

# THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

---

<b>DIPLOME D'ETAT</b>
-----------------------

**Année :** 2020

**Thèse présentée par :**

Madame MOULIA-PELAT Estébanine

Née le 13 Juin 1989 à Marseille

**Thèse soutenue publiquement** le 29/10/2020

**Titre de la thèse :**

L'article 122-1 et après ? Devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal, entre 2015 et 2019, dans l'Ouest de la France.

**Président**

M le Professeur BRONSARD Guillaume

**Membres du jury**

M BERROUIGUET Sofian

Mme DEJEAN Yasmina

M LODDE Brice

Mme NABHAN ABOU Nidal

M SCHMOUCHKOVITCH Michel



**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**  
**1<sup>er</sup> Septembre 2020**

**Doyens honoraires**

FLOCH Hervé (décédé)  
LE MENN Gabriel (décédé)  
SENECAIL Bernard  
BOLES Jean-Michel  
BIZAIS Yves (décédé)  
DE BRAEKELEER Marc (décédé)

**Doyen**

BERTHOU Christian

**Professeurs émérites**

BOLES Jean-Michel - Réanimation  
BOTBOL Michel - Pédiopsychiatrie  
CENAC Arnaud - Médecine interne  
COLLET Michel - Gynécologie obstétrique  
JOUQUAN Jean - Médecine interne  
LEFEVRE Christian - Anatomie  
LEHN Pierre - Biologie cellulaire  
MOTTIER Dominique - Thérapeutique  
OZIER Yves – Anesthésiologie- réanimation  
YOUINOU Pierre - Immunologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle**

BERTHOU Christian - Hématologie  
BRESSOLLETTE Luc – Médecine vasculaire  
COCHENER-LAMARD Béatrice - Ophtalmologie  
DEWITTE Jean-Dominique - Médecine et santé au travail  
DUBRANA Frédéric – Chirurgie orthopédique et traumatologique  
FEREC Claude - Génétique  
FOURNIER Georges - Urologie  
GENTRIC Armelle - Gériatrie et biologie du vieillissement  
GILARD Martine - Cardiologie  
GOUNY Pierre - Chirurgie vasculaire  
KERLAN Véronique – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques  
LE MEUR Yannick - Néphrologie  
LE NEN Dominique - Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LEROYER Christophe – Pneumologie

MANSOURATI Jacques - Cardiologie  
MERVIEL Philippe - Gynécologie obstétrique  
MISERY Laurent - Dermato-vénérologie  
NONENT Michel - Radiologie et imagerie médicale  
REMY-NERIS Olivier - Médecine physique et réadaptation  
ROBASZKIEWICZ Michel – Gastroentérologie  
SALAUN Pierre-Yves - Biophysique et médecine nucléaire  
SARAUX Alain - Rhumatologie  
TIMSIT Serge - Neurologie  
WALTER Michel - Psychiatrie d'adultes

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

AUBRON Cécile - Réanimation  
BAIL Jean-Pierre - Chirurgie digestive  
BEN SALEM Douraied – Radiologie et imagerie médicale  
BERNARD-MARCORELLES Pascale - Anatomie et cytologie pathologiques  
BEZON Éric - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BLONDEL Marc - Biologie cellulaire  
BRESSOLLETTE Luc - Médecine vasculaire  
CARRE Jean-Luc - Biochimie et biologie moléculaire  
COUTURAUD Francis - Pneumologie  
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc - Pédiatrie  
DELARUE Jacques - Nutrition  
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie - Rhumatologie  
DUEYMES Maryvonne – Immunologie  
GIROUX-METGES Marie-Agnès - Physiologie  
HU Weiguo - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique  
HUET Olivier - Anesthésiologie-réanimation  
L'HER Erwan – Réanimation  
LACUT Karine - Thérapeutique  
MARIANOWSKI Rémi - Oto-rhino-laryngologie  
MONTIER Tristan - Biologie cellulaire  
NEVEZ Gilles – Parasitologie et mycologie  
NOUSBAUM Jean-Baptiste – Gastroentérologie  
PAYAN Christopher – Bactériologie et virologie  
PRADIER Olivier - Cancérologie  
SEIZEUR Romuald – Anatomie  
STINDEL Éric - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication  
VALERI Antoine - Urologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe**

ABGRAL Ronan – Biophysique et médecine nucléaire  
ANSART Séverine – Maladies infectieuses  
BROCHARD Sylvain - Médecine physique et réadaptation  
BRONSARD Guillaume – Pédopsychiatrie  
CORNEC Divi – Rhumatologie  
CORNEC-LE GALL Emilie – Néphrologie  
GENTRIC Jean-Christophe – radiologie et imagerie médicale

HERY-ARNAUD Geneviève – Bactériologie et virologie  
IANOTTO Jean-Christophe - Hématologie  
LE GAC Gérald – Génétique  
LE MARECHAL Cédric – Génétique  
LE ROUX Pierre-Yves – Biophysique et médecine nucléaire  
LE VEN Florent – Cardiologie  
LIPPERT Éric - Hématologie  
THEREAUX Jérémie - Chirurgie digestive  
TROADEC Marie-Berengère - Génétique

**Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe**

JAMIN Christophe - Immunologie  
MOREL Frédéric - Biologie et médecine du développement et de la reproduction

**Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**  
*(en attente des avancements de classe 2020)*

BRENAUT Émilie - Dermato-vénéréologie  
DE VRIES Philine - Chirurgie infantile  
DOUET-GUILBERT Nathalie - Génétique  
HILLION Sophie - Immunologie  
LE BERRE Rozenn - Maladies infectieuses  
LE GAL Solène - Parasitologie et mycologie  
LODDE Brice - Médecine et santé au travail  
MAGRO Elsa - Neurochirurgie  
MIALON Philippe - Physiologie  
PERRIN Aurore - Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
PLEE-GAUTIER Emmanuelle - Biochimie et biologie moléculaire  
QUERELLOU Solène - Biophysique et médecine nucléaire  
SCHICK Ulrike - Cancérologie  
TALAGAS Matthieu - Histologie, embryologie et cytogénétique  
UGUEN Arnaud - Anatomie et cytologie pathologiques  
VALLET Sophie - Bactériologie-virologie

**Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe**  
*(en attente des avancements de classe 2020)*

BERROUIGUET Sofian - Psychiatrie d'adultes  
GUILLOU Morgane - Addictologie  
ROBIN Philippe - Biophysique et médecine nucléaire  
ROUE Jean-Michel - Pédiatrie  
SALIOU Philippe - Épidémiologie, économie de la santé et prévention  
TROMEUR Cécile - Pneumologie

**Professeurs des Universités de Médecine Générale**

LE FLOC'H Bernard  
LE RESTE Jean-Yves

**Maîtres de Conférences de Médecine Générale**

BARAIS Marie

NABBE Patrice

**Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BEAURUELLE Clémence - Bactériologie virologie

BAGACEAN Cristina – Hématologie

CHAUVEAU Aurélie - Hématologie biologique

KERFANT Nathalie - Chirurgie plastique

ROPARS Juliette – Pédiatrie

THUILLIER Philippe - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

**Professeur des Universités Associé**

METGES Jean-Philippe – Cancérologie

**Maître de Conférences des Universités Associé**

GURIEC Nathalie - Nutrition

**Professeur des Universités Associé de Médecine Générale**

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale**

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

VIALA Jeanlin

**Professeur des Universités**

BORDRON Anne - Biologie cellulaire

**Maîtres de Conférences des Universités**

BERNARD Delphine - Biochimie et biologie moléculaire

BOUSSE Alexandre - Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine - Épidémiologie et santé publique

LE CORNEC Anne-Hélène - Psychologie

LANCIEN Frédéric - Physiologie

LE CORRE Rozenn - Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier - Physiologie

MORIN Vincent - Électronique et informatique

**Maître de Conférences des Universités Contractuels LRU**

GHIS MALFILATRE Marie – Sociologie démographie

MERCADIE Lolita – Psychologie

**Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche**

GHANEM Rosy – Biochimie et biologie moléculaire

**Professeurs certifiés / Agrégés du second degré**

MONOT Alain - Français

RIOU Morgan - Anglais

**Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)**

DULOU Renaud - Neurochirurgie

**Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)**

LE COAT Anne - Médecine générale / Urgence

SCELLOS Olivia - Médecine générale

## REMERCIEMENTS (1)

*A Monsieur le Professeur BRONSARD* qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Un professeur de pédopsychiatrie à la tête du jury d'une thèse orientée en psychiatrie légale adulte, du jamais vu ? Merci d'avoir accepté de remplacer le Pr Walter, de votre intérêt à l'égard de ce travail de thèse et recevez le témoignage de mon profond respect ;

*A Monsieur le Docteur BERROUIGUET*, membre du jury. Merci pour votre présence dans ce jury de thèse ;

*A Madame le Docteur DEJEAN*, membre du jury. Merci de l'honneur que vous faites en acceptant de juger ce travail de thèse. Merci également pour votre soutien et votre enseignement lors de ces années d'internat ;

*A Monsieur le Docteur LODDE*, membre du jury. Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse au pied-levé et de l'attention portée à ce travail de thèse ;

*A Madame le Docteur NABHAN ABOU*, membre du jury et directrice de thèse. Merci d'avoir immédiatement accepté d'être ma directrice de thèse, d'avoir travaillé avec moi sur ce sujet si intéressant et de m'avoir accompagnée dans toutes les étapes de sa réalisation. Merci pour ta disponibilité, ton soutien, ta bonne humeur et ton aide précieuse jusque dans mes futurs projets. J'espère avoir de nouveau l'occasion de travailler avec toi ;

*A Monsieur le Docteur SCHMOUCHKOVITCH*, membre du jury. Merci de participer à ce jury de thèse, d'avoir partagé vos connaissances lors des supervisions du secteur 3 et pris du temps pour échanger sur mon travail de mémoire, travail dont cette thèse est la continuité.

## REMERCIEMENTS (2)

*A mes parents* sans qui rien de cela n'aurait été possible. Merci de toujours croire en moi ;

*A mes frères*, toujours présents et soutenant ;

*A ma famille*, mes oncles, tantes, cousins, cousines, associé.e.s... qui ont suivi toutes mes péripéties de près ou de loin durant toutes ces années et qui ont toujours su trouver les mots pour m'aider et me motiver ;

*A ma famille « élargie »*, ceux qui ont suivi mon parcours depuis l'enfance, m'ont vu grandir, évoluer et m'épanouir ;

*A mes amis amassés tout au long de ses années* grâce aux différents séjours et voyages, de la cour de l'école primaire de l'école du Sud aux couloirs des internats du SSA en passant par le lycée Montaigne, le lycée Blaise Pascal, le lycée sainte Geneviève... #TS2 #Atoms #Navalais #Santards ;

*A ceux qui ont bravés les années médecine à mes côtés* : Camille, Julia, Roseline (merci encore pour ton aide précieuse pour les stats !), les JLD (vous-même-vous-savez), Morgane, Dadou, Marion, Jordaël-Marion-Pauline, Aziliz et bien d'autres. J'ajoute ici Sarah & Momo, mes très chers voisins de la rue Coat Ar Gueven, toujours à l'écoute et s'occupant d'Eole pendant mes gardes ;

*A Didier* - « DiPi » - sans qui je n'aurais pas pu réaliser mon parcours aussi sereinement. Merci pour tout ;

*A tous mes chefs* qui m'ont aiguillé tout le long de cet internat et transmis leur savoir. Merci pour leur partage, leur bienveillance et leur confiance ;

*Aux équipes soignantes* qui m'ont (sup)portée tout au long de ces semestres : An Eol, les urgences psy, Winnicott ado, Kelenn, l'équipe des VADT de pédopsychiatrie, Ar Brug, l'équipe du CMP/CATTP du secteur 4 et l'EMIS. Mention spéciale à Carole, Sarah, Amélie, Sarah et Rozenn ;

*A Alexia* pour, entre autres, ses précieuses relectures et grâce à qui j'espère être plus « Beyoncé » dans mes textes. Merci pour ton amitié ;

*A Marie-Caroline* : merci pour ta gentillesse, ton partage de connaissances, ta confiance et ton soutien durant ces semestres passés avec toi et même après ;

*A tous les « Eliott »*, tous ces patients que j'ai rencontré au fil de mes études de médecine et de qui j'ai beaucoup appris. En espérant avoir réussi à les aider ;

*A tous ceux qui, comme moi, ne lisent que les dédicaces dans les thèses* ;

Et enfin, last but not least... *A Eole*, mon poilu préféré !

J'en oublie probablement mais quoi qu'il en soit, merci à tous. Le chemin menant à ce moment a été long, parsemé d'embûches mais la rencontre avec chacun d'entre vous a fait de moi celle que je suis aujourd'hui et m'a menée là où je suis. Et pour cela, je vous en remercie.



## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....</b>	<b>10</b>
<b>RESUME EN FRANCAIS ET EN ANGLAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
1.1. Généralités et épidémiologie.....	13
1.2. Problématique et objectifs .....	14
<b>2. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>16</b>
2.1. Déroulement de l'étude .....	16
2.2. Éthique .....	16
2.3. Analyses statistiques .....	16
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>17</b>
3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population .....	17
3.2. Objectif primaire : devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal.....	19
3.3. Objectifs secondaires : psychose, crime et devenir.....	19
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>21</b>
4.1. Concernant le devenir des sujets .....	21
4.2. Concernant la relation entre devenir, pathologie et infraction .....	22
4.3. Forces et limites de l'étude .....	23
4.3.1. Les forces de l'étude .....	23
4.3.2. Les limites de l'étude .....	23
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>25</b>

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<b>Figure 1</b> (Fig. 1) : Répartition des diagnostics psychiatriques .....	17
<b>Figure 2</b> (Fig. 2) : Répartition des infractions constatées .....	17
<b>Figure 3</b> (Fig. 3) : Répartition du devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal.....	19
<b>Tableau 1</b> : Description de la population .....	18
<b>Tableau 2</b> : Répartition du devenir, en fonction de la pathologie psychiatrique, chez les sujets ayant commis un crime .....	20
<b>Tableau 3</b> : Répartition du devenir, en fonction de l'infraction commise, chez les sujets psychotiques .....	20

## RESUME EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS

### RESUME

*Objectifs.* – Notre travail a pour but d'étudier le devenir des sujets considérés comme irresponsables sur le plan pénal en raison d'une abolition du discernement au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal et de mettre en évidence un lien entre leur pathologie, leur infraction et leur prise en charge.

*Matériel et méthode.* – Cette étude observationnelle et rétrospective a recueilli auprès d'un expert psychiatre exerçant auprès de la cour d'appel de Rennes l'ensemble des expertises de 2015 à 2019 ayant conclu à l'abolition du discernement. Les Agences Régionales de Santé de la région ouest de la France ont été sollicitées afin d'obtenir les éléments concernant le devenir de ces sujets depuis leur examen expertal. Nous avons étudié les caractéristiques médico-psycho-criminologiques, les pathologies retrouvées, les infractions commises et les conclusions de l'expert concernant la responsabilisation ou l'irresponsabilisation pénale conduisant à la nécessité d'une orientation sanitaire ou judiciaire.

*Résultats.* – Nous avons pu obtenir des informations concernant 58 sujets sur les 103 recueillis initialement. Au total, 19,42% des sujets étaient en hospitalisation complète, 18,45% en Programme de Soins et 17,48% avaient bénéficié d'une levée de leur mesure. Les sujets souffraient d'un trouble psychotique dans 75,73%. Pour une même infraction, cette population psychotique était plus souvent hospitalisée que les sujets non psychotiques (31,32%) et parmi les sujets psychotiques, ils étaient également plus souvent hospitalisés en cas de crime (atteinte aux personnes ou crimes sexuels) commis que de délit (31,83%).

*Conclusions.* – Notre hypothèse de départ a été confirmée par les tendances que nous avons pu dégager : les sujets considérés comme irresponsables sur le plan pénal ont tendance à rester hospitalisés, notamment lorsqu'ils sont psychotiques et qu'ils ont commis un crime.

### ABSTRACT

*Objectives.* – The goal of our study was to determine the fate of subjects considered to be criminally irresponsible due to the abolition of judgment pursuant to article 122-1 §1 of the French Penal Code and to highlight a link between their pathology, their offense and their future care.

*Materials and methods.* – This observational and retrospective study gathered from an expert psychiatrist practicing at the Rennes Court of Appeal all the forensic assessments from 2015 to 2019 that concluded in criminal irresponsibility. The Regional Health Agencies of the western region of France were asked to obtain information concerning the fate of these subjects since their expert examination. We studied the medico-psycho-criminological characteristics, the psychiatric pathologies found, the offenses committed, the expert's conclusions concerning criminal accountability or irresponsibility leading to the need for health or judicial guidance.

*Results.* – We were able to obtain information on 58 subjects out of the 103 collected initially. In total, 19,42% of subjects were hospitalized full time, 18,45% in a COT and 17,48% had benefited from a lifting of their measure. Subjects suffered from a psychotic disorder in 75,73%. For the same offense, this psychotic population was more often hospitalized than non-psychotic subjects (31,32%) and among the psychotic subjects, they were more often

hospitalized in the event of a crime (injury to persons or sexual crimes) committed than of misdemeanor (31,83%).

*Conclusions.* – Our initial hypothesis was confirmed by the trends we were able to identify : subjects considered to be criminally irresponsible tend to stay hospitalized, especially when they are psychotic and have committed a crime.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Généralités et épidémiologie

L'article 122-1 du Code Pénal régit le statut de sujet irresponsable sur le plan pénal en raison d'une abolition du discernement. Cet article, composé de deux alinéas, distingue le cadre de l'abolition du discernement (alinéa 1), cause de non-imputabilité et donc d'irresponsabilité pénale prononcée par la justice, de celui de l'altération du discernement (alinéa 2) (1). Voici cet article : *« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. (alinéa 1) La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. 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. (alinéa 2) »* (2).

Bien que peu de données statistiques soient disponibles concernant l'application de l'article 122-1, la littérature judiciaire rapporte un taux entre 0,2 et 0,5% de « non-lieu » pour raisons psychiatriques en France (3). Des études plus récentes rapportent un taux plus élevé, autour de 5% (3). Les hospitalisations d'office, ont quant à elles, été multipliées par quinze en dix ans (4). Sur le plan international, nous sommes confrontés aux mêmes difficultés et le peu de données disponibles montre la complexité à étudier cette population (5).

Sur le plan légal, la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental est la loi actuellement en vigueur (6). La deuxième partie de la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 concerne la notion d'irresponsabilité pénale en raison d'un trouble mental. C'est la nouvelle appellation de l'ordonnance de non-lieu psychiatrique, qui remplace l'« ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ». D'après l'article 706-120 du Code de Procédure Pénale (CPP), pour que cette mesure puisse être appliquée, il est nécessaire qu'existent « des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés » (6,7). Il paraît nécessaire de préciser que ce n'est pas la pathologie en elle-même qui conduit à une éventuelle irresponsabilité pénale, mais bien le rapport singulier entre les faits et l'état particulier du sujet au moment des faits (8).

L'expertise psychiatrique pénale a pour objectif de permettre à la personne malade d'accéder aux soins plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi. L'expert doit alors démontrer « l'infiltration psychopathologique dans le déterminisme de l'acte », en lien avec l'abolition du discernement (9,10). L'expertise pénale est dite pré-sentencielle lorsqu'elle a comme mission d'évaluer la responsabilité pénale du sujet. Pour qu'un criminel soit considéré irresponsable, l'article 122-1 exige trois conditions : l'existence d'une infraction pénale, l'abolition du discernement ou du contrôle des actes et l'existence du trouble mental au moment des faits. L'expertise post-sentencielle, de son côté, évalue la dangerosité, le risque de récidive et l'opportunité d'une injonction de soins (11,12).

En cas d'application de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP, depuis la loi n°2014-896 du 15 Août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, les peines privatives de liberté encourues sont adaptées (2). De plus, selon l'article

706-136-1 du CPP, « lorsqu'une personne condamnée dans les circonstances mentionnées au second alinéa de l'article 122-1 du code pénal n'a pas été condamnée à un suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines peut ordonner, à la libération de cette personne, si son état le justifie et après avis médical, une obligation de soins pendant une durée qu'il fixe et qui ne peut excéder cinq ans en matière correctionnelle ou dix ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement ». Les peines concernant les sujets reconnus irresponsables sur le plan pénal sont donc encadrées par la loi. Ainsi, les « peines plancher » ont été supprimées (13).

## 1.2. Problématique et objectifs

Une fois l'abolition du discernement établie lors de l'expertise psychiatrique pré-sentencielle, le juge peut suivre ou non les conclusions de l'expertise. S'il décide de les suivre et de mettre en place cette mesure, la procédure est la suivante: la chambre d'instruction rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (trouble psychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes) en précisant qu'il existe des charges suffisantes contre l'intéressé (article 706-125 du CPP) (6,7). Des mesures de sûreté peuvent également être prononcées, après décision motivée et expertise psychiatrique, lorsque l'irresponsabilité pénale de l'accusé est établie. Le juge peut ainsi prononcer :

a) Une hospitalisation d'office de l'intéressé dans un établissement psychiatrique public (article 706-135 du CPP) (7).

Le régime de cette hospitalisation est celui de l'hospitalisation d'office administrative prévu par l'article L. 3213-1 du Code de Santé Publique (CSP) (14). Les dispositions permettant de mettre fin à cette hospitalisation sont celles prévues par l'article L. 3213-8 du code CSP, qui dispose que la sortie n'est possible que sur avis conforme de deux psychiatres établissant que « l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui » (14). Ce régime est qualifié d'internement d'office judiciaire ;

b) Des mesures de sûreté à l'encontre du malade mental irresponsable (art 706-136 CPP) (7).

Ces mesures ne doivent pas constituer un obstacle aux soins et s'appliquent que l'intéressé soit hospitalisé d'office ou non. Si la personne est hospitalisée en application de l'article 3213.1 du CSP, les interdictions dont elle fait l'objet sont applicables pendant la durée de l'hospitalisation et se poursuivent après la levée de cette hospitalisation, pendant la durée fixée par la décision. L'ordonnance d'hospitalisation sans consentement judiciaire est immédiatement exécutoire et ne peut faire l'objet d'un appel ou d'un pourvoi qu'en même temps qu'un appel ou pourvoi concernant la décision d'irresponsabilité (15). L'ordonnance d'hospitalisation judiciaire est caduque si, à la suite d'un appel ou d'un pourvoi sur la décision d'irresponsabilité, la personne est condamnée à une peine privative de liberté après avoir été jugée responsable de l'infraction commise (15).

En cas d'hospitalisation d'office de l'intéressé dans un établissement psychiatrique public, celui-ci se voit prodiguer des soins psychiatriques adaptés à sa pathologie. Contrairement au cas où un jugement reconnaît la responsabilité du sujet et où une peine de prison est fixée en fonction de l'infraction commise, lorsqu'ils arrivent en institution, ceux-ci sont hospitalisés pour une durée indéterminée.

Ces patients sont-ils voués à passer le reste de leur vie à l'hôpital ? Leur devenir est-il corrélé à leur pathologie psychiatrique ou au type d'infraction qu'ils ont commis et pour lesquelles ils ont été jugés ? Devant le peu de données concernant cette question, nous nous sommes proposés d'étudier cette population et nous sommes fixés :

- Un objectif primaire : le devenir de ces patients,

- Des objectifs secondaires : déterminer si le devenir de ces patients était modulé par leur pathologie psychiatrique ou le type d'infraction commise.

## 2. MATERIEL ET METHODE

### 2.1. Déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle avec recueil rétrospectif. Nous avons parcouru l'ensemble des rapports d'expertise psychiatriques pénales pré-sentencielles et post-sentencielles réalisées entre 2015 et 2019 auprès d'un expert psychiatre exerçant auprès de la cour d'appel de Rennes dans l'ouest de la France (Cholet, Laval, Le Mans, Nantes, Plouguernevel et Rennes). Les rapports d'expertises retenus concernaient les auteurs de délits ou crimes, pour lesquels une proposition d'abolition du discernement avait été retenue ou pour lesquels une expertise psychiatrique était demandée en vue d'une modification du type de prise en charge dans les soins non consentis alors qu'ils étaient déjà reconnus irresponsables sur le plan pénal.

Les variables d'intérêt recueillies faisaient partie des données habituellement recherchées au cours des expertises et reconnues dans la littérature comme les facteurs de risque de passage à l'acte violent. Elles peuvent être regroupées en différents facteurs de risque que sont les facteurs de risque individuels (sexe, âge, niveau d'étude et socioéconomique, profession), les facteurs de risque historiques (séparation du couple parental, traumatismes, antécédents de maltraitance et violence, antécédents de violence subie ou agie, actes de délinquance et antécédents judiciaires), les facteurs de risque cliniques (antécédents psychiatriques personnels et familiaux, antécédents d'hospitalisation sans consentement, présence d'une pathologie psychiatrique, impulsivité, consommation de toxiques, insight, adhésion aux soins et suivi psychiatrique) et les facteurs contextuels (environnement, facteur de stress) (16).

Nous avons retenu des conclusions des expertises les arguments cliniques avancés pour justifier de la présence d'un trouble psychiatrique, la proposition d'abolition du discernement, la proposition ou non d'une hospitalisation. Dans un second temps, nous avons sollicités les Agences Régionales Santé (ARS) des régions Pays de Loire et Bretagne afin de nous documenter sur le devenir de ces patients depuis l'expertise psychiatrique jusqu'à 2020. Trois groupes de patients étaient analysés : les patients toujours en cours d'hospitalisation complète (HC), les patients suivis en ambulatoire en programme de soins obligatoires (PDS) et enfin un dernier groupe de patients ayant bénéficiés d'une mainlevée de leur mesure de soins sans consentement (ML).

### 2.2. Éthique

Toutes les données ont été secondairement anonymisées et aucune donnée nominative n'a été conservée.

### 2.3. Analyses statistiques

Le logiciel Epi Info® a été utilisé pour effectuer les analyses statistiques. La modélisation des résultats a ensuite été réalisée grâce au logiciel Microsoft Office Excel®. Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé au préalable. Il a été décidé d'inclure le maximum de personnes sur la période donnée. Les données sont présentées sous forme de pourcentages pour les variables dichotomiques et de moyennes pour les variables continues.

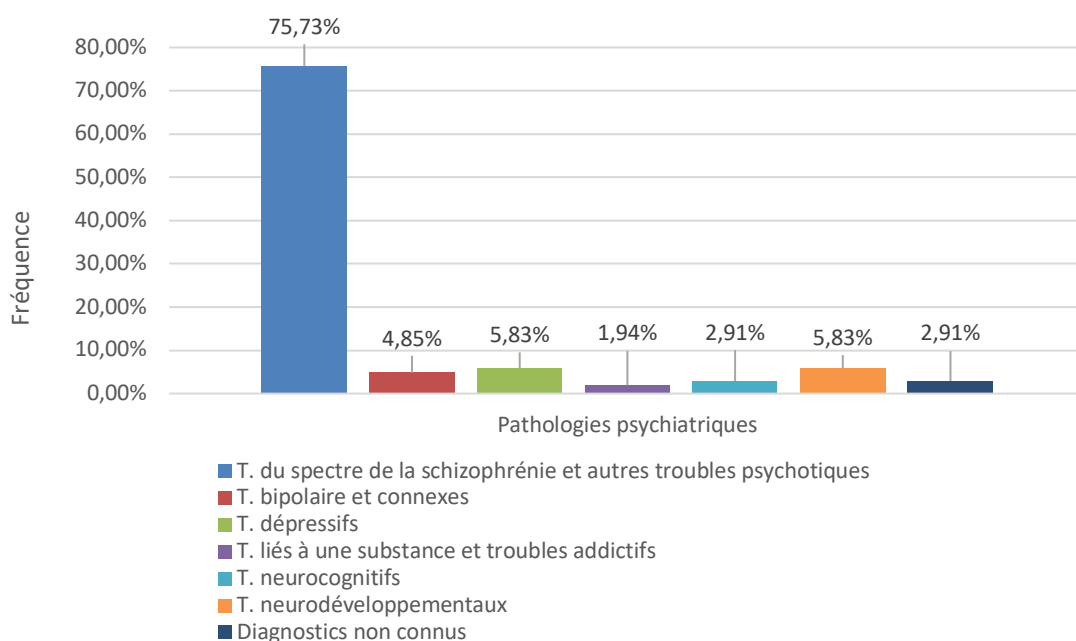


### 3. RESULTATS

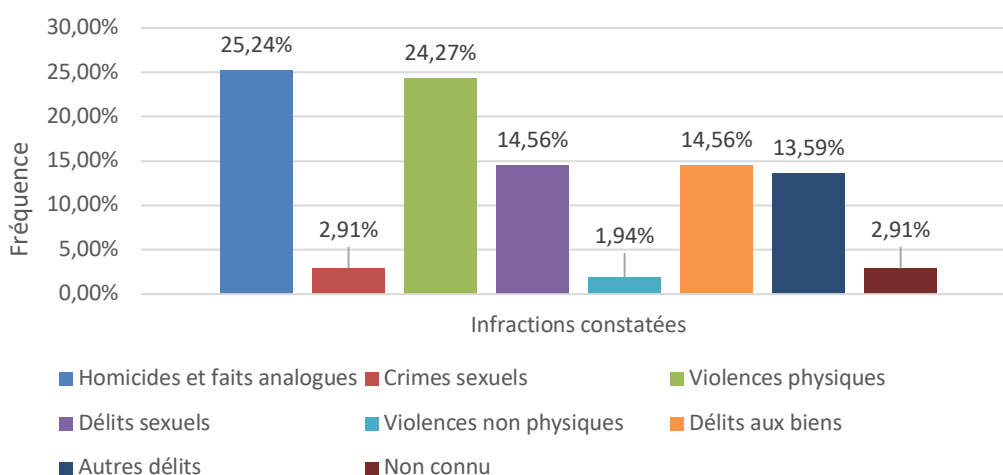
#### 3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

Les diagnostics psychiatriques dans les expertises étaient portés selon la terminologie du DSM-5 et regroupés par la suite dans notre étude en sept grandes catégories diagnostiques, toujours selon le DSM-5 (Fig. 1) (17). Les types d'infractions étaient classés en sept catégories différenciant les crimes et délits (Fig. 2).

**Fig.1** Répartition des diagnostics psychiatriques



**Fig. 2** Répartition des infractions constatées



Les sujets étaient majoritairement des hommes. L'âge allait de 17 à 82 ans, la moyenne d'âge étant de 41 ans (EC=16 ans). Le reste des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiées est répertorié dans le tableau 1 ci-dessous.

**Tableau 1** : Description de la population

	Effectif (N=103)	Taux	Intervalle de confiance à 95%
<b>SEXE</b>			
Homme	87	84,47%	[76,00-90,85] %
Femme	16	15,53%	[9,15-24,00] %
<b>SITUATION MARITALE</b>			
Célibataire	88	85,44%	[77,12-91,61] %
Couple	14	13,59%	[7,63-21,75] %
Non connu	1	0,97%	[0,02-5,29] %
<b>SITUATION FAMILIALE</b>			
Avec enfant	24	23,30%	[15,54-32,66] %
Sans enfant	56	54,37%	[44,26-64,22] %
Non connu	23	22,33%	[14,71-31,60] %
<b>QUALIFICATION PROFESSIONNELLE</b>			
Oui	35	33,98%	[24,94-43,97] %
Non	57	55,34%	[45,22-65,14] %
Non connu	11	10,68%	[5,45-18,31] %
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>			
Avec emploi	52	50,49%	[40,46-60,49] %
Sans emploi	35	33,98%	[24,94-43,97] %
Non connu	16	15,53%	[9,15-24,00] %
<b>TRAUMATISME PSYCHOAFFECTIF DANS L'ENFANCE</b>			
Oui	35	34,31%	[25,19-44,37] %
Non	54	52,94%	[42,80-62,90] %
Non connu	13	12,75%	[6,96-20,81] %
<b>ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES</b>			
Oui	76	73,79%	[64,20-81,96] %
Non	16	15,53%	[9,15-24,00] %
Non connu	11	10,68%	[5,45-18,31] %
<b>ANTECEDENTS DE TOXIQUES</b>			
Oui	52	50,49%	[40,46-60,49] %
Non	38	36,89%	[27,59-46,97] %
Non connu	13	12,62%	[6,89-20,62] %
<b>ANTECEDENTS JUDICIAIRES</b>			
Oui	26	25,24%	[17,20-34,76] %
Non	56	54,37%	[44,26-64,22] %
Non connu	21	20,39%	[13,09-29,46] %
<b>INFRACTIONS COMMISES</b>			
Crimes	29	28,16%	[19,73-37,87] %
Délits	71	68,93%	[59,06-77,69] %
Non connu	3	2,91%	[0,60-8,28] %
<b>REPARTITION</b>			
Psychose	78	75,73%	[66,29-83,64] %
Non psychose	22	21,36%	[13,90-30,53] %
Non connu	3	2,91%	[0,60-8,28] %

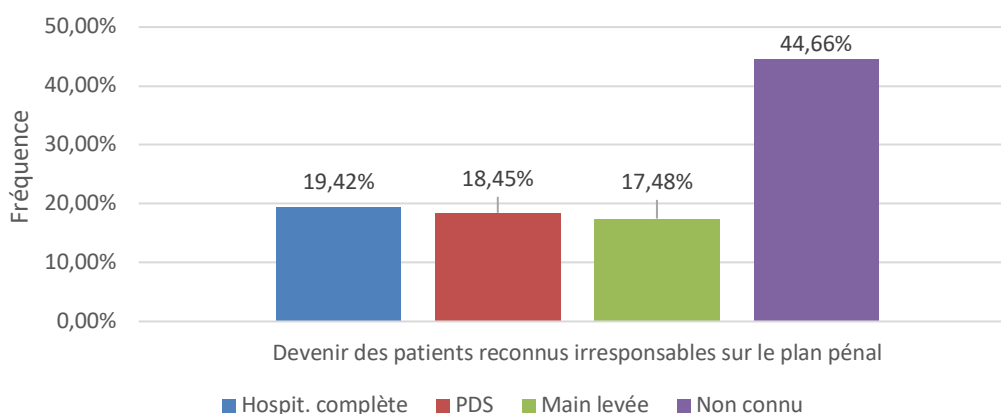
Notre échantillon était composé principalement d'hommes célibataires sans enfant, sans qualification professionnelle mais exerçant un emploi. Pour la majorité, ils avaient des

antécédents psychiatriques, des antécédents de consommation de toxiques mais pas d'antécédents judiciaires ni de traumatismes dans l'enfance.

### 3.2. Objectif primaire : devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal

103 dossiers d'expertise ont été recueillis dans un premier temps. Nous avons pu obtenir des données des ARS pour 58 personnes. A la suite de ces expertises où l'abolition du discernement était reconnue et qui statuaient en faveur d'une irresponsabilité pénale, 51,46% (IC95% : [41,40-61,43] %) des sujets étaient orientés vers une hospitalisation. En 2020, 20 patients sont encore en hospitalisation complète, 19 ont eu une modification de leur prise en charge transformées en PDS, 18 d'entre eux ont évolué vers une mainlevée de leur mesure de soins non consentis. La répartition de ces devenirs est représentée dans la Fig. 3. Notons également que 24,27% (IC95% : [16,36-33,71] %) des sujets bénéficient en 2020 du statut particulier de « SDRE judiciaire », patients hospitalisés en psychiatrie à la suite d'une décision judiciaire.

**Fig. 3** Répartition du devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal



### 3.3. Objectifs secondaires : psychose, crime et devenir

Nous avons étudié de plus près le lien entre la pathologie psychiatrique présentée et le devenir mais également entre l'infraction commise et le devenir.

Parmi les sujets rassemblés dans le groupe des troubles psychotiques, 38/78 présentaient le diagnostic de schizophrénie soit 48,72% (IC95% : [37,23-60,31] %).

Nous avons ensuite comparé le pourcentage d'hospitalisations, de PDS et de mains levées entre les sujets psychotiques et non psychotiques ayant commis un crime. Puis nous avons cherché à savoir si parmi la population des sujets psychotiques, il existait une différence de devenir entre ceux ayant commis un crime et ceux ayant commis un délit. Les résultats sont présentés dans les tableaux 2 et 3.

Du fait de la taille de notre échantillon, nous observons des tendances mais celles-ci restent peu significatives sur le plan statistique.

**Tableau 2** : Répartition du devenir, en fonction de la pathologie psychiatrique, chez les sujets ayant commis un crime (Effectif N=28).

	Sujets psychotiques (N=22)	Sujets non psychotiques (N=6)
Hospitalisation complète	31,82%	0%
Programme de Soins	9,09%	16,67%
Main levée de la mesure	22,73%	33,33%
Non connu	36,36%	50%

**Tableau 3** : Répartition du devenir, en fonction de l'infraction commise, chez les sujets psychotiques (Effectif N=77).

	Sujets ayant commis un crime (N=22)	Sujets ayant commis un délit (N=55)
Hospitalisation complète	31,82%	20%
Programme de Soins	9,09%	29,09%
Main levée de la mesure	22,73%	16,36%
Non connu	36,36%	34,55%

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Concernant le devenir des sujets

La nouvelle loi (article L. 3213.1 et suivants du code de santé publique) prévoit des mesures spécifiques dans le cas des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État ordonnées pour des patients déclarés pénalement irresponsables (14). Concernant la prise en charge en elle-même du patient par le psychiatre suite à la mesure d'hospitalisation d'office, le patient est hospitalisé de manière « complète », c'est-à-dire en continu, au sein d'un établissement psychiatrique public. La première possibilité est de maintenir cette hospitalisation complète, le temps nécessaire aux soins.

Une seconde modalité peut être mise en œuvre après l'hospitalisation complète. Elle permet au psychiatre d'assurer les soins au-delà de la période d'observation et de soins minimale de soixante-douze heures : il s'agit du programme de soins (PDS). Un PDS est établi lorsqu'une surveillance médicale constante du patient n'est plus justifiée mais qu'une surveillance médicale régulière reste tout de même nécessaire (18). Ce n'est que pour les infractions les plus graves (faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens) que la transformation de l'hospitalisation complète en programme de soins nécessite l'avis du collège de psychiatres (15). Ce collège de trois membres (le psychiatre du patient, un autre psychiatre de l'établissement et un membre de l'équipe pluridisciplinaire mais la composition n'est pas exclusivement médicale) rend un avis destiné à éclairer le préfet dans sa prise de décision (12,15). Il existe différents types de PDS, allant des soins en ambulatoire jusqu'aux séjours hospitaliers de courte durée (minimum quarante-huit heures), en passant par les soins à domicile. Le PDS est une prise en charge relevant du seul pouvoir d'appréciation du psychiatre tant pour la décision que pour son contenu. Il est élaboré et modifié en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. La mise en place d'un PDS n'équivaut toutefois pas à la levée de la mesure de contrainte et d'après la loi de 2013, s'il est possible d'imposer un PDS au patient, il est illégal de l'exécuter si l'individu concerné s'y oppose. Il existe là une zone d'incertitude juridique (18). Lorsqu'il existe un désaccord entre le psychiatre et le préfet qui s'oppose au passage d'un patient en programme de soins, un deuxième psychiatre, désigné par le directeur de l'hôpital, est tenu de rendre un deuxième avis sous 72h. Si les avis des deux psychiatres sont discordants, le préfet pourra maintenir l'hospitalisation complète. Si au contraire les avis des deux psychiatres concordent, le préfet doit accéder à leur demande. En cas de désaccord sur une demande de sortie, le Juge des Libertés et des Détentions (JLD) est saisi pour trancher (12).

La troisième et dernière possibilité pour ces patients concerne la levée de leur mesure de soins sans consentement. Cette mainlevée peut être demandée à l'initiative des patients ou de leur psychiatre référent. Pour qu'ils puissent quitter l'hôpital, ils doivent présenter un état psychique stabilisé et la décision de sortie est également prise par un collège de trois soignants. Pour les infractions les plus graves (faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens) la mainlevée de l'hospitalisation judiciaire exige, en plus de l'avis du collège, l'expertise ou l'avis de deux psychiatres extérieurs à l'établissement et inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.4 du CSP (15).

Le préfet peut lui aussi décider de la fin d'une hospitalisation judiciaire selon les modalités prévues par les articles L.3211-9 et L. 3213-8 du CSP qui exige l'avis d'un collège et les décisions conformes de deux psychiatres extérieurs à l'établissement et figurant sur une liste dressée par le procureur de la République (15).

Alors que nous aurions pu nous attendre à une écrasante majorité de prises en charge hospitalières suite à la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale des sujets, il s'avère que notre étude ne met pas en avant la prépondérance de l'un des trois devenir étudiés (hospitalisation complète, PDS et main levée). D'après une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), depuis la mise en place de cette mesure ambulatoire de soins sans consentement dans la loi, la proportion des PDS tend à croître chaque année et elle est plus importante chez les patients en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE) (19). Dans notre échantillon, nous pouvons faire l'hypothèse que cette affirmation s'applique car malgré une orientation des sujets en hospitalisation suite à l'expertise dans plus de la moitié des cas, ils ne sont plus que 20% hospitalisés par la suite.

Le suivi et la réinsertion des personnes en programme de soins sous contrainte doivent être organisés à l'aide de collaborations définies par conventions entre les établissements, le préfet, le Directeur Général de l'ARS et les collectivités territoriales (10).

La réintégration en hospitalisation complète continue est l'une des mesures prévues en cas de manquement au programme de soins. Il n'existe toutefois pas d'obligation légale pour les médecins de réintégrer les patients qui ne respectent pas le programme de soins. La plupart des réintégrations interviennent dans les six premiers mois du programme de soins, période probablement charnière (18). Ce principe de la contrainte en ambulatoire fait débat mais certains auteurs s'accordent à dire que l'absence de cette mesure équivaudrait sans doute à une hospitalisation contrainte à vie pour une part des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères (19).

Le programme de soins est une tentative de réponse à l'inquiétude sociétale, affichant que la psychiatrie maîtrise les patients en dehors de l'hôpital. La question de la réintégration dépend donc, en toile de fond, des questions de limites de pouvoir et de la responsabilité médicale dans la sécurisation de la société.

#### 4.2. Concernant la relation entre devenir, pathologie et infraction

Les tendances qui se dégagent de notre étude montrent que les patients psychotiques ayant commis un crime sont plus souvent hospitalisés que les patients psychotiques ayant commis un délit ou que les patients non psychotiques ayant commis un crime. Ainsi, à « pathologie équivalente » ou « infraction équivalente », les devenir des sujets reconnus irresponsables sur le plan pénal ne sont pas les mêmes. Il semble donc que la pathologie et le type d'infraction influent sur le devenir de ces patients.

Dans notre population, nous remarquons que la majorité de sujets ayant commis un crime sont psychotiques. Parmi ces sujets psychotiques, la plupart sont schizophrènes. Ce résultat correspond aux données retrouvées dans d'autres études et la littérature (20). Aussi, selon des études internationales, seuls 5 à 10% d'individus atteints de troubles mentaux sont auteurs d'homicide et les individus présentant un trouble mental sévère seraient les auteurs de 5% des infractions criminelles avec violence (21,22). L'homicide est un acte rare et il est encore plus rarement l'acte d'un schizophrène : 95% des meurtriers ne sont pas des schizophrènes (23). Il existe bien une association entre maladie mentale et violence mais cette violence est d'origine multifactorielle : la maladie mentale à elle seule ne constitue pas un facteur de risque. En l'absence d'abus de toxiques, les individus atteints de troubles mentaux auraient une probabilité de commettre un acte violent identique à celle de la population générale (16). Il est important de signaler que les personnes souffrant de troubles mentaux sont bien plus souvent victimes d'actes de délinquance qu'ils n'en sont eux-mêmes les auteurs et qu'un peu plus de 90% de sujets souffrant de troubles psychiatriques ne commettent jamais

d'actes de violence pendant leur existence (24). La médiatisation de faits divers d'homicide commis par des schizophrènes tend pourtant à renforcer dans l'opinion publique l'idée que « *le crime résulterait de la déraison* » (25,26). 48% des Français pensent ainsi que les schizophrènes sont dangereux pour les autres, alors même que les schizophrènes hommes ou femmes représentent en réalité 3,6 à 10% des meurtriers (23). Des études retiennent que les hommes atteints de schizophrénie présentent huit à dix fois plus de risques de commettre un homicide (27). Face à ce chiffre, il semble néanmoins indispensable de garder à l'esprit que le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique et que tout patient ayant été violent doit être suivi et évalué régulièrement (27).

La psychiatrie et l'opinion publique semblent choquées par la violence des malades mentaux et se questionnent sur la manière dont ces patients ayant nécessité une hospitalisation sous contrainte et manifestement dangereux ont pu sortir sans obligation de soins. Certains événements médiatisés ont pu conduire à une certaine forme de peur de laisser sortir les gens de l'hôpital et entraîner un durcissement des conditions de fin d'hospitalisation. Selon le Pr Senon, « *le grand public semble redécouvrir une violence oubliée depuis les progrès des chimiothérapies et de la désinstitutionalisation* » (27,28). Dans ce contexte, les malades mentaux deviennent vite « *les boucs émissaires du développement de sentiment d'insécurité populaire* », d'autant qu'ils sont souvent en difficulté d'insertion du fait de leur maladie (27,29,30). A cela s'ajoute le fait que nous vivons dans une société où tout est attendu de l'État et de ses institutions dans la protection de chaque citoyen (26,27,28). De ce fait, le psychiatre peut se retrouver influencé par les émotions collectives et la médiatisation et doit résister à la tendance sécuritaire au moment de décider du devenir du sujet (12,31).

#### 4.3. Forces et limites de l'étude

##### 4.3.1. Les forces de l'étude

Il existe très peu de données concernant le devenir des patients irresponsables sur le plan pénal. Cette étude réussit à analyser 103 dossiers et permet d'étoffer les données sur ce sujet. De plus, en étudiant les comptes rendus d'un seul expert, elle permet le recueil de critères médico-psycho-criminologiques identiques d'une expertise à l'autre, apportant une cohérence au recueil de données.

##### 4.3.2. Les limites de l'étude

L'échantillon réuni était restreint, impactant la puissance de l'étude. En effet, sur les 103 dossiers recueillis sur cinq ans, seuls 58 ont pu être exploités. Plusieurs raisons peuvent être évoquées : certains patients expertisés n'avaient pas encore été déclarés officiellement irresponsables sur le plan pénal ou étaient orientés vers une hospitalisation dans une région différente. D'autre part, certaines données n'ont pas été accessibles car effacées de la base de données de l'ARS suite à la clôture des mesures de soins psychiatriques au-delà de trois ans et il n'existe aucun listing des sujets ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental ni dans les tribunaux ou les hôpitaux. (5).

## 5. CONCLUSION

Cette étude a permis de s'intéresser au devenir des patients reconnus comme irresponsables sur le plan pénal au sens de l'article 122-1. 19,42% des sujets restaient en hospitalisation complète, 18,45% des patients ont vu transformer leur mesure en PDS et 17,48% ont bénéficié d'une main levée de leurs soins non consentis. Nous avons également dégagé des tendances entre le devenir des sujets irresponsables sur le plan pénal et la pathologie qu'ils présentaient ou l'infraction qu'ils commettaient : les sujets qui restaient hospitalisés de manière continue étaient majoritairement atteints d'un trouble psychotique ou avaient commis un crime. Cependant, les résultats retrouvés dans cette étude ne sont que des tendances et demandent à être confirmés puis approfondis dans des études ultérieures, à plus grande échelle.

Il serait également intéressant d'étudier, parmi ces sujets reconnus irresponsables sur le plan pénal, le temps passé en soins psychiatriques et de le comparer à celui de la peine encourue si leur responsabilité pénale avait été reconnue pour l'infraction commise. Les sujets irresponsables sur le plan pénal passent-ils plus de temps en soins qu'ils n'en auraient passé en prison ?



## BIBLIOGRAPHIE

1. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2015 Jun;41(3):244–50.
2. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>.
3. Jamet L, et al. Abolition du discernement : état des lieux des pratiques des experts psychiatres dans l'ouest de la France. *Ann Med Psychol (Paris)* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.016>.
4. Bérard J, Chantraine G. la carcéralisation du soin psychiatrique. *Vacarme*. 2008;42(1):91.
5. Clerget E. L'irresponsabilité pénale pour trouble mental en France : à propos de 88 sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2015. hal-01734411.
6. Bénézech M, Pham TH, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2009 Feb;167(1):39–50.
7. Code de procédure pénale | Legifrance [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154>.
8. Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. *La Revue de Médecine Légale*. 2015 Jun;6(2):70–7.
9. Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2016 Jul;174(6):415–25.
10. Anastasiu A, Glück N. Chapitre 14. Le cadre législatif et déontologique de la psychiatrie. In: *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2012 [cited 2019 Jul 23]. p. 229. Available from: <http://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-229.htm>.
11. Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011 Dec;169(10):648–51.
12. Archer E. Expertise psychiatrique de prélibération. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2006 Dec;164(10):857–63.
13. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029362502?r=gN4eqJmwsx>.
14. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029362502?r=gN4eqJmwsx>, consulté le 27 Septembre 2020.
15. ARS. Guides de procédures, les soins sans consentement. <https://www.ch-cholet.fr/wp-content/uploads/2017/05/Guide-de-procedures-ARS-Soins-psychiatrique-sans-consentement-2015-1.pdf>, consulté le 27 Septembre 2020.
16. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*. 2009;85(8):745.

17. Regier D, Khul E, Kupfer D. The DSM-5 : classification and criteria changes. World Psychiatry. 2013 June, <https://doi.org/10.1002/wps.20050>.
18. Alamowitch N. Les programmes de soins ambulatoires contraints dans le cadre de la loi de 2011, modifiée. Point de vue de la direction. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2018 Apr;176(4):416–7.
19. K'ourio H, Trebalag A-K, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2018 Apr;176(4):410–5.
20. Baratta A, Morali A, Halleguen O. La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. À propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas. L'information psychiatrique. 2012;88(7):559.
21. Grann M FS. The population impact of severe mental illness on violent crime. Am J Psychiatry. 2006;163: 1397-403.
22. Richard-Devantoy S, Chocard A-S, Bourdel M-C, Gohier B, Dufлот J-P, Lhuillier J-P, et al. Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ? L'Encéphale. 2009 Sep;35(4):304–14.
23. Richard-Devantoy S, Dufлот J-P, Chocard A-S, Lhuillier J-P, Garré J-B, Senon J-L. Homicide et schizophrénie : à propos de 14 cas de schizophrénie issus d'une série de 210 dossiers d'expertises psychiatriques pénales pour homicide. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2009 Oct;167(8):616–24.
24. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2015 May;173(4):348–51.
25. Lafaye CG. Entre défense des droits et logique sécuritaire: l'ambivalence du traitement politique du psychiatrique. :23.
26. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2014 Nov 1;172(9):766–71.
27. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2005 Dec;163(10):870–7.
28. Senon J.-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. Évol. psychiatr. 2005 ; 70.
29. Cartuyvels Y, Mary P. L'État face à l'insécurité. Bruxelles : Labor; 1999.
30. Senon J-L. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. 2005;81:8.
31. Lafaye CG. Usages contemporains de la déclaration d'irresponsabilité pénale par les magistrats. :15.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

MOULIA-PELAT Estébanine

L'article 122-1 et après ? Devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal, entre 2015 et 2019, dans l'Ouest de la France.

Th. : Méd. : Brest 2020

*Objectifs.* – Notre travail a pour but d'étudier le devenir des sujets considérés comme irresponsables sur le plan pénal en raison d'une abolition du discernement au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal et de mettre en évidence un lien entre leur pathologie, leur infraction et leur prise en charge.

*Matériel et méthode.* – Cette étude observationnelle et rétrospective a recueilli auprès d'un expert psychiatre exerçant auprès de la cour d'appel de Rennes l'ensemble des expertises de 2015 à 2019 ayant conclu à l'abolition du discernement. Les Agences Régionales de Santé de la région ouest de la France ont été sollicitées afin d'obtenir les éléments concernant le devenir de ces sujets depuis leur examen expertal. Nous avons étudié les caractéristiques médico-psycho-criminologiques, les pathologies retrouvées, les infractions commises et les conclusions de l'expert concernant la responsabilisation ou l'irresponsabilisation pénale conduisant à la nécessité d'une orientation sanitaire ou judiciaire.

*Résultats.* – Nous avons pu obtenir des informations concernant 58 sujets sur les 103 recueillis initialement. Au total, 19,42% des sujets étaient en hospitalisation complète, 18,45% en Programme de Soins et 17,48% avaient bénéficié d'une levée de leur mesure. Les sujets souffraient d'un trouble psychotique dans 75,73%. Pour une même infraction, cette population psychotique était plus souvent hospitalisée que les sujets non psychotiques (31,32%) et parmi les sujets psychotiques, ils étaient également plus souvent hospitalisés en cas de crime (atteinte aux personnes ou crimes sexuels) commis que de délit (31,83%).

*Conclusions.* – Notre hypothèse de départ a été confirmée par les tendances que nous avons pu dégager : les sujets considérés comme irresponsables sur le plan pénal ont tendance à rester hospitalisés, notamment lorsqu'ils sont psychotiques et qu'ils ont commis un crime.

MOTS CLES : PSYCHIATRIE LEGALE - IRRESPONSABILITE PENALE - ABOLITION DU DISCERNEMENT - ARTICLE 122-1 DU CODE PENAL – PSYCHOSE ET CRIME

JURY :

Président :

Pr BRONSARD

Membres :

Dr BERROUIGUET Sofian

Dr DEJEAN Yasmina

Dr LODDE Brice

Dr NABHAN ABOU Nidal

Dr SCHMOUCKOVITCH Michel

DATE DE SOUTENANCE : 29 Octobre 2020