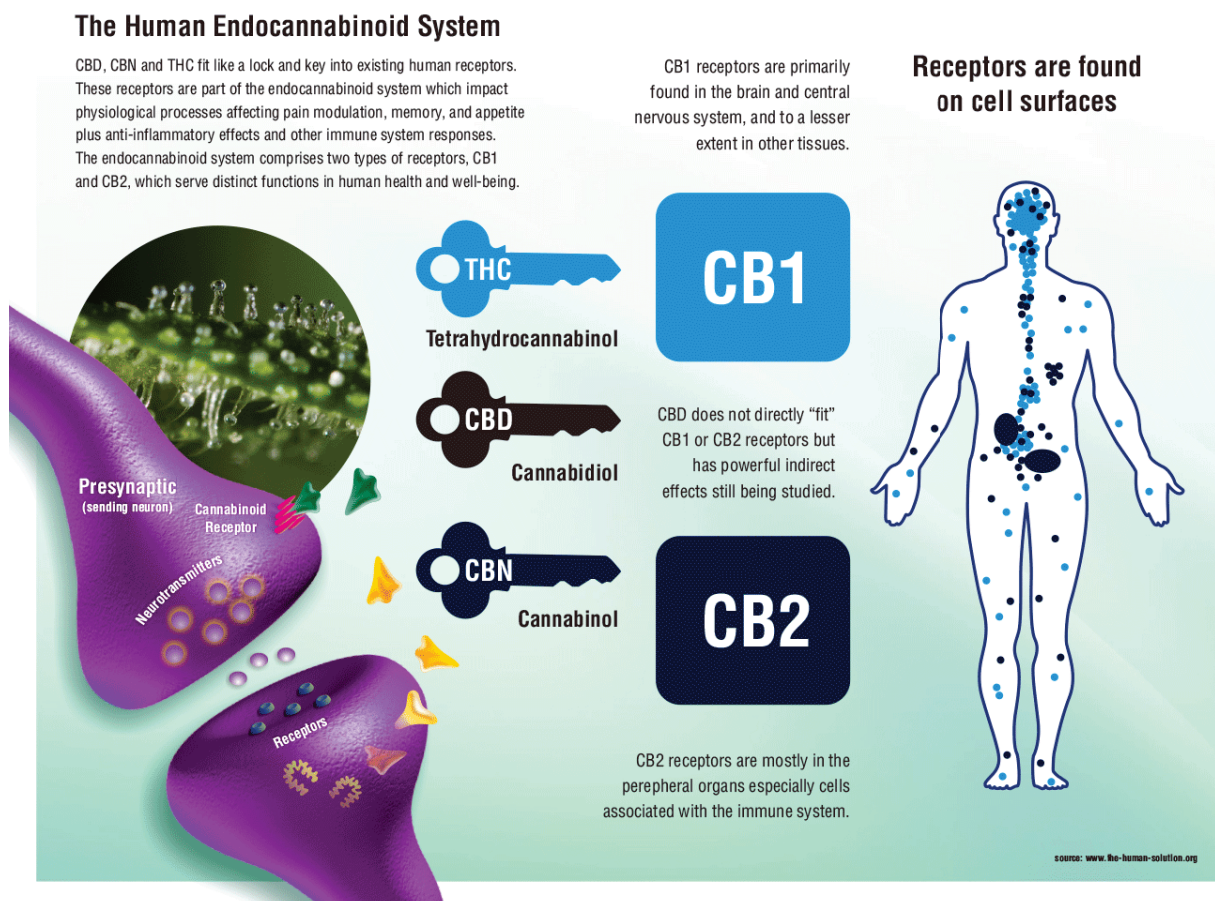


Figure 2 - Les Récepteurs cannabinoïdes

Dans le SNC, ils sont fortement exprimés dans les ganglions de la base du cerveau et du cervelet, l'hippocampe, le cortex cérébral, l'amygdale, le noyau accumbens et la corne dorsale de la moelle épinière. En revanche, ils sont très peu présents dans le tronc cérébral, centre de contrôle des systèmes cardio-vasculaires et respiratoires. Ceci explique pourquoi il est impossible de faire une overdose en consommant du cannabis car il n'existe pas de dose létale.

Dans le SNP, on les retrouve majoritairement au niveau des poumons, du système gastro-intestinal, des testicules et de l'utérus. Les récepteurs cannabinoïdes CB2 sont présents, quant à eux, sur certaines parties du système immunitaire et sont activés par le cannabinoïde [6].

L'affinité pour ces récepteurs le répertorie donc dans la famille des cannabinoïdes qui est divisée en trois catégories :

- Les cannabinoïdes végétaux ou phytocannabinoïdes, présents dans le cannabis.
- Les cannabinoïdes endogènes ou endocannabinoïdes, sécrétés par l'organisme.
- Les cannabinoïdes de synthèse (spice, K2...), fabriqués en laboratoire.

Parmi les cannabinoïdes les plus répandus, on distingue le tétrahydrocannabinol (THC), le cannabidiol (CBD) et le cannabinoïde (CBN) dont les propriétés pharmacologiques sont très différentes.

Le tétrahydrocannabinol confère les caractéristiques psychoactives au cannabis. L'isomère delta-9-THC est le cannabinoïde le plus présent dans le cannabis. Il est issu de la combustion du Δ -9-tétrahydrocannabinolique et subit un métabolisme hépatique conduisant à divers composés :

- le 11-hydroxy-tétrahydrocannabinol (11-OH- Δ 9-THC), métabolite psychoactif, qui va lui-même s'oxyder en 11-nor- Δ 9-carboxy-tétrahydrocannabinol (Δ 9-THC-COOH).
- le 8- β -hydroxy-tétrahydrocannabinol
- et le 8 β -11-dihydroxy-tétrahydrocannabinol.

15 à 30 % des cannabinoïdes sont éliminés par la voie rénale sous forme de Δ 9-THC-COOH tandis que 30 à 65 % le seront par les selles sous forme de Δ 9-THC-COOH et 11-OH- Δ 9-THC. Le reste est évacué grâce à la sudation.

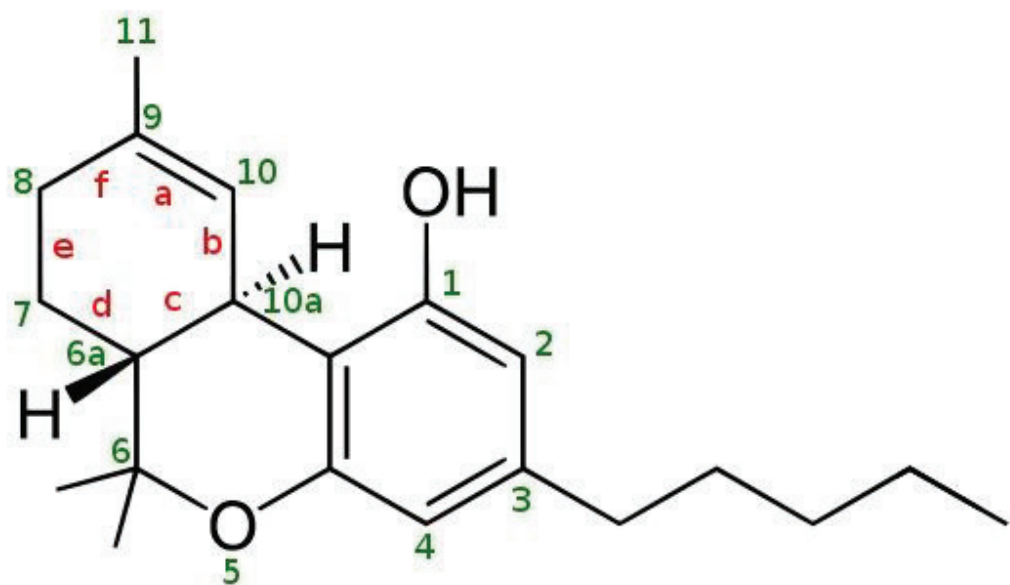


Figure 3 - Delta-9-tétrahydrocannabinol

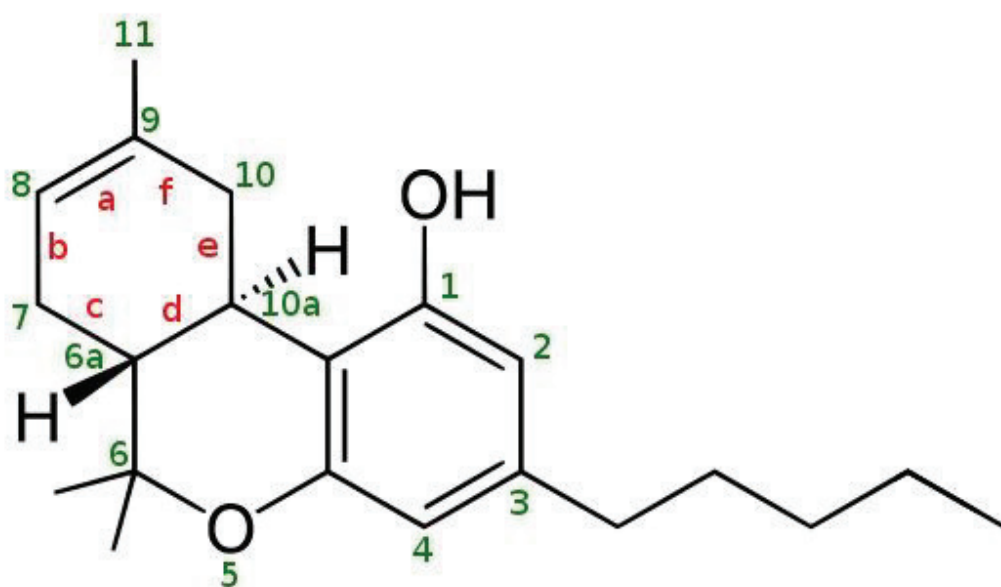


Figure 4 - Delta-8-tétrahydrocannabinol

Le cannabinoïde est issu de l'oxydation du tétrahydrocannabinol.

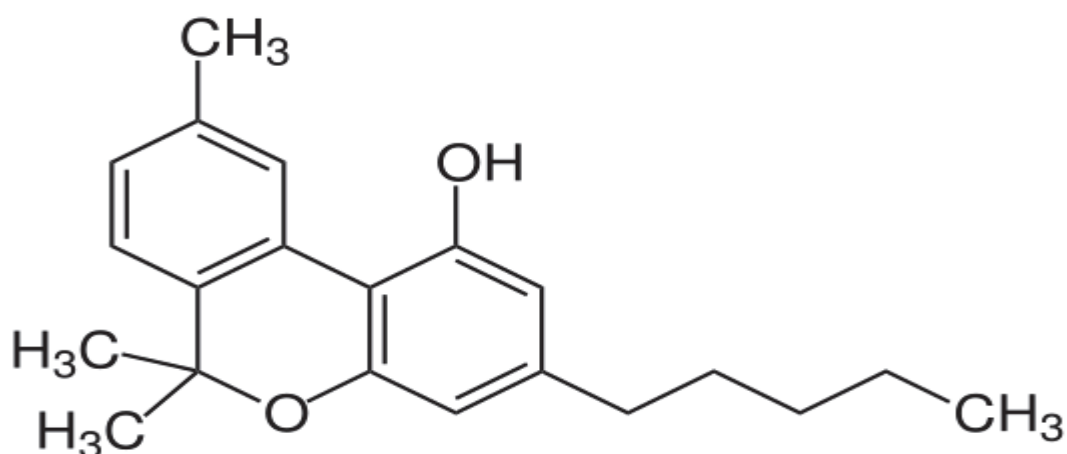


Figure 5 – Cannabinol

Le cannabidiol (CBD) dérive de l'oxydation du cannabinoïde (CBN). Il est notamment reconnu pour ses vertus médicinales. Il atténue les effets secondaires du THC mais il est surtout prescrit à visée anti-inflammatoire, anticonvulsif, anti-nauséeux, anxiolytique et antidépressive. Ses caractéristiques antipsychotiques sont étudiées pour la prise en charge de la schizophrénie. De plus, il a un rôle neuro-protecteur et antioxydant. Sa plus grande affinité pour les récepteurs CB₂ lui confère une action centrale dans le système immunitaire. Enfin, en association avec le THC, il pourrait atténuer la spasticité de maladies comme la sclérose en plaque.

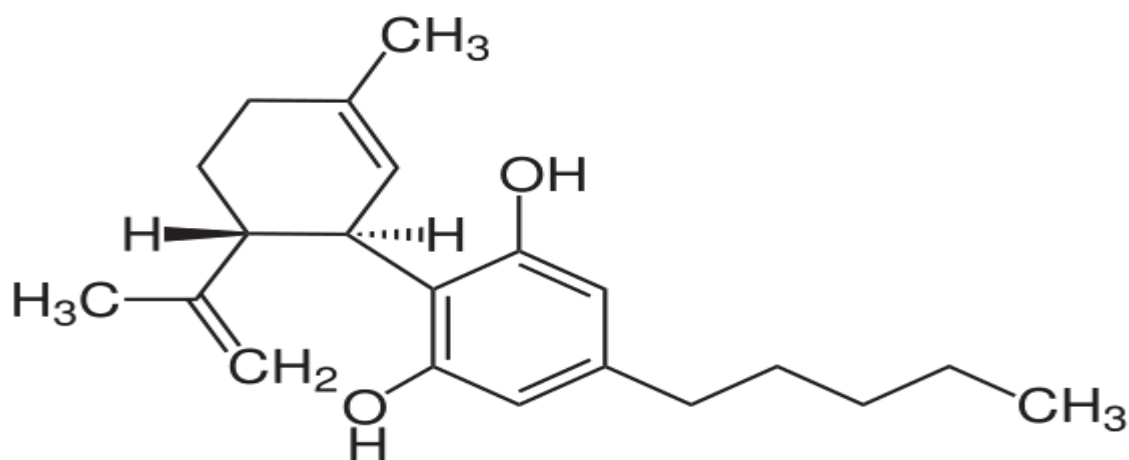


Figure 6 – Cannabidiol

Un article publié en 2017 dans l'European Journal of Internal Medicine, a voulu évaluer la pertinence des diverses études réalisées sur les effets thérapeutiques du cannabis et des cannabinoïdes [7]. En conclusion, il soulève un bénéfice significatif de leur utilisation dans le cadre des douleurs chroniques, des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie, la spasticité de la sclérose en plaque. En revanche, l'efficacité est plus modérée en ce qui concerne les troubles du sommeil et limitée dans le traitement de l'anorexie, du syndrome de stress post-traumatique (PTSD), l'anxiété et le syndrome de Gilles de la Tourette. Pour finir, les preuves étaient insuffisantes ou absentes dans la prise en charge du cancer, de l'épilepsie, des maladies neurodégénératives, du syndrome du côlon irritable et des addictions. Ces résultats sont en accord avec ceux publiés en 2013 sur la pharmacologie et les effets cliniques du cannabis à usage médical [8].

Devant la prévalence des troubles de l'usage du cannabis chez les personnes atteintes de schizophrénie, de nouvelles études ont été réalisées pour évaluer l'impact du cannabis thérapeutique dans la prise en charge des troubles psychotiques. Une récente étude publiée en 2017 dans le Journal of Psychopharmacology avait pour objectif d'envisager le cannabis médical comme une alternative à la consommation de cannabis, cette dernière étant un facteur précipitant de décompensation ou de chronicisation du trouble délirant. Les résultats n'ont pas montré une réduction des risques chez les sept patients ayant bénéficié du traitement par cannabis avec un faible taux de THC [9].

1. Les effets à court terme : l'ivresse cannabique

L'ivresse cannabique correspond à l'intoxication aiguë au cannabis. L'intensité des symptômes est influencée par la dose utilisée, la méthode de consommation mais également du taux d'absorption et de la tolérance au produit.

Le mode d'administration est essentiel dans le sens où il va déterminer le délai d'apparition ainsi que la durée des effets. En cas de cannabis inhalé, le passage plasmatique est de 15 à 50 % soit 3-4 fois supérieur par rapport à du cannabis ingéré ^[10].

Le pic plasmatique va ainsi varier de 9-10 minutes lorsque le cannabis est inhalé ou fumé à plusieurs heures en cas d'ingestion. Il en sera de même avec la durée d'action, respectivement de 1 à 4 heures et 6 à 8 heures.

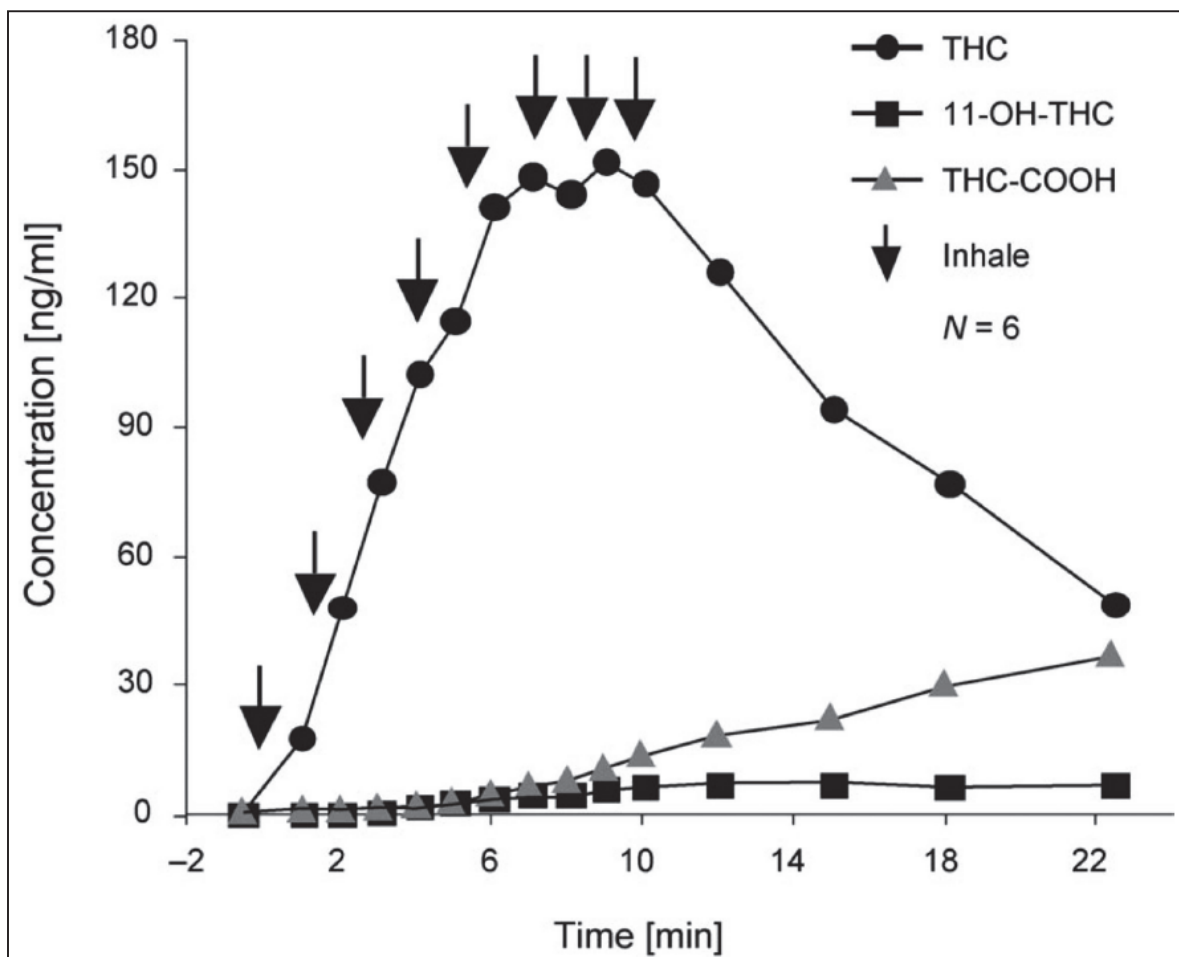


Figure 7 - Pharmacocinétique du cannabis fumé et inhalé

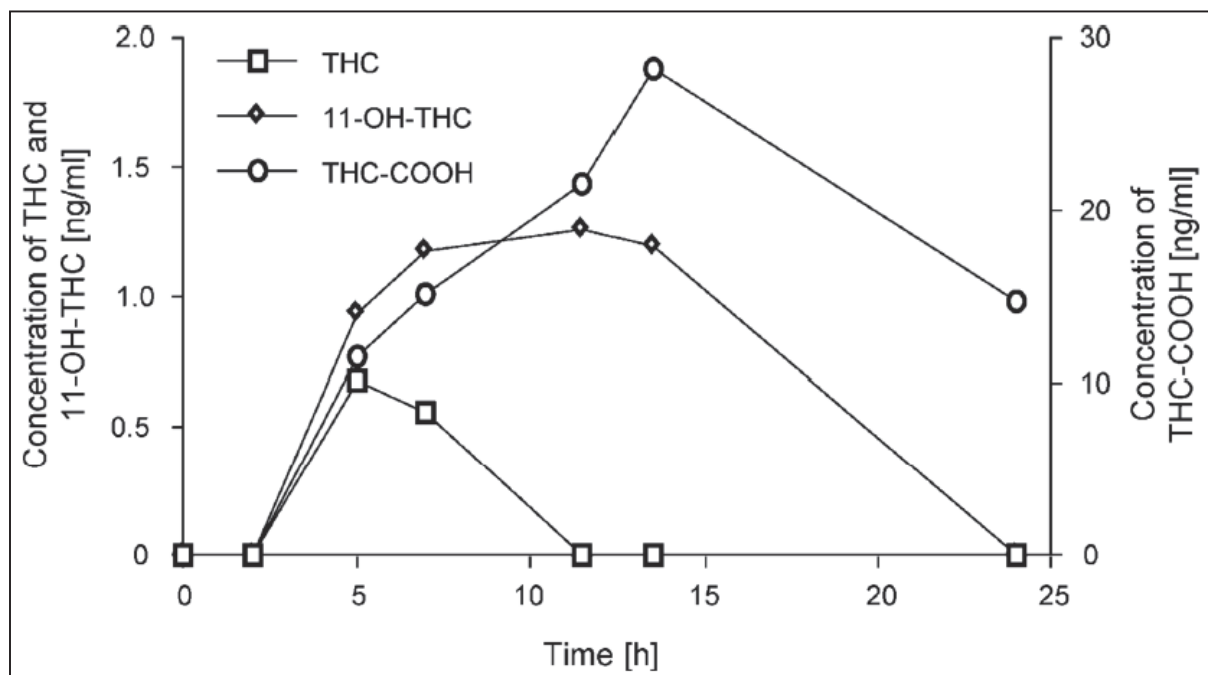


Figure 8 - Pharmacocinétique du cannabis per os

Dans les 10 minutes qui suivent la prise de cannabis, les manifestations cardiovasculaires vont apparaître. Une tachycardie est alors fréquemment observée parfois responsable de palpitations ou assimilée à une épreuve d'effort chez les patients coronariens. La pression artérielle peut être modérément augmentée en position allongée. A contrario, une hypotension orthostatique associée à des céphalées et des sueurs témoignent d'une vasodilatation artérielle périphérique ^[cannabis2002report PDF].

L'ivresse cannabique se manifeste dans un premier temps par une sensation de plaisir/bien-être (« high ») modéré accompagnée d'une euphorie où se mélangent rires inappropriés et sentiment de grandeur. Dans un second temps, peuvent apparaître une sédation, un sentiment de léthargie, une atteinte de la mémoire à court terme, des difficultés à effectuer des opérations mentales complexes, des altérations du jugement, une modification des perceptions sensorielles, des troubles moteurs et un sentiment de ralentissement temporel. Il n'est pas rare d'observer une anxiété importante associée ou non à un retrait social.

Tableau 1 - Les signes d'une intoxication cannabique aiguë

5-10 minutes	20-60 minutes	60 minutes – 24h ou plus
Signes adrénergiques	Signes thymiques	Signes psycho-mimétiques
Tachycardie	Euphorie	Idées délirantes et sentiment de persécution ou « effet parano »
Sécheresse buccale	Rires irrésistibles	Modification de la perception du temps, du corps
Nausées	Apaisement	Hallucinations visuelles, cénesthésiques
Angoisse	Somnolence (parfois)	
Peur		

2. Les effets à long terme : les complications

L'intoxication chronique au cannabis ne sera pas sans conséquences.

En premier plan, on retrouve les complications neurologiques et psychiatriques. Le cannabis a un impact sur la régulation de la plasticité neuronale. Ce phénomène est d'autant plus marqué que l'exposition est précoce du fait de la maturation cérébrale ait lieu durant l'adolescence ^[11]. On observe, durant cette période, une augmentation de la substance blanche avec une myélinisation accrue des connexions inter-hémisphériques et cortico-sous-corticales. En parallèle, il existe un phénomène d'élagage responsable d'une diminution de la substance grise. Certaines structures sont particulièrement touchées. C'est le cas du cortex pré-frontal dorso-latéral, de l'hippocampe, de l'amygdale, du noyau accumbens et de l'hypothalamus.

L'imagerie cérébrale et notamment l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) a été utilisée dans diverses études pour démontrer les effets néfastes de la consommation de cannabis sur la structure mais également le fonctionnement cérébral ^{[12], [13], [14], [15]}.

L'exposition cannabique va influencer sur le volume et les sillons du cortex. Certaines régions comme le cortex temporal médian, le gyrus para-hippocampique, l'insula et le cortex orbito-frontal seront atrophiées tandis que le cervelet sera lui, hypertrophié. Ces modifications structurelles vont avoir un impact sur l'élagage neuronal et donc la connectivité neurale. Les régions les plus exposées sont celles ayant un rôle dans les fonctions exécutives, la prise de décision, l'inhibition de réponses, la résolution de problème, le jugement, le raisonnement ainsi que la capacité d'adaptation. Le cannabis va donc influencer les éléments suivants :

- les performances cognitives (mémoire, fonctions exécutives, attention...) pouvant aboutir jusqu'à un véritable syndrome confusionnel. Par ailleurs, la baisse du QI est corrélée avec l'âge de début de la consommation,
- le rendement scolaire,
- la motivation,
- la prise de risque en lien avec une plus grande impulsivité,
- les habiletés psychomotrices.

L'une des symptomatologies la plus pathognomonique est celle du syndrome amotivationnel se caractérisant par une indifférence affective, un rétrécissement de la vie relationnelle, des

difficultés de concentration et mnésique, des perturbations cognitives associées à une pensée abstraite et floue, un déficit de l'activité ainsi qu'une asthénie intellectuelle et physique.

Les complications psychiatriques sont marquées par :

- les troubles anxieux (attaque de panique aversive ou « bad trip » principalement) ^[16],
- les troubles de l'humeur que ce soit les troubles bipolaires ou les troubles dépressifs ^[17],
- les addictions (le cannabis inciterait à la consommation de tabac et d'alcool) ^[18],
- les troubles psychotiques.

Les pharmacopsychoses induites par l'usage de cannabis peuvent apparaître jusqu'à un mois après la prise de toxique avec comme tout épisode psychotique bref ou bouffée délirante aiguë, un risque d'évolution vers la schizophrénie. Cependant, cette vulnérabilité pourrait également avoir une part neurobiologique via une mutation du gène codant la catéchol O méthyl transférase (COMT158val), enzyme dégradant la dopamine.

Une méta-analyse faite sur 35 études en 2007 montrait que la consommation de cannabis augmente le risque de psychose de 40 % voire de 50 à 200 % chez les gros consommateurs. Par ailleurs, une consommation avant l'âge de 15 ans combinée à des facteurs environnementaux est à haut risque de développer une psychose car elle survient à une phase critique du développement ^[19]. De même, la précocité de l'exposition au cannabis est directement associée à l'âge de la première hospitalisation ^[20]. Pour finir, la poursuite de la consommation après le déclenchement de la maladie est associée à une augmentation du risque de rechutes.

En second plan, on va diagnostiquer des pathologies liées au mode de consommation et principalement au fait que dans la majorité des cas, le cannabis soit mélangé à du tabac. Ainsi, on cite les maladies pulmonaires, cardio-vasculaires, ophtalmologiques et carcinologiques.

Enfin, les complications traumatologiques ne sont pas à négliger.

C. Le dépistage

De part son caractère liposoluble, le THC va aussi se fixer sur les tissus adipeux. Ceci explique le relargage progressif de THC dans le corps et donc un syndrome de sevrage souvent inexistant.

Cinq types de test de dépistage sont disponibles. Chacun ayant ses propres spécificités, le choix dépendra de l'objectif recherché ^[21].

Le dépistage sanguin est préférentiellement utilisé dans un contexte médico-légal dans le but de mettre en évidence ou de confirmer une consommation récente de cannabis. De plus, c'est le seul en capacité de distinguer le principe actif des métabolites non psychoactifs. Enfin, il est possible de réaliser une analyse quantitative conjointement à l'analyse qualitative. Enfin, il permet de déterminer le temps écoulé entre la dernière prise et le prélèvement. Le seuil de positivité est fixé à 1ng/ml.

Le dépistage urinaire permet un dépistage rapide d'une éventuelle consommation de cannabis. Le seuil recommandé est de 50ng/ml ; toutefois il a été proposé de le rabaissé à 20ng/ml malgré le risque de positivité en cas de consommation passive par inhalation des fumées. Un dosage de la créatinine urinaire est recommandé en parallèle du prélèvement pour mettre en évidence une adultération par dilution des urines. Cette dernière est observée en cas de volonté de fausser les résultats et est obtenu après ingestion d'une grande quantité d'eau, de prise de diurétiques ou d'autres médicaments. Ce test permet en outre de distinguer les consommateurs occasionnels des consommateurs réguliers via le rapport $\Delta 9$ -THC-COOH/créatinine urinaire.

Le dépistage salivaire permet de mettre en évidence une consommation récente. Le résultat obtenu est dose-dépendant et principalement lié au phénomène de séquestration buccodentaire lors de l'inhalation.

Le recueil de la sueur est un test peu contributif dans le sens où le résultat est intimement lié à la contamination environnementale. De plus, la quantité de $\Delta 9$ -THC dans la sueur est très faible en raison de sa faible élimination.

Le dépistage capillaire permet d'étudier le profil de consommation via une analyse segmentaire des cheveux (1cm de cheveux correspondant environ à 1 mois). En plus de la chronicité, il est possible de déterminer l'intensité de la consommation.

Tableau 2 - Test de dépistage du cannabis

Milieu Biologique	Cannabinoïdes majoritaires	Délai de détection maximum	Intérêt	Méthodes disponibles
Urines	THC-COOH	2-7 jours	Dépistage de consommation	Tests rapides
Sang	Δ^9 -THC Δ^9 -THC-COOH 11-OH-THC	2-10 heures	Dépister ou confirmer une consommation récente, identifier un métabolite	GC-MS
Cheveux	Δ^9 -THC	Infini	Révélation et suivi d'un usage régulier	GC-MS
Salive	Δ^9 -THC	2-10 heures	Consommation récente	
Sueur	Δ^9 -THC	Variable	Peu d'intérêt	

En matière pénale, cette particularité prend tout son sens car elle va directement impacter les tests de dépistage. En effet, en cas de consommation occasionnelle, les dépistages salivaires et urinaires seront positifs respectivement jusqu'à 10 heures et 7 jours. En outre, chez les consommateurs réguliers, les analyses salivaires seront positives jusqu'à 24 heures après la dernière prise de cannabis tandis que les analyses urinaires pourront quant à elles se positiver jusqu'à un mois.

III. DEPENALISATION ET LEGALISATION DU CANNABIS

En France, la loi n°68-1124 du 17 décembre 1968 marque l'adhésion à la convention unique sur les stupéfiants de 1961. Puis, la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicites des substances vénéneuses (ou loi Mazeaud) ^[22] va permettre de fixer le cadre légal vis-à-vis des drogues. Elle va ainsi promouvoir la possibilité d'une sanction plus adaptée et plus centrée sur le soin. Ainsi, le volet sanitaire ou médical trouvera sa place en lieu ou en parallèle du volet répressif pénal.

Après plusieurs décennies, le décret n°91-271 du 8 mars 1991 porte publication de la convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Ainsi, notre pays autorise l'administration à usage médical et prévoit de ne pas punir la consommation, mais de réprimer le fait de se procurer, de détenir et les actes préparatoires, même pour l'usage personnel.

Nonobstant, le constat de ces mesures est plutôt décevant. On observe, en France, une augmentation croissante des interpellations avec, en 2016, 140000 interpellations pour usage de stupéfiants. Loin de constater également que les actions sur le plan sanitaire n'ont pas eu plus de succès.

C'est dans ce contexte, que s'ouvrent de plus en plus les débats autour de la dépénalisation ou de la légalisation du cannabis. En effet, nombreux sont les pays qui ont assoupli leur loi concernant la consommation médicale mais surtout récréative de cannabis. La question de la légalisation ou de la dépénalisation du cannabis est donc au cœur de toutes les campagnes politiques dans le monde. Cette évolution législative vise prioritairement à contrôler les substances circulant sur le territoire et ainsi prévenir et réduire les risques liés à l'usage de cannabis.

A. Légalisation du cannabis à usage médical

L'usage thérapeutique du cannabis est historique. Des textes égyptiens datant du XVIIIème siècle avant J.C. faisant déjà notion de la « plante médicale de la marijuana ». D'autres textes chinois et indiens font également part des vertus thérapeutiques du cannabis ^[23]. En Occident, ce ne fut qu'en 1941 que les propriétés médicales du cannabis sont redécouvertes grâce à Sir William BROOKE O'SHAUGHNESSY.

La deuxième Convention internationale de l'opium de Genève en, va ajouter le cannabis, en 1925, à la liste des stupéfiants dont l'importation doit être contrôlée. Mais ce n'est qu'en 1961, que l'ONU va établir la Convention unique sur les stupéfiants afin d'homogénéiser la législation mondiale. Le cannabis et la résine de cannabis sont inscrits au tableau IV et sont donc soumis à toutes les mesures de contrôle applicable au tableau I.

En 1971, la Convention de Vienne sur les psychotropes va établir quatre nouvelles listes pour les hallucinogènes et les cannabinoïdes (liste I), les amphétamines (liste II), et les barbituriques (liste III et IV). Mais, en 1988, l'ONU va créer la Convention de Vienne contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes autorisant l'administration à usage médical et prévoyant de ne pas punir la consommation, mais de réprimer le fait de se procurer, de détenir et les actes préparatoires, même pour l'usage personnel ^[24].

Après plusieurs décennies de répression, on observe depuis plusieurs années une évolution des lois en ce qui concerne le cannabis et plus précisément pour son usage dans un cadre thérapeutique. Cependant, les diverses formes thérapeutiques ne sont pas disponibles dans le monde de manière équitable. En effet, malgré une législation l'autorisant, certains pays vont limiter les molécules voire à l'extrême n'en commercialiser aucune, alors que d'autres vont pouvoir en délivrer dans le cadre d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) alors que la législation générale interdit son usage médical.

Tableau 3 - Propriétés des différentes formes thérapeutiques du cannabis

DCI / Nom commercial	Composition	Indications
THC naturel, herbe séchée ou granulé Plusieurs molécules en fonction du pourcentage de THC, classées par ordre d'efficacité dans la dépression : - Bedrocan® (22% de THC et <1% de CBD). - Bedica® (14% de THC et <1% de CBD) - Bediol® (6,5% de THC et 8% de CBD) - Bedrobinol® (12% de THC et <1% de CBD) - Bedrolite® (<1% de THC et 9% de CBD). Utilisé en plus dans le traitement des formes sévères et intraitables d'épilepsie. Pas d'autorisation en France.		
Dronabinol = Marinol®	THC de synthèse. Capsule de glycérine, 3 dosages : - 2,5mg - 5mg - 10mg	Prescrit pour le traitement des nausées et vomissements liés à la chimiothérapie mais aussi pour l'amélioration de l'anorexie des patients atteints du SIDA. Pas d'autorisation en France.
Nabilone = Cesamet®	Origine synthétique. Gélule, 2 dosages : - 0,5mg de nabilone - 1mg de nabilone	
Nabiximols = Sativex®	Origine naturelle Forme sirop, pulvérisation sublingale : - 27mg/mL de THC (Tetranabinex®) - 25mg/mL de CBD (Nabidiolex®) - 5% d'autres dérivés du cannabis	AMM en France depuis 2014 pour le traitement de la spasticité de la SEP après échec des autres thérapeutiques, mais toujours pas disponible.

1. Usage médicinal du cannabis dans le monde

La législation concernant l'usage médical du cannabis dans le monde est résumée sur la carte suivante :

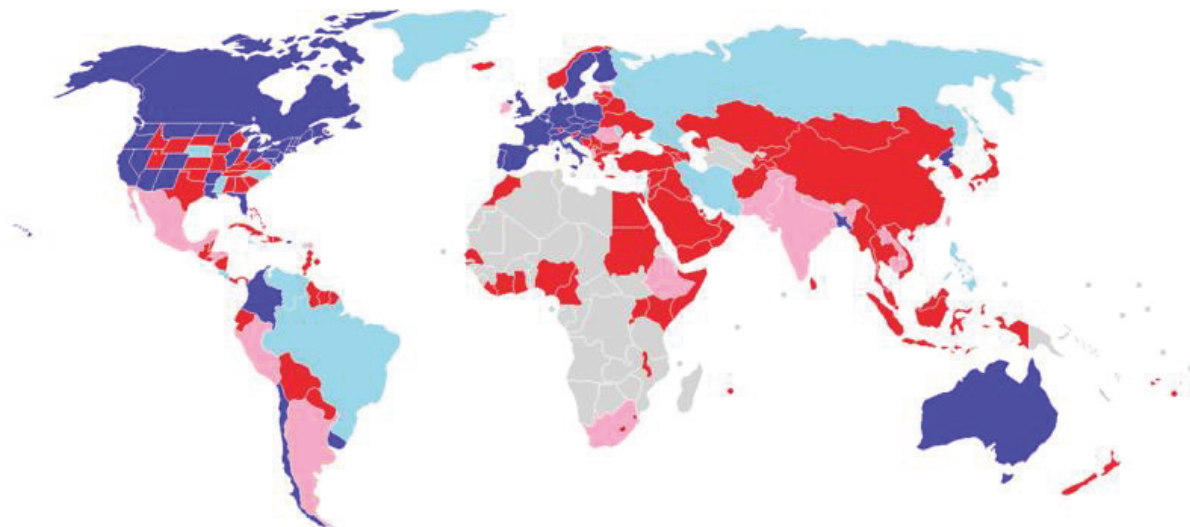
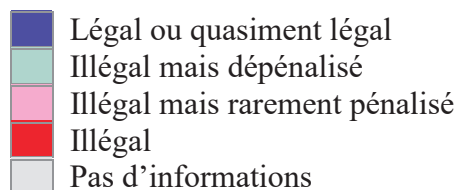


Figure 9 - Légalisation du cannabis médical dans le Monde en mars 2016



2. Usage médicinal en Europe

En Europe, de nombreux pays autorisent le cannabis à but thérapeutique. Nonobstant, alors que certains d'entre eux vont distribuer du cannabis médical alors qu'aucune loi ne le régit, d'autres n'ont pas modifié leur pratique malgré des lois autorisant la vente, la culture et la distribution de cannabis dans ce cadre précis [25].

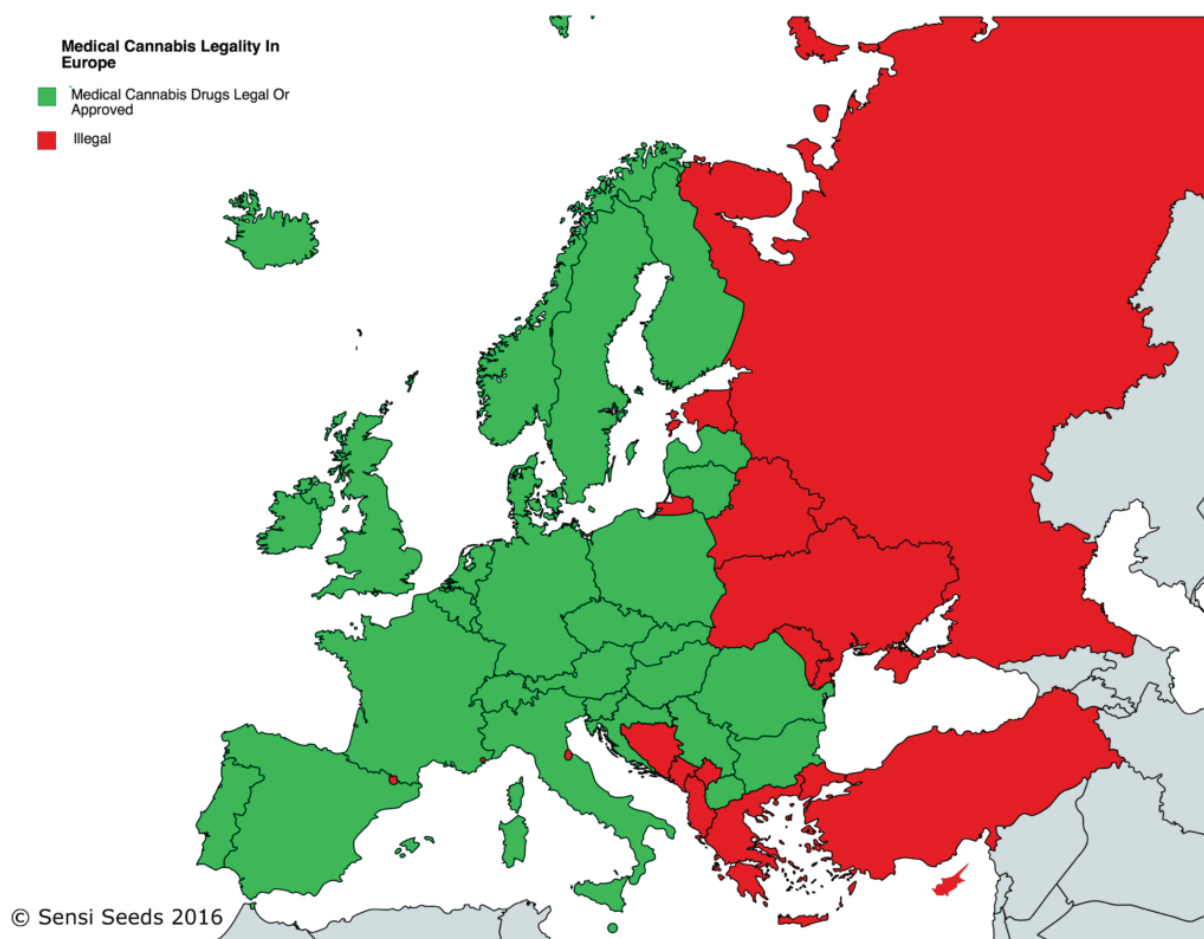


Figure 10 - Légalisation du cannabis médicinal en Europe en 2016

Au vu d'une réalité très différente des lois en vigueur, une carte a été réalisée pour rendre compte de la tolérance des pays d'Europe en matière de cannabis médical (0 correspondant au moins tolérant et 24 au plus tolérant). En effet, on remarque ainsi que certains pays, telle que la France, ne sont que guères plus ouverts que les pays interdisant strictement l'usage thérapeutique de cannabis.

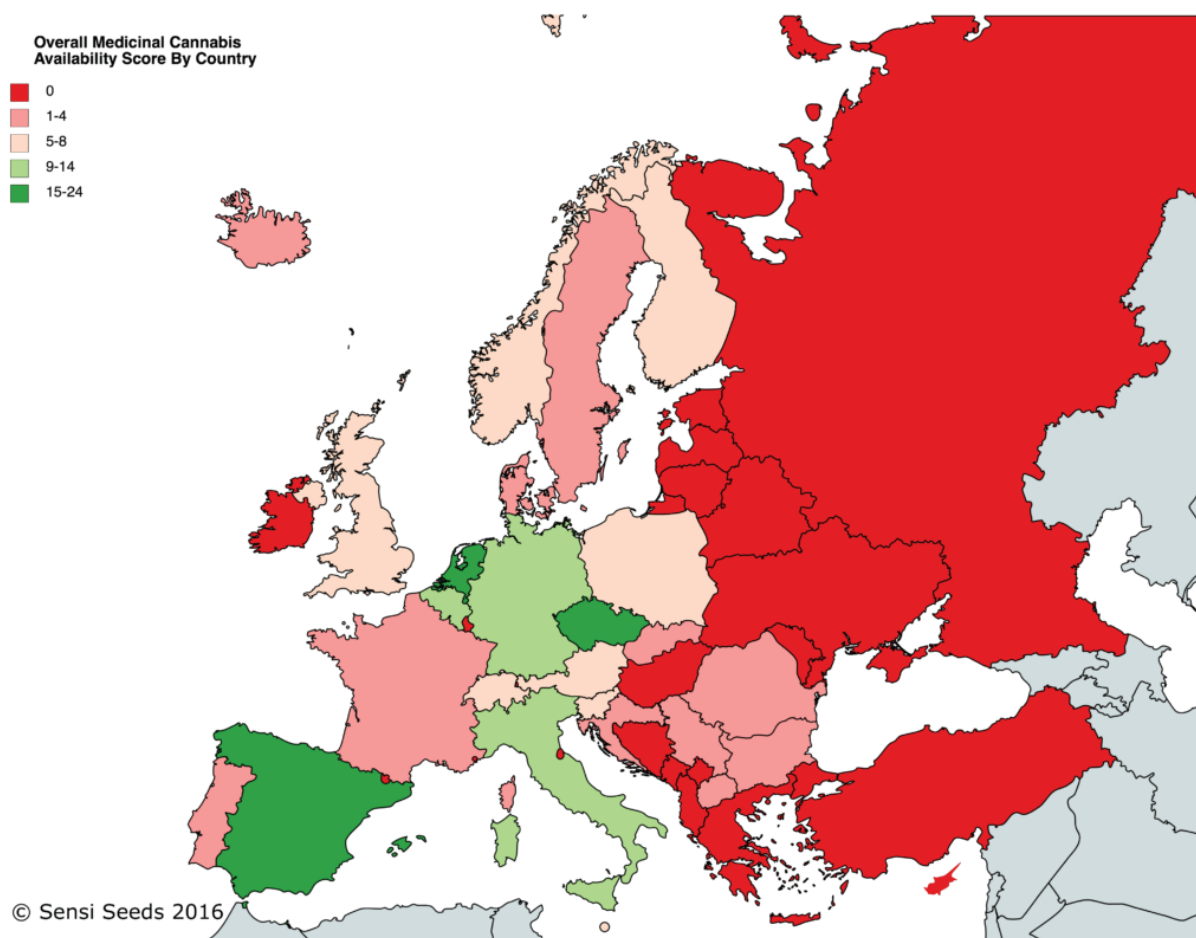


Figure 11 - Application de la légalisation du cannabis médical en Europe en 2016

Comme vu dans le chapitre précédent, la disponibilité des molécules est variable d'un pays à un autre. Les cartes suivantes ont pour objectif d'avoir un aperçu des médicaments à base de cannabis autorisés dans les pays européens. A l'instar de la France, d'autres pays pour qui le cannabis médicinal a été légalisé, ne peuvent pas offrir une délivrance en pharmacie en raison d'une absence d'approvisionnement.

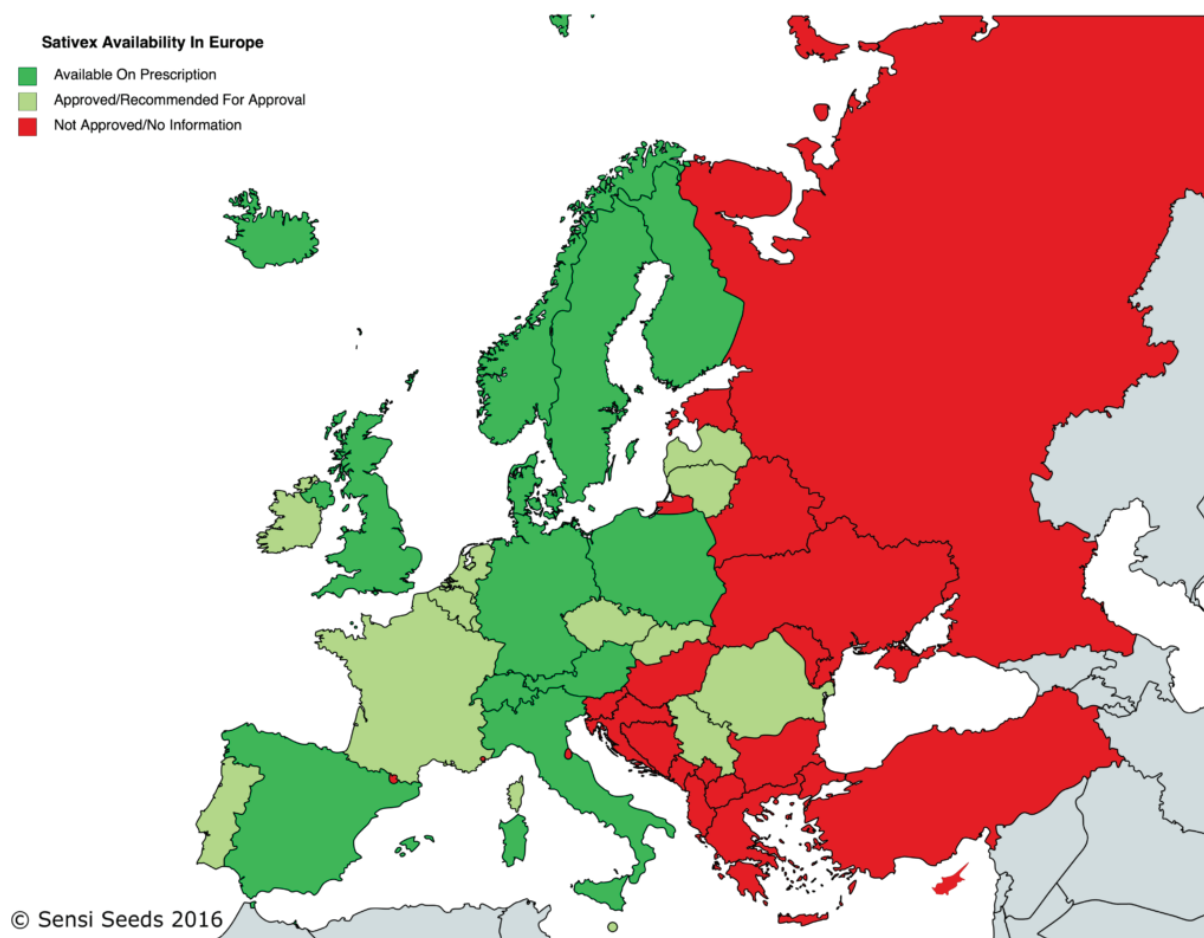


Figure 12 - Disponibilité du Sativex® en Europe

En France, le Sativex® est le seul ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Néanmoins, depuis 2014, il n'est toujours pas disponible en France pour des raisons économiques. Il semblerait, en effet, que les accords sur le coût de commercialisation en soient à l'origine.

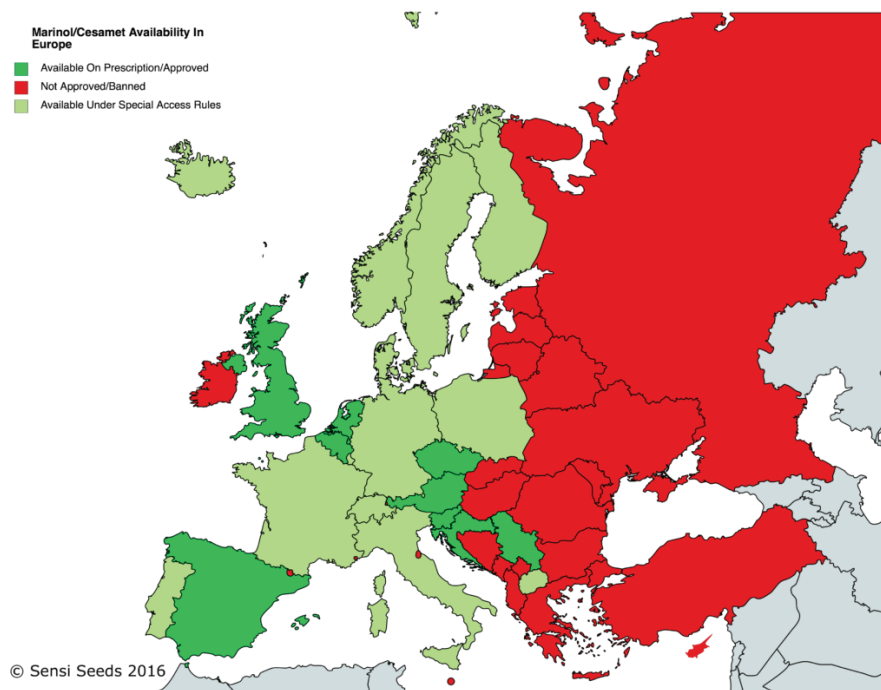


Figure 13 - Disponibilité du Nabilone (Marinol®) et du Dronabinol (Cesamet®) en Europe

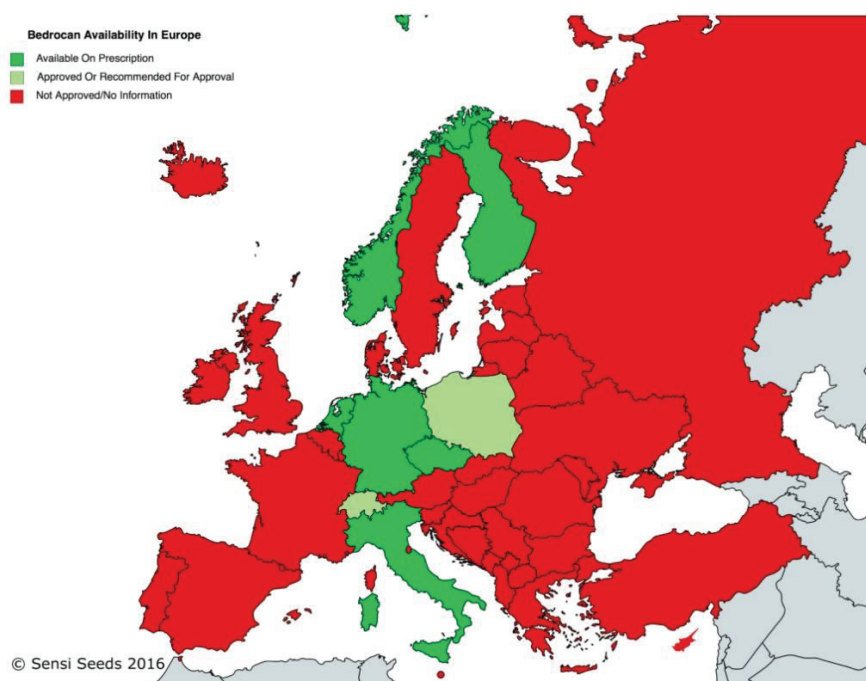


Figure 14 - Disponibilité du Bedrocan® en Europe

B. Légalisation du cannabis dans le monde

L'Uruguay fut le premier pays à légaliser la possession, la culture et la vente de cannabis. La loi du 10 décembre 2013 permet aux consommateurs majeurs de choisir leur modalité de procuration du produit via des circuits contrôlés (les pharmacies ou les clubs cannabiques) ou leur propre culture.

A l'échelle mondiale, le cannabis est légalisé que dans très peu de pays. En effet, on ne compte seulement que l'Uruguay, les Pays-Bas, la Corée du Nord, neufs Etats des USA et prochainement le Canada [26].

En revanche, la dépénalisation concerne une proportion beaucoup plus conséquente avec notamment, la quasi-totalité des pays d'Amérique. La législation sera cependant propre à chacun des pays

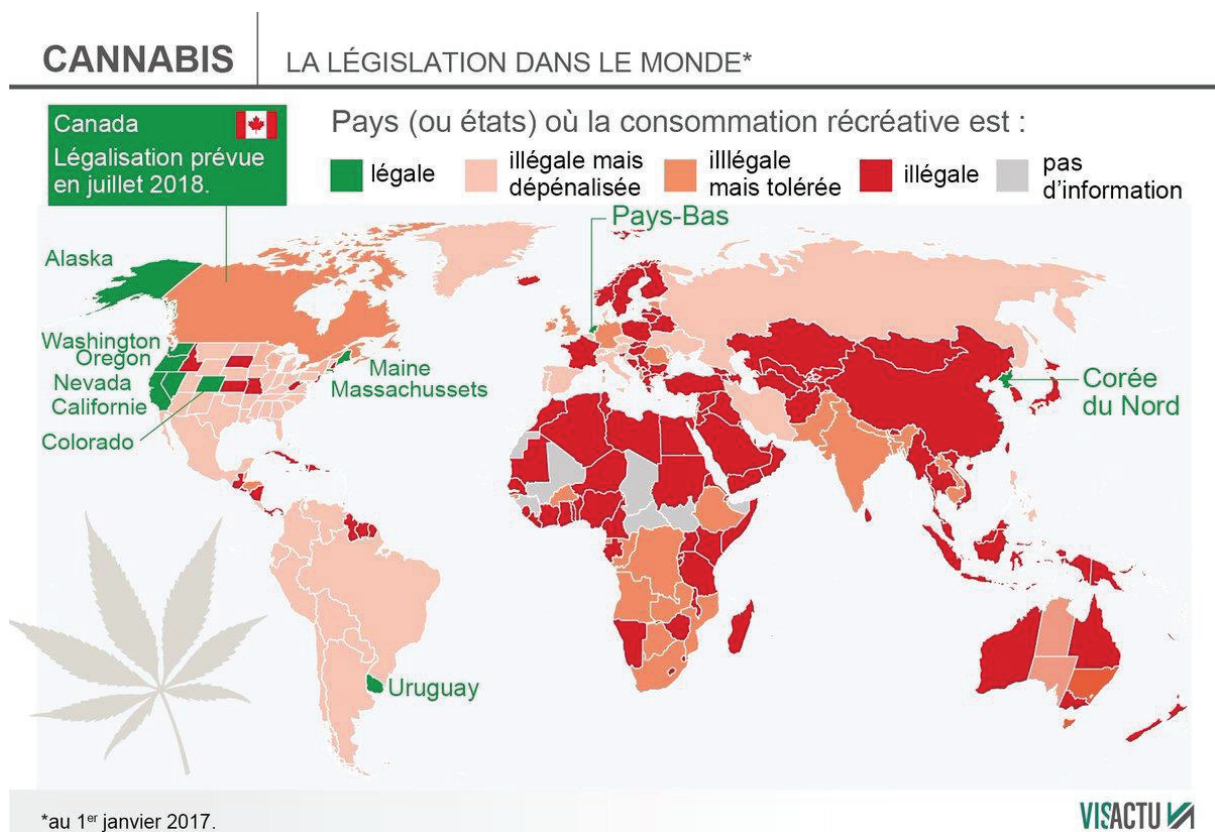


Figure 15 - Cadre légal du cannabis dans le monde en janvier 2018

Aux USA, la légalisation du cannabis diffère d'un Etat à un autre. Les diverses données concernant l'usage thérapeutique ou récréatif au 1^{er} janvier 2018 sont ainsi résumées sur la carte ci-dessous, de même que le cadre réglementaire de chacun des 9 Etats (l'Alaska, L'état de l'Orégon, L'Etat de Washington, le Colorado, le district de Columbia, la Californie, le Nevada, le Maine et le Massachussets) pour qui la légalisation a été votée [27].

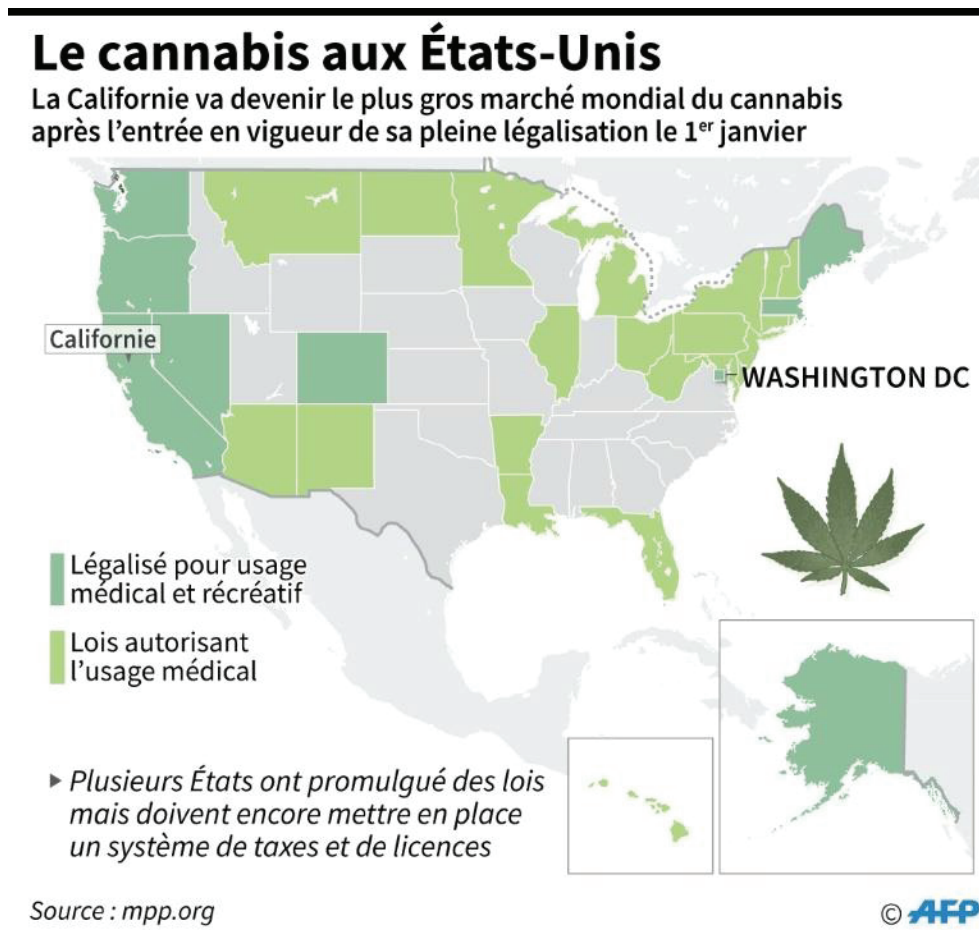


Figure 16 - Cadre légal du cannabis aux USA en janvier 2018

Au Colorado, depuis le 1^{er} janvier 2014, la possession de 28 grammes (7 grammes pour les touristes) et la culture de 6 pieds maximum est légalisée.

L'Etat de Washington autorise la culture uniquement dans le cadre d'un protocole thérapeutique et la détention est légalisée jusqu'à 28 grammes depuis juin 2014.

En Alaska, la possession est légalisée depuis le 4 novembre 2014 autorisant ainsi jusqu'à 28 grammes de cannabis et la culture de 6 plants maximum.

Dans l'Etat de l'Oregon, depuis le 1^{er} juillet 2015, il est possible de détenir 28 grammes de cannabis. Au 1^{er} janvier 2016, la loi va élargir le cadre légal en autorisant les majeurs de plus de 21 ans, à posséder jusqu'à 224 grammes et cultiver 4 plants au domicile.

Le District de Columbia a légalisé l'usage thérapeutique depuis 2009. La vente est toujours réservée au cadre médical. Néanmoins depuis le 26 février 2015, la possession de cannabis est légale jusqu'à 57 grammes et la culture de 6 plants est autorisée à condition que les plants en floraison ne dépassent pas 3.

En Californie, le cannabis est légalisé depuis le 8 novembre 2016 mais n'est effective que depuis le 01 janvier 2018. Il est ainsi possible de détenir jusqu'à 28 grammes d'herbe ou 8 grammes de concentrés et de cultiver jusqu'à 6 pieds en intérieur. En cas d'usage thérapeutique, l'Etat autorise la possession jusqu'à 224 grammes et va beaucoup plus loin en terme de culture où il est alors possible de détenir 6 plants en floraison et 12 plants en croissance. C'est le 1^{er} Etat à avoir légalisé l'usage médical du cannabis le 5 novembre 1996.

Le Nevada légalise le cannabis depuis le 8 novembre 2016 avec la possibilité de cultiver jusqu'à 6 pieds de cannabis. L'usage médical est entré en vigueur le 7 novembre 2000.

Le 8 novembre 2016, l'Etat du Maine légalise le cannabis, jusqu'alors dépénalisé à hauteur de 75 grammes, depuis mai 1999.

Le Massachussets a autorisé le cannabis à usage thérapeutique depuis le 6 novembre 2012. Initialement dépénalisé pour les majeurs possédant moins de 28 grammes depuis le 4 novembre 2008, le cannabis récréatif sera intégralement légalisé dès le 8 novembre 2016 (culture jusqu'à 6 plants et possession jusqu'à 280 grammes).

C. Légalisation du cannabis en Europe ^[28]

En 2015, l'Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies ne croyait pas à une légalisation du cannabis dans un pays européen.

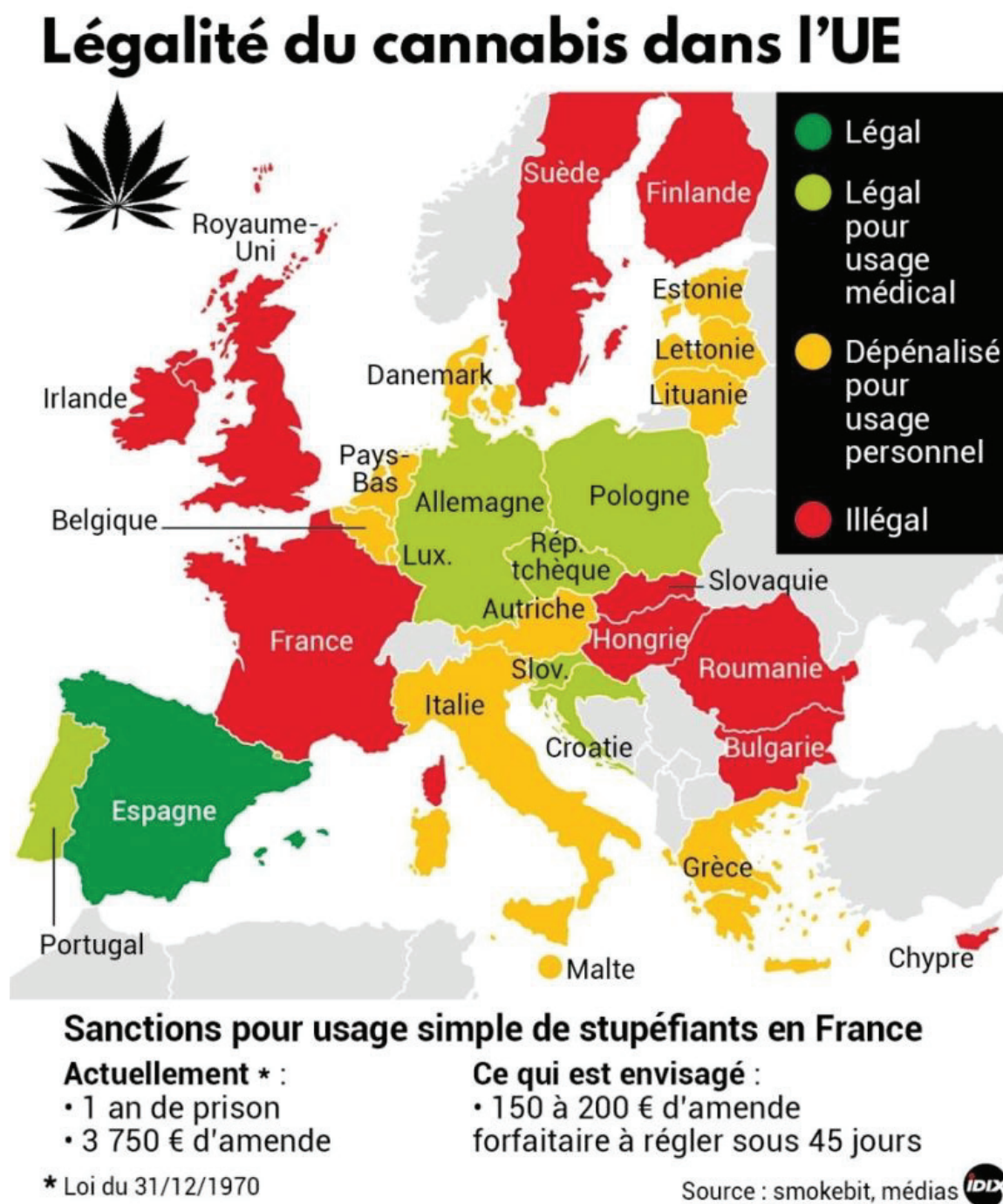


Figure 17 - Cadre légal du cannabis en Europe en janvier 2018

1. Les pays où le cannabis est illégal

La Bulgarie applique jusqu'en 2004, une tolérance pour les détenteurs de faible quantité. Mais, depuis 2006, une politique très stricte en matière de stupéfiants voit le jour. En effet, le cannabis est considéré comme une drogue de classe A. La peine de prison peut donc aller jusqu'à 6 ans voire 20 ans en cas de culture, assortie d'une amende.

Depuis 2003, la Belgique tolèrerait la possession de 3 grammes ou une plante de cannabis chez les adultes. Cependant, le cannabis est redevenu illégal dès le 10 octobre 2014 avec l'arrivée du nouveau gouvernement.

En Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède la vente, la consommation et la possession sont fortement punies.

Au Luxembourg, le cannabis est strictement interdit.

L'Irlande s'est vue refuser son projet de loi pour la légalisation du cannabis en novembre 2013. Tout ce qui concerne le cannabis est donc toujours illégal.

A Chypre, les consommateurs encourent une peine de prison pouvant aller de 2 à 8 ans. En revanche, les petites quantités sont dépénalisées dans le cadre thérapeutique.

En Autriche, une personne encoure un an de prison ou un suivi médical pour possession ou consommation de cannabis. Le paradoxe réside dans le fait qu'il est autorisé de produire ou de vendre des boutures de cannabis à condition qu'elles ne florissent pas.

En Pologne, une ébauche de loi avait été écrite en 2011, en vue de légaliser le cannabis, mais elle a été avortée. L'usage médicinal est légal depuis juin 2017.

En Grèce, la consommation et la détention sont illégales même si elles restent souvent impunies. En revanche, l'usage médicinal du cannabis est autorisé depuis juillet 2017.

En Hongrie – à l'instar de la Bulgarie – le cannabis est apparentée à n'importe qu'elle autres drogues. Seule la possession de plus de 1 gramme de THC (soit 80 à 120 grammes de cannabis) est sévèrement punie par la loi. Il en est de même pour la vente de cannabis qui est prohibée.

Au Royaume-Uni, bien que le cannabis soit illégal, les poursuites sont très faibles envers les usagers et ce pays a connu un essor des Cannabis Clubs. Par ailleurs, il est légalisé à visée médicinale.

En Norvège, la détention de moins de 15 grammes a été dépénalisée. Cependant, la récidive est plus sévèrement punie. Au-delà de cette quantité, une peine de prison est possible.

A Malte, la consommation ainsi que la détention pour usage personnel est tolérée. L'huile de cannabis est en revanche autorisée. En matière thérapeutique, le cannabis est autorisé à condition qu'il soit prescrit par deux médecins.

Au Danemark, un projet pilote concernant le cannabis médicinal a débuté le 1 janvier 2018. Dans ce contexte, l'Etat va légaliser le cannabis uniquement à visée thérapeutique pour une durée de 4 ans. A but récréatif, les infractions sont punies d'amende ou d'une peine de 2 ans d'emprisonnement.

2. Les pays où le cannabis est dépénalisé

Le reste de l'Europe ne sera pas aussi tranché sur le cadre légal du cannabis. Alors que la majorité des pays européens continueront à le sanctionner pénalement, d'autres opteront pour une dépénalisation plus ou moins importante de la détention de cannabis. En revanche, tous s'accordent sur la nécessité d'une faible quantité pour en bénéficier. La suite de ce paragraphe va ainsi se concentrer sur les spécificités légales de chacun des pays pour qui la dépénalisation du cannabis a été votée.

Au Portugal, le cannabis est dépénalisé depuis 2001, se plaçant ainsi comme le 1^{er} pays au monde à dépénaliser l'ensemble des drogues. Il est ainsi possible de détenir 25 grammes de cannabis.

En Allemagne, la loi autorisant l'usage médical de cannabis date de 2016 et fut appliquée dès 2017. Même si l'usage récréatif est illégal, la détention de faible quantité (6 grammes à 15 grammes selon les fédérations) est tolérée. En effet, cela est alors apparenté à de l'automutilation et n'entre donc pas dans le cadre pénal.

En République Tchèque, depuis 2010, il est possible de posséder 15 grammes d'herbe et 5 grammes de résine. La culture est illégal, toutefois, elle ne sera punie que d'une amende si le nombre de plants ne dépasse pas cinq. L'usage médical est autorisé sur prescription depuis le 1^{er} avril 2013.

En Suisse, la possession de maximum 10 grammes de cannabis est dépénalisée mais est toutefois passible d'une amende – même si cette dernière n'est pas systématique. Si la détention de faible quantité de cannabis est tolérée, la vente, la culture et le transport reste encore illégaux. Nonobstant, certains cantons (Neuchâtel, Vaud, Genève et Fribourg) ont tenté d'autoriser la culture de quatre pieds de cannabis par personne en 2012 à condition que la concentration en THC soit inférieure à 1 %. Néanmoins, ces lois n'ont pu entrer en vigueur au titre que la loi fédérale prévalait. A noter qu'à partir de 2017, il existe une explosion de la consommation de cannabis CBD dont la teneur en THC est minime (<1%), utilisé comme substitut au tabac.

En Estonie, la possession de faible quantité (moins de 7,5 grammes) est considérée comme un délit punis d'une simple amende.

En Russie, la culture est dépénalisée depuis 2010 si elle ne dépasse pas 20 pieds. Par ailleurs, la possession de plus de 6 grammes n'est sanctionnée que d'une amende.

En Ukraine, la dépénalisation du cannabis concerne la détention de 5 grammes ou la culture de 10 plants maximum.

L'Italie a également légalisé le cannabis médicinal. Dans ce cadre, des autorisations aux particuliers sont signées afin de rendre légal la culture de cannabis (5 plants maximum) à but thérapeutique. L'usage récréatif est quant à lui dépénalisé pour des quantités inférieures à 5 grammes dans la rue et 15 grammes au domicile. Une légalisation totale ne serait pas surprenante dans les années à venir.

Aux Pays Bas, la loi interdit la détention de plus de 5 grammes de cannabis par personne. La culture est également dépénalisée jusqu'à 5 plants à condition d'avoir qu'un seul outil de culture. Les établissements spécialisés appelés « coffee shop » ne doivent eux, pas en posséder plus de 500 grammes, et la vente est interdite aux mineurs.

En Croatie, l'usage médicinal est autorisé depuis le 15 octobre 2015. Si la culture ou la vente est toujours considérée comme un crime, la possession d'une petite quantité de cannabis est assimilée, depuis 2013, à un délit.

La Roumanie est en cours de dépénaliser la possession de petites quantités.

3. La région où le cannabis est légal

Le 29 juin 2017, la région de la Catalogne en Espagne légalise le cannabis, se positionnant alors comme la seule zone de l'Union Européenne à autoriser la culture, la vente et la consommation le cannabis. Les personnes âgées de 18 à 21 ans ne pourront acheter que 20 grammes de cannabis par mois, tandis que le reste de la population adulte sera limité à 60 grammes. Par ailleurs, un délai de 15 jours devrait être appliqué après l'inscription dans un Cannabis Club pour acheter ou cultiver du cannabis.

4. Cas particulier : la France

En France, le cannabis médicinal est autorisé par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé depuis 1999. Attention toutefois, cela doit faire l'objet d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU), qui est nominative.

Le 18 janvier 2018, le Président de la République Française Monsieur Emmanuel MACRON, a communiqué un rapport parlementaire sur le cannabis ^[29]. En prenant appui sur la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation la justice du XXIème siècle ^[30], il propose alors d'élargir l'amende forfaitaire délictuelle. Initialement destinée aux infractions de conduite d'un véhicule sans permis ou sans assurance, elle pourrait par la suite être appliquée dans le cadre d'usage de stupéfiants afin de simplifier la lutte contre la toxicomanie. La mise en place de cette loi permettrait de réprimer de manière égalitaire et efficace l'usage de stupéfiants sur l'ensemble du territoire au détriment d'une peine adaptée, en faisant abstraction notamment d'un état de récidive légale. De plus, les autorités ont pour volonté que ces sanctions pénales plus rapides et effectives soient dissuasives. Les gains de temps et d'effectifs pourront ainsi être redistribués afin de lutter contre le trafic, véritable priorité de l'Etat. Cependant, la limite même de cette loi réside dans la non-accessibilité des mineures qui sont pourtant les personnes les plus concernées par l'usage de cannabis.

D. Légalisation, Dépénalisation du cannabis et criminalité

La légalisation du cannabis récréatif est votée dans des pays, dont le nombre ne cesse d'augmenter. Bien que s'appuyant sur aucune preuve scientifique, les préoccupations de la population générale résident, dans un lien direct avec l'augmentation de la criminalité mais également dans celle de la prévalence des consommateurs de cannabis.

Il est vrai que l'étude de Wilkinson et al « Marijuana legalization : impact on physicians and public health »^[31], a observé une augmentation de la consommation de cannabis dans les pays l'ayant légalisé. Toutefois, ces chiffres sont à nuancer en raison d'une prévalence plus importante dans ces derniers avant la nouvelle législation. Les conclusions de cet article vont surtout souligner les problèmes de santé publique qui en découlent, comme l'intoxication aiguë, le syndrome cannabique et les complications d'une consommation chronique.

De plus, l'impact de la légalisation ou de la dépénalisation du cannabis a été observé dans un nombre restreint d'études. Pour ces raisons, les résultats sont donc à prendre avec précautions et montrent ainsi l'intérêt de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Ainsi, en Grande-Bretagne, il a été démontré qu'il n'existait pas de corrélation entre la dépénalisation du cannabis, l'augmentation de la consommation de cannabis ou d'autres drogues et l'augmentation de la criminalité ou comportements à risque^[32]. Toutefois, ses résultats sont en contradiction avec une étude canadienne réalisée sur des adolescents de quartier et publiée en janvier 2015, qui met en évidence un lien étroit entre la consommation de cannabis et la criminalité de quartier^[33].

En 2011, Shorey et al^[34] ont publié une revue de la littérature sur la violence et la prise de substances chez les étudiants. Ils vont ainsi démontrer que l'alcool est un facteur précipitant des passages à l'acte hétéro-agressifs. En revanche, pour ce qui concerne les substances illicites telles que le cannabis, les informations recueillies sont moins tranchées du fait du faible nombre d'études réalisées.

En Australie et aux USA, l'impact de la dépénalisation du cannabis constitue le sujet de l'étude de Signe et al, publiée en 2000^[35]. Le point commun qu'ont pu relever les auteurs, est la réduction des coûts d'application permettant ainsi une redistribution des effectifs. Par ailleurs, il n'a pas été observé une augmentation de la consommation comme on aurait pu le penser. En revanche, en Australie, de nombreuses personnes ont été condamnées du fait « de

l'élargissement net des infractions liées au cannabis ». Ce qui ne fut pas le cas aux USA. Ce phénomène est discuté dans les autres pays. Il est toutefois important de ne pas extrapoler ces observations à la légalisation du cannabis ou à la dépénalisation des autres drogues.

Maag et al ont écrit un article en 2003 sur « *la dépénalisation de l'usage du cannabis en Suisse d'un point de vue international via les expériences européennes, américaines et australiennes* »^[36]. Il ressort ainsi en accord avec la publication précédente, qu'il n'existe aucun lien entre la légalisation ou la dépénalisation du cannabis et la prévalence de la consommation de cannabis.

Un article de Dragone et al^[37], paru en 2018, tente de faire le lien entre les crimes et la légalisation du cannabis récréatif aux USA. Cette étude va alors comparer l'Etat de Washington et celui de l'Oregon pour lesquels le cannabis a été légalisé respectivement en 2012 et en 2014. Il est alors constaté que l'assouplissement de la législation a entraîné une réduction des vols et des crimes contre les biens - ces derniers étant directement liés à la baisse du taux de vols. Cependant, il mentionne, contrairement aux autres publications, une augmentation de la consommation de cannabis. Toutefois, en parallèle, on observe une diminution de la consommation des autres drogues et d'alcool. Ces résultats seraient principalement expliqués par les propriétés psychotropes du cannabis marquées le plus fréquemment par un état de relaxation et d'euphorie. De plus, ceci est accentué par le fait que le cannabis se substitue à d'autres toxiques favorisant les violences. Chimeli et Soares, en 2017^[38] ont quant à eux, émis l'hypothèse d'un lien entre les marchés illégaux et la criminalité. La légalisation du cannabis permettrait donc à certains consommateurs de les soustraire à l'engrenage des réseaux de trafic de stupéfiants et par conséquent de les éloigner de la délinquance.

La légalisation du cannabis en France n'est pas encore d'actualité mais il semblerait que la politique mondiale aille dans ce sens. La dépénalisation serait-elle une première étape ?

IV. LE DROIT PENAL

A. L'expertise psychiatrique

1. Un petit peu d'histoire

L'expertise psychiatrique voit le jour pour la première fois en 1808 avec l'article 59 du code d'instruction criminelle qui permet au Procureur de la République de s'entourer de personnes compétentes en cas de crime ou de délit flagrant.

Les pratiques vont être bouleversées par l'article 64 du Code Pénal de 1810 qui stipule *« il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action »*. La magistrature se voit donc imposer le recours à la médecine et plus particulièrement à des psychiatres pour différencier le « fou » du criminel. Cet article est capital puisqu'il sera en vigueur jusqu'en 1994. Une infraction est constituée si elle remplit trois critères. Le premier est un paramètre légal puisque pour être punissable, l'infraction doit être inscrite dans le code pénal. Le second précise qu'il doit s'agir d'un acte de commission ou d'omission. Enfin, le troisième correspond à l'élément moral c'est-à-dire que l'auteur avait l'intégralité de ses capacités psychiques. C'est uniquement sur ce dernier point que l'article 64 intervient. A cette époque, le terme de démence désigne toutes les pathologies dites « aliénantes » à l'origine d'une abolition de la volonté ^[39]. La justice jusqu'alors objective devient subjective avec la prise en compte de la personnalité du criminel faisant apparaître les notions de culpabilité, d'imputabilité et d'irresponsabilité. De même, l'article 64 mentionne : « l'intention constitue la moralité des personnes, les actes doivent être punis uniquement s'ils sont commis volontairement et consciemment ». Dans ce contexte de justice rétributive, seule la présence ou l'absence de l'intégrité des facultés mentales est recherchée ^[40].

La loi du 30 juin 1938 relative aux internements psychiatriques oblige chaque département à disposer d'un lieu d'enfermement et de soins spécialisés. Philippe PINEL puis ESQUIROL vont décrire pour la première fois des folies partielles soit des folies sans délire qu'ils nommeront « monomanie ». Plus précisément, Esquirol isolera la monomanie homicide qu'il définit comme « la volonté est lésée, le malade hors des voies ordinaires est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne détermine pas, que la conscience éprouve mais que la volonté n'a pas eu la force de réprimer. Les actions délictueuses sont involontaires, instinctives,

irrésistibles. Néanmoins, la conscience de l'acte et de sa moralité reste entière». La conscience et la volonté ne seront plus indissociable l'un pouvant exister sans l'autre. Ceci va donner lieu à une avancée majeure avec l'individualisation des peines.

Dans la seconde partie du 19^{ème} siècle, la montée de l'organicité en psychiatrie va révoquer la monomanie homicide et donc la folie partielle ou ponctuelle. La théorie de la dégénérescence décrite initialement par Jean Pierre FALRET inscrit l'aliénation mentale dans une chronicité du fait qu'elle serait liée à un déterminisme biologique. La pathologie mentale est alors étudiée comme un ensemble de troubles et plus comme une entité unique et isolée : « on a voulu étudier la folie comme une maladie unique, au lieu de rechercher dans ce groupe si vaste et si mal limité, des espèces vraiment distinctes, caractérisées par un ensemble de symptômes et par une marche déterminée », « tant qu'on en restait à l'opposition, état de démence ou absence d'état de démence, on pouvait se contenter d'une quasi équivalence entre état de démence et aliénation mentale ; mais quand (...) on se reportait aux maladies mentales, considérées dans leur diversité irréductible, on ne savait plus très bien où faire passer la démarcation ». FALRET va alors suggérer qu'un intervalle lucide peut exciter et donc à travers cela que la responsabilité ne pourrait être que partielle dans certains cas.

En parallèle, les inquiétudes sur la sécurité de la population vont faire apparaître la notion de dangerosité du fou criminel. En 1905, la circulaire Chaumié, du nom du Garde des Sceaux de l'époque, nuance la responsabilité pénale en introduisant le terme d'atténuation de la responsabilité pénale. La vision dichotomie qui opposait le « fou criminel » au « délinquant sain » prend donc fin. Cette évolution va contribuer à la généralisation de l'expertise psychiatrique confiant ainsi « quasiment les pleins pouvoirs à l'expert aliéniste pour la détermination de degré de responsabilité d'un prévenu ».

En 1994, l'article 64 du Code Pénal de 1810 a été remplacé par l'article 122-1 du nouveau code. Néanmoins, cela n'apportera pas de grands changements étant donné que les deux alinéas de ce dit article s'appuient respectivement sur l'article 64 du Code Pénal de 1810 et sur la circulaire Chaumié de 1905. Une nuance toutefois apparaît dans l'alinéa 2 a contrario de la circulaire Chaumié. En effet, la personne est tout d'abord jugée responsable, l'atténuation de la responsabilité pénale n'ayant un impact qu'ensuite lors de la prononciation de la peine. De plus, dans ce nouvel article, le terme de démence est abandonné au profit des termes de troubles psychiques ou neuropsychiques.

Ces dernières années, le recours à cette procédure s'est multiplié notamment en matière criminelle où l'expertise psychiatrique a un rôle central. L'expertise psychiatrique n'a plus pour seul objectif d'identifier les malades afin de les orienter vers les centres de soins spécialisés, mais a également pour vocation de lutter contre la récidive et d'évaluer la pertinence de la peine ainsi que l'intérêt de potentiels soins pénalement ordonnés. On voit donc s'opposer les expertises en dangerosité aux expertises en responsabilité.

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ^[41], va révolutionner les procédures pénales dans les cas d'abolition du discernement. D'une part, la chambre d'instruction, le tribunal correctionnel ou la Cour d'Assises, pourra prononcer à l'encontre d'une personne reconnue irresponsable une ou plusieurs mesures de sûreté avec la possibilité d'ordonner, sans délai, des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état (SPDRE) selon la loi du 5 juillet 2011 révisée le 27 septembre 2013. D'autre part, elle a pour mission d'améliorer la reconnaissance de la douleur de la victime de l'infraction et la protection des victimes éventuelles en cas de récidive. En effet, avant 2008, les personnes étant jugées irresponsable pénalement faisaient l'objet d'un non-lieu lors de l'instruction ou d'une décision d'acquiescement ou de relaxe lors du jugement. Aujourd'hui, dans le cas où personne ne sollicite de débat public et qu'aucune demande d'indemnisation n'est demandée, le juge d'instruction rédige alors une « ordonnance d'irresponsabilité pénale ». Le cas échéant, les parties civiles ou au parquet pourront saisir la chambre d'instruction afin de procéder à une audience publique et contradictoire, durant laquelle l'expert mais aussi l'auteur seront entendus. Au décours de celle-ci, « un arrêt d'irresponsabilité pénale » est signé. Si l'abolition du discernement est constatée lors du procès, les magistrats de la Cour d'assises ou du tribunal correctionnel prononceront respectivement un « arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale » ou un « jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale ». Enfin, elle pourra renvoyer la personne devant le tribunal correctionnel compétent afin qu'il se prononce sur la responsabilité civile de la personne et l'attribution de dommages et intérêts ^{[42] [43] [44]}.

La loi n°2011-939 du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs va renforcer les conditions d'obtention d'une libération conditionnelle lors de faits graves ^[45] : *« lorsque la personne a été condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité ou lorsqu'elle a été condamnée soit à une peine d'emprisonnement ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à quinze ans pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, soit à une peine d'emprisonnement*

ou de réclusion criminelle égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13, la libération conditionnelle ne peut alors être accordée qu'après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté, rendu à la suite d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité réalisée dans un service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues et assortie d'une expertise médicale...».

A l'aube du 21^{ème} siècle, de nombreuses lois vont être promulguées dans un but de prévention et de lutte contre la récidive mais également dans une volonté d'adapter les peines à chacun afin que la sanction puisse être bénéfique :

- la loi n°2007-1198 du 10 août 2007 sur la récidive et les peines planchers va élargir le cadre de l'injonction de soin. Désormais, le SSJ sera toujours assorti d'un IS. Cependant, cette peine ne devrait être prononcée que si l'intéressé est susceptible de faire l'objet d'un traitement, d'où la place de l'expertise ^[46].
- la loi n°2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale ^[47], prévoit une extension des champs d'application de la rétention de sûreté et la possibilité de se prononcer sur une surveillance de sûreté en prolongement d'une précédente mesure de contrôle post-carcéral. Pour finir, elle autorise le médecin traitant, en cas d'IS, à prescrire un traitement inhibiteur de libido conformément à l'article L. 3711-3 du code la santé publique.
- La loi n°2014-896 du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions ^[48], a permis de supprimer le détournement des textes et notamment de l'article 1222-1 du Code Pénal en cas d'atténuation de la responsabilité, où les peines prononcées avaient tendance à être plus lourdes qu'en cas de responsabilité totale. Dorénavant, le maximum légal sera réduit d'un tiers en matière correctionnelle et en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, la peine sera ramenée à trente ans.

2. La procédure pénale

L'objectif du procès pénal va être, d'une part, de déterminer si l'accusé est coupable des faits qui lui sont reprochés et d'autre part, de déterminer la peine à laquelle l'auteur des faits sera condamné. Une affaire pénale se déroule en quatre temps :

- **La constatation de l'infraction :**
- **La poursuite :** elle est réalisée par le parquet constitué du Procureur de la République, du Procureur de la République Adjoint, des premiers substituts et des substituts. Le parquet peut demander l'ouverture d'une instruction (aussi dénommée information judiciaire) dans les affaires délictuelles lorsque les faits sont complexes. En revanche la saisine du juge d'instruction est obligatoire en matière criminelle. Ce dernier va instruire à charge et à décharge ^[49].
- **Le jugement :** il est réalisé par la juridiction compétente, à savoir le tribunal de police en cas de contraventions de 5^{ème} classe (infractions suffisamment graves pour être inscrites sur le casier judiciaire), le tribunal correctionnel en cas de délits (infractions punies d'une peine de prison dont la durée n'excède pas six ans) et la cour d'assise en cas de crimes.
- **L'exécution de la peine :** la peine est appliquée lorsque le jugement est définitif, c'est-à-dire qu'aucune voie de recours n'a été exercée et que les délais pour les former sont expirés. Devant le nombre exponentiel de détenus en France, la loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 « loi pénitentiaire » ^[50] a permis de simplifier les procédures d'aménagement de peine dans le cadre d'une libération anticipée.

Une expertise psychiatrique peut-être demandée à chacune de ces étapes. Même si la spécialité de l'expert n'est pas mentionnée, il paraît évident que l'expert psychiatre sera le plus compétent notamment pour se prononcer sur une libération anticipée, la pertinence d'un suivi socio-judiciaire, le diagnostic de maladie mentale lors de la garde à vue...

Elle est préférentiellement demandée lors de l'instruction afin de déterminer si l'auteur présumé est responsable ou non des faits qui lui sont reprochés. Elle est même rendue obligatoire, d'une part, avant le jugement lors des infractions les plus graves détaillées dans l'article 706-47 du code de procédure pénale ^[51] :

- Crime de meurtre ou assassinat lorsqu'ils sont commis sur un mineur, précédés ou accompagnés d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, ou lorsqu'ils sont commis en état de récidive légale.

Le meurtre est défini par le fait de donner volontairement la mort à autrui (article 221-1 du code pénal ^[52]). L'assassinat correspond quant à lui un meurtre commis avec préméditation ou guet-apens (article 221-3 du code pénal ^[53]).

- Crime de tortures ou d'actes de barbarie.
- Crime de viol.
- Délit d'agressions sexuelles.
- Délit et crime de traite des êtres humains à l'égard d'un mineur.
- Délit et crime de proxénétisme à l'égard d'un mineur.
- Délit de recours à la prostitution d'un mineur.
- Délit de corruption de mineur.
- Délit de proposition sexuelle faite par un majeur à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique.
- Délit de captation, d'enregistrement, de transmission, d'offre, de mise à disposition, de diffusion, d'importation ou d'exportation, d'acquisition ou de détention d'image ou de représentation pornographique d'un mineur ainsi que le délit de consultation habituelle ou en contrepartie d'un paiement d'un service de communication au public en ligne mettant à disposition une telle image ou représentation.
- Délit de fabrication, de transport, de diffusion ou de commerce de message violent ou pornographique susceptible d'être vu ou perçu par un mineur.
- Délit d'incitation d'un mineur à se soumettre à une mutilation sexuelle ou à commettre cette mutilation.
- Délit d'atteintes sexuelles.

Et d'autre part, afin d'évaluer la dangerosité et le risque de récidive avant une libération qu'elle soit anticipée, conditionnelle ou suite à une fin de peine, les magistrats seront dans l'obligation de mandater des experts psychiatres après la condamnation pour la mise en place éventuelle :

- D'un placement sous surveillance électronique mobile (loi du 12 décembre 2005 n°2005-1549 relative au traitement de la récidive des infractions pénales qui va étendre le champ d'application du SSJ) ^[54].

- D'une mesure de rétention de sûreté (loi du 25 février 2008 n°2008-174 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental). Une personne, après l'exécution de sa condamnation à la réclusion criminelle pour certains crimes graves, pourra être placée en rétention de sûreté « *lorsqu'elle présente une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un trouble grave de la personnalité* ».

On distingue alors les expertises pré-sentencielles des expertises post-sentencielles dont les enjeux seront différents. Afin de bien comprendre cette distinction, les caractéristiques de chacune sont récapitulées dans le tableau suivant :

Expertise psychiatrique en matière pénale	
Expertise pré-sentencielle (ou expertise « de responsabilité pénale » ou « expertise durant l'instruction »)	Expertise post-sentencielle (ou « expertise de pré-libération » ou « expertise en application de peine »)
Discernement et contrôle des actes au moment des faits	Conduite en milieu ouvert après la libération envisagée
Rétrospective	Prospective
Synchronique	Diachronique
Séquentielle	Longitudinale
Imputabilité	Dangerosité
Indications ou contre-indications du jugement	Indications ou contre-indications de la libération conditionnelle
Peines	Mesures de sûreté
Choix de la sanction pénale et de son régime	Opportunité ou nécessité de la surveillance, de l'assistance et du suivi en milieu ouvert

L'évolution de l'expertise au cours de ces dernières années a vu émerger trois niveaux d'expertise répondant aux nouvelles attentes de la justice. En effet, le souhait est à présent de superposer l'expertise « rétrospective », l'expertise « prospective » mais également l'expertise à « visée thérapeutique ». Le premier niveau a pour but d'identifier une pathologie psychiatrique, de rechercher une abolition ou une altération éventuelle du discernement au

moment des faits et d'évaluer la dangerosité psychiatrique. Le second niveau permet une lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet. Enfin, le troisième niveau implique une formation multidisciplinaire en criminologie de l'expert afin d'établir une analyse psycho-criminologique du passage à l'acte et d'évaluer la dangerosité criminologique.

Tableau 3 - Les 3 niveaux de l'expertise psychiatrique face aux nouvelles attentes de la justice ^[55]

Expertise Psychiatrique	
Niveau 1 :	- identification d'une pathologie psychiatrique - recherche d'une abolition éventuelle du discernement au moment des faits conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP - recherche d'une abolition éventuelle du discernement au moment des faits conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP - évaluation de la dangerosité psychiatrique
Niveau 2 :	- lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet
Niveau 3 :	- analyse psycho-criminologique du passage à l'acte - évaluation de la dangerosité criminologique

La juridiction compétente va nommer l'expert de son choix à condition que ce dernier figure sur la liste nationale de la Cour de cassation ou les listes de Cour d'appel. Toutefois, les magistrats peuvent, après avis motivé, choisir un expert inscrit sur aucune de ces listes. Depuis 1985, l'unicité d'expert est redevenue la règle tandis que la dualité d'experts doit faire exception.

L'expertise psychiatrique doit répondre à une procédure stricte, régie par les articles 156 à 169-1 du code de procédure pénale révisé par l'ordonnance du 23 décembre 1958 ^[56] :

Article 156 : modifié par la loi n°2004-204 du 09 mars 2004

« Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties, ordonner une expertise. Le ministère public ou la partie qui demande une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait voir poser à l'expert.

Lorsque le juge d'instruction estime ne pas devoir faire droit à une demande d'expertise, il doit rendre une ordonnance motivée au plus tard dans un délai de un mois à compter de la réception de la demande. Les dispositions des avant-dernier et dernier alinéas de l'article 81 sont applicables.

Les experts procèdent à leur mission sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction ordonnant l'expertise. »

Article 157 : modifié par la loi n°2004-130 du 11 février 2004

« Les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation ou sur une des listes dressées par les cours d'appel dans les conditions prévues par la loi n°71-498 du 29 juin 1971 relatives aux expertises judiciaires.

A titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes »

Article 157-1 : créé par la loi n°75-701 du 06 août 1975

« Si l'expert désigné est une personne morale, son représentant légal soumet à l'agrément de la juridiction le nom de la ou des personnes physiques, qui, au sein de celle-ci et en son nom, effectueront l'expertise ».

Article 158 :

« La mission des experts qui ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre technique est précisée dans la décision qui ordonne l'expertise »

Article 159 : modifié par la loi n°93-1013 du 24 août 1993

« Le juge d'instruction désigne l'expert chargé de procéder à l'expertise. Si les circonstances le justifient, il désigne plusieurs experts »

Article 160 : modifié par la loi n°2004-130 du 11 février 2004

« Les experts ne figurant sur aucunes des listes mentionnées à l'article 157 prêtent, chaque fois qu'ils sont commis, le serment prévu par la loi n°71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires devant le juge d'instruction ou le magistrat désigné par la juridiction. Le procès-verbal de prestation de serment est signé par le magistrat compétent, l'expert et le greffier. En cas d'empêchement dont les motifs doivent être précisés, le serment peut être reçu par écrit et la lettre de serment est annexée au dossier de la procédure »

Article 161 :

« Toute décision commettant des experts doit leur impartir un délai pour remplir leur mission.

Si des raisons particulières l'exigent, ce délai peut être prorogé sur requête des experts et par décision motivée rendue par le magistrat ou la juridiction qui les a désignés. Les experts qui ne déposent pas leur rapport dans le délai qui leur a été imparti peuvent être immédiatement remplacés et doivent rendre compte des investigations auxquelles ils ont déjà procédé. Ils doivent aussi restituer dans les quarante-huit heures les objets, pièces et documents qui leur auraient été confiés en vue de l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent être, en outre, l'objet de mesures disciplinaires allant jusqu'à la radiation de l'une ou de l'autre des listes prévues par l'article 157.

Les experts doivent remplir leur mission en liaison avec le juge d'instruction ou le magistrat délégué ; ils doivent le tenir au courant du développement de leurs opérations et le mettre à même de prendre à tout moment toutes mesures utiles.

Le juge d'instruction, au cours de ses opérations, peut toujours, s'il l'estime utile, se faire assister des experts »

Article 161-1 : modifié par la loi n°2016-731 du 03 juin 2016

« Copie de la décision ordonnant une expertise est adressée sans délai au procureur de la République et aux parties, qui disposent d'un délai de dix jours pour demander au juge d'instruction, selon les modalités prévues par l'avant-dernier alinéa de l'article 81, de modifier ou de compléter les questions posées à l'expert ou d'adjoindre à l'expert ou aux experts déjà désignés un expert de leur choix figurant sur une des listes mentionnées à l'article 157

Si le juge ne fait pas droit, dans un délai de dix jours à compter de leur réception, aux demandes prévues au premier alinéa, il rend une ordonnance motivée. Cette ordonnance ou l'absence d'ordonnance peut être contestée dans un délai de dix jours devant le président de la chambre de l'instruction. Ce dernier statue par décision motivée qui n'est pas susceptible de recours.

Le présent article n'est pas applicable lorsque les opérations d'expertise et le dépôt des conclusions par l'expert doivent intervenir en urgence et ne peuvent être différés pendant le délai de dix jours prévu au premier alinéa ou lorsque la communication prévue au premier alinéa risque d'entraver l'accomplissement des investigations.

Il n'est pas non plus applicable aux catégories d'expertises dont les conclusions n'ont pas d'incidence sur la détermination de la culpabilité de la personne mise en examen et dont la liste est fixée par décret. »

Article 161-2 : modifié par la loi n°2007-291 du 05 mars 2007

« Si le délai prévu à l'article 161 excède un an, le juge d'instruction peut demander que soit auparavant déposé un rapport d'étape qui est notifié aux parties selon les modalités prévues à l'article 167. Les parties peuvent alors adresser en même temps à l'expert et au juge leurs observations en vue du rapport définitif »

Article 162 : modifié par la loi n°2004-130 du 11 février 2004

« Si les experts demandent à être éclairés sur une question échappant à leur spécialité, le juge peut les autoriser à s'adjoindre des personnes nommément désignées, spécialement qualifiées par leur compétence.

Les personnes ainsi désignées prêtent serment dans les conditions prévues à l'article 160. Leur rapport sera annexé intégralement au rapport mentionné à l'article 166 ».

Article 163 : modifié par la loi n°2016-731 du 03 juin 2016

« Avant de faire parvenir les scellés aux experts, le juge d'instruction ou le magistrat désigné par la juridiction procède, s'il y a lieu, à leur inventaire dans les conditions prévues par l'article 97. Il énumère ces scellés dans un procès-verbal.

Pour l'application de leur mission, les experts sont habilités à procéder à l'ouverture ou à la réouverture des scellés, et à confectionner de nouveaux scellés après avoir, le cas échéant, procédé au reconditionnement des objets qu'ils étaient chargés d'examiner ; dans ce cas, ils en font mention dans leur rapport, après avoir, s'il y a lieu, dressé inventaire des scellés ; les dispositions du sixième alinéa de l'article 97 ne sont pas applicables ».

Article 164 : modifié par la loi n°2004-204 du 09 mars 2004

« Les experts peuvent recevoir, à titre de renseignement et pour le seul accomplissement de leur mission, les déclarations de toute personne autre que la personne mise en examen, le témoin assisté ou la partie civile.

Toutefois, si le juge d'instruction ou le magistrat désigné par la juridiction les y a autorisés, ils peuvent à cette fin recevoir, avec l'accord des intéressés, les déclarations de la personne mise en examen, du témoin assisté ou de la partie civile nécessaires à l'exécution de leur mission. Ces déclarations sont recueillies en présence de leur avocat ou celui-ci dûment convoqué dans les conditions prévues par le deuxième alinéa de l'article 114, sauf renonciation écrite remise aux experts. Ces déclarations peuvent être également recueillies à l'occasion d'un interrogatoire ou d'une déposition devant le juge d'instruction en présence de l'expert.

Les médecins ou psychologues experts chargés d'examiner la personne mise en examen, le témoin assisté ou la partie civile peuvent dans tous les cas leur poser des questions pour l'accomplissement de leur mission hors la présence du juge et des avocats ».

Article 165 :

« Au cours de l'expertise, les parties peuvent demander à la juridiction qui l'a ordonnée qu'il soit prescrit aux experts d'effectuer certaines recherches ou d'entendre toute personne nommément désignée qui serait susceptible de leur fournir des renseignements d'ordre technique ».

Article 166 : modifié par la loi n°2003-239 du 18 mars 2003 et la loi n°2007-291 du 05 mars 2007

« Lorsque les opérations d'expertise sont terminées, les experts rédigent un rapport qui doit contenir la description desdites opérations ainsi que leurs conclusions. Les experts signent leur rapport et mentionnent les noms et qualités des personnes qui les ont assistés, sous leur contrôle et leur responsabilité, pour la réalisation des opérations jugées par eux nécessaires à l'exécution de la mission qui leur a été confiée.

Lorsque plusieurs experts ont été désignés et s'ils sont d'avis différents ou s'ils ont des réserves à formuler sur des conclusions communes, chacun d'eux indique son opinion ou ses réserves en les motivant.

Le rapport et les scellés, ou leurs résidus, sont déposés entre les mains du greffier de la juridiction qui a ordonné l'expertise ; ce dépôt est constaté par procès-verbal.

Avec l'accord du juge d'instruction, les experts peuvent, directement et par tout moyen, communiquer les conclusions de leur rapport aux officiers de police judiciaire chargés de l'exécution de la commission rogatoire, au procureur de la République ou aux avocats des parties ».

Article 167 : modifié par la loi n°2015-177 du 16 février 2015

« Le juge d'instruction donne connaissance des conclusions des experts aux parties et à leurs avocats après les avoir convoqués conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 114. Il leur donne également connaissance, s'il y a lieu, des conclusions des rapports des personnes requises en application des articles 60 et 77-1, lorsqu'il n'a pas été fait application des dispositions du quatrième alinéa de l'article 60. Une copie de l'intégralité du rapport est alors remise, à leur demande, aux avocats des parties.

Les conclusions peuvent également être notifiées par lettre recommandée ou, lorsque la personne est détenue, par les soins du chef de l'établissement pénitentiaire qui adresse, sans délai, au juge d'instruction l'original ou la copie du récépissé signé par l'intéressé. L'intégralité du rapport peut aussi être notifiée, à leur demande, aux avocats des parties par lettre recommandée. Si les avocats des parties ont fait connaître au juge d'instruction qu'ils disposent

d'une adresse électronique, l'intégralité du rapport peut leur être adressée par cette voie, selon les modalités prévues au I de l'article 803-1.

Dans tous les cas, le juge d'instruction fixe un délai aux parties pour présenter des observations ou formuler une demande, notamment aux fins de complément d'expertise ou de contre-expertise. Cette demande doit être formée conformément aux dispositions du dixième alinéa de l'article 81. Pendant ce délai, le dossier de la procédure est mis à la disposition des conseils des parties. Le délai fixé par le juge d'instruction, qui tient compte de la complexité de l'expertise, ne saurait être inférieur à quinze jours ou, s'il s'agit d'une expertise comptable ou financière, à un mois. Passé ce délai, il ne peut plus être formulé de demande de contre-expertise, de complément d'expertise ou de nouvelle expertise portant sur le même objet, y compris sur le fondement de l'article 82-1, sous réserve de la survenance d'un élément nouveau.

Lorsqu'il rejette une demande, le juge d'instruction rend une décision motivée qui doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Il en est de même s'il commet un seul expert alors que la partie a demandé qu'il en soit désigné plusieurs. Faute pour le juge d'instruction d'avoir statué dans le délai d'un mois, la partie peut saisir directement la chambre de l'instruction.

Le juge d'instruction peut également notifier au témoin assisté, selon les modalités prévues par le présent article, les conclusions des expertises qui le concernent en lui fixant un délai pour présenter une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. Le juge n'est toutefois pas tenu de rendre une ordonnance motivée s'il estime que la demande n'est pas justifiée, sauf si le témoin assisté demande à être mis en examen en application de l'article 113-6 ».

Article 167-1 : modifié par la loi n°2008-174 du 25 février 2008

« Lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'application des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal prévoyant l'irresponsabilité pénale de la personne en raison d'un trouble mental, leur notification à la partie civile est effectuée dans les conditions prévues par le premier alinéa de l'article 167, le cas échéant en présence de l'expert ou des experts. En matière criminelle, cette présence est obligatoire si l'avocat de la partie civile le demande. La partie civile dispose alors d'un délai de quinze jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de

contre-expertise. La contre-expertise demandée par la partie civile est de droit. Elle doit être accomplie par au moins deux experts ».

Article 167-2 : créé par la loi n°2007-291 du 05 mars 2007

« Le juge d'instruction peut demander à l'expert de déposer un rapport provisoire avant son rapport définitif. Le ministère public et les parties disposent alors d'un délai fixé par le juge d'instruction qui ne saurait être inférieur à quinze jours ou, s'il s'agit d'une expertise comptable ou financière, à un mois, pour adresser en même temps à l'expert et au juge les observations écrites qu'appelle de leur part ce rapport provisoire. Au vu de ces observations, l'expert dépose son rapport définitif. Si aucune observation n'est faite, le rapport provisoire est considéré comme le rapport définitif.

Le dépôt d'un rapport provisoire est obligatoire si le ministère public le requiert ou si une partie en a fait la demande selon les modalités prévues par l'avant-dernier alinéa de l'article 81 lorsqu'elle est informée de la décision ordonnant l'expertise en application de l'article 161-1 ».

Article 168 : modifié par la loi n°2007-291 du 05 mars 2007

« Les experts exposent à l'audience, s'il y a lieu, le résultat des opérations techniques auxquelles ils ont procédé, après avoir prêté serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience. Au cours de leur audition, ils peuvent consulter leur rapport et ses annexes.

Le président peut soit d'office, soit à la demande du ministère public, des parties ou de leurs conseils, leur poser toutes questions rentrant dans le cadre de la mission qui leur a été confiée. Le ministère public et les avocats des parties peuvent également poser directement des questions aux experts selon les modalités prévues par les articles 312 et 442-1.

Après leur exposé, les experts assistent aux débats, à moins que le président ne les autorise à se retirer ».

Article 169 :

« Si, à l'audience d'une juridiction de jugement, une personne entendue comme témoin ou à titre de renseignement contredit les conclusions d'une expertise ou apporte au point de vue technique des indications nouvelles, le président demande aux experts, au ministère public, à la défense et, s'il y a lieu, à la partie civile, de présenter leurs observations. Cette juridiction, par décision motivée, déclare, soit qu'il sera passé outre aux débats, soit que l'affaire sera renvoyée à une date ultérieure. Dans ce dernier cas, cette juridiction peut prescrire quant à l'expertise toute mesure qu'elle jugera utile ».

Article 169-1 : créé par la loi n°72-1226 du 29 décembre 1972

« Les dispositions des articles 168 et 169 sont applicables aux personnes appelées soit à procéder à des constatations, soit à apprécier la nature des circonstances d'un décès, conformément aux articles 60 et 74 ».

Par ailleurs, le **code de Déontologie** de l'expertise précise :

Article 105 : *« nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services ».*

Article 106 : *« lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposent à contrevenir aux dispositions du présent Code ».*

Article 107 : *« le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé ».*

Article 108 : *« dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que des éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission ».*

La mission d'expertise est donc explicitement demandée par un magistrat qui aura la responsabilité de poser des questions précises permettant d'obtenir un avis utile au jugement ou à une éventuelle libération. Toutefois, elles restent très standardisées. Pour cette étude, seule les expertises de garde à vue (GAV) et les expertises durant l'instruction ont été prises en compte et seront donc les seules à être détaillées.

La conférence de consensus du 2-3 décembre 2004 sur les interventions des médecins auprès des personnes en garde à vue, va permettre de préciser le rôle et le cadre réglementaires des expertises de GAV [GAV_texte_court.pdf]. Ainsi elles sont réalisées en urgences à la demande d'un Officier de Police Judiciaire après réquisition d'un psychiatre ou non. En aucun cas, elles se substituent aux expertises durant l'instruction. Leur seul objectif est d'identifier d'éventuels troubles psychiatriques nécessitant des soins psychiatriques en urgence et contre-indiquant ainsi la GAV.

La mission type d'une expertise durant l'instruction se constituera a minima des sept questions suivantes ^[57] :

1. L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiatriques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
2. L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
3. Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
4. Le sujet est-il accessible à la sanction pénale ?
5. Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
6. Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychiatrique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ?
7. Dire s'il peut faire l'objet d'un traitement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (article 131-36-1 du Code Pénal).
8. Faire toutes les observations utiles.

L'expert psychiatre ne va donc pas se prononcer directement sur la responsabilité pénale qui est du ressort de la justice, mais sur son état psychique au moment des faits. De même, plusieurs jurisprudences ont pu mettre en évidence, les dérives qui peuvent en découler. En effet, il n'est pas rare que les magistrats demandent à l'expert de s'exprimer quant à la culpabilité de l'auteur ou à sa crédibilité. L'arrêt du 29 octobre 2003 précise « que

l'accomplissement d'une mission d'expertise psychiatrique, relative à la recherche d'anomalies mentales susceptibles d'annihiler ou atténuer la responsabilité pénale du sujet, n'interdit pas aux médecins experts d'examiner les faits, d'envisager la culpabilité de la personne mise en examen, et d'apprécier son accessibilité à une sanction pénale »^[58].

La loi Guigou du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs^[59] a permis la création du Fichier National Automatisé des Empreintes Génétiques (FNAEG) et une circonstance aggravante pour certaines infractions sexuelles. C'est également elle qui va donner le jour au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soins. Il pourra alors s'agir en cas de crimes, d'une peine complémentaire à la peine de privation de liberté, et en cas de délits, d'une peine principale ou complémentaire.

L'analyse de l'expertise psychiatrique tant dans ses fondements que dans sa forme permet de souligner l'importance de la notion d'irresponsabilité pénale et par extension celle de responsabilité pénale. La partie suivante va donc s'attacher à définir ce terme, au centre de toute procédure pénale.

B. La responsabilité pénale

1. Le cadre légal

La définition de la responsabilité pénale ne fait son apparition qu'avec la révision du Code Pénal de 1994 dans le titre 2 du livre 1^{er} visant à modifier celui de 1810 dans lequel figurait seulement les termes de responsable, punissable ou excusable.

En droit pénal, elle correspond à *« l'obligation de répondre des infractions commises et de subir la peine prévue par le texte qui les réprime »*. Le Code Pénal détaillera grâce à 17 articles les situations où la responsabilité pénale est engagée ou non afin de réduire les interprétations inhérentes à chacun :

Article 121.1 ^[60]

« Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait ».

Article 121.2 : loi n°2004-204 du 09 mars 2004 ^[61]

« Les personnes morales, à l'exclusion de l'Etat, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121.4 à 121.7, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants »

« ... »

« La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121.3 ».

Article 121.3 : loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 ^[62]

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de commettre »

« Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui »

*« Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de **faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité** prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales*

compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ».

« Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ».

« Il n'y a point de contravention en cas de force majeure ».

Article 121.4 ^[63]

« Est auteur de l'infraction la personne qui :

1° commet les faits incriminés,

2° tente de commettre un crime ou, dans les cas prévus par la loi, un délit ».

Article 121.5 ^[64]

« La tentative est constituée dès lors que, manifestée par un commencement d'exécution, elle n'a été suspendue ou n'a manqué son effet qu'en raison de circonstances indépendantes de la volonté de son auteur ».

Article 121.6 ^[65]

« Sera puni comme auteur le complice de l'infraction, au sens de l'article 121.7 ».

Article 121.7 ^[66]

« Est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation ».

« Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué une infraction ou donné des instructions pour la commettre ».

Article 121.8 : créé par l'ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 ^[67]

« Est interdit le fait d'abuser de la faiblesse ou de l'ignorance d'une personne pour lui faire souscrire, par le moyen de visites à domicile, des engagements au comptant ou à crédit sous quelle que forme que ce soit, lorsque les circonstances montrent que cette personne n'était pas en mesure d'apprécier la portée des engagements qu'elle prenait ou de déceler les ruses ou artifices déployés pour la convaincre à y souscrire ou font apparaître qu'elle a été soumise à une contrainte ».

Article 122.1 : modifié par la loi n°2014-896 du 15 août 2014 ^[68]

« N'est pas pénalement responsable la personne qui est atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

« La personne qui est atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. 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 ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à 30 ans... Lorsque'après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».

Article 122.2 : ce dernier s'appuie sur la circulaire Chaumié de 1905 qui fait mention d'une « responsabilité atténuée » ^[69].

« N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister ».

Article 122.3 ^[70]

« N'est pas pénalement responsable la personne qui justifie avoir cru, par une erreur sur le droit qu'elle n'était pas en mesure d'éviter, pouvoir légitimement accomplir l'acte ».

Article 122.4 ^[71]

« N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires ».

« N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal ».

Article 122.5 ^[72]

« N'est pas pénalement responsable la personne qui, devant une atteinte injustifiée envers elle-même ou autrui, accomplit, dans le même temps, un acte commandé par la nécessité de la légitime défense d'elle-même ou d'autrui, sauf s'il y a disproportion entre les moyens de défense employés et la gravité de l'atteinte ».

« N'est pas pénalement responsable la personne qui, pour interrompre l'exécution d'un crime ou d'un délit contre un bien, accomplit un acte de défense, autre qu'un homicide volontaire, lorsque cet acte est strictement nécessaire au but poursuivi dès lors que les moyens employés sont proportionnés à la gravité de l'infraction ».

Article 122.6 ^[73]

*« Est présumé avoir agi en état de légitime défense celui qui accomplit l'acte :
1° pour repousser, de nuit, l'entrée par effraction, violence ou ruse dans un lieu habité,
2° pour se défendre contre les auteurs de vols ou de pillages exécutés avec violence ».*

Article 122.7 ^[74]

« N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace ».

Article 122.8 : modifié par la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 ^[75]

« Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet... ».

Article 122.9 : créé par la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 ^[76]

« N'est pas pénalement responsable la personne qui porte atteinte à un secret protégé par la loi, dès lors que cette divulgation est nécessaire et proportionnée à la sauvegarde des intérêts en cause, qu'elle intervient dans le respect des procédures de signalement définies par la loi et que la personne répond aux critères de définition du lanceur d'alerte prévus... ».

2. Le discernement

« Est-ce que le cannabis altère ou abolit le discernement du consommateur ? ». Voici une question dont la réponse est dans les faits plus complexes. Tout d'abord, la problématique réside dans l'absence de définition scientifique ou juridique du terme de discernement. Il est toutefois décrit comme « la faculté de reconnaître distinctement en faisant un effort des sens ou de l'esprit, ou de tous ces éléments conjugués » et ainsi assimilé à la capacité de comprendre. D'autre part, les mécanismes de prise de décision et de raisonnement restent encore flous et non élucidés. Enfin, il n'existe à ce jour aucune étude analysant les conséquences d'une prise de cannabis - d'autant plus à court terme - sur le discernement.

Cette partie s'articulera donc autour trois axes : comment définir le discernement, le discernement d'un point de vue neuroscientifique et le discernement au cœur de la justice.

a. Définition

Bien que figurant dans le Code Pénal, il n'existe actuellement aucune définition juridique du terme. Malgré tout, il est possible d'appréhender le sens donné par le droit en le replaçant dans son contexte juridique.

Dans le chapitre précédent, nous avons pu lire l'intégralité des articles faisant mention de responsabilité pénale. En résumé, le chapitre I du Code Pénal comprend les dispositions générales en matière de responsabilité pénale. « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre » témoigne de la nécessité d'avoir l'intention de passer à l'acte pour être juger responsable - en dehors des cas d'imprudence, de négligence ou de mise en danger. Cet élément moral est primordial puisqu'il doit être présent au même titre que l'élément matériel et l'élément légal pour que l'infraction existe. Le chapitre II « des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité » dudit Code Pénal va lui moduler les dispositions premières en énumérant les causes d'exclusion de l'infraction. D'une part, les causes objectives d'irresponsabilité qui viennent neutraliser l'élément légal et regroupent l'autorisation de la loi et l'ordre de l'autorité légitime, la légitime défense et l'état de nécessité. D'autre part, les causes subjectives d'irresponsabilité qui peuvent s'entendre comme des causes de non-imputabilité de l'infraction à celui qui l'a commise, et qui viennent annihiler l'élément moral. Elles réunissent la contrainte, l'erreur de droit, et les personnes présentant des troubles psychiques et les personnes mineures.

L'expertise psychiatrique a donc pour objectif de rechercher ces causes subjectives. Les termes de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal faisant mention de « troubles psychiques ou neuropsychiques » sont plutôt explicites en comparaison de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal qui fait référence à « une force » ou « une contrainte ». En effet, il peut subsister une confusion liée à la sémantique du fait de l'utilisation d'un vocable similaire pour décrire certains troubles psychiques. La contrainte est donc définie comme un élément ayant la capacité de vouloir et aura donc un rôle dans l'imputabilité de l'acte. Elle n'est donc pas considérée à proprement parlée comme un facteur affectant le discernement, c'est-à-dire la capacité à comprendre. Elle peut être de nature physique ou morale (privation de tout choix). Pour être caractérisée, la contrainte doit remplir certaines conditions cumulatives ^[77] :

- Irrésistible : traduit juridiquement par « l'impossibilité de se conformer à la loi ».
- Extérieure : elle est systématique en cas de contrainte morale mais ne l'est pas nécessairement en cas de contrainte physique.
- Imprévisible : la contrainte doit donc être inattendue.

L'abolition du discernement peut donc être assimilée à la perte de l'intention de commettre un acte, consécutive à la perte du libre arbitre. Si le discernement semble similaire à l'intuition, il n'est cependant pas identique. L'intuition est une prise de conscience immédiate et individuelle, fonction des expériences et des perceptions de l'individu, et inéluctablement subjective ^[78].

Plusieurs définitions du discernement sont proposées. La première, proposée par le petit Larousse, est de considérer le discernement comme « 1. *L'action de discerner, de distinguer, de discriminer : le discernement du vrai du faux.* 2. *La faculté d'apprécier sainement les choses : intelligence critique* ». Deuxièmement, le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) suggère que ce soit la « *faculté qui est donnée à l'esprit ou qu'il a apprise par l'expérience, d'apprécier les choses selon leur nature et à leur juste valeur, d'en juger avec bon sens et clarté ; la capacité de l'esprit de distinguer ce qui est bien, vrai, permis, de ce qui est mal, faux, défendu* ». Enfin, selon Wikipedia, le discernement correspondrait à la « *faculté de reconnaître distinctement en faisant un effort des sens ou de l'esprit, ou de tous ces éléments conjugués* ».

En regroupant tous ces éléments, on peut proposer de définir le discernement de la façon suivante : « la capacité à déduire et à raisonner selon différents modes, de manière à vérifier une intuition ».

b. Le discernement du point de vue des neurosciences

L'avancée en matière d'imagerie cérébrale a contribué à une meilleure compréhension du fonctionnement cérébral et notamment des mécanismes impliqués dans les troubles neurologiques ou psychiatriques. Néanmoins, elles n'ont pas permis de déterminer les nuances infimes qui différencient le libre arbitre, du discernement, du jugement ou du raisonnement. Dans le cadre des recherches scientifiques, le terme de discernement est que rarement employé, au profit de celui de libre arbitre. C'est donc à travers sa définition que nous tenterons d'aiguiser le sens du discernement.

Le libre arbitre ou le discernement n'est pas la résultante d'une seule fonction cognitive ou d'un ensemble de fonctions cognitives. Nonobstant, certaines d'entre elles semblent indispensables telles que les processus d'agentivité et de volition, les métacognitions et les fonctions exécutives ^[79].

La première correspond au processus d'agentivité c'est-à-dire la conscience de « soi » et donc la capacité d'un individu à être un agent actif de sa propre vie en exerçant un contrôle et une régulation de ses actes ^[80]. Un trouble de l'agentivité conduirait inévitablement à une absence de volonté de commettre ses actes et l'absence d'avoir conscience d'en être l'auteur. Il serait, dans ce cas, considérer la personne comme responsable pénalement de ses actes. L'agentivité pourrait donc être considérée comme une composante du discernement. Pour Firth, il s'agirait même de l'expression neurobiologique de la notion de responsabilité ^[81]. Le défaut d'agentivité a été retrouvé dans plusieurs études sur la schizophrénie. Ces résultats concordent avec la nette proportion d'altération ou d'abolition du discernement suggérée par les experts chez les personnes atteintes de trouble psychotique. Les aires cérébrales préférentiellement impliquées dans ce processus sont le carrefour tempo-pariétal, le cortex préfrontal dorso-latéral et l'aire pré-motrice supplémentaire ^[82]. Il serait intéressant d'étudier le lien éventuel entre un défaut d'agentivité et la consommation de cannabis.

La seconde se réfère au processus de volition. La volition est un acte par lequel la volonté se détermine à quelque chose. Elle fut décrite en 1690 par Locke dans son *essai sur l'entendement humain* comme « *cette puissance que notre esprit a de disposer ainsi de la présence ou de l'absence d'une idée particulière, ou de préférer le mouvement de quelque partie du corps, ou de faire le contraire, c'est ce que nous appelons Volonté. Et l'usage actuel que nous faisons de cette puissance, en produisant ou en cessant de produire telle ou telle action, c'est ce qu'on nomme Volition* ». Plus simplement, il la résumera comme un « acte de l'esprit exerçant avec connaissance l'empire qu'il suppose avoir sur quelque partie de l'homme, pour l'application à quelque action particulière ou pour l'en détourner ». La théorie volitionniste de l'action se base sur le principe que « *toute action volontaire est produite par un événement mental juste avant l'action, c'est-à-dire par un acte de volonté, incluant également les actions réflexes* » ^[83]. Une étude réalisée par Benjamin Libet en 1983 a démontré la présence d'une activité électrique dans les millièmes de seconde précédant la prise de décision volontaire ^[84]. Une autre étude de 2008 confirmera ces constatations en IRM cérébrale fonctionnelle ^[85]. Heckhausen propose alors de comprendre la volition comme « *l'ensemble des mécanismes utilisés pour la formation, la perpétuation et la mise en oeuvre des intentions et des objectifs* » ^[86]. Par ailleurs, les zones ainsi activées dans ce processus sont semblables à celles impliquées dans le processus d'agentivité – l'aire motrice supplémentaire, le cortex pariétal et le cortex préfrontal antérieur ^[87]. Une atteinte de la volition a pu être objectivée dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ^[88] et certains troubles du contrôle des impulsions ^[89]. C'est pourquoi, la capacité volitionnelle est étroitement liée à celle de discernement ou de contrôle des actes. Dans ce contexte, l'hypothèse d'un impact du cannabis sur ces circuits neuronaux est intéressante, d'autant plus qu'elle pourrait révolutionner la vision médico-légale de la prise de substances lors d'une infraction.

Les capacités métacognitives sociales marquées par la théorie de l'esprit et l'empathie représentent la troisième fonction cognitive primordiale pour permettre à un individu d'exercer son libre arbitre. Etymologiquement, la métacognition est la « cognition de la cognition ». Cela signifie en d'autres termes de « penser ses propres pensées ».

La théorie de l'esprit fait référence à des contingents cognitifs et se traduit comme « la capacité à inférer des états mentaux à autrui, comme des croyances, des désirs ou des intentions » ^[90] et donc de « reconnaître un type d'état mental, pour lui-même ou pour une autre personne ». Elle permet à un individu de s'adapter à l'environnement en lui permettant de prédire et d'anticiper

les comportements de la personne avec qui il interagit. Son haut degré de complexité met en jeu des processus de raisonnement et de décodage des états mentaux, de premier ordre (« je pense que ») ou de second ordre (« je pense qu'il pense que »). Parmi les structures impliquées, le cortex préfrontal dorso-médial semble avoir une place centrale dans l'élaboration de la théorie de l'esprit ^[91]. Un défaut de cette métacognition est présent dans l'autisme, la schizophrénie, le TDHA mais aussi la neuro-toxicité due à l'abus d'alcool.

A contrario, l'empathie fait allusion à des contingents affectifs. Elle est définie comme « la reconnaissance et la compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu ». Cette faculté est altérée dans plusieurs pathologies psychiatriques dont la schizophrénie ^[92], le syndrome d'Asperger ^[93] et le trouble de la personnalité antisociale ^[94].

Enfin les fonctions exécutives regroupent un ensemble hétérogène de processus cognitif de haut niveau nécessitant une analyse de la situation, l'élaboration d'un plan et la réalisation organisée de ce dernier pour terminer par une vérification du résultat obtenu. Les savants ont retenu trois fonctions spécifiques : la flexibilité mentale, la planification ainsi que le contrôle et la régulation de l'action incluant les capacités de mise à jour et d'inhibition. Les zones impliquées sont situées dans le cortex préfrontal ; elles sont connectées avec la plupart des autres aires cérébrales dont l'aire limbique, support des émotions, l'aire motrice et les aires sensorielles. Les processus cognitifs peuvent être altérés dans certaines pathologies, pouvant alors engendrer des comportements moins adaptés voire désadaptés. Ce phénomène peut alors être observé dans la schizophrénie et le trouble bipolaire ^[95], le TDHA ^[96] mais aussi le trouble de la personnalité borderline ^[97].

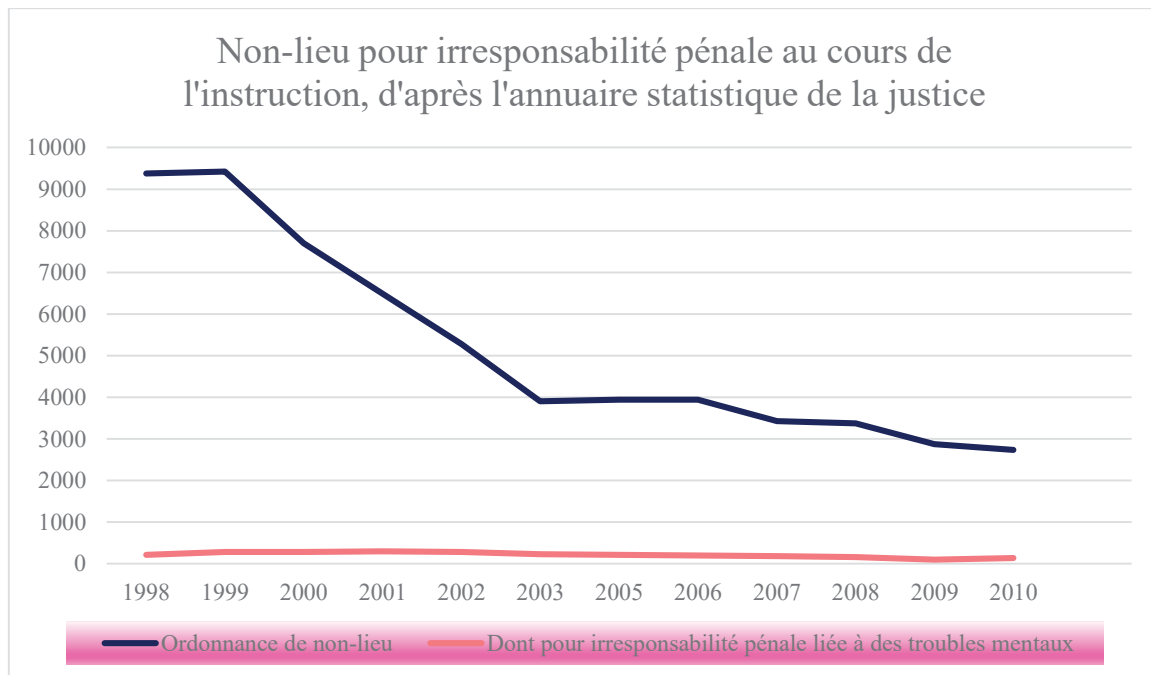
Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'intoxication chronique de cannabis engendre des atteintes cérébrales et notamment du cortex préfrontal. Son implication dans les diverses composantes décrites pour tenter de définir le discernement, suggère du rôle probable du cannabis au long court dans l'altération ou l'abolition du discernement. Aucune étude ne permet à ce jour d'affirmer ou non cette hypothèse. En outre, qu'en est-il lors d'une intoxication aiguë ? La consommation de cannabis a-t-elle un impact sur les fonctions cérébrales à court terme ?

3. Le discernement et la justice

En France la répression en matière de stupéfiants est intransigeante ^[98].

En 2010, le juge Michel HUYETTE avec la participation d'autres magistrats réalisent un point sur l'irresponsabilité pénale au lendemain de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ^[99]. Leur retour sur expérience en matière de stupéfiants témoigne de l'appréciation propre de l'expert et donc de la part subjective de la réponse formulée. Cependant, il semble que la position de ces derniers sur le sujet soit concordante. Il est ainsi admis « qu'il n'est pas exclu qu'une forte consommation de cannabis, ou d'autre drogue particulièrement toxique, entraîne des troubles abolissant le discernement au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ». Il précise par ailleurs : « ... celui qui choisit en pleine connaissance de cause des conséquences sur son état mental et son comportement de ne plus prendre ses médicaments ou de consommer de la drogue peut échapper à toute sanction pénale, si ces choix engendrent d'importants troubles de la personnalité et, ponctuellement, une perte de conscience et de discernement ». Il souligne le paradoxe et la complexité de l'expertise en responsabilité faite a posteriori. Effectivement, la temporalité est un élément clé pour juger d'une atteinte du discernement ou du contrôle des actes en cas de prise de toxiques. Or, la chronologie des faits n'est pas toujours évidente. La prise de cannabis est-elle la cause ou la conséquence d'une décompensation psychotique ? Le cannabis est-il responsable de la symptomatologie ou n'a-t-il fait que l'exacerber ?

Au vu des modifications législatives de ces dernières années, il paraît intéressant d'observer l'évolution du nombre de non-lieu ordonné par la justice. Selon l'annuaire statistique de la justice, on note ainsi depuis 1998 une diminution du nombre d'ordonnance de non-lieu mais aussi des ordonnances d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui passe de 211 en 1998 à 140 en 2010. Ces données sont résumées dans le graphique ci-dessous.



Ces chiffres sont toutefois à nuancer du fait qu'une grande majorité des affaires pénales n'est pas instruite.

L'enquête sur « *le malade mental criminel : un être responsable de ses actes ? Les expertises psychiatriques au prisme des représentations sociales de la folie et des relations entre juges et experts* »^[100], menée en 2016 auprès de magistrats a permis de soulever les limites de l'expertise psychiatrique. En effet, le recours à l'expertise en matière délictuelle est difficile et très controversé. Alors qu'aucune expertise n'est demandée lors de l'instruction, il n'est pas rare que les personnes bénéficient d'une altération du discernement lors du jugement en appel. Pour les affaires criminelles, on observe une multiplicité des expertises et contre-expertises dans le but de renforcer la décision commune. Cette étude soulève ainsi la méfiance de la justice envers les systèmes de soins psychiatriques.

Selon l'étude épidémiologique réalisée entre 2003 et 2004, les personnes atteintes de schizophrénie seraient 8 fois plus nombreuses dans le milieu carcéral par rapport à la population générale (8 % contre 1 %). De plus, 10 % des détenus présenteraient des troubles mentaux. C'est dans ce contexte que la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation de la justice a permis la création d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) afin de concilier peine et soins.

V. CONTEXTE CLINIQUE : justificatif de l'étude

La banalisation de la consommation de cannabis est devenue un problème de santé publique notamment vis-à-vis des adolescents et jeunes adultes. En effet, dans la partie précédente nous avons pu voir que la consommation de cannabis avait un impact direct sur la prise de risque et l'impulsivité.

Une étude réalisée à partir de douze cas de crimes violents commis sous l'influence de cannabis à Genève entre 1996 et 2000 suggère le rôle spécifique du cannabis dans le développement de comportements violents. Au moment des faits, tous présentaient des signes cliniques d'intoxication cannabique ^[101]. Les auteurs des crimes commis ont alors été jugés partiellement ou totalement irresponsables des faits reprochés.

Ces résultats sont en contradiction avec ce qu'on pourrait attendre en France, où à l'image de l'alcool, la prise de toxique et, dans ce cas, de cannabis ne serait en soi pas un facteur d'irresponsabilité pénale.

En effet, la loi établit clairement la responsabilité pénale d'un individu en cas de symptômes psychotiques déclenchés par l'ingestion de drogues. A contrario, le sujet est reconnu irresponsable pénalement si les symptômes psychotiques sont liés à une pathologie mentale. Cependant, une question se pose lorsque le présumé auteur va manifester des symptômes psychotiques persistants même en cas d'arrêt de la prise de toxiques. Une étude de Carroll et al publiée le 11 septembre 2008 a répertorié le point de vue des juristes, des politiciens et des experts dans ce cas précis ^[102].

VI. CONSTRUCTION DE L'HYPOTHESE

Lors d'une procédure pénale, un expert psychiatre sera nommé par les magistrats. Il devra alors se prononcer sur le degré de discernement de l'auteur présumé de l'infraction. En effet, la première question à laquelle il devra répondre est la suivante : « le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ? ».

Malheureusement, il n'est pas toujours aidé de s'affranchir de cette mission du fait d'une expertise arrivant à distance des faits reprochés, pouvant aller de quelques semaines à plusieurs mois. L'expert doit donc réaliser une analyse rétrospective de l'état mental, compliquant ainsi l'évaluation de la responsabilité pénale.

Par ailleurs, l'enjeu est primordial puisque le juge s'appuiera sur les conclusions de l'expert pour rendre son jugement. Premièrement, en cas d'abolition du discernement, l'auteur n'est pas accessible à une sanction pénale. Les poursuites pénales seront donc abandonnées et il sera pris en charge dans une unité de soins psychiatriques. Deuxièmement, en cas d'altération du discernement, l'auteur sera condamné mais il bénéficiera d'une réduction de peine dont le maximum légal sera réduit d'un tiers en matière correctionnelle et ramené à 30 ans en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité. Enfin, en cas d'absence d'altération ou d'abolition du discernement, l'auteur sera condamné selon les termes prévus par la loi.

VII. ETUDE DESCRIPTIVE

A. Hypothèse principale

En France, la consommation de cannabis ne serait pas considérée par les experts comme un facteur d'altération ou d'abolition du discernement.

B. Objectifs de l'étude

Notre étude avait pour objectif principal de répondre à la question suivante : une consommation de cannabis pourrait-elle être retenue par l'expert comme une cause d'abolition ou d'altération du discernement au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ?

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de repérer, parmi les données cliniques de l'expertise, les facteurs significativement associés à une altération ou une abolition du discernement.

C. Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, multicentrique, portant sur des expertises pénales réalisées dans la région Provence Alpes Côte d'Azur de 2016 à 2018. Les expertises ont été recueillies auprès de 6 experts psychiatres des Cours d'Appel de Nice, Grasse et Aix travaillant dans un établissement de santé (le Centre Hospitalier d'Antibes, le Centre Hospitalier de Grasse, la clinique Saint François à Nice et le Centre Hospitalier de Toulon) ou en cabinet libéral (Nice et Seyne Sur Mer).

Critères d'inclusion :

- Les auteurs présumés devaient être majeurs et âgés de 18 à 65 ans.
- Les faits reprochés devaient être commis sous l'emprise de cannabis associé ou non à d'autres produits ou de l'alcool.
- Les expertises pour lesquelles l'expert ne faisait pas mention d'une éventuelle intoxication cannabis au moment des faits mais dont il soulignait une consommation quotidienne importante (> 5 joints par jour) ont été incluses.

Critères de non-inclusion :

Les expertises pour lesquelles l'expert au terme de son entretien n'a pas pu se prononcer sur la question de l'existence au moment des faits d'une altération ou d'une abolition du discernement.

Critères d'exclusion :

- Les expertises concernant des délits ou crimes pour lesquelles les mis en cause n'avaient pas consommé de cannabis,
- Les expertises pour lesquelles la question du discernement de l'auteur au moment des faits selon l'article 122-1 du Code Pénal n'était pas soulevée (expertises post-sententielles).

Le critère de jugement principal :

Il a pour but de déterminer si l'auteur présumé est responsable ou non des faits reprochés. Il correspond alors à la conclusion de l'expert concernant la question sur le discernement de l'auteur au moment des faits. Ainsi trois réponses ont été retenues :

- Discernement aboli,
- Discernement altéré,
- Discernement non modifié.

Les critères de jugement secondaires :

Ils vont permettre d'éclairer les facteurs qui peuvent avoir un impact sur l'évaluation du discernement et donc de la responsabilité pénale. On a donc cherché des associations entre une perturbation du discernement qu'il soit altéré ou aboli et les variables suivantes :

- Biographiques : âge, sexe, géographie, parcours familial (placement, maltraitance, viol), parentalité, statut marital, catégorie socio-professionnelle.
- Antécédents psychiatriques personnels : trouble de la personnalité, trouble bipolaire, trouble psychotique, bouffée délirante aiguë et psychose cannabique, impulsivité.
- Antécédents psychiatriques familiaux.
- Antécédents judiciaires en tant qu'auteur ; le cas échéant, est-il ou a-t-il été condamné à un suivi socio-judicaire (soins pénalement ordonnés, suivi par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), surveillance électronique) ? Est-ce l'acte actuellement reproché a été commis en état de récidive légale ?
- Antécédents judiciaires en tant que victime.
- Consommation de cannabis : usage nocif / dépendance. Une consommation quotidienne de cannabis, en l'absence de précision de l'expert, a été considérée comme une dépendance au cannabis.
- Consommation d'autres substances illicites ou consommation d'alcool.

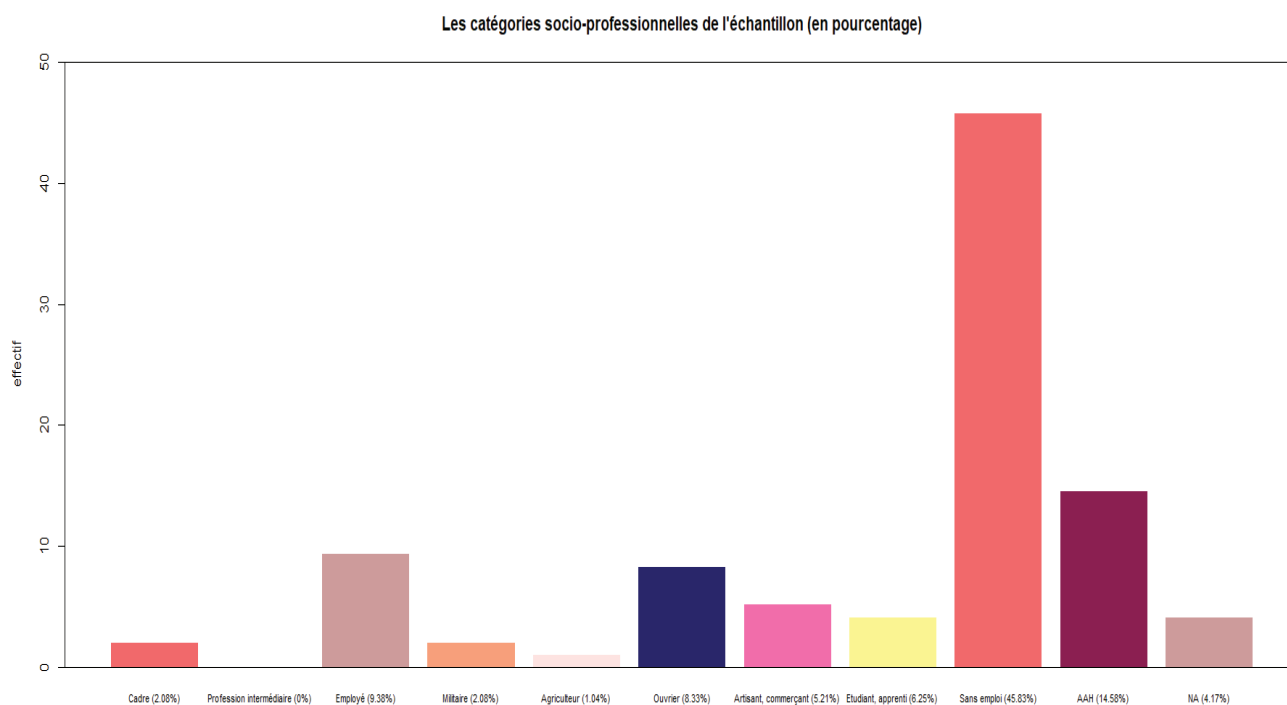
Les associations ont été recherchées en analyse bivariée (test de Chi-2 ou test exact de Fisher) puis en analyse multivariée (régression logistique). Les variables retenues pour l'analyse multivariées sont celles pour lesquelles $p < 0.2$ en analyse bivariée.

VIII. RESULTATS

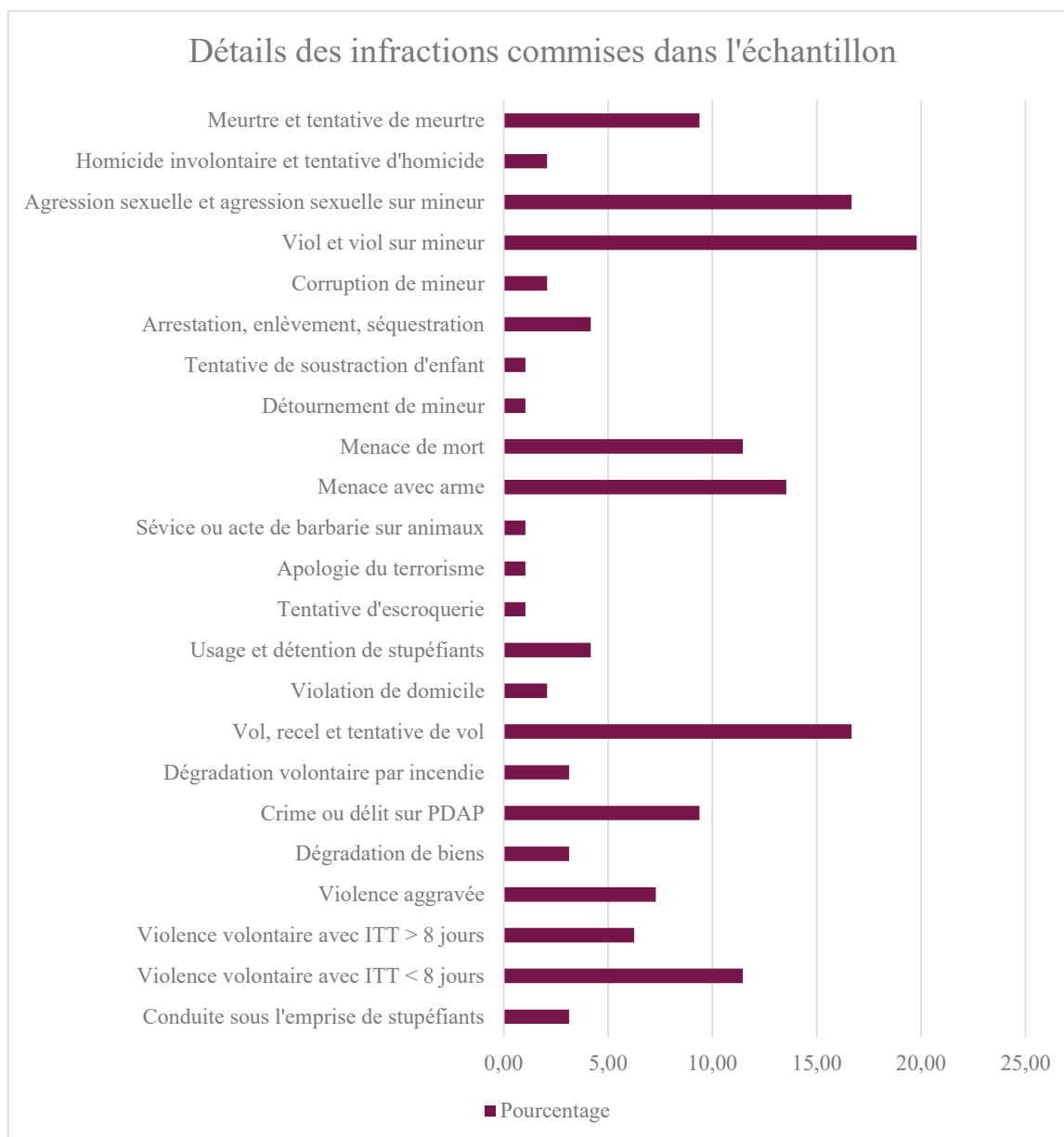
A. Etude descriptive de l'échantillon

Au total, l'étude a recueilli 545 expertises pénales dont seulement 96 expertises ont pu être analysées. Les experts ont respectivement transmis 1 (1,04 %), 42 (43,75 %), 28 (29,17 %), 1 (1,04 %), 14 (14,58 %) et 10 (10,42 %).

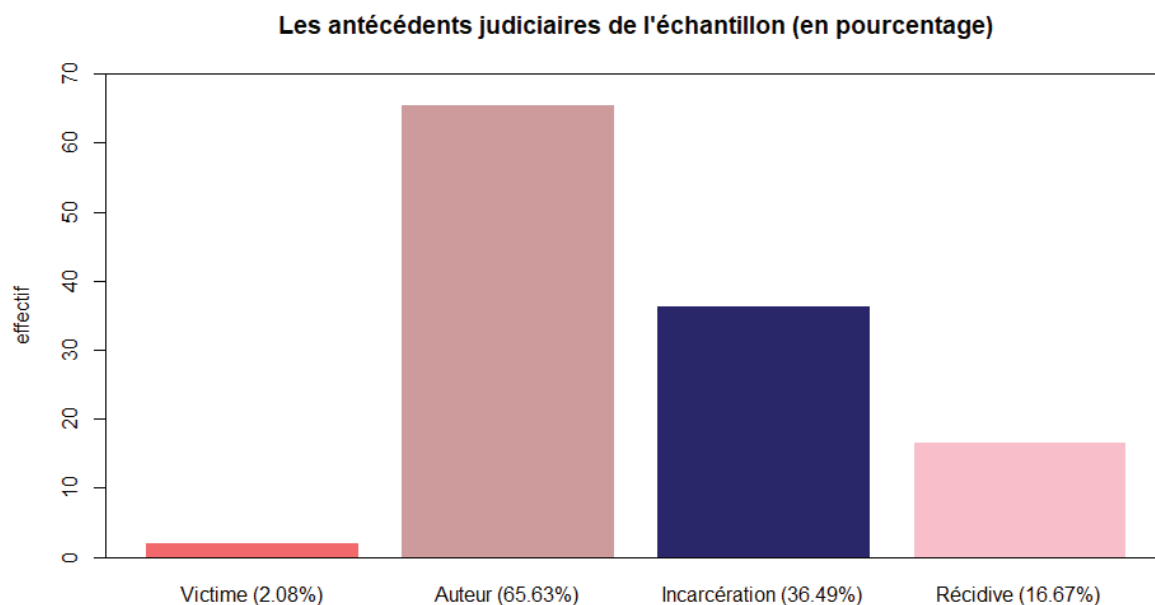
L'échantillon était quasi exclusivement masculin (94,79 % d'hommes et 5,21 % de femmes). L'âge moyen était de 32,06 ans et l'âge médian de 30 ans (1^{er} quartile à 23 et 3^{ème} quartile à 40,25). Les personnes sans emploi ou en invalidité correspondaient à 62,5 % de l'échantillon.



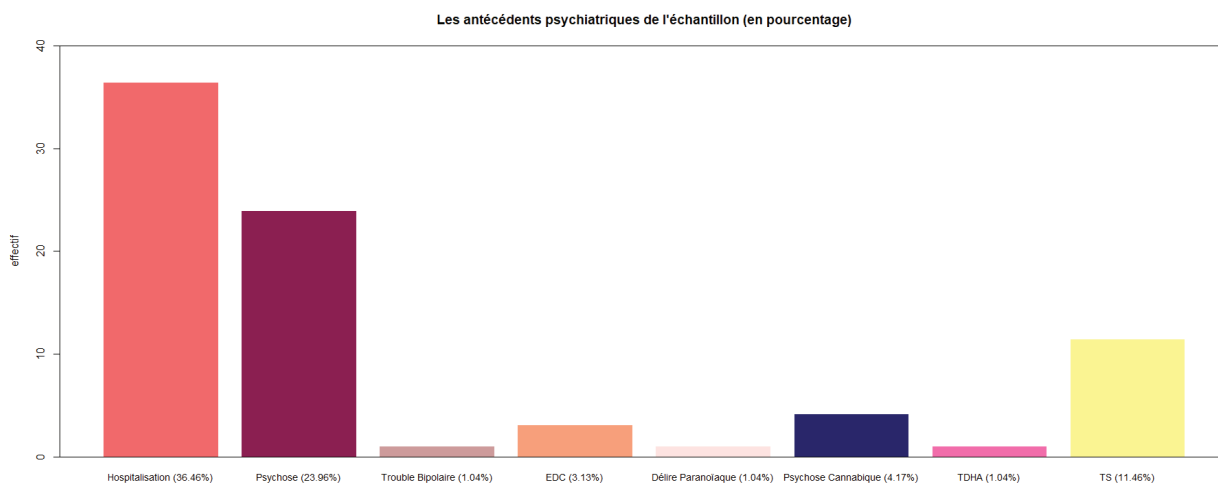
Parmi les infractions les plus observées, les viols, les agressions sexuelles et les vols représentaient 53,13 % de l'échantillon. Ce résultat passait à 89,58 % lorsque l'on y ajoutait les menaces de mort, menaces avec une arme et les violences volontaires avec une incapacité totale de travail (ITT) < 8 jours.



Par ailleurs, les personnes ayant déjà été confrontées à la justice en tant qu'auteur de crimes ou délits est conséquent avec 65,63 % de l'échantillon, dont 36,49 % avaient été incarcérées au minimum une fois. Pour 16,67 %, les faits reprochés lors de l'expertise intervenaient dans le cadre d'une récidive légale.



L'étude souligne la grande proportion des antécédents psychiatriques au sein de l'échantillon. En effet, 36,46 % des sujets ont été hospitalisés pour des pathologies psychiatriques ou pour effectuer un sevrage. Les troubles psychotiques figuraient dans 23,96 % des antécédents psychiatriques tandis que les psychoses cannabiques n'en représentaient que 4,17 %.



Le parcours familial des personnes expertisées est important à prendre en compte du fait de son impact sur le développement de l'enfant. Afin de déterminer des événements de vie traumatisants et dont la corrélation avec l'apparition de certains troubles de la personnalité est significative, un recueil des antécédents de maltraitance/négligence, de viols et de placement a été effectué. Malheureusement, les données manquantes étaient nombreuses avec un taux respectif de 35 (36,46 %), 35 (36,46 %) et 34 (35,42 %).

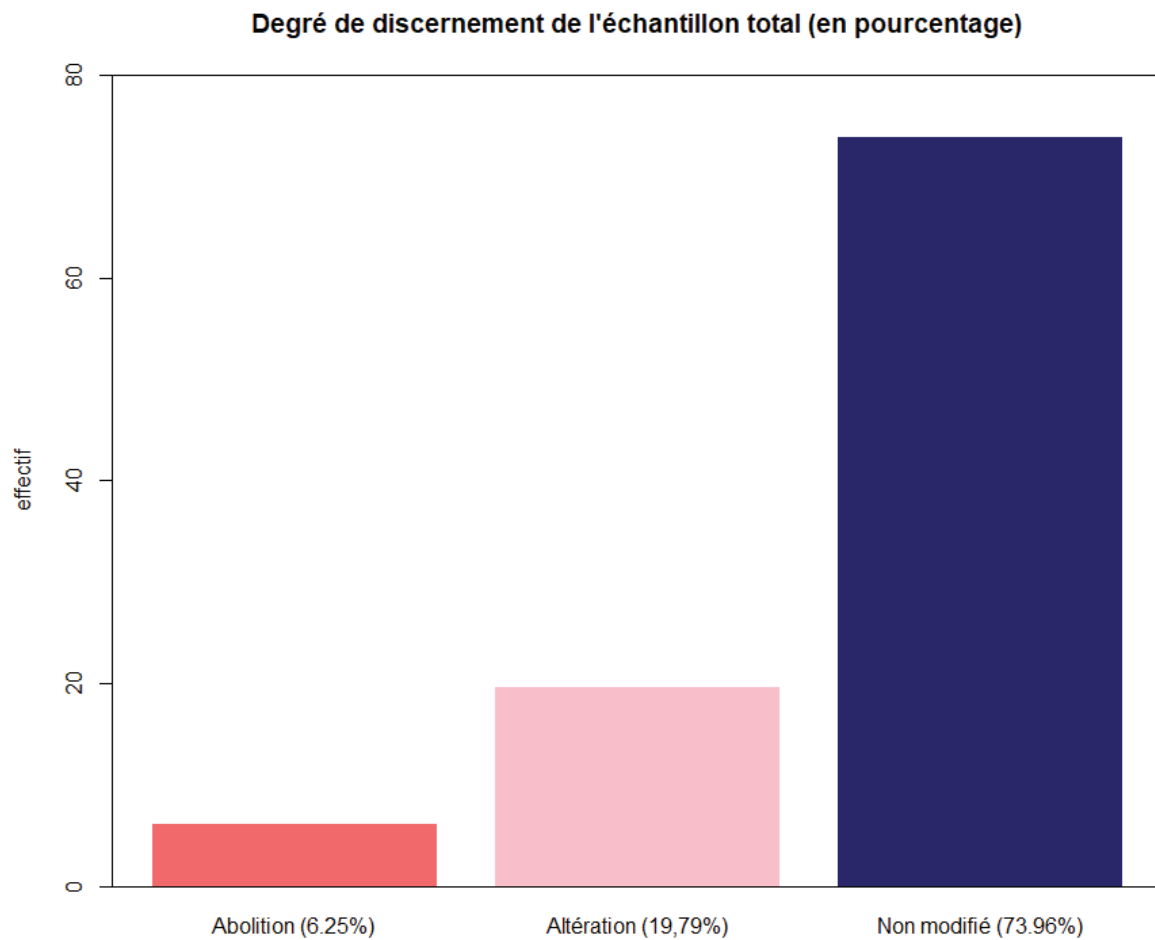
Les personnes sous mesure de protection étaient de 5,21 %.

Dans 34,38% des cas, un suivi psychiatrique ou addictologique était en cours au moment des faits. Une injonction de soins (IS) ou une obligation de soins (OBS) a été recommandée pour 51,04 % des expertises.

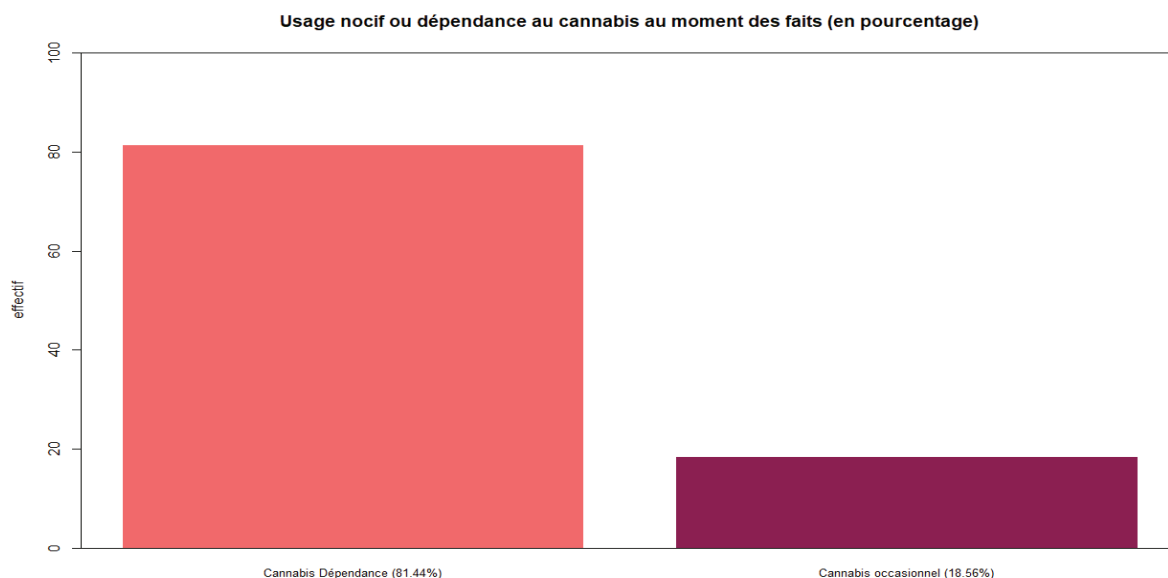
B. Résultats obtenus

1. Concernant l'objectif principal : impact du cannabis sur le discernement

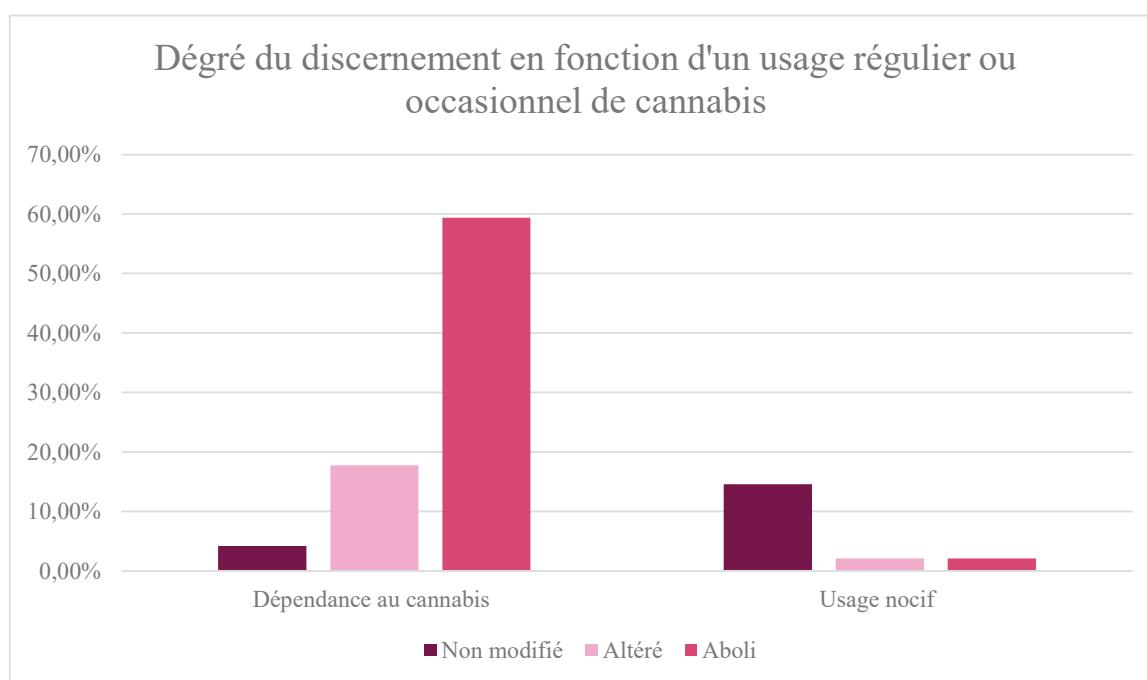
Le discernement était aboli dans 6 expertises (6,25 %), altéré dans 19 expertises (19,79 %) et non modifié dans 71 expertises (73,96 %).



La dépendance au cannabis représentait 81,25 % de l'échantillon et l'usage nocif du cannabis 18,75 % de l'échantillon.



Parmi les individus présentant une addiction au cannabis, les experts ont conclu à une abolition du discernement dans 4,17 % des cas, une altération du discernement dans 17,71 % des cas et une absence d'altération ou d'abolition du discernement dans 59,38 % des cas. En cas d'usage nocif du cannabis, les résultats étaient respectivement de 14,58 %, 2,08 % et 2,08%.

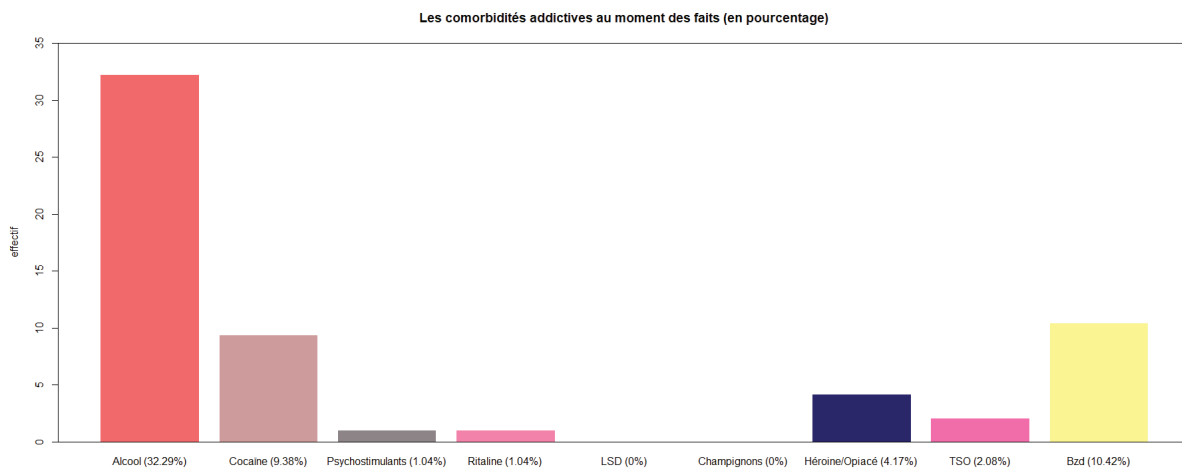


2. Concernant les objectifs secondaires : variables associées à une perturbation du discernement lors d'une consommation de cannabis.

a. Analyse univariée

Au moment des faits, l'association du cannabis à d'autres substances étaient fréquentes puisqu'elle représentait 43,75 % des expertises. Sur le diagramme suivant figurent les comorbidités addictives retrouvées dans cette étude lors de l'infraction. Une consommation concomitante d'alcool était ainsi mentionnée dans 32,29 % des expertises. On retrouve également en moindre proportion des consommations de cocaïne, de benzodiazépines (Bzd) et d'héroïne ou opiacé dans respectivement 9,38 %, 10,42 % et 4,17 % des expertises.

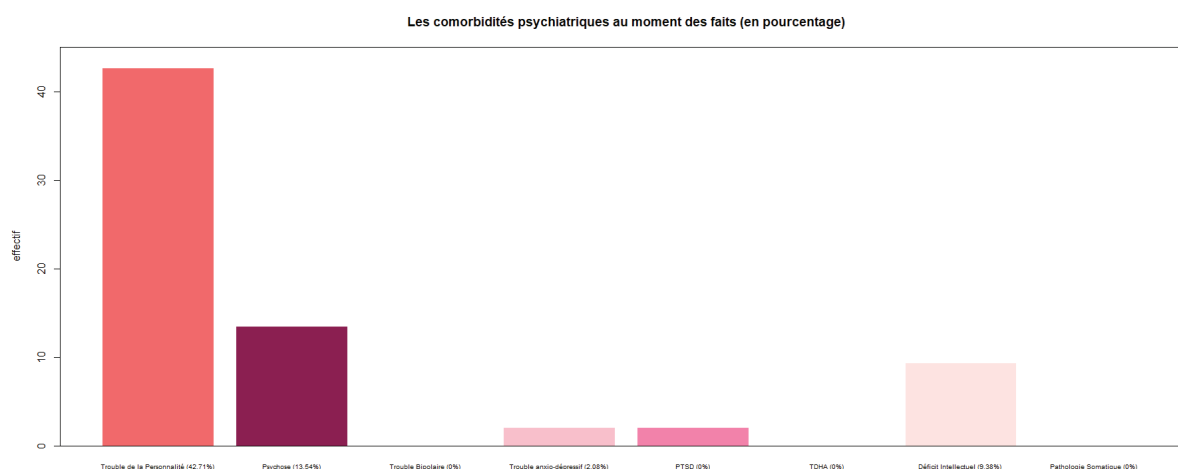
Sur les 18,25 % des personnes ayant un usage nocif de cannabis, 2,08 % d'entre elles avaient consommé une autre substance (une de l'ectasie et une des psychostimulants). En revanche, chez les personnes présentant une addiction au cannabis, l'association à un autre produit était de 37,5 %. Dans 39,59 % des expertises, il n'y avait pas de comorbidité addictive en dehors de celle du cannabis.



Les troubles de la personnalité sont retrouvées dans 42,71 % des expertises. De même, 16,67 % des individus expertisés présentaient une immaturité affective. Les personnalités antisociales et borderline sont largement majoritaires en étant respectivement diagnostiquées dans 31,25 % et 11,46 % des expertises.



Au moment des faits, 23,96 % des personnes présentaient une comorbidité psychiatrique. Les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques étaient majoritairement diagnostiqués chez les auteurs présumés des faits avec respectivement un taux de 42,72 % et 13,54 %. Les analyses soulignent, par ailleurs, une part non négligeable d'individu atteint de déficit intellectuel (9,38 %).



b. Analyse bivariée (test du Chi-2 ou test exact de Fisher)

Une atteinte du discernement était significativement associée à des individus présentant des antécédents psychiatriques ($p=6,973.10^{-5}$), une prise en charge psychiatrique ou addictologique ($p=0,017$), un trouble de la personnalité ($p=0.032$), une immaturité affective ($p=0.022$) et une comorbidité psychiatrique ($p=1,194.10^{-5}$) au moment des faits. L'âge était également un facteur corrélé à une modification du discernement ($p=0,001$).

Il n'existait pas d'association significative entre une altération ou une abolition du discernement et les autres variables étudiées : le sexe ($p=0,698$), le statut marital ($p=0,055$), la parentalité ($p=0,796$), la catégorie socio-professionnelle ($p=0,692$), les antécédents personnels de maltraitance, de viol ou de placement ($p=0,534$; $p=0,320$; $p=0,425$), les mesures de protection ($p=0,433$), les antécédents judiciaires en tant qu'auteur ($p=1$) comme en tant que victime ($p=0,455$), les antécédents d'incarcération ($p=0,702$), les états de récidive légale ($p=1$), les comorbidités addictives ($p=0,621$), la dépendance ou l'usage nocif de cannabis ($p=0,366$), la proposition d'obligation de soins ou d'injonction de soins ($p=0,263$).

c. Analyse multivariée (régression logistiques)

Une atteinte du discernement était significativement associée à l'âge ($p=0,017$; $OR=1,113$; $IC_{95\%} [1,016 ; 1,175]$) et à une pathologie psychiatrique au moment des faits ($p=0,004$; $OR=1,262.10^1$; $IC_{95\%} [2,966 ; 6,956.10^1]$). En revanche, les autres variables n'étaient pas significativement corrélées à une modification du discernement : le sexe masculin ($p=0,998$), le suivi psychiatrique ou addictologique en cours ($p=0,082$), l'existence d'un trouble de la personnalité ($p=0,238$), d'une immaturité affective ($p=0,995$) ou d'antécédents psychiatriques ($p=0,289$).

Variables Indépendantes	OR	[IR95%]	P
Sexe : masculin	1,185.10 ⁸	8,893.10 ⁻¹⁶¹ ; NA	0,998
Age *	1,113	1,016 ; 1,175	0,017
Suivi en cours	5,372	9,957.10 ⁻¹ ; 3,095.10 ¹	0,082
Pathologie psychiatrique *	1,262.10 ¹	2,966 ; 6,956.10 ¹	0,004
Troubles de la personnalité	4,111.10 ⁻¹	1,080.10 ⁻¹ ; 1,75	0,238
Immaturité affective	1,043.10 ⁻¹⁴	NA ; 1,301.10 ⁵²	0,995
Antécédents Psychiatriques	2,487	5,674.10 ⁻¹ ; 1,140.10 ¹	0,289

Figure 18 - Récapitulatif des données en analyse multivariée

(OR = odd ratio ; IC95% = intervalle de confiance ;

« * » = variable statistiquement significative en analyse multivariée)

IX. DISCUSSION

Les résultats de l'étude sont en adéquation avec ceux attendus au regard de la littérature. Les comorbidités psychiatriques au moment des faits et notamment les psychoses sont les premières causes d'abolition du discernement. En ce qui concerne les causes d'altération du discernement, les psychoses sont toujours fortement représentées mais à ces dernières s'ajoutent entre autres, les troubles de la personnalité et le déficit intellectuel.

D'une part, la grande majorité des personnes dont le discernement n'était ni altéré ni aboli au moment des faits, soit 73,96 % de l'échantillon, ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique lors de l'infraction (85,92 %). Les troubles de la personnalité étaient prédominants avec 36,46 % des expertises avec respectivement 27,08 % de trouble de la personnalité antisocial et 9,38 % de trouble de la personnalité borderline. Dans les cas où une pathologie psychiatrique était mentionnée sans que le discernement soit modifié, il s'agit principalement de déficit intellectuel (50 %), de PTSD (20 %), de trouble anxieux (10 %) ou de décompensation psychotique (20 %).

D'autre part, les expertises ayant conclu à une altération du discernement (19,79 %), mettent en évidence l'existence d'une pathologie psychiatrique dans seulement un tiers des cas (36,84 %). Dans 66,67 % des cas, un antécédent de pathologie psychiatrique était retrouvé. Les causes d'altération sont la dépendance au cannabis (41,67 %), les comorbidités addictives (33,33 %) et les troubles de la personnalité (25 %). Ces derniers concernent pour 33,33 % le trouble de la personnalité borderline et pour 66,67 % le trouble de la personnalité antisocial.

Enfin, la totalité des expertises avec une abolition du discernement était liée à une comorbidité psychiatrique, et plus précisément une psychose, au moment des faits. Parmi les psychoses, on retrouvait des décompensations de schizophrénie (83,33 %) et un délire paranoïaque (16,67 %). Une dépendance au cannabis était retrouvée chez deux tiers de ces personnes.

L'ensemble de ces résultats est donc cohérent avec la législation sur l'expertise. En effet, comme le souligne l'article L122-1 du Code Pénal, seule une pathologie psychiatrique ou neuropsychiatrique peut conduire à une abolition du discernement. En l'absence de trouble psychiatrique, tous les experts s'accordaient sur une absence d'abolition du discernement. En revanche, dans certaines conditions, les experts concluaient à une altération du discernement.

Cette étude témoigne d'un éventuel impact d'une dépendance au cannabis sur le discernement. A défaut de l'abolir, le cannabis peut toutefois conduire à une altération du discernement. Les vertus anxiolytiques du cannabis sont bien connues et responsables de la forte prévalence des consommateurs de cannabis dans la population psychiatrique. Ce constat est d'autant plus observable dans la pathologie psychotique et a minima dans les troubles graves de la personnalité. L'existence d'antécédents psychiatriques et de suivi psychiatrique sont logiquement corrélés à une perturbation du discernement.

Les experts ne font pas de distinction entre une addiction au cannabis et un usage nocif de cannabis. Les conséquences d'une intoxication chronique au cannabis, et en particulier le retentissement psychique, ne sont donc pas prises en compte pour évaluer le discernement.

L'expertise psychiatrique est demandée par le magistrat comme un avis spécialisé. Toutefois, il n'est pas rare qu'un second expert soit nommé lorsque les conclusions de l'expert ne sont pas en accord avec l'opinion du dit magistrat. Cela montre les limites des expertises, dans le sens où n'étant qu'un avis, la justice peut décider de la suivre comme de ne pas en tenir compte.

L'effectif restreint d'experts ayant participé à l'étude doit nous faire interpréter ces résultats avec précautions. De plus, on note une grande hétérogénéité dans le nombre d'expertises fournies par chaque expert. Pour finir, seuls deux départements sont représentés dans cette étude. Afin d'augmenter la puissance de l'étude, il serait intéressant de recueillir au niveau national, l'ensemble des expertises réalisées sur une année. Par ailleurs, l'établissement d'un « rapport d'expertise type » permettrait de limiter les biais liés à l'examineur et d'homogénéiser les données obtenues.

X. CONCLUSION

En cas d'infraction pénale, une expertise psychiatrique est obligatoire dans le but de déterminer si l'auteur présumé est responsable pénalement ou non de ses actes, et donc de savoir s'il est accessible à une sanction pénale. L'article 122-1 du Code Pénal définit alors les pathologies psychiatriques et neuropsychiatriques comme seules causes d'abolition du discernement ou du contrôle des actes. Toutefois, la question est toujours plus délicate en présence d'une prise de toxiques et d'autant plus quand il s'agit d'une addiction.

La littérature actuelle montre qu'en cas de crimes ou de délits commis sous l'emprise de stupéfiants, les experts s'accordent en ne considérant pas la prise de substances illicites, tel que le cannabis, comme un facteur d'altération ou d'abolition du discernement. Nonobstant, l'exception faisant la règle dans le domaine médicale, certains experts concluront à une modification du discernement ou du contrôle des actes dans ce même contexte.

L'hypothèse de cette étude descriptive rétrospective était donc de déterminer si la prise de cannabis avait, en France, un impact sur le discernement et le contrôle des actes.

Les résultats obtenus pour le critère de jugement principal, à savoir le discernement, n'étaient pas significatifs. Ces derniers sont donc congruents aux études réalisées dans les autres pays.

Les objectifs secondaires ayant pour but d'analyser les facteurs associés à une altération ou une abolition ont donc été analysés. L'âge, le suivi psychiatrique ou addictologique en cours, les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, les antécédents psychiatriques et les comorbidités psychiatriques au moment des faits (trouble de la personnalité et trouble psychotique) et l'immaturation affective étaient significativement corrélés avec une modification du discernement. Les autres variables, à savoir, le sexe, le statut marital, la parentalité, la catégorie socio-professionnelle, les mesures de protection, les antécédents judiciaires et les comorbidités addictives n'étaient pas significativement associés à une altération ou une abolition du discernement.

Ces résultats sont donc en accord avec la littérature. Ils soulignent l'importance des mesures de prévention et de réduction des risques liés à la consommation de cannabis, notamment dans ce contexte de légalisation ou dépénalisation du cannabis.

Pour de futures études concernant la responsabilité pénale, il serait pertinent de pouvoir réaliser une étude prospective multicentrique avec d'une part, la réalisation de dépistage urinaire systématique de stupéfiants associée à un dosage sanguin de l'alcoolémie et d'autre part, la passation d'échelles telles que :

- l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10),
- le questionnaire d'auto-évaluation de la personnalité : Big Five Inventory,
- le questionnaire de diagnostic des troubles de la personnalité : Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ).

Une réflexion s'interrogeant sur les éventuels bénéfices des obligations ou injonctions de soins chez les personnes qui présentent une addiction au cannabis pourrait être intéressante. En effet, comme en témoigne notre étude, les auteurs présumés sont dans la grande majorité responsable de leur acte. Est-ce que ces mesures permettent une prise de conscience des troubles et des conséquences liées à leur conduite addictive ? De même, ce travail met en évidence des comorbidités addictives récurrentes en cas de dépendance au cannabis. Quelles sont alors les répercussions d'une prise en charge du cannabis sur les autres substances illicites ou l'alcool ?

XI. BIBLIOGRAPHIE

- [21] '171.Pdf' <<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/?sequence=12>> [accessed 9 January 2018]
- [7] Abrams, Donald I., 'The Therapeutic Effects of Cannabis and Cannabinoids: An Update from the National Academies of Sciences, Engineering and Medicine Report', *European Journal of Internal Medicine*, 2018 <<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.01.003>>
- [17] Agrawal, Arpana, Elliot C Nelson, Kathleen K Bucholz, Rebecca Tillman, Richard A Grucza, Dixie J Statham, and others, 'Major Depressive Disorder, Suicidal Thoughts and Behaviours, and Cannabis Involvement in Discordant Twins: A Retrospective Cohort Study', *The Lancet Psychiatry*, 4 (2017), 706–14 <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30280-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30280-8)>
- [5] BERNARD, Aurélien, 'Anatomie du cannabis : les parties de la plante', *Newsweed*, 2016 <<https://www.newsweed.fr/anatomie-plante-cannabis/>> [accessed 14 January 2018]
- [28] BERNARD, Aurélien, 'La légalisation du cannabis en Europe', *Newsweed*, 2015 <<https://www.newsweed.fr/legalisation-cannabis-europe/>> [accessed 27 March 2018]
- [8] Borgelt, Laura M., Kari L. Franson, Abraham M. Nussbaum, and George S. Wang, 'The Pharmacologic and Clinical Effects of Medical Cannabis', *Pharmacotherapy*, 33 (2013), 195–209 <<https://doi.org/10.1002/phar.1187>>
- [32] Braakmann, Nils, and Simon Jones, 'Cannabis Depenalisation, Drug Consumption and Crime - Evidence from the 2004 Cannabis Declassification in the UK', *Social Science & Medicine* (1982), 115 (2014), 29–37 <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.003>>
- [11] Brumback, T., N. Castro, J. Jacobus, and S. Tapert, 'Effects of Marijuana Use on Brain Structure and Function: Neuroimaging Findings from a Neurodevelopmental Perspective', *International Review of Neurobiology*, 129 (2016), 33–65 <<https://doi.org/10.1016/bs.irn.2016.06.004>>

- [102] Carroll, Andrew, Bernadette McSherry, Debra Wood, and Steven Yannoulidis, ‘Drug-Associated Psychoses and Criminal Responsibility’, *Behavioral Sciences & the Law*, 26 (2008), 633–53 <<https://doi.org/10.1002/bsl.817>>
- [2] Chabrol, H., N. Fredaigue, and S. Callahan, ‘[Epidemiological study of cannabis abuse and dependence in 256 adolescents]’, *L’Encephale*, 26 (2000), 47–49
- [38] Chimeli, Ariaster B., and Rodrigo R. Soares, ‘The Use of Violence in Illegal Markets: Evidence from Mahogany Trade in the Brazilian Amazon’, *American Economic Journal: Applied Economics*, 9 (2017), 30–57 <<https://doi.org/10.1257/app.20160055>>
- [14] Churchwell, John C., Paul D. Carey, Helen L. Ferrett, Dan J. Stein, and Deborah A. Yurgelun-Todd, ‘Abnormal Striatal Circuitry and Intensified Novelty Seeking Among Adolescents That Abuse Methamphetamine and Cannabis’, *Developmental Neuroscience*, 34 (2012), 310–17 <<https://doi.org/10.1159/000337724>>
- [42] CNFPT, ‘Les causes subjectives d’irresponsabilité pénale (vitrine.Les causes subjectives d’irresponsabilité pénale) - CNFPT’ <<http://www.cnfpt.fr/wiki/bin/view/vitrine/Les+causes+subjectives+d%27irresponsabilit%C3%A9+p%C3%A9nale>> [accessed 25 March 2018]
- [67] *Code de La Consommation - Article L121-8, Code de La Consommation*, L121-VIII
- [56] ‘Code de Procédure Pénale | Legifrance’ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=103B01A90ABA68DE10F604E49D721002.tplgfr26s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006167429&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20180106> [accessed 6 January 2018]
- [51] *Code de Procédure Pénale - Article 706-47, Code de Procédure Pénale*, DCCVI–XLVII
- [60] *Code Pénal - Article 121-1, Code Pénal*, CXXI–I
- [61] *Code Pénal - Article 121-2, Code Pénal*, CXXI–II
- [62] *Code Pénal - Article 121-3, Code Pénal*, CXXI–III
- [63] *Code Pénal - Article 121-4, Code Pénal*, CXXI–IV
- [64] *Code Pénal - Article 121-5, Code Pénal*, CXXI–V

- [65] *Code Pénal - Article 121-6, Code Pénal*, CXXI–VI
- [66] *Code Pénal - Article 121-7, Code Pénal*, CXXI–VII
- [68] *Code Pénal - Article 122-1, Code Pénal*, CXXII–I
- [69] *Code Pénal - Article 122-2, Code Pénal*, CXXII–II
- [70] *Code Pénal - Article 122-3, Code Pénal*, CXXII–III
- [71] *Code Pénal - Article 122-4, Code Pénal*, CXXII–IV
- [72] *Code Pénal - Article 122-5, Code Pénal*, CXXII–V
- [73] *Code Pénal - Article 122-6, Code Pénal*, CXXII–VI
- [74] *Code Pénal - Article 122-7, Code Pénal*, CXXII–VII
- [75] *Code Pénal - Article 122-8, Code Pénal*, CXXII–VIII
- [76] *Code Pénal - Article 122-9, Code Pénal*, CXXII–IX
- [52] *Code Pénal - Article 221-1, Code Pénal*, CCXXI–I
- [53] *Code Pénal - Article 221-3, Code Pénal*, CCXXI–III
- [18] Costentin, J., ‘Neuropsychopharmacologie Du Delta-9-Tétrahydrocannabinol (THC)’, *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 66 (2008), 219–31
<<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2008.07.003>>
- [4] Costentin, Jean, ‘[Cannabis in France, new insights]’, *Bulletin De l’Academie Nationale De Medecine*, 198 (2014), 517–26
- [1] Costes, Jean-Michel, François Beck, Stéphane Legleye, and Christophe Palle, ‘[Epidemiology of cannabis use]’, *La Revue Du Praticien*, 55 (2005), 17–22
- [58] Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 29 octobre 2003, 03-84.617, Publié au bulletin
<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007070029>> [accessed 24 March 2018]

- [39] 'DÉMENCE - Encyclopædia Universalis'
<<https://www.universalis.fr/encyclopedie/demence/>> [accessed 13 March 2018]
- [92] 'Disturbances of Spontaneous Empathic Processing Relate with the Severity of the Negative Symptoms in Patients with Schizophrenia: A Behavioural Pilot-Study Using Virtual Reality Technology - ScienceDirect'
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278262614001031>>
[accessed 22 April 2018]
- [40] 'Dr Pedro Valente : Histoire de l'expertise psychiatrique', *EPHEP*, 2016
<<https://ephep.com/fr/content/conf-ecrite/pedro-valente-histoire-expertise-psychiatrique>> [accessed 4 February 2018]
- [37] Dragone, Davide, Giovanni Prarolo, Paolo Vanin, and Giulio Zanella, 'Crime and the Legalization of Recreational Marijuana', *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2018 <<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2018.02.005>>
- [6] 'Fonctionnement et Effets Sur Le Cerveau', *TPE*
<<http://tpedroguemedicament.weebly.com/fonctionnement-et-effets-sur-le-cerveau.html>> [accessed 14 January 2018]
- [89] Fontenelle, Leonardo F., Mauro V. Mendlowicz, and Marcio Versiani, 'Volitional Disorders: A Proposal for DSM-V', *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 10 (2009), 1016–29 <<https://doi.org/10.1080/15622970701858771>>
- [81] Frith, Chris D., 'Action, Agency and Responsibility', *Neuropsychologia*, Special Issue in Honor of Marc Jeannerod, 55 (2014), 137–42
<<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2013.09.007>>
- [79] Galland, Damien, Carol Jonas, Renaud Jardri, Maroussia Wilquin, Olivier Cottencin, Pierre Thomas, and others, 'Comparaison Du Concept de « Responsabilité » En Neurosciences et En Droit Pénal : Une Revue Croisée de Littérature Pour l'expertise Psychiatrique', *La Presse Médicale*, 45 (2016), 559–66 <<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.03.018>>

- [20] Galvez-Buccollini, Juan A., Ashley C. Proal, Veronica Tomaselli, Melissa Trachtenberg, Cristinel Coconcea, Jinsoo Chun, and others, ‘Association between Age at Onset of Psychosis and Age at Onset of Cannabis Use in Non-Affective Psychosis’, *Schizophrenia Research*, 139 (2012), 157–60 <<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.06.007>>
- [100] Guibet Lafaye, Caroline, ‘Usages Contemporains de La Déclaration d’irresponsabilité Pénale Par Les Magistrats’, in “*Troubles Psychiques et Jugement Pénal : Une Double Peine ?*” *Du Traitement Pénal Des Malades Psychiatriques Délinquants* (Lille, France, 2016) <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01523327>> [accessed 25 March 2018]
- [87] Haggard, Patrick, ‘Human Volition: Towards a Neuroscience of Will’, *Nature Reviews. Neuroscience*, 9 (2008), 934–46 <<https://doi.org/10.1038/nrn2497>>
- [93] Hirvelä, Shari, and Klaus Helkama, ‘Empathy, Values, Morality and Asperger’s Syndrome’, *Scandinavian Journal of Psychology*, 52 (2011), 560–72 <<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00913.x>>
- [80] ‘Identité et cognition : apports de la psychologie et de la neuroscience cognitives’, 2012 <<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27022>> [accessed 22 April 2018]
- [88] Kloft, Lisa, Eva Kischkel, Norbert Kathmann, and Benedikt Reuter, ‘Evidence for a Deficit in Volitional Action Generation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder’, *Psychophysiology*, 48 (2011), 755–61 <<https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2010.01138.x>>
- [10] ‘La Durée Des Effets - Stop-Cannabis.Ch’ <<https://www.stop-cannabis.ch/les-effets-du-cannabis/la-duree-des-effets>> [accessed 28 January 2018]
- [25] “‘La situation du cannabis médicinal en Europe – aperçu complet” par Seshata (Sensi Seeds)’ <<http://www.chanvre-info.ch/info/fr/La-situation-du-cannabis-medicinal.html>> [accessed 31 March 2018]
- [26] ‘Légalisation du cannabis en Amérique du Sud, Canada, Afrique et Asie’, *Newsweed*, 2015 <<https://www.newsweed.fr/legalisation-cannabis-amerique-sud-canada-afrique-asie/>> [accessed 31 March 2018]

- [24] ‘Les Conventions Internationales Relatives Au Contrôle Des Drogues’, 132
- [98] ‘Les Infractions En Matière de Stupéfiant’, *Cours de Droit* <<http://www.cours-de-droit.net/les-infractions-en-matiere-de-stupefiant-a126801354>> [accessed 25 March 2018]
- [83] ‘L’Essai Sur l’entendement Humain de Locke : Résumé’ <<https://www.les-philosophes.fr/locke/essai-sur-l-entendement-humain/philosophe-anglais.html>> [accessed 22 April 2018]
- [84] Libet, B., C. A. Gleason, E. W. Wright, and D. K. Pearl, ‘Time of Conscious Intention to Act in Relation to Onset of Cerebral Activity (Readiness-Potential). The Unconscious Initiation of a Freely Voluntary Act’, *Brain: A Journal of Neurology*, 106 (Pt 3) (1983), 623–42
- [49] ‘L’instruction’, *Stéphane Babonneau Avocat Pénaliste* <<http://www.sba-avocats.com/avocat-droit-penal-information-judiciaire.html>> [accessed 15 March 2018]
- [44] ‘L’irresponsabilité Pénale’ <<http://dmt-avocats.fr/irresponsabilite-penale-.html>> [accessed 25 March 2018]
- [12] Lisdahl, Krista M., Natasha E. Wright, Christopher Kirchner-Medina, Kristin E. Maple, and Skyler Shollenbarger, ‘Considering Cannabis: The Effects of Regular Cannabis Use on Neurocognition in Adolescents and Young Adults’, *Current Addiction Reports*, 1 (2014), 144–56 <<https://doi.org/10.1007/s40429-014-0019-6>>
- [22] ‘Loi du 31 décembre 1970’, *Wikipédia*, 2017 <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Loi_du_31_d%C3%A9cembre_1970&oldid=138466980> [accessed 27 March 2018]
- [59] *Loi N° 98-468 Du 17 Juin 1998 Relative à La Prévention et à La Répression Des Infractions Sexuelles Ainsi Qu’à La Protection Des Mineurs*
- [54] *LOI N° 2005-1549 Du 12 Décembre 2005 Relative Au Traitement de La Récidive Des Infractions Pénales, 2005-1549, 2005*

- [46] *LOI N° 2007-1198 Du 10 Août 2007 Renforçant La Lutte Contre La Récidive Des Majeurs et Des Mineurs, 2007-1198, 2007*
- [41] *LOI N° 2008-174 Du 25 Février 2008 Relative à La Réention de Sûreté et à La Déclaration d'irresponsabilité Pénale Pour Cause de Trouble Mental, 2008-174, 2008*
- [50] *LOI N° 2009-1436 Du 24 Novembre 2009 Pénitentiaire, 2009-1436, 2009*
- [47] *LOI N° 2010-242 Du 10 Mars 2010 Tendrant à Amoindrir Le Risque de Récidive Criminelle et Portant Diverses Dispositions de Procédure Pénale, 2010-242, 2010*
- [45] *LOI N° 2011-939 Du 10 Août 2011 Sur La Participation Des Citoyens Au Fonctionnement de La Justice Pénale et Le Jugement Des Mineurs, 2011-939, 2011*
- [48] *LOI N° 2014-896 Du 15 Août 2014 Relative à l'individualisation Des Peines et Renforçant l'efficacité Des Sanctions Pénales, 2014-896, 2014*
- [30] 'LOI N° 2016-1547 Du 18 Novembre 2016 de Modernisation de La Justice Du XXIe Siècle (1) - Article 34 | Legifrance' <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/11/18/JUSX1515639L/jo/article_34> [accessed 27 March 2018]
- [33] de Looze, Margaretha, Ian Janssen, Frank J. Elgar, Wendy Craig, and William Pickett, 'Neighbourhood Crime and Adolescent Cannabis Use in Canadian Adolescents', *Drug and Alcohol Dependence*, 146 (2015), 68–74 <<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.005>>
- [36] Maag, Verena, 'Decriminalisation of Cannabis Use in Switzerland from an International Perspective—European, American and Australian Experiences', *International Journal of Drug Policy*, 14 (2003), 279–81 <[https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(03\)00069-0](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(03)00069-0)>
- [95] Martino, Diego J., and Sergio A. Strejilevich, 'A Comparison of Decision Making in Patients with Bipolar i Disorder and Schizophrenia', *Schizophrenia Research*, 156 (2014), 135–36 <<https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.019>>

- [13] MEDINA, KRISTA LISDAHL, KAREN L. HANSON, ALECIA D. SCHWEINSBURG, MAIRAV COHEN-ZION, BONNIE J. NAGEL, and SUSAN F. TAPERT, 'Neuropsychological Functioning in Adolescent Marijuana Users: Subtle Deficits Detectable after a Month of Abstinence', *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13 (2007), 807–20 <<https://doi.org/10.1017/S1355617707071032>>
- [3] Mehmedic, Zlatko, Suman Chandra, Desmond Slade, Heather Denham, Susan Foster, Amit S. Patel, and others, 'Potency Trends of Δ^9 -THC and Other Cannabinoids in Confiscated Cannabis Preparations from 1993 to 2008*', *Journal of Forensic Sciences*, 55 (2010), 1209–17 <<https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01441.x>>
- [43] 'Meurtres Dans La Drôme: Comment s'applique l'irresponsabilité Pénale En Cas de Troubles Mentaux?' <<http://www.bfmtv.com/societe/meurtres-dans-la-drome-comment-s-applique-l-irresponsabilite-penale-en-cas-de-troubles-mentaux-1075100.html>> [accessed 25 March 2018]
- [94] Mier, Daniela, Leila Haddad, Kersten Diers, Harald Dressing, Andreas Meyer-Lindenberg, and Peter Kirsch, 'Reduced Embodied Simulation in Psychopathy', *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 15 (2014), 479–87 <<https://doi.org/10.3109/15622975.2014.902541>>
- [98] Morin, Denis-Charles, 'Discernement et addiction aux substances psychoactives, Abstract', *Psychotropes*, 14 (2008), 55–72 <<https://doi.org/10.3917/psyt.143.0055>>
- [29] 'N° 595 - Rapport d'information de MM. Éric Poulliat et Robin Reda Déposé En Application de l'article 145 Du Règlement, Par La Commission Des Lois Constitutionnelles, de La Législation et de l'administration Générale de La République En Conclusion Des Travaux d'une Mission d'information Relative à l'application d'une Procédure d'amende Forfaitaire Au Délit d'usage Illicite de Stupéfiants' <<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0595.asp>> [accessed 27 March 2018]
- [101] Niveau, Gérard, and Cécile Dang, 'Cannabis and Violent Crime', *Medicine, Science, and the Law*, 43 (2003), 115–21 <<https://doi.org/10.1258/rsmmsl.43.2.115>>

- [⁹⁹] Parolesdejuges, ‘A propos de l’irresponsabilité pénale.... prévisible’, *Paroles de juge* <<http://www.huyette.net/article-a-propos-de-l-irresponsabilite-penale-previsible-42847007.html>> [accessed 25 March 2018]
- [⁵⁷] Protais, Caroline, and Delphine Moreau, ‘L’expertise psychiatrique entre l’évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. Séminaire GERN “Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité” (Paris, 21 mars 2008)’, *Champ pénal/Penal field*, 2009 <<https://doi.org/10.4000/champpenal.7120>>
- [²⁷] ‘Quels États ont légalisé le cannabis aux États-Unis?’, *Newsweed*, 2015 <<https://www.newsweed.fr/legalisation-marijuana-etats-unis/>> [accessed 31 March 2018]
- [²³] Rahn EJ, Hohmann AG, ‘Cannabinoids as Pharmacotherapies for Neuropathic Pain: From the Bench to the Bedside’, *Neurotherapeutics*, 6 (2009), 713-37. <<https://doi.org/10.1016/j.nurt.2009.08.002>>
- [⁵⁵] ROSSINELLI, G, P DOSQUET, M GROHENS, C PAINDAVOINE, J-C PASCAL, N RICHARD, and others, ‘COMITÉ D’ORGANISATION’, 71
- [¹⁵] Schacht, Joseph P., Kent E. Hutchison, and Francesca M. Filbey, ‘Associations between Cannabinoid Receptor-1 (CNR1) Variation and Hippocampus and Amygdala Volumes in Heavy Cannabis Users’, *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 37 (2012), 2368–76 <<https://doi.org/10.1038/npp.2012.92>>
- [⁹⁶] Schepman, Stephen, Lisa Weyandt, Sarah Diane Schlect, and Anthony Swentosky, ‘The Relationship Between ADHD Symptomology and Decision Making’, *Journal of Attention Disorders*, 16 (2012), 3–12 <<https://doi.org/10.1177/1087054710372496>>
- [⁹] Schipper, Regi, Mathilde Dekker, Lieuwe de Haan, and Wim van den Brink, ‘Medicinal Cannabis (Bedrolite) Substitution Therapy in Inpatients with a Psychotic Disorder and a Comorbid Cannabis Use Disorder: A Case Series’, *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 2017, 269881117735684 <<https://doi.org/10.1177/0269881117735684>>

- [97] Schuermann, B., N. Kathmann, C. Stiglmayr, B. Renneberg, and T. Endrass, 'Impaired Decision Making and Feedback Evaluation in Borderline Personality Disorder', *Psychological Medicine*, 41 (2011), 1917–27 <<https://doi.org/10.1017/S003329171000262X>>
- [34] Shorey, Ryan C., Gregory L. Stuart, and Tara L. Cornelius, 'Dating Violence and Substance Use in College Students: A Review of the Literature', *Aggression and Violent Behavior*, 16 (2011), 541–50 <<https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.08.003>>
- [35] Single, E., P. Christie, and R. Ali, 'The Impact of Cannabis Decriminalisation in Australia and the United States', *Journal of Public Health Policy*, 21 (2000), 157–86
- [85] Soon, Chun Siong, Marcel Brass, Hans-Jochen Heinze, and John-Dylan Haynes, 'Unconscious Determinants of Free Decisions in the Human Brain', *Nature Neuroscience*, 11 (2008), 543–45 <<https://doi.org/10.1038/nn.2112>>
- [82] Sperduti, Marco, Pauline Delaveau, Philippe Fossati, and Jaqueline Nadel, 'Different Brain Structures Related to Self- and External-Agency Attribution: A Brief Review and Meta-Analysis', *Brain Structure & Function*, 216 (2011), 151–57 <<https://doi.org/10.1007/s00429-010-0298-1>>
- [86] 'The Motivation-Volition Divide and Its Resolution in Action-Phase Models of Developmental Regulation: Research in Human Development: Vol 4, No 3-4' <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15427600701662983>> [accessed 22 April 2018]
- [91] 'The Neural Bases Underlying Social Risk Perception in Purchase Decisions - ScienceDirect' <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053811914000573?via%3Dihub>> [accessed 22 April 2018]
- [90] 'Théorie de l'esprit', *Wikipédia*, 2018 <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_de_l%27esprit&oldid=146741316> [accessed 22 April 2018]

- [31] Wilkinson, Samuel T., Stephanie Yarnell, Rajiv Radhakrishnan, Samuel A. Ball, and Deepak Cyril D'Souza, 'Marijuana Legalization: Impact on Physicians and Public Health', *Annual Review of Medicine*, 67 (2016), 453–66 <<https://doi.org/10.1146/annurev-med-050214-013454>>
- [19] van Winkel, Ruud, and Rebecca Kuepper, 'Epidemiological, Neurobiological, and Genetic Clues to the Mechanisms Linking Cannabis Use to Risk for Nonaffective Psychosis', *Annual Review of Clinical Psychology*, 10 (2014), 767–91 <<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153631>>
- [16] Zvolensky, Michael J., Peter Lewinsohn, Amit Bernstein, Norman B. Schmidt, Julia D. Buckner, John Seeley, and others, 'Prospective Associations between Cannabis Use, Abuse, and Dependence and Panic Attacks and Disorder', *Journal of Psychiatric Research*, 42 (2008), 1017–23 <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.10.012>>

XII. TABLE DES ANNEXES

A. DSM-5 : critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis

Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage de cannabis qui continu malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
8. Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (cf. les critères A et B du sevrage du cannabis en annexe C)
 - b. Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Spécifier si

En rémission précoce : après que les critères requis pour un trouble de l'usage du cannabis aient été préalablement remplis, aucun d'eux ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4 « envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant d'utiliser le cannabis » qui peut être rempli).

En rémission prolongée : après que les critères requis pour un trouble de l'usage du cannabis aient été préalablement remplis, aucun d'eux ne l'a été depuis au moins 12 mois (à l'exception du critère A4 « envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant d'utiliser le cannabis » qui peut être rempli).

Spécifier si :

En environnement protégé : cette spécification supplémentaire est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès au cannabis est limité.

B. DSM-5 : Critères diagnostiques d'une intoxication par le cannabis

A/ Usage récent de cannabis

B/ Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (par exemple altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage de cannabis.

C/ Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans les 2 heures qui suivent l'usage du cannabis :

1. Conjonctives injectées
2. Augmentation de l'appétit
3. Sécheresse de la bouche
4. Tachycardie

D/ les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Spécifier si :

Avec perturbations des perceptions : les hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité, ou des illusions auditives, visuelles ou tactiles surviennent en l'absence d'état confusionnel.

C. DSM-5 : Critères diagnostiques du sevrage du cannabis

A/ Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c'est-à-dire consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).

B/ Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après le critère A :

1. Irritabilité, colère, ou agressivité
2. Nervosité ou anxiété
3. Trouble du sommeil (par exemple insomnie, rêves perturbants)
4. Diminution de l'appétit ou perte de poids
5. Fébrilité
6. Thymie dépressive
7. Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilités/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées

C/ Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D/ Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

XIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les
lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite
ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne
provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes
compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

XIV. RESUME

Titre : « Expertise psychiatrique : quelle est la responsabilité pénale en cas de consommation de cannabis ». SAMUEL Mariana, sous la direction du Dr Faredj CHERIKH – service d’addictologie de l’Archet, Nice et de la co-direction du Dr Nidal NAHBAN ABOU – service de psychiatrie adulte, Laval.

Introduction : La consommation de cannabis est depuis quelques années un problème de santé publique en France notamment par la démocratisation de cette drogue chez les jeunes. Bien que la législation soit claire en ce qui concerne la responsabilité des personnes sous l’emprise de stupéfiants en cas d’infractions, il n’est pas rare que les personnes soient reconnues irresponsables ou partiellement responsables. L’objectif de cette étude est de déterminer si une consommation de cannabis au moment des faits est retenue par les experts comme un facteur de d’altération ou d’abolition du discernement.

Méthode : Une étude descriptive rétrospective réalisée dans la région PACA auprès de 6 experts a recueilli 96 expertises pénales en responsabilité pour des infractions commises sous l’emprise de cannabis entre 2016 et 2018. Le critère d’évaluation principal était le discernement, défini soit comme aboli, altéré ou non modifié. Les objectifs secondaires étaient d’observer les facteurs associés à une modification de celui-ci.

Résultats : La consommation de cannabis n’a pas d’impact sur le degré de discernement. La dépendance au cannabis chez l’auteur des faits n’est pas significativement associée à une atteinte du discernement. En revanche, le sexe masculin, l’existence d’un trouble de la personnalité, une immaturité affective, les comorbidités psychiatriques, un suivi psychiatrique ou addictologique au moment des faits et une décompensation psychotique sont significativement associés à une atteinte du discernement.

Conclusion : Ces résultats soulignent l’importance des mesures de prévention et de réduction des risques liés au cannabis, notamment dans ce contexte de légalisation ou dépénalisation du cannabis.

Mots clefs : cannabis, responsabilité pénale, adulte, discernement