

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**État des lieux de la santé mentale des personnes placées sous
surveillance électronique**

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2019 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Alice FASSENOT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AICS	Auteurs d'infractions à caractère sexuel
ARSE	Assignation à résidence sous surveillance électronique
ARSEM	Assignation à résidence sous surveillance électronique mobile
AP	Administration pénitentiaire
ATCD	Antécédents
CBV	Coups et blessures volontaires
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie
CEA	Conduite sous l'empire d'un état alcoolique
CepIDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIRAP	Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire
CMP	Centre médico-psychologique
CPIP	Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CPP	Code de procédure pénale
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DAVC	Diagnostic à visée criminologique
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EDC	Épisode dépressif caractérisé
EPSNF	Établissement public de santé nationale de Fresnes
GPS	Global Positioning System
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRM	Imagerie par résonance magnétique
JAP	Juge de l'application des peines
JLD	Juge des libertés et de la détention
PE	Placement extérieur
PS	Permission de sortir
PSE	Placement sous surveillance électronique
PSEM	Placement sous surveillance électronique mobile
SDRE	Soins sur décision du représentant de l'État
SEFIP	Surveillance électronique de fin de peine
SL	Semi-liberté

SMPR	Service médico-psychologique régional
SIIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	9
INTRODUCTION.....	10
I. LA MESURE DE PLACEMENT SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE.....	13
A. DÉFINITION.....	13
B. HISTORIQUE.....	13
1. Aux origines.....	13
2. Développement en France.....	15
C. CADRE JURIDIQUE.....	17
1. Champ d'application.....	17
2. Acteurs décisionnaires.....	18
3. Consentement de la personne.....	19
4. Dispositif technique.....	20
5. Cas particulier : le PSE mobile (PSEM).....	21
6. Suivi et contrôle.....	24
D. DONNÉES ACTUELLES SUR LE RECOURS AU PSE EN FRANCE.....	27
1. Population concernée.....	27
2. Caractéristiques socio démographiques.....	29
II. PLACEMENT SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE ET SANTÉ MENTALE.....	34
A. IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE LA MESURE.....	34
1. Intériorisation de la peine.....	34
2. Effets de la surveillance.....	37
3. Incursion de la peine dans les différents champs personnels.....	41
a) <i>Par le bracelet, sur son corps</i>	41
b) <i>Au domicile</i>	45
c) <i>Dans les relations interpersonnelles</i>	46

B. TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU SEIN DE LA POPULATION SOUS PSE.....	49
1. Une population à risque de troubles psychiatriques.....	49
a) <i>Facteurs de risque</i>	49
b) <i>Lien avec la prévalence de tr. psychiatriques de la population incarcérée</i>	50
2. Rôle de la mesure de PSE dans la survenue de symptômes psychiatriques.....	53
a) <i>Symptomatologie aspécifique liée au stress – Modèle stress/vulnérabilité</i>	53
b) <i>Symptomatologie spécifique liée aux facteurs de stress de la mesure</i>	55
<i>Épisode dépressif caractérisé</i>	55
<i>Idées délirantes de persécution</i>	58
C. LE SUICIDE AU SEIN DE LA POPULATION SOUS PSE.....	61
1. Définition du suicide et généralités.....	61
2. Épidémiologie du suicide des personnes sous PSE.....	61
a) <i>Taux de mortalité par suicide</i>	61
b) <i>Facteurs de risque de suicide</i>	65
c) <i>Hypothèses explicatives</i>	67
D. PRISE EN SOINS DE LA POPULATION SOUS PSE.....	70
1. Mise en œuvre de la mesure en lien avec l'état de santé.....	70
a) <i>Compatibilité de l'état de santé avec la mise en place du PSE</i>	70
b) <i>Ordonnance de la mesure pour raison médicale</i>	70
2. Accès aux soins et prise en charge des personnes sous PSE.....	71
a) <i>Soins ambulatoires</i>	72
b) <i>Modalité d'accès aux soins particulière : les soins pénalement ordonnés</i>	73
c) <i>Soins hospitaliers</i>	77
d) <i>Couverture sociale</i>	79
CONCLUSION.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	82
LEXIQUE.....	89

RÉSUMÉ

Contexte : La santé mentale des personnes incarcérées est largement altérée par rapport à celle de la population générale. Afin de lutter contre la surpopulation carcérale, les mesures en milieu ouvert et les aménagements de peine se sont développés ; au premier rang desquels, le placement sous surveillance électronique (PSE). Qu'en est-il de la santé mentale des personnes placées sous PSE ?

Méthode : Nous avons réalisé un état de lieu de la question au vue de la littérature internationale actuelle et des données épidémiologiques communiquées par la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Résultats : Les études épidémiologiques menées auprès de la population placée sous PSE sont rares. On identifie cependant des facteurs de vulnérabilité psychiatrique, qui, combinés aux facteurs de stress de la mesure (transgression de l'intimité psychique et physique, impression d'être surveillé en permanence, etc.), pourraient favoriser l'émergence de symptômes et de troubles psychiatriques, notamment les idées délirantes de persécution, l'épisode dépressif caractérisé, ou les comportements suicidaires. Le taux de suicide parmi les personnes sous PSE est moins élevé qu'au sein de la population détenue en établissement pénitentiaire, mais il est plus important qu'en population générale. L'accès aux soins se fait selon les mêmes modalités que la population de droit commun, sauf lorsqu'il est encadré par des mesures de soins pénalement ordonnés.

Conclusion : Les personnes sous PSE constituent une population particulièrement exposée aux troubles psychiatriques. Des études longitudinales devraient être menées afin d'évaluer rigoureusement les conséquences psychologiques et psychiatriques de la mesure de PSE et de développer des axes de prévention.

INTRODUCTION

La première étude à montrer la forte prévalence des troubles mentaux en détention a été menée par le psychiatre Bernard Glueck Sr à la prison de Sing Sing à New York en 1918 (1). Depuis, de nombreux travaux indiquent que la santé mentale des personnes incarcérées est altérée par rapport à celle de la population générale (2) (3). Un détenu sur sept souffrirait de troubles psychiatriques (4).

Depuis les années 1990, la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral a connu un accroissement sans précédent, et on constate parallèlement dans les pays européens, une augmentation significative des hospitalisations sur décision judiciaire dans les établissements médico-légaux « forensiques » (5) (6). Certains auteurs décrivent que ce phénomène a commencé simultanément au développement de la psychiatrie communautaire avec la diminution drastique du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie, et qu'il concerne des personnes incarcérées majoritairement pour des infractions de faible gravité (7).

Ainsi, les services de soins en détention ont dû faire face à un développement important des besoins de santé et suite à la réforme du système de soins en milieu pénitentiaire en 1994 (loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale), différentes initiatives ont été déployées pour y pallier. Au cours des vingt dernières années, on assiste notamment à la création des Unités sanitaires médico-psychologiques, des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ou encore des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Cependant, les indicateurs de santé restent alarmants, et les conditions de détention difficiles complexifient également les prises en soins en détention (surpopulation carcérale, établissements vétustes, manque d'hygiène, etc (8)). Selon les chiffres de l'Administration pénitentiaire, la densité

carcérale française s'établit à 117,6% en septembre – octobre 2018, elle atteint surtout 140% dans les maisons d'arrêt, établissements pénitentiaires qui accueillent les condamnés à de courtes peines ou les personnes en attente de jugement (9).

Pour lutter contre cette surpopulation, diminuer les coûts et favoriser la réinsertion sociale et la prévention de la récidive, les mesures alternatives à la détention se sont développées. Depuis une quinzaine d'années, elles affichent une forte expansion (10) :

- augmentation de 50 % entre le 1^{er} janvier 2005 et le 1^{er} janvier 2014 pour les mesures en milieu ouvert (représentées par le sursis ou l'ajournement avec mise à l'épreuve, le travail d'intérêt général, la libération conditionnelle et le contrôle judiciaire), qui concernent des personnes non écrouées ;
- doublement des aménagements de peine privative de liberté (placement sous surveillance électronique (PSE), placement à l'extérieur et semi-liberté).

Ces mesures peuvent être conjuguées à des soins pénalement ordonnés, sur décision du magistrat. Introduits par la loi n° 54-439 concernant le traitement des alcooliques dangereux pour autrui du 15 avril 1954, les soins pénalement ordonnés (mesures d'obligation de soins, d'injonction thérapeutique et d'injonction de soins) sont prononcés avant ou après déclaration de culpabilité, et peuvent nécessiter une expertise médicale. Elles sont en constante augmentation (11) et concernent plusieurs dizaines de milliers de justiciables chaque année (12).

Actuellement, très peu d'études se sont penchées sur la santé mentale des justiciables, soumis à une peine privative de liberté en dehors de la prison, dont le PSE représente la majorité (13).

Cette population présente probablement des facteurs de vulnérabilité similaires à la population carcérale, qui la rendent fragile sur le plan psychiatrique. Ses besoins de santé doivent être importants et le psychiatre peut être amené à rencontrer des personnes placées sous surveillance électronique dans de multiples situations de pratique clinique : aux urgences, au Centre médico-psychologique (CMP) dans le cadre de soins pénalement ordonnés ou d'un suivi classique, etc. Une bonne connaissance de la mesure de PSE et de ses conséquences apparaît donc indispensable pour une prise en charge adaptée.

Dans ce contexte, nous nous proposons de réaliser, dans ce travail de thèse, un état des lieux des connaissances actuelles sur la santé mentale des personnes placées sous surveillance électronique. Une première partie sera consacrée à la description de la mesure de PSE et des caractéristiques de la population concernée. Dans une deuxième partie, nous nous pencherons sur l'impact psychologique de la mesure de PSE et sur les troubles psychiatriques au sein de cette population.

I. LA MESURE DE PLACEMENT SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE

A. DÉFINITION

Le placement sous surveillance électronique (PSE) est une forme d'exécution des peines privatives de liberté. Sa mise en œuvre fait suite à une décision judiciaire et autorise l'exécution d'une peine en dehors d'un établissement pénitentiaire, afin que le bénéficiaire puisse (14) :

- exercer une activité professionnelle,
- suivre un enseignement ou une formation,
- participer à sa vie de famille,
- suivre un traitement médical.

L'exécution de la peine se fait dans un lieu déterminé par le magistrat et sous réserve d'une surveillance à distance par l'administration pénitentiaire au moyen d'un procédé électronique. La personne a pour obligation de rester au lieu d'assignation (domicile ou autre hébergement stable) pendant les périodes fixées par le juge; en cas de non respect, les agents de surveillance pénitentiaire sont alertés à distance.

B. HISTORIQUE

1. Aux origines

L'idée de surveiller les individus à distance avec l'aide d'une technologie électronique n'est pas récente. En 1964, les frères Robert L. Et Ralph K. Schwitzgebel,

alors étudiants à l'Université de Harvard, développent notamment le terme d'*Electronic Monitoring* dans le cadre de leurs travaux de psychologie sociale (15) et conçoivent un premier prototype en 1968.

Cependant, ce n'est seulement qu'en mars 1983 que le premier dispositif concret voit le jour aux États-Unis. Jack Love, un juge de l'État du Nouveau Mexique, décide de placer sous surveillance un homme qui n'avait pas respecté ses conditions probatoires, à l'aide d'un bracelet électronique. Le juge aurait élaboré ce dispositif suite à la lecture d'*un comic strip* de Spiderman, paru dans un journal local du Nouveau Mexique en 1977 (16), dans lequel le héros est pisté par son ennemi à l'aide d'un bracelet permettant de le géolocaliser (voir **Illustration 1**).

the AMAZING SPIDER-MAN®

By Stan Lee and John Romita

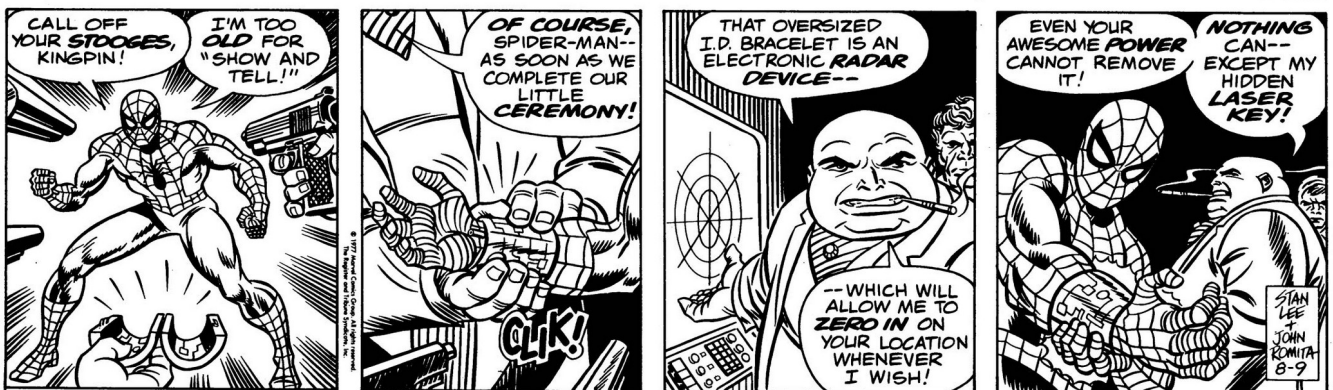


Illustration 1 : Tirée de *The Complete Spiderman Strips*, Tome 1 (16).

Dans l'idée de lutter contre la surpopulation carcérale, de diminuer les coûts liés à l'incarcération et de limiter les risques de récidive, la surveillance électronique se développe ensuite dans d'autres pays, notamment au Canada (1987), au Royaume-Uni (1989), en Suède (1994), aux Pays-Bas (1995), en Espagne (1996), en Belgique (1998), en Suisse (1999), etc. En 1989, 39 états des USA avaient adopté cette mesure.

2. Développement en France

L'idée de mesures alternatives à l'incarcération apparaît en France à partir de la seconde Guerre Mondiale et se concrétise en 1958 avec la création de la mise en place des peines de sursis avec mise à l'épreuve.

Le PSE apparaît pour la première fois dans un texte officiel de Gilbert Bonnemaïson, député socialiste, sous le terme d'assignation à domicile sous surveillance électronique en 1989 (17). Dans son rapport parlementaire *La modernisation du service public pénitentiaire*, la mesure est associée à un *numerus clausus* pénitentiaire, afin de limiter la surpopulation carcérale. Gilbert Bonnemaïson envisageait l'utilisation du PSE aux différentes phases du processus pénal (pré-sentencielle, sentencielle comme substitut à une courte peine d'emprisonnement et post-sentencielle). En 1995, la question du PSE est reprise par Guy-Pierre Cabanel, sénateur du Rassemblement démocratique et social européen, dans son rapport intitulé *Pour une meilleure prévention de la récidive* (18). Le PSE y est décrit comme un instrument efficace et financièrement avantageux de prévention de la récidive et de lutte contre la surpopulation carcérale. A nouveau, le dispositif proposé vise à s'intégrer aux différentes phases de la procédure pénale.

Dans ce contexte, le PSE est introduit par la loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté, aux articles 723-7 et suivants du Code de Procédure Pénale (19), dans un premier temps uniquement en tant que mesure d'aménagement de peine de moins d'un an ou de reliquat de peine de moins d'un an. Ainsi, débute une phase expérimentale de mise en application avec une première vague en octobre 2000 dans les Maisons d'Arrêt d'Agen, Aix-Luynes, Loos-lès-Lille et une seconde vague en septembre

2001 à Angers, Béziers, Colmar, Dijon et Osny-Pontoise. La généralisation à l'ensemble du territoire a lieu en 2002 et sa mise en œuvre incombe aux juges de l'application des peines (JAP) avec l'appui des travailleurs sociaux du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et des agents de l'administration pénitentiaire (AP).

Au fil des années, plusieurs réformes modifient le cadre d'exécution du PSE pour étendre son application. La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes autorise notamment l'exécution de la mesure dans le cadre d'une détention provisoire. La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation du programme pour la justice supprime cette possibilité mais étend l'utilisation du PSE au contrôle judiciaire sous la juridiction du Juge des libertés et de la détention (JLD). Par la suite, face à l'aggravation du problème de surpopulation carcérale, l'autorisation d'ordonnance de PSE est généralisée à la juridiction de jugement (pour une peine privative de liberté égale ou inférieure à un an) et au SPIP pour les fins de peine (Surveillance électronique de fins de peine SEFIP) (loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité). Cette tendance est renforcée avec la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, qui établit la possibilité de placer une personne sous surveillance électronique pour une peine ou un reliquat inférieur à 2 ans (au lieu d'un an auparavant, seuil toutefois conservé pour les récidivistes).

Enfin, avec la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005, relative au traitement de la récidive et des infractions pénales, le placement sous surveillance électronique mobile (voir **Partie I.C.5.**) voit le jour. Cette mesure est entrée en vigueur au printemps 2008.

C. CADRE JURIDIQUE

1. Champ d'application

La mesure de PSE peut intervenir aux différentes phases du processus pénal :

- *en phase pré-sentencielle* : pour les personnes en attente de jugement, en tant qu'alternative à la détention provisoire (assignation à résidence sous surveillance électronique – ARSE)

L'ARSE peut concerner une personne mise en cause dans une enquête pénale, si la peine encourue est de 6 mois minimum pour un flagrant délit en comparution immédiate, ou de 2 ans minimum dans les autres cas. Cette mesure est prononcée pour une durée de 6 mois, renouvelable 3 fois (durée maximale de 2 ans) et ne peut être ordonnée que lorsque les mesures de contrôle judiciaire prises à elles seules sont insuffisantes pour éviter la fuite ou la récidive. Si cette mesure n'est pas respectée, la personne peut être placée en détention provisoire (20). Les personnes en ARSE ne sont pas écrouées, elles sont en revanche inscrites sur un registre nominatif spécial tenu par l'AP.

- *en phase sentencielle* : en tant que mesure d'aménagement pour les peines (ou cumul de peines) inférieures ou égales à 2 ans (ou 1 an pour les condamnés récidivistes),
- *en phase post-sentencielle* : en tant que mesure d'aménagement de peine si le reliquat n'excède pas 2 ans (ou 1 an pour les récidivistes) pour une peine initiale n'excédant pas 5 ans; dans le cadre d'une libération sous contrainte ou d'une préparation de libération conditionnelle (pour une durée maximale de 1 an).

La mesure de PSE est applicable aux mineurs dès l'âge de 13 ans.

2. Acteurs décisionnaires

A son entrée en vigueur, la mesure de PSE pouvait être prononcée uniquement par le JAP dans le cadre d'un aménagement de peine. La loi du 9 mars 2004 a étendu cette décision de placement :

- au juge des libertés et de la détention (dans le cadre de l'ARSE) ;
- à la la juridiction de jugement, directement au moment de l'ordonnance de la sentence ;
- au directeur du SPIP avec accord tacite du JAP et du Parquet sans réponse de leur part sous 3 semaines (le directeur du SPIP peut faire une proposition d'aménagement de peine si le reliquat de peine est inférieur ou égal à 3 mois, sur une peine initiale de 6 mois à 2 ans; et inférieur ou égal à 6 mois pour une peine comprise entre 2 et 5 ans).

Avant la décision du PSE, les potentiels bénéficiaires de la mesure peuvent faire l'objet d'une enquête sociale sur saisine de l'autorité judiciaire, réalisée par le SPIP. Celle-ci a pour but d'appréhender l'univers familial, professionnel et judiciaire de la personne, et sa capacité à s'emparer de la mesure et à la respecter. Il y est notifié le lieu d'assignation et les propositions des horaires d'assignation au regard du projet d'insertion ou de réinsertion de l'intéressé. Les modalités de saisine font suite à une concertation locale entre les magistrats et le SPIP, impliquant également une réflexion sur les délais contraints pour réaliser les enquêtes, notamment en urgence dans le cadre de l'ARSE, où l'enquête préalable est obligatoire. Par ailleurs, les visites à domicile ne sont plus systématiques

dans le cadre des enquêtes (prise de renseignements par téléphone, convocation au SPIP ou au vue de toute pièce justificative).

3. Consentement de la personne

Le PSE nécessite le consentement de la personne concernée (ou de ses parents pour un mineur), qui a le choix d'effectuer sa peine en détention ou en milieu ouvert. Pour les prévenus, la présence de l'avocat est obligatoire lors du recueil du consentement. Les agents du SPIP doivent aussi s'assurer par écrit de l'accord du maître des lieux (propriétaire ou titulaire du contrat de location) à recevoir le placé (sauf foyer, lieu associatif ou Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)).

Concernant les majeurs protégés, aucun texte n'exige l'accord de leur responsable légal. Si aucune expertise psychiatrique ou psychologique n'est présente dans le dossier, le magistrat peut être amené à en demander une, car il doit s'assurer de la bonne compréhension des obligations et des conséquences en cas de non-respect de la mesure.

4. Dispositif technique

La personne bénéficiant d'un PSE porte un bracelet électronique, qui émet des signaux à destination du boîtier récepteur situé au lieu d'assignation. Le boîtier envoie à son tour des signaux vers le centre de surveillance via le réseau téléphonique. Le bracelet est réalisé dans une matière plastique, étanche et est situé sur le poignet ou la cheville de la personne (voir **Illustration 2**). Il émet des signaux environ toutes les 30 secondes, leur portée peut atteindre 50 mètres. Il détecte également en permanence la chaleur de la

peau de la personne.

La pose du bracelet s'effectue au greffe de l'établissement pénitentiaire ou au SPIP et le récepteur est installé par le personnel de l'AP. Le centre de surveillance est localisé au greffe de l'établissement dont dépend la personne surveillée. Le rôle des agents pénitentiaires y est de comparer les informations envoyées par le récepteur avec le programme horaire du condamné, défini préalablement. Un message d'alerte est envoyé au centre de surveillance: (i) si la personne n'est pas présente au domicile durant les horaires d'assignation ou (ii) si le signal envoyé est trop faible (en cas de manipulation du bracelet par exemple par non détection de la peau de la personne surveillée). Il arrive parfois qu'une alerte soit déclenchée alors même que la personne est présente au domicile ou que son bracelet est correctement en place ("faux négatif").



Illustration 2 : Pose du bracelet électronique ; tirée de *Le placement sous surveillance électronique – mars 2019* (21).

Le dispositif est entièrement pris en charge par l'institution publique, hormis la fourniture, la mise en service et la maintenance des équipements, effectuées par des organismes privés.

5. Cas particulier : le PSE mobile (PSEM)

Le PSEM est une mesure de sûreté, prononcée par le juge dans un but préventif. A l'aide d'un bracelet GPS, ce dispositif permet de localiser précisément et en permanence où se trouve l'individu sur le territoire, d'interdire l'accès à certaines zones (zone d'exclusion), ou de l'obliger à rester dans une zone définie selon un emploi du temps (zone d'inclusion). De plus, les services de probation doivent analyser régulièrement l'ensemble des déplacements enregistrés afin de repérer ceux qui pourraient comporter des risques pour des victimes potentielles.

Le PSEM peut intervenir dans le cadre d'une libération conditionnelle et d'un suivi socio-judiciaire (pour une peine initiale d'au moins 7 ans d'emprisonnement) ou dans le cadre d'une surveillance judiciaire (pour une peine initialement purgée d'au moins 10 ans d'emprisonnement). Sa décision fait suite à une expertise psychiatrique effectuée avant sortie de prison, pour évaluer la dangerosité et le risque de récidive du condamné. Ainsi, son recours est notamment préconisé pour les délinquants sexuels et les criminels jugés dangereux. Il n'est ordonné que pour des personnes majeures. La durée de cette mesure est de 2 ans, renouvelable 1 fois pour les délits (maximum 4 ans), ou 2 fois pour les crimes (maximum 6 ans).

Le condamné porte un bracelet, ainsi qu'un récepteur au niveau de sa ceinture lors de ses déplacements (au domicile, le récepteur fixe prend le relais). La transmission du signal passe par un satellite, qui communique la position au centre de surveillance avec une précision d'une dizaine de mètres.

	<i>ARSE / ARSEM</i>	<i>PSE (et SEFIP)</i>	<i>PSEM</i>
<i>Loi concernée</i>	Loi pénitentiaire n° 2009 - 1436	Loi n° 97-1159 relative au PSE comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté	Loi n° 2005-1549 relative au traitement de la récidive et des infractions pénales
<i>Type de mesure pénale</i>	Alternative à la détention provisoire, si contrôle judiciaire jugé non suffisant	Peine privative de liberté : - peine / reliquat ≤ 2 ans (≤ 1 an pour les récidivistes)	Mesure de sûreté : - libération conditionnelle - suivi socio-judiciaire - surveillance judiciaire
<i>Statut du justiciable</i>	Prévenu	Condamné	Condamné
<i>Écroué</i>	Non	Oui	Non
<i>Durée</i>	6 mois (renouvelable 3 fois, durée max 2 ans)	≤ 1 ou 2 ans	2 ans (renouvelable 1 fois pour délits, 2 fois pour crimes)
<i>Mineur</i>	Non	Oui	Non
<i>Enquête préalable</i>	Obligatoire	Facultative	Obligatoire + Expertise psychiatrique
<i>Équipement</i>		Bracelet électronique + Boîtier récepteur au domicile	Bracelet électronique GPS + Boîtier récepteur à la ceinture et au domicile

Tableau 1 : Récapitulatif du cadre juridique des différentes mesures de PSE.

6. Suivi et contrôle

a) Contrôle technique par l'AP

Le personnel de l'AP est chargé de faire les vérifications nécessaires lors du déclenchement d'une alarme, qui peut correspondre à une violation des obligations d'assignation. Le "lever de doute" s'effectue par une prise de contact téléphonique avec le placé (sur son téléphone fixe et/ou portable). Ainsi, les agents de surveillance analysent l'alarme, la qualifient (alarme technique, alarme de violation), puis rédigent un compte-rendu d'incident, qu'ils transmettent par télécopie aux référents judiciaires et pénitentiaires de la mesure. Depuis l'arrêté du 1er juillet 2002, le traitement des alarmes par le personnel de l'AP fait l'objet d'une appréciation subjective. En effet, les agents peuvent gérer les alarmes en fonction de leur connaissance de la personne.

Lorsque la personne signale un évènement imprévu, l'obligeant à se soustraire aux horaires d'assignation, elle doit fournir une preuve ou une justification, qu'elle transmet à son conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP).

Dans le cas d'une présomption d'évasion, si la personne condamnée n'est pas présente dans un délai d'une heure après la survenue d'une alarme de violation, le service de police ou de gendarmerie peut être amené à se déplacer sur *mandat d'amener* ou *mandat d'arrêt* du magistrat. Le mandat d'amener est l'ordre donné à la force publique de conduire la personne devant le magistrat. En pratique, il est délivré lorsque la personne est localisée. Le mandat d'arrêt, quant à lui, concerne la même action, mais pour une personne en fuite. La personne placée peut alors être immédiatement réintégrée par le chef d'établissement pénitentiaire ou retenue en *garde à vue JAP* pour une durée maximum de 24h dans un local de police ou de gendarmerie afin que soit vérifiée sa

situation ou qu'elle soit entendue sur la violation de ses obligations. Un débat contradictoire sur le retrait de la mesure doit être organisé par le magistrat dans un délai de 15 jours.

Des vérifications téléphoniques peuvent également être effectuées (avec rapport au JAP obligatoire) hors incident pendant les horaires d'assignation à domicile.

b) Suivi socio-éducatif par le SPIP

Le personnel d'insertion et de probation est chargé du suivi et du contrôle du respect des obligations et des interdictions afférentes à la mesure. Le suivi a pour visée de « *travailler sur le passage à l'acte et le sens de la peine pour les personnes condamnées, de contrôler de manière régulière les obligations, de participer à la réinsertion* » (13). A la suite d'une première évaluation (analyse du positionnement de la personne concernée au regard des faits, de son environnement, de sa personnalité et de ses perspectives d'insertion) et à l'aide de la trame d'évaluation DAVC (Diagnostic à visée criminologique) introduite par la circulaire du 8 novembre 2011 (22), le CPIP détermine la fréquence et les types d'interventions dans un objectif de prévention de la récidive (13).

La prise en charge socio-éducatif varie d'un individu à un autre : le plus fréquemment les entretiens de suivi ont lieu mensuellement, mais elle peut être plus intensive avec des rencontres toutes les 2 semaines. Le suivi est de moindre ampleur que dans d'autres pays européens. Aux Pays-Bas, l'agent de probation effectuerait environ une heure de visite par semaine chez les placés. En Suède, il se rendrait chez le placé trois fois par semaine en moyenne. Cette donnée serait probablement expliquée par le nombre de personnes suivies par CPIP. En effet, au 1er janvier 2011, on recense un agent de probation pour cent justiciables en milieu ouvert en France (23).

c) Suivi judiciaire

La personne placée a pour obligation de répondre aux convocations du JAP, et de respecter ses engagements (pratique d'une activité professionnelle, suivi d'un enseignement ou d'une formation, participation à la vie de famille, prise en charge médicale). En cas d'inobservation des obligations qui lui incombent, la mesure est suspendue et entraîne une garde à vue ou une incarcération immédiate avec organisation d'un débat contradictoire dans les 15 jours.

Lors d'une violation avérée ou dans le cadre d'un non-respect des modalités d'exécution de la peine, le juge peut décider d'un retrait de la mesure et d'un retour en milieu ordinaire.

D. DONNÉES ACTUELLES SUR LE RECOURS AU PSE EN FRANCE

1. Population concernée

En France, au 1er janvier 2019, on dénombre 10 620 personnes écrouées placées sous surveillance électronique (voir **Figure 1**); (10 241 au 1er janvier 2018, soit une évolution annuelle de 3,7%) sur un total de 81 250 personnes écrouées (24).

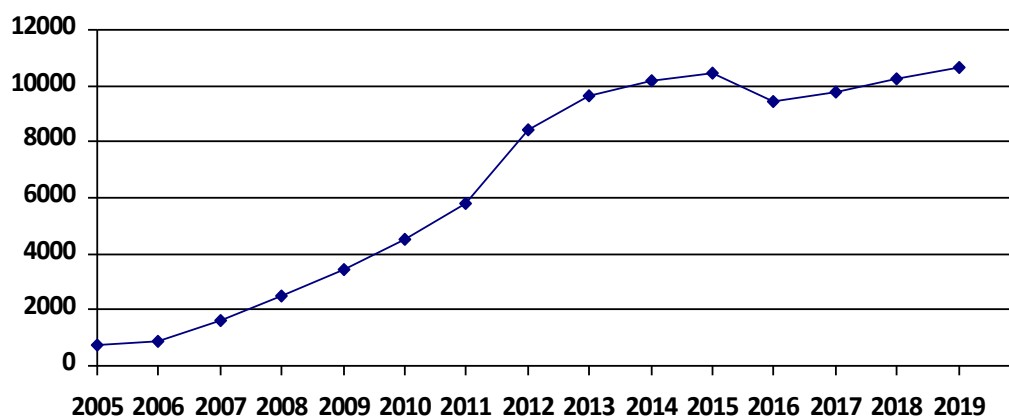


Figure 1 : Courbe d'évolution des personnes écrouées placées sous PSE au 01/01 de chaque année entre 2005 et 2019 ; *Source DAP.*

La population placée sous mesure de surveillance électronique non écrouée est minoritaire, comme l'indiquent les données de l'année 2015 (voir **Tableau 2**).

<i>Nombre total de personnes sous PSE</i>		10 767
<i>Personnes sous PSE sous écrou :</i>		10 419
- <i>Aménagement de peine</i>	-	10 030
- <i>SEFIP</i>	-	389
<i>Personnes placées sous un autre type de PSE :</i>		348
- <i>ARSE</i>	-	284
- <i>ARSEM</i>	-	4
- <i>PSEM</i>	-	60

Tableau 2 : Détail de la répartition des mesures de PSE au 01/01/2015 ; tiré de *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 01 janvier 2015* (25).

Ainsi, la majorité des placements sous surveillance électronique concernent des personnes écrouées en aménagement de peine (10 325 en 2019, pour 9 907 en 2018 soit 4,2% d'augmentation (24)). Le PSE est la mesure la plus fréquemment utilisée dans le cadre des aménagements de peine (qui concernent environ 20% des personnes condamnées). Au total, 81% des aménagements de peine concernent des PSE, 12% des mesures de semi-liberté et 7% des placements extérieurs (13).

La majorité des mesures de PSE correspond à la conversion d'une courte peine d'emprisonnement sans incarcération préalable (proportion supérieure à 90%) (26). La durée moyenne de placement est de 2,5 mois (2,4 mois pour une peine initiale, et 3,4 mois pour un reliquat de peine (27)).

2. Caractéristiques socio démographiques

Selon le travail de Kensey et al (27), qui a porté sur une analyse des personnes placées sous surveillance électronique d'octobre 2000 à novembre 2006 en France, la majorité des personnes placées sous surveillance électronique sont des hommes de nationalité française (5% de femmes, 7,5% de nationalité étrangère), âgés de 20 à 40 ans pour 70% d'entre eux (voir **Tableau 3**).

	Peine(s) ≤ 1 an	Reliquat ≤ 1 an	Total
- Femme	5.2%	4.6%	5.2%
- Étranger	7.7%	5.4%	7.5%
- Marié / vie maritale *	42.1%	48.4%	42.6%
- Un ou plus. enfants à charge	46.5%	45.4%	46.4%
- Âge moyen au début PSE (années)	34.4 ans	32.2 ans	34.3 ans
<i>Classes d'âge :</i>			
- Moins de 20 ans *	2.3%	4.2%	2.5%
- De 20 à 30 ans	42.6%	46.8%	43.0%
- De 30 à 40 ans	26.7%	24.5%	26.5%
- De 40 à 50 ans	17.4%	14.3%	17.1%
- Plus de 50 ans	11.0%	10.2%	10.9%
- En activité *	63.6%	53.7%	62.7%
- Illétré / études primaires	17.5%	20.6%	17.8%
<i>N</i>	2404	240	2644

* Pour ces variables, les différences entre les deux échantillons de condamnés (« peine ≤ 1 an » et « reliquat ≤ 1 an ») sont significativement différentes de zéro.

Tableau 3 : Caractéristiques socio démographiques des personnes sous PSE selon leur situation pénale ; tiré de Kensey A. *Les caractéristiques socio-démographiques des personnes sous PSE (2000-2006)* (27).

Les motifs de condamnation sont par ordre de fréquence (voir **Figure 2**) :

- conduite sous l'empire d'un état alcoolique (CEA) (20,7%),
- coups et blessures volontaires (CBV) (18,8%),
- infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) (14,1%).

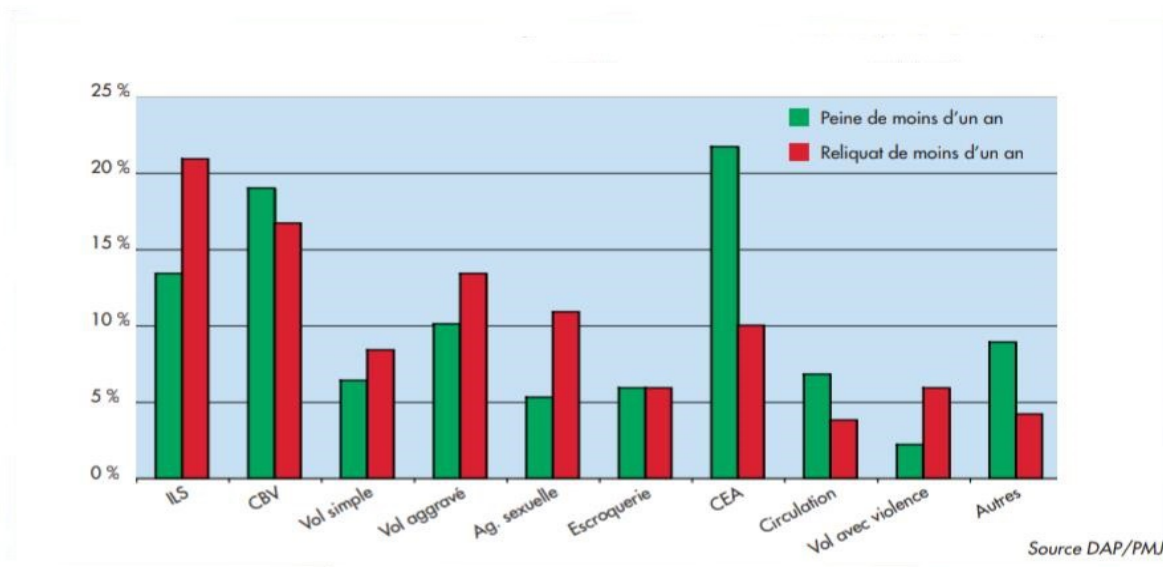


Figure 2 : Nature de l'infraction commise selon la situation pénale des personnes sous PSE ; tirée de Kensey A. *Les caractéristiques socio-démographiques des personnes sous PSE (2000-2006)* (27).

Les obligations imposées sont :

- une activité professionnelle pour 71,1% d'entre eux ;
- le suivi d'un enseignement, d'une formation ou d'un stage (12,1%) ;
- un suivi thérapeutique (8,1%) ;
- la participation à la vie de famille (5,3%) (voir **Figure 3**).

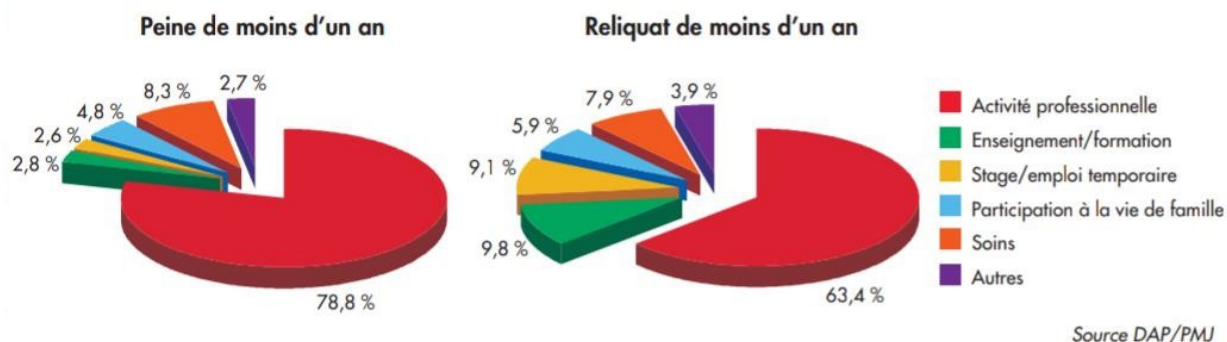


Figure 3 : Obligations imposées selon la situation pénale des personnes sous PSE pour (i) une peine de moins d'un an et (ii) un reliquat de moins d'un an ; tirée de Kensey A. *Les caractéristiques socio-démographiques des personnes sous PSE (2000-2006)* (27).

En comparaison avec les individus incarcérés pour des séjours de 6 mois ou moins, on remarque que les personnes placées sous PSE (voir **Tableau 4**) :

- exercent plus fréquemment une activité professionnelle,
- ont un niveau d'éducation plus élevée,
- sont de nationalité française en proportion plus importante.

Tableau 4 (ci-après): Caractéristiques des individus sous PSE et incarcérés ayant eu des durées de placement ou de séjour en prison égales à 6 mois ou moins (en pourcentage) ; tiré de Kensey A. *Les caractéristiques socio-démographiques des personnes sous PSE (2000-2006)* (25)

	<i>Individus sous PSE</i>	<i>Individus en prison</i>
Caractéristiques socio-démographiques :		
- Femme	5.3%	3.3%
- Français	92.4%	76.6%
- Couple	42.1%	23.4%
- Âge moyen	34.0 ans (12.0)	29.4 ans (9.9)
- Nombre d'enfants	1.1 (1.4)	0.6 (1.2)
- Illettré ou primaire	18.0%	50.1%
- En activité	71.7%	34.5%
Caractéristiques pénales :		
<i>Nature de l'infraction</i>		
- ILS	13.2%	7.1%
- CBV, violences	19.1%	15.4%
- Vol, recel simple	6.4%	14.8%
- Vol, recel aggravé	10.6%	19.2%
- Agression sexuelle	4.4%	1.5%
- Escroqueries	6.2%	3.3%
- CEA	22.4%	10.4%
- Circulation sans CEA	6.6%	5.3%
- Vol avec violence	2.3%	4.6%
- Autres	8.7%	1.8%
N	1 921	21 111

Note : Pour les variables continues, les écarts types sont donnés entre parenthèses. Pour toutes les variables présentées, les différences entre les deux échantillons de condamnés sont toutes significativement différentes de zéro.

II. PLACEMENT SOUS SURVEILLANCE ÉLECTRONIQUE ET SANTÉ MENTALE

A. IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE LA MESURE

Dans le cadre du PSE, la peine s'exécute en milieu ouvert, dans un espace surveillé et dynamique, où les frontières entre l'espace public et l'espace privé tendent à s'effacer (28). Dans cette partie, nous nous efforcerons de rendre compte de l'impact psychologique induit par les particularités de cette mesure chez l'individu.

1. Intériorisation de la peine

La mesure de PSE est une peine privative de liberté, qui ne s'exécute pas en prison. Son lieu d'exercice n'est pas identifiable (29). En outre, ses acteurs (surveillants, autres condamnés) ne sont plus présents directement pour y contribuer. Jean-Charles Froment, professeur en droit public, décrit en ce sens un mouvement de « *déterritorialisation de la sanction pénale* » (30) par la dématérialisation des aspects les plus tangibles du modèle de l'institution pénale, ce qu'image la citation suivante :

« Le pouvoir continue à exercer de la même façon son pouvoir de punir, mais ce qu'il faisait jusqu'alors, à travers un dispositif visible, il le réalise maintenant sans se donner à voir. »

J-C. Froment (30)

Les aspects visibles du contrôle disparaissent donc, et l'individu se doit d'intérioriser les contraintes auxquelles il est tenu de se soumettre.

« Il n'y a plus de territoire propre pour la peine qui se déplace désormais avec soi. »

J-C. Froment (30)

a) Autorégulation de l'individu

Richard Wortley, professeur en criminologie, distingue les situations à impact direct sur le comportement et les situations qui agissent de manière plus régulatrice, c'est-à-dire qui font appel à la rationalité de l'individu et suscitent son calcul (31). Le fait de construire un mur par exemple empêche de passer, tandis qu'une surveillance électronique invite l'individu à opérer un arbitrage interne entre les diverses options qui s'offrent à lui. On comprend que la densité psychique d'une limite immatérielle nécessite une représentation mentale, qui est nécessairement plus difficile à se représenter que la présence massive et opaque d'un mur (32).

Jeremy Bentham, philosophe et juriste britannique du XVIII^{ème} siècle, a pensé une architecture carcérale comme structure de surveillance par excellence, avec laquelle on peut établir un rapprochement. Le panoptique est une prison circulaire dotée d'une tour centrale autour de laquelle sont disposées des cellules individuelles. Les cellules possèdent deux surfaces vitrées opposées permettant de laisser passer la lumière afin que le surveillant dans la tour centrale observe chaque détenu en ombre chinoise. Ceux-ci ignorent si la tour est occupée ou non. Les surveillés incorporent l'idée de la surveillance par « *l'omniprésence apparente de l'inspecteur* » (33). J.Bentham décrit que les condamnés perdraient « *la puissance de faire le mal, et presque la pensée de le vouloir* » (33). Ainsi ces dispositifs produisent un effet de police des comportements (34), le comportement est régulé sur un mode préventif plus que punitif.

Le dispositif de PSE puise donc sa vigueur dans la prise de conscience par la personne que des conséquences seront associées à tout comportement de transgression, et conduit l'individu à créer ses propres points de repère, à intérioriser le contrôle dont il fait l'objet et à devenir son propre surveillant (35). L'enfermement n'est plus un phénomène objectif et figé mais agit comme expérience vécue (32).

« Pourquoi ça va être dur, je dis parce que c'est la prison dans la tête. On est en liberté sans l'être. »

Entretien placé (36)

b) Perte et privation de libertés

Par ce phénomène, l'individu se trouve dans une situation de veille permanente de ses comportements et ses déplacements, dans le but de ne pas commettre d'écarts. Henri Bergson, docteur en philosophie du XIX^{ème} siècle, définissait la liberté comme « *le rapport du moi concret à l'acte qu'il accomplit* » (37). Les choix et la mobilité de l'individu placé sous surveillance électronique apparaissent encadrés, contrôlés, vérifiés. Sa mobilité est un élément constitutif du dispositif de confinement, au même titre que l'immobilisation dans le cadre d'une peine de prison (38). Ainsi le justiciable ne se comporte plus spontanément ou librement, ni à la faveur d'une décision autonome (39), mais selon des limites intégrées.

D'autre part, Gresham Sykes, sociologue et criminologue américain, décrit la privation de libertés individuelles en incarcération, et plusieurs auteurs constatent que pour ces libertés sont également compromises par la mesure de la surveillance électronique. En effet, les justiciables sont privés d'aller et venir librement, leur capacité à

bénéficiaire des biens et des services proposés dans la société est affectée (sorties culturelles par exemple), leurs relations affectives et sexuelles sont également impactées (gêne lors des relations intimes, difficulté d'entrer en contact avec un partenaire potentiel), et leur autonomie est réduite (voir Partie **II.A.3.c.**).

2. Effets de la surveillance

Dans le cadre du modèle de PSE, la disparition de l'enceinte carcérale est rendue possible grâce au dispositif de surveillance mis en place. La sanction est matérialisée épisodiquement lors d'un manquement aux obligations, par une alarme, un appel téléphonique, ou encore une intervention physique, mais elle agit constamment de manière imperceptible par la surveillance.

a) Méfiance et inquiétude

Le pouvoir de contrôle peut être vécu par les placés, comme s'introduisant à chaque instant et en tout lieu, mais n'étant perceptible nulle part, il est nébuleux et diffus (39). Comme décrit précédemment, il s'immisce dans la tête de la personne ; et également dans sa vie quotidienne : emménage dans son habitation et parasite les relations qui l'unissent à son entourage (voir Partie **II.A.3.**).

Par ailleurs, l'individu interagit avec un système technique, qui rassemble des informations parcellaires (présence – absence) et peut être perçu comme rigide et méfiant, dans le sens où il est conçu pour réagir aux écarts négatifs (déclenchement de l'alarme en cas d'absence au lieu d'assignation pendant les horaires fixés par le magistrat

par exemple) plutôt que de valoriser les comportements positifs (40).

Il demeure cependant une zone d'incertitude liée à la présence de l'intervention humaine des professionnels. En effet, face aux incidents de violation, les interprétations peuvent être différentes en fonction du lien de confiance établi entre l'agent et le placé, de ses représentations ou de sa position institutionnelle. Le condamné n'est cependant pas en mesure de pouvoir prévoir ces variabilités et peut parfois être soumis à des injonctions contradictoires.

De plus, nombre de surveillants rapportent que les modalités du dispositif technique sont dans certains cas volontairement non explicités au placé pour laisser le doute sur le pouvoir exact qui s'exerce sur lui. Marie-Sophie Devresse, professeure en criminologie, évoque le fait que certains placés sont persuadés que le boîtier installé au domicile enregistre leurs conversations (29). Ainsi, on constate que le condamné ressent de multiples prélèvements d'informations mais ne connaît pas leur devenir et leur utilisation (32). C'est donc une relation déséquilibrée qui s'installe, entre l'organe de surveillance, d'une part, qui détient une forme de savoir et de pouvoir intime sur le condamné et le surveillé, d'autre part, qui n'a accès qu'à une information limitée (36).

Cette imprédictibilité et cette méconnaissance du système influent sur le mythe d'un pouvoir démesuré détenu par l'administration pénitentiaire et renforcent un stress, une inquiétude d'être surveillé en permanence et de ne pas se comporter de manière attendue.

« Non, je n'y pense pas, j'ai l'oreille, [...] un petit bruit, je l'entends. Même la nuit si je dors. »

Entretien Placé(32)

Le placé est amené à imaginer le monde dans lequel il évolue sur un mode paranoïaque (32), c'est-à-dire à interpréter les situations avec méfiance et une potentielle altération du jugement. Avec le temps, par inflation des interprétations, des idées délirantes peuvent se construire (voir Partie **II.B.3.**). De plus, il peut également développer un sentiment d'impuissance, voire de résignation face à un pouvoir dont il ne peut s'affranchir totalement.

« Il regarde presque toutes les cinq minutes pour voir s'il ne l'a pas perdu, quoi! (...) Il a du mal à être serein avec ça parce qu'il a toujours l'impression qu'il l'a perdu, qu'il va se faire appeler, que les gendarmes vont venir, voilà! »

Entretien CIP (32)

« - Eh ouais, parce que ils... Ils sont tellement curieux, que... Ça... Ça regarde partout, quoi.' -' Ah ouais, vous pensez ?

- Ouais ouais, moi je... Je... Je connais par cœur, les gens comme ça. C'est pas la première fois, hein.

- Comment vous voyez, qu'ils sont ?

- Bon, ils sont... Ils sont... Ils sont sympas, mais... Ils... Ils ont des yeux partout, quoi.

- Ah ouais ?

- C'est pour ça, que... Moi chez moi, c'est... Les yeux je les ai pas partout, quoi, un regard et c'est bon... C'est pas les... Les trucs... Eux ils fixent... Ils regardent partout, quoi... Comment ça se passe... Et patati, patata... »

Entretien placé (36)

b) Perte du sentiment d'identification en tant que personne

De par le système de surveillance, les mouvements de l'individu sont suivis dans le temps ; particulièrement dans le cas de la surveillance électronique mobile, où la

localisation du placé est tracée en continu. L'individu est réduit à un corps en mouvement, occupant un espace (39). Ce qui est surveillé n'est pas lui en tant que sujet mais son double virtuel, immatériel (32) ; comme s'il ne possédait pas d'épaisseur psychologique ni émotionnelle.

Qui plus est, par les horaires d'assignation fixés par le magistrat, un rythme de vie est imposé au placé, qui l'amène à réfléchir et à anticiper ses gestes dans une temporalité proximale immédiate. Le surveillé peut faire état d'une difficulté à se projeter dans l'avenir et à s'épanouir dans le temps présent, ainsi que dans sa relation à l'autre.

En ce sens, Tony Ferri, docteur en philosophie et CPIP au Ministère de la Justice, décrit que le dispositif ne tient pas compte du vécu de la conscience et du sentiment tout intérieur de l'existence individuelle (39). Cette expérience peut se rapprocher du symptôme psychiatrique de dépersonnalisation, c'est-à-dire l'expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même, différent ou étrange, et d'observer ses processus mentaux ou son corps de l'extérieur. Le symptôme de dépersonnalisation est un trouble dissociatif, qui apparaît fréquemment en situation de stress aigu.

c) Lien avec la notion d'hyper surveillance

Selon Tony Ferri, l'hyper surveillance est un processus par lequel la surveillance dans la société devient généralisée et continue, de manière croissante et presque imperceptible. Les comportements des individus dans la sphère publique et dans la sphère privée sont observés, enregistrés et transformés en données pour être utilisées à des fins d'exercice du pouvoir ou de commercialisation. Cette notion rend compte de l'exacerbation du contrôle dans les différents secteurs de l'activité humaine, associée à un

sentiment de déshumanisation croissante et d'une altération irréversible des relations interpersonnelles. Elle participe indirectement à l'imposition et l'adoption de normes de vie jugées convenables et va à l'encontre d'un mode d'existence à même de soutenir la construction de soi. En effet, dans un monde d'autocensure et d'auto-observation, on crée les conditions d'une crainte de ne pas être conforme à la norme de telle sorte qu'on en vienne à se surveiller soi-même, et à réprimer soi-même ses propres écarts (39).

3. Incursion de la peine dans les différents champs personnels

La surveillance s'imisce dans le quotidien de l'individu placé : notamment sur son corps, à son domicile, et au sein de ses relations interpersonnelles.

a) Par le bracelet, sur son corps

« *Le corps est le point d'ancrage de la pensée et de l'ordre social.* »

F. Héritier (41)

- *Modification du rapport au corps*

Les surveillants rapportent une anxiété au cours des premiers jours de PSE, en lien avec le rapport à ce nouvel objet, ils décrivent que les placés s'interrogent sur les propriétés du bracelet, sa sensibilité, sa capacité d'alarme, la possibilité de le dissimuler, son efficacité en espace couvert, etc. (42). Petit à petit, on assiste à un processus d'accommodation et de modification du rapport au corps. Le placé apprivoise le bracelet, qui devient sur la peau comme un "parasite" (39). A l'image de la prise de conscience soudaine de son corps au gré de l'expérience de la douleur ou de la maladie, les

mouvements du corps deviennent repérables et significatifs au moyen du bracelet (42).
L'objet induit des façons de se tenir et de se présenter au monde (36).

« J'ai l'impression que mon corps est transformé car je le sens continuellement. »

Entretien placé (42)

- *Trace de la sanction*

« Sur toute la surface de contact entre le corps et l'objet qu'il manipule, le pouvoir vient se glisser, il les amarre l'un à l'autre. »

M. Foucault (34)

Marque apposée sur le corps, le bracelet est le support de l'interdiction, de la contrainte, et de la relation permanente de l'individu à l'institution. C'est un instrument qui rappelle au placé qu'un nouvel usage est fait de son corps à des fins de contrôle (42), qui trahit aussi la défiance potentielle quant à la capacité du condamné à se discipliner et à respecter les injonctions qui lui sont adressées (35). En ce sens, certains peuvent faire allusion à une logique de déshumanisation, voire d'animalisation.

« J'ai l'impression d'être un chien en laisse/attaché. [...] D'abord, il y a le côté humiliant. »

Entretien placé (40)

« Parce que, quelque part vous vous sentez un peu, bétail, animal. Vous comprenez ce que je veux dire ? Nous on a toujours dit hein, on met des colliers aux animaux. Bon aujourd'hui vous avez un collier au pied, quelque part vous vous sentez mal. Bon après faut l'accepter, voilà. Mais s'ils arrivent à améliorer c'te merde, trouver un système, j'en sais rien moi, des systèmes y en a, hein, où la personne puisse se sentir un peu mieux par rapport à la vie. »

Entretien placé (36)

Ainsi, une partie des surveillés indiquent qu'il y a nécessité de donner du sens à ce portage et évoque le bracelet comme trace de leur culpabilité.

« Le bracelet symbolise la dette que j'ai à payer envers la société. »

Entretien placé (42)

- *Stigmate aux yeux de la société*

« Les Grecs, apparemment portés sur les auxiliaires visuels, inventèrent le terme de stigmate pour désigner des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avaient d'inhabituel et de détestable, le statut moral de la personne ainsi signalée. Ces marques étaient gravées sur le corps au couteau ou au fer rouge, et proclamaient que celui qui les portait était un esclave, un criminel ou un traître, bref, un individu frappé d'infamie, rituellement impur, et qu'il fallait éviter, surtout dans les lieux publics. »

E. Goffman (43)

Erving Goffman est un sociologue canadien dont les travaux ont fait naître le concept de stigmatisation, tel qu'il est utilisé aujourd'hui. La stigmatisation est la mise à l'écart d'un individu ou d'un sous-groupe d'individus pour ses différences, considérées comme contraires aux normes de la société. Goffman distinguait trois domaines de stigmatisation : une manifestation physique ou une déformation externe visible, une différence de comportement (notamment un trouble mental, une toxicomanie, un

alcoolisme ou des antécédents criminels) et une appartenance identitaire culturelle ou politique différente.

Les personnes sous PSE peuvent être placées dans les deux premières catégories. Signe distinctif physique, le bracelet représente la différence de comportement de son porteur par rapport à la société. Le passant peut se croire, à tort, en mesure d'attribuer un ordre de gravité aux méfaits du placé, et se permettre de l'étiqueter, utilisant le bracelet comme révélateur de positions morales particulières (36).

« Un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi des droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. »

E. Goffman (43)

Le phénomène de stigmatisation conduit la société à réduire l'individu à ce label (44), et éventuellement à le rejeter ; il apparaît comme une expérience de discrédit, d'isolement social et de détérioration de la qualité de vie (45). De plus, l'existence d'un phénomène d'auto stigmatisation, par lequel l'individu tend à se considérer lui-même comme discrédité et indésirable, le pousse parfois à développer des stratégies de dissimulation ou à s'exclure du groupe (voir Partie **II.B.2.b.**).

« Demain si je travaille à la ville et ben je vais me sentir gêné, très gêné même, comprenez ce que je veux dire ? (...) Demain un employeur vous envoie travailler chez un particulier on va dire, chez quelqu'un de ... chez vous par exemple hein. Vous voyez un jeune rentrer chez vous, euh, avec un bracelet, vous allez commencer... vous comprenez ce que je veux dire ? Et la personne pourtant elle est là juste pour venir faire un dépannage, pour faire un travail chez vous quoi. C'est un jugement qu'on porte de suite par rapport à ça. Et c'est dommage. »

Entretien placé (36)

b) Au domicile

Avec le dispositif de contrôle électronique, le processus punitif traditionnel est inversé ; au lieu d'enfermer le détenu entre ses murs, l'administration pénitentiaire a un œil sur le foyer du placé (46). La sanction pénale pénètre chez lui, dans son domicile, symbole même de l'espace privé dans nos sociétés (28). Il est donc conféré au domicile un double statut : lieu de vie du condamné (et de sa famille) et lieu d'incarcération (47). Ce phénomène induit un rapport nouveau de l'individu à son environnement. E. Viollet-le-Duc, architecte français du XIX^{ème} siècle, décrit que ce serait l'inquiétude de la nécessité de survivre qui serait à l'origine de l'habitation. L'homme délimiterait celle-ci par rapport à son environnement en vue de sa protection (48). Dans le cas du PSE, le foyer du placé perd sa fonction de protection et devient un lieu d'exercice de la surveillance (36), l'intime devient visible.

A noter qu'à l'inverse, on remarque que les détenus ont tendance à imposer leurs marques, à prendre leurs repères dans la cellule, à transformer celle-ci en un chez eux à part entière. La détention devient un territoire intime ou familial, tandis que la maison du placé perd ses caractéristiques de refuge.

c) Dans les relations interpersonnelles

"Lorsqu'une personne est progressivement transformée en 'patient', ses proches se transforment à leur tour progressivement en gardiens."

E. Goffman (49)

Le PSE a pour visée dans certains cas de permettre au condamné de conserver ses liens sociaux et familiaux. Cependant, les effets du PSE se déploient hors du champ de la justice et pénètrent dans les sphères privée et socio-professionnelle. En ce sens, Devresse décrit une sorte de contagion de la sphère relationnelle (50). Elle avance que la sanction reconfigure la vie quotidienne autour d'exigences horaires et spatiales, et modifient la relation et les positions de chacun.

« Il faut se mettre à la place du type qui porte le bracelet et donc éviter toutes formes de conflits. Parce que les conflits, ça démarre vite la plupart du temps c'est le port du bracelet qui provoque des tensions à domicile. Si tu y arrives ça va, si tu y arrives pas, ça se termine avec le boîtier par la fenêtre ou le jeune foutu à la porte par ses parents. »

Entretien surveillant PSE (36)

Devesse décrit des types de relations entre le surveillé et sa famille (50), notamment ces trois :

- *"Co-expérience"*

Les proches du condamné subissent également les contraintes qui lui incombent et la menace de son retour en détention.

"Je ne cesse d'y penser, c'est une véritable obsession. (...) c'est comme une greffe. (...) J'ai l'impression que nous dormons à trois"

Entretien Conjoint PSE (29)

- *"Convergence"*

L'environnement proche peut prendre le rôle de relais de la surveillance et du contrôle institutionnel. Ce rôle peut être parfois assumé ou revendiqué, et renforcer un mode de relation préexistant. Ainsi, il est décrit que certains proches peuvent se servir des exigences de la mesure pour légitimer leurs desiderata moraux (rentrer à l'heure, rester à la maison, ne pas boire), ou que des employeurs entretiennent sans justification des contacts réguliers avec les travailleurs socio-judiciaires.

« Heureusement, que c'est mon copain qui me remet sur les pas parce que je veux dire, le week-end... Je ne respecterais pas les heures. [...] Il n'y aurait que moi, je passerais le week-end chez mes parents, quoi ! Et c'est lui qui me dit : 'Non, non, il y a les heures !' »

Entretien placé (32)

« Des fois, [ma femme] me dit 'C'est l'heure il faut rentrer', ou alors 'Voilà, là on peut pas sortir !' Comme le dimanche, elle me dit : 'Non c'est pas la peine de sortir parce que c'est trop juste' »

Entretien placé (47)

- *"Transfert"*

En raison des exigences de la mesure, le surveillé est dans l'incapacité d'effectuer certaines tâches, qui sont déléguées aux membres de son entourage. Le proche se substitue alors parfois au condamné en remplissant son rôle en tant que père, travailleur, ou citoyen, dans l'une ou l'autre situation. Ce transfert de rôle peut aisément renforcer le sentiment de dépendance à l'autre et d'infantilisation du placé.

Elle décrit également deux autres types : "Confrontations normatives" et "Confusion". Un surveillant PSE racontait par exemple qu'il avait été amené à donner des

conseils de bonne conduite matrimoniale au téléphone (32). D'un point de vue systémique, en plus des changements de places des différents membres de la famille, on peut assister à des problématiques de "*dette*", comme par exemple celle qui peut peser sur un condamné ré accueilli chez un parent pour éviter une peine de prison ferme (42).

La mesure amène donc l'individu à modifier sa représentation de lui-même et du monde, elle circonscrit son existence. Son impact psychologique est majeur, et pourrait induire l'apparition de troubles psychiatriques chez certaines personnes.

B. TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU SEIN DE LA POPULATION SOUS PSE

1. Une population à risque de troubles psychiatriques

A ce jour, il n'existe pas de données spécifiques concernant la prévalence des troubles psychiatriques dans la population sous PSE. Nous proposons, dans cette partie, de réfléchir aux facteurs de risque de troubles psychiatriques retrouvés dans cette population et aux liens qui peuvent être faits avec certains troubles précis.

a) Facteurs de risque

Bien que les personnes placées sous main de justice se caractérisent par des profils divers, notamment en termes d'âge ou d'infraction commise, on retrouve généralement un lien avec une situation socio-économique défavorisée, une instabilité professionnelle ou affective (23), dont les relations sont connues avec les troubles psychiatriques et les addictions (7).

Le Dr Edward Jarvis est le premier à rapporter dans les années 1840 que 64 fois plus de cas de folie sont retrouvés au sein de la population « pauvre » par rapport à la population économiquement « indépendante » (51). Plus d'une centaine d'études européennes et nord-américaines concordent effectivement sur le fait que les troubles psychiatriques se concentrent le plus souvent dans les milieux défavorisés, notamment pour les troubles de personnalité antisociale, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles psychotiques et les épisodes dépressifs (52) (53).

Par ailleurs, si l'on estime que la population sous PSE partage des similitudes avec la population incarcérée (voir Partie suivante **II.B.1.b.**), on peut émettre l'hypothèse qu'elle

présente également, dans une proportion plus importante que la population générale, des antécédents d'abus physique ou sexuel, ou de négligence pendant l'enfance. Weeks et Widom ont rapportés que 68 % des prisonniers avaient des antécédents de ce type dans une étude rétrospective menée à New-York en 1998 (54). Actuellement, des études montrent que l'on retrouve fréquemment, chez des enfants soumis à des traumatismes précoces, des perturbations dans le cycle de sécrétion du cortisol et dans la réponse au stress sur le long terme (55), processus impliqués dans la genèse de trouble psychiatrique, comme nous le verrons dans la partie **II.B.2.a.**

b) Lien avec la prévalence de troubles psychiatriques de la population incarcérée

On présume que la prévalence de troubles psychiatriques dans la population sous PSE présente des similitudes avec celle de la population incarcérée, notamment celle arrivant en détention.

En effet, ces deux populations ont des caractéristiques communes. La mesure de PSE a été généralisée à l'ensemble du territoire français au début des années 2000, dans le but, entre autres, de réduire la surpopulation carcérale. Avant cette période, on imagine que les personnes placées sous SE auraient été incarcérées. De plus, cette peine privative de liberté est ordonnée par un magistrat pour des motifs de condamnation (conduite sous l'empire d'un état alcoolique, coups et blessures volontaires ou encore infraction à la législation sur les stupéfiants), qui sont également actuellement des motifs d'incarcération pour de courtes peines de prison (voir Partie **I.D.2**).

Le rapprochement avec la population arrivante est source de moins de biais, car la prison est un environnement riche en stress, qui pourrait générer (exemple du choc

carcéral) ou révéler un trouble psychiatrique chez les personnes présentant un haut niveau de vulnérabilité (56) ; et au sein de laquelle, l'accès aux soins reste précaire.

Au sein de la population détenue, de nombreuses études épidémiologiques ont montré que la prévalence des troubles psychiatriques et des troubles addictologiques est largement supérieure à celle retrouvée dans la population générale (7) (3) (2).

Cette surreprésentation est également retrouvée dans la population arrivante.

Un travail réalisé auprès de 14785 hommes arrivant à la prison de Loos entre 1989 et 1995 indiquait que « *près des deux tiers des arrivants présentaient des troubles psychiatriques ou consommaient abusivement une ou plusieurs drogues illicites* » (57). On retrouvait des antécédents de tentatives de suicide chez 15,6% et des antécédents d'hospitalisation psychiatrique chez 13,5% d'entre eux. Les rapports de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 1999, 2001 et 2003 vont dans le même sens (58) (59) (60). L'enquête de 2001 identifie au moins un trouble psychiatrique chez un entrant sur deux (55% de troubles anxieux, 54% de troubles addictifs et 42% de troubles dit psycho-somatiques incluant les troubles du sommeil et de l'alimentation), ainsi qu'un antécédent de suivi psychiatrique pour 20% d'entre eux. Celle de 2003, effectué sur 80 000 personnes entrant en détention, soulignait de surplus l'importance des consommations de substances psycho-actives dans cette population.

Ces observations ont été corroborées par des études plus récentes. L'étude française de Sarlon et al. portant sur 267 arrivants, en 2011, montre que 24,7% des entrants présentent un trouble dépressif majeur, 17,6% un trouble de la dépendance et 4,1% une pathologie schizophrène (61). Les travaux menés dans les établissements pénitentiaires lyonnais retrouvent que 64% des détenus entrants déclarent un usage

régulier, abusif ou une dépendance au tabac, 16,5% au cannabis, 16,1% à l'alcool, 4,1% à d'autres toxiques (héroïne, cocaïne, drogues de synthèse) et 2,5% aux médicaments psychotropes (n = 1463). Dernièrement, une étude réalisée sur la majorité des maisons d'arrêt du Nord-Pas-de-Calais (n = 653), retrouve une prévalence supérieure pour l'ensemble des troubles psychiatriques (trouble de l'humeur 31,2 %, trouble anxieux 44,4 %, trouble psychotique 6,9 %, trouble de l'usage de substance 53,5%) des individus entrants, en comparaison avec la population générale (62). Plus de 40 % des sujets présentent au moins deux troubles psychiatriques à leur arrivée en détention.

De surcroît, il a été montré à plusieurs reprises la prévalence plus élevée de trouble de personnalités antisociale en détention (63). L'analyse biographique, souvent marquée par des démêles ou des condamnations en justice, en lien avec une incapacité à se conformer aux normes sociales et des comportements transgressifs répétés, s'intègre notamment dans la démarche diagnostique du trouble. Ce trouble est associé à des comorbidités addictives et dépressives, et a un risque suicidaire important, du fait d'une tendance à l'impulsivité et au passage à l'acte.

Ces éléments étayent l'hypothèse d'une fragilité de cette population, antérieure à la mise en place de la mesure, en ce qui concernent les troubles psychiatriques et addictologiques. Dans un second temps, nous allons discuter du rôle environnemental de la mesure dans l'apparition de trouble ou la décompensation de pathologie pré-existante psychiatrique.

2. Rôle de la mesure de PSE dans la survenue de symptômes psychiatriques

Compte tenu de la modification comportementale individuelle et environnementale qu'elle implique, la mesure de PSE possède un impact psychologique conséquent (voir Partie II.A.). C'est une mesure privative de liberté riche en facteurs de stress.

On peut en dégager deux types de symptomatologie :

- une première aspécifique en lien avec le modèle conceptuel actuel de stress/vulnérabilité, qui peut générer tout type de trouble psychiatrique,
- une seconde spécifique en lien avec les particularités des facteurs de stress de la mesure de PSE.

a) Symptomatologie aspécifique liée au stress – Modèle stress/vulnérabilité

Ces dernières années, le modèle le plus abouti pour expliquer l'émergence de trouble psychiatrique est le modèle stress/vulnérabilité. La survenue d'un trouble reposerait sur l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité, au sens facteurs de risque individuels (prédisposition génétique et fragilité acquise), et d'évènements "provocateurs" de stress (64).

La fragilité acquise recouvre à la fois la notion de milieu interne, comme par exemple des antécédents de traumatisme ou des comportements addictifs, et la notion de contexte externe, comme la qualité du réseau familial ou social. Ainsi, la vulnérabilité est présente à des degrés variables suivant les individus, déterminant un seuil de tolérance propre, en dessous duquel les stratégies adaptatives dites de "coping" compensent les contraintes environnementales et au-delà duquel la symptomatologie s'exprime.

Zubin et Spring furent les premiers à développer ce modèle en 1977 en lien avec l'apparition d'épisode schizophrénique. Ils énoncent qu'une personne hérite d'une prédisposition génétique à développer une maladie mentale. Cette vulnérabilité ne suffit cependant pas pour manifester un trouble psychiatrique, et requiert la présence de facteurs psycho-sociaux de stress (65).

Depuis, de nombreuses études ont montré que ce modèle peut s'appliquer aux différents troubles psychiatriques (trouble bipolaire, épisode dépressif caractérisé, crise suicidaire, anxiété, épisode de stress post-traumatique, etc). Au niveau biologique, en réponse au stress, ces différentes conditions sont médiées par une surproduction de cortisol au travers de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Ensuite, selon les particularités individuelles, des systèmes de neurotransmission différents sont mis en jeu.

Le modèle stress/vulnérabilité apparaît pertinent pour un dispositif tel que la mesure de PSE. Nous avons montré que la population présente une fragilité psychiatrique pré-existante (voir Partie **II.B.1**). De plus, l'individu est soumis à un stress important durant la mesure : il éprouve une inquiétude d'être surveillé en permanence, y compris à son domicile, de ne pas se comporter de manière attendue sous peine d'une réincarcération, il peut ressentir la peur d'être rejeté par la société, etc. (voir Partie **II.A.**). Ses réponses adaptatives peuvent être aussi mises à mal, notamment par l'interdiction d'aller et venir librement ou par la modification des relations avec son entourage proche.

Ainsi, le seuil critique pour le développement de symptômes et de pathologies psychiatriques est donc probablement plus bas pour les individus sous PSE.

b) Symptomatologie spécifique liée aux facteurs de stress de la mesure

Les facteurs de stress liés aux conditions de vie des personnes placées sous surveillance électronique peuvent être à l'origine de tableaux cliniques plus spécifiques, en lien avec leurs caractéristiques (place dans la société, quotidien rythmé par les obligations de la mesure, rapport à l'administration pénitentiaire, etc.). Nous discuterons du lien avec l'épisode dépressif caractérisé et avec les idées délirantes de persécution.

- *Lien avec l'épisode dépressif caractérisé*

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est une affection, caractérisée par une constellation de symptômes, dont une perturbation de l'humeur avec un sentiment de dévalorisation, d'autodépréciation ou de culpabilité. On peut assister à un sentiment d'inutilité, d'incapacité, ou encore un sentiment d'être un poids pour les siens. Il est associé à un risque majoré de suicide, puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide sont secondaires à un EDC.

Nous analyserons ici les liens entre la situation d'auto-stigmatisation et d'isolement social des personnes placées (voir Partie **II.A.3.**) et leurs liens avec une symptomatologie dépressive.

Auto-stigmatisation

De par leur statut juridique, les personnes placées sous surveillance électronique peuvent être victimes de stigmatisation et présenter un phénomène d'auto stigmatisation, sources d'exclusion et d'isolement social.

L'auto stigmatisation est un phénomène en miroir de la stigmatisation, par lequel l'individu retourne l'attitude discriminante de la société contre lui. Elle englobe également ce que certains auteurs nomment "stigmatisation anticipée", c'est-à-dire l'anticipation d'une discrimination qui n'a jamais réellement été expérimenté auparavant. Elle est associée à des sentiments de culpabilité, de honte et d'infériorité. Les travaux, qui ont observé l'internalisation et les effets de l'expérience, la perception ou l'anticipation de réactions sociales négatives, montrent que ces phénomènes induisent des réactions dépressives, une perte d'estime de soi et une auto-inhibition dans les relations sociales.

Une étude suisse de 2013 portant sur 3347 patients souffrant de diabète a constaté par exemple qu'un haut niveau de stigmatisation perçue par les participants était associé à un sentiment de détresse psychologique plus important et à la présence de symptômes dépressifs (66). En Australie, Waugh et al. ont observés des résultats similaires concernant la détresse psychologique, ainsi qu'une baisse d'estime de soi, sur une population de 92 personnes souffrant de douleurs chroniques (67).

En psychiatrie, différents auteurs ont aussi étudié ce sujet chez des patients souffrant de schizophrénie. Yanos et al. proposent un modèle de l'impact de cette auto stigmatisation, qui aboutit à un évitement social actif et une symptomatologie dépressive (68). Park décrit des attitudes de retrait et d'inhibition (69).

Isolement social

L'isolement correspond à la séparation d'une personne ou d'un groupe de personnes du reste de la société ou de son environnement habituel. Cette séparation peut

être due à un appauvrissement des relations sociales et/ou à une restriction de l'environnement physique. Dans le cadre du PSE, on assiste à une restriction de l'environnement à certaines heures de la journée, qui induit une réduction des liens sociaux. L'isolement social peut être également en lien avec le phénomène d'auto stigmatisation, évoqué ci-dessus.

Il peut s'accompagner d'états émotionnels variés, positifs ou négatifs, principalement selon qu'il soit choisi ou subi. Plusieurs études ont été menées sur sa clinique.

Lorsque l'isolement est subi, comme dans le cas du PSE, il apparaît être associé à un sentiment de solitude et d'ennui et peut favoriser l'apparition de symptômes psychiatriques.

Un rapport de l'INSEE publié en 2003, rapporte qu'une personne isolée est quatre fois plus sensible au sentiment de solitude et à l'impression d'ennui qu'une personne non isolée (70). Ce rapport distingue deux dimensions à cette sensibilité, une première caractérisée par la place de l'individu sur l'échelle sociale et l'isolement relationnel, une seconde dépend de l'âge et du sexe, (dans cette étude, les personnes ayant quatre contacts privés ou moins au cours d'une semaine avaient été considérées comme "isolées").

D'autre part, dans le but d'évaluer les effets secondaires d'un isolement de contact sur indication médicale, Abad et al. ont réalisé une revue de la littérature en 2010 (71). La majorité des études incluses, rapportant des données sur le bien être psychique des patients, constate un impact négatif chez les patients isolés, avec des scores de dépression et d'anxiété plus élevés. L'analyse rapporte également la perception de sentiments de colère, de peur ou de solitude, et une plus basse estime de soi.

Une autre revue de la littérature, s'intéressant au lien entre facteurs sociaux et risque suicidaire chez la personne âgée, montre que les connections sociales limitées sont associées à des idéations et des comportements suicidaires (72).

De plus, des recherches expérimentales montrent que l'isolement perçu comme punition a des effets psychopathologiques différents que celui perçu comme thérapeutique (73). Caractérisé par une valeur répressive au sein de la population intéressée, le vécu subjectif de l'isolement semble donc influent.

- *Idées délirantes de persécution*

Les troubles psychotiques en lien avec la situation judiciaire et carcérale sont dépeints depuis de nombreuses années. A l'époque déjà, Emil Kraepelin, psychiatre allemand, décrivait "la psychose des détenus" comme un délire de persécution, dont les idées délirantes étaient dirigées contre les fonctionnaires de l'établissement pénitentiaire et les personnes ayant trait à la condamnation. La psychose pouvait durer plusieurs semaines voire plusieurs années "tant que la pression de la discipline de l'établissement pénitentiaire continu[ait]" (74). En 1913, André Costedoat réalise un travail de synthèse sur *Les psychoses pénitentiaires* (75). Il note que l'emprisonnement cellulaire « est capable de déterminer l'apparition de psychoses chez ceux qui y sont condamnés », mais ne reconnaît pas l'existence d'une psychose carcérale spécifiquement créée par l'incarcération. Selon lui, les ces formes de psychose sont « *des bouffées délirantes aiguës, consistant en des bouffées de confusion, des délires de persécution, de revendication, de grâce, hallucinatoire ou non, en alternatives d'excitation et de dépression* ». Elles se caractérisent par leur « *éclosion brusque, le plus souvent dès les*

premiers jours de la détention, leur évolution rapide, et leur pronostic excellent ».

Le concept est ensuite repris au XXI^{ème} siècle, entre autres, par Senon, Niery et Lafay, qui proposent de le rapprocher des psychoses réactionnelles brèves (76). Ils identifient certains facteurs de risque à leur développement : un trouble de personnalité de structure psychotique, une culpabilité par rapport à la condamnation, un isolement psychosensoriel, ou encore l'absence de communication du fait de la langue ou du jugement porté par le groupe sur le sujet.

Depuis les années 2000, la clinique de ces troubles psychotiques est marquée par un certain flou nosologique, elle est actuellement présentée comme polymorphe (77), mais sa thématique reste majoritairement associée à la perte d'intimité physique et psychique, ainsi que le climat persécutif, dans lequel le trouble survient. On assiste le plus souvent à des délires d'empoisonnement, de mise sur écoute ou d'innocence ; avec une participation thymique fréquemment importante. Laurent Michel décrit son apparition chez des individus sans antécédent psychiatrique mais avec une personnalité pré morbide (trouble de la personnalité antisociale ou borderline, conduites addictives) (78). Et La disparition de la symptomatologie s'observe dans la plupart des cas en lien avec la soustraction du contexte judiciaire ou pénitentiaire.

Actuellement, des travaux plus récents ont été menés sur le sujet, notamment ceux de Daniel Freeman, qui a étudié de façon générale l'apparition et la persistance d'idées délirantes de persécution ou d'interprétations pathologiques. Freeman identifie des facteurs individuels de vulnérabilité, comme un niveau d'anxiété important ou la consommation de toxiques (79). Il décrit également que la charge émotionnelle et le contenu du délire s'influencent mutuellement ; et fait l'hypothèse que les comportements

de sécurité, associés à de hauts niveaux d'anxiété, contribuent à la construction et la persistance du délire, en évitant la non occurrence de la menace (80). De plus, il retrouve des corrélations statistiquement significatives entre la perception par le patient d'une puissance élevée du persécuteur ou le sentiment de mériter le mal et un haut score de dépression.

Les personnes sous PSE pourraient donc présenter un risque particulier à développer ce type de symptômes. En effet, nous avons décrit que cette population présentait une vulnérabilité (voir Partie **II.B.1**) et qu'elle évoluait dans un climat marqué par l'impression d'être surveillé en permanence (voir **Partie II.A.2.**). De plus, pour éviter une faute, un incident de violation ou une incarcération, le placé adopte souvent des comportements de sécurité préventifs, qui entretiennent la genèse et la persistance des idées délirantes.

Olivier Razac, philosophe, ayant mené des travaux au Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire (CIRAP), écrit que « *les placés n'ont qu'une idée très vague de la puissance réelle du dispositif* » et qu'« *ils ont tendance à imaginer une surveillance beaucoup plus étendue qu'elle ne l'est réellement* » (81). La puissance du persécuteur est donc ressentie comme élevée, et est associée à un risque plus élevé de symptomatologie dépressive.

L'environnement riche en stress de la mesure pourrait ainsi, combiné à la fragilité potentielle de la population, aboutir à la survenue de trouble psychiatrique, notamment l'épisode dépressif caractérisé ou les idées délirantes de persécution. Des études longitudinales sont actuellement indispensables pour évaluer l'impact du PSE en terme de santé mentale.

C. LE SUICIDE AU SEIN DE LA POPULATION SOUS PSE

1. Définition du suicide et généralités

Le suicide est l'acte délibéré d'en finir avec sa propre vie, qui entraîne le décès de l'individu. De la même manière qu'une tentative de suicide (acte délibéré avec intention de mourir mais sans issue fatale), il est le résultat d'une crise suicidaire, durant laquelle un individu présente des idées ou des intentions suicidaires dans un contexte de vulnérabilité. Les ressources adaptatives et les mécanismes d'ajustement sont dépassés, et la seule solution envisagée est la mort par geste de violence sur sa propre personne, ou par ingestion d'une substance toxique ou d'un médicament à dose supérieure à celle thérapeutique.

Chaque année, plus de 800 000 personnes décèdent par suicide dans le monde. En France, on constate environ 10 000 suicides par an. Le taux de suicide est de 16,4 pour 100 000 habitants (25,3 pour les hommes et 8,0 pour les femmes) (82).

En prison, le taux de décès par suicide est sept fois plus important qu'en population générale, il atteint 18,5 pour 10 000 (83).

2. Épidémiologie du suicide des personnes sous PSE

a) Taux de mortalité par suicide

La Direction de l'Administration Pénitentiaire comptabilise les suicides des personnes en détention et des personnes écrouées hors détention. Les suicides des personnes hors détention, c'est-à-dire dont le passage à l'acte a lieu lorsque la personne

n'est pas sous la garde effective de l'administration pénitentiaire, sont détaillés dans le **Tableau 5**. Ces données ne rendent pas compte de la population placée sous ARSE ou sous PSEM, puisque ces personnes ne sont pas écrouées.

<i>Année</i>	<i>Hôpital</i>	<i>EPSNF</i>	<i>UHSA</i>	<i>UHSI</i>	<i>PS</i>	<i>SL</i>	<i>Tribunal</i>	<i>PE</i>	<i>PSE</i>	<i>Total</i>
2009	2	1		1	1	1			2	8
2010	2	1			2	1			6	12
2011			2						5	7
2012	4		1		1	1	1		9	17
2013	2	1	4		2				5	14
2014	3		4		1				8	16
2015			4		1	1		1	9	16
2016			2			1		2	7	12
2017	2		6		1				5	14
2018	1	1	3						7	12
Total	16	4	26	1	9	5	1	3	63	128

Tableau 5 : Suicides hors détention de 2009 à 2018 ; source DAP.

EPSNF :Etablissement public de Santé Nationale de Fresnes ; *UHSA* : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée ; *UHSI*: Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale ; *PS*: Permission de sortir ; *SL* : Semi-liberté ; *PE* : Placement extérieur.

On constate qu'entre 2009 et 2018, le nombre de décès par suicide sous PSE oscille entre 2 et 9, avec une moyenne de 6,3 suicides par an.

Le nombre de suicides de personnes sous PSE, au cours des dix années, représente près de la moitié du nombre total des suicides hors détention (sous PSE, en milieu hospitalier ou lors d'une absence de l'établissement pénitentiaire) (49,2 %). De plus, on constate pour l'ensemble des années concernées, que les suicides sont plus nombreux au sein de la population placée sous PSE que dans les autres milieux ; sauf pour l'année 2017 puisque 5 suicides ont été relevés pour des personnes sous PSE pour 6 concernant des patients hospitalisés en UHSA.

A partir de ces données, nous avons cherché à estimer un taux de mortalité par

suicide au sein de cette population. Le taux de mortalité correspond au nombre de décès de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année. Cependant, la mesure de PSE étant majoritairement d'une durée inférieure à 1 an (voir Partie **I.C.1 et I.D.1.**), le « stock » de personnes sous PSE varie de façon notable au cours de l'année en raison des flux importants d'initiation et d'arrêt de mesures. Ainsi pour l'année 2014, on remarque que la population au 01/01 est de 10 161 personnes alors que 21 873 mesures ont été accordées sur l'année (voir **Tableau 6**).

<i>Année</i>	<i>Population sous PSE au 01/01</i>	<i>Nombre de mesures accordées annuellement</i>
2009	3431	13994
2010	4489	16797
2011	5767	20082
2012	8417	23996
2013	9653	23147
2014	10161	21873

Tableau 6 : Population sous PSE au 01/01 de chaque année et nombre de mesures accordées annuellement entre 2009 et 2014 ; Source DAP.

Ainsi, nous avons fait le choix de calculer deux taux de mortalité par suicide différents :

- un taux calculé à partir de la population sous mesure de PSE au 01/01 de chaque année ;
- et un deuxième taux, à partir du nombre de mesures accordées annuellement (pour les années dont nous bénéficions de ces données).

Ces résultats présentent une limite, car nous n'avons malheureusement pas la durée des mesures de PSE et avons été dans l'impossibilité de calculer un taux de mortalité par personne-année. Les résultats sont communiqués dans le **Tableau 7**.

Le taux de mortalité par suicide, calculé à partir de la population placée sous surveillance électronique au 01/01 de chaque année, est de 7,78 pour 10 000 en moyenne sur les dix ans. Il donne potentiellement une surestimation du taux, car le nombre de suicides, communiqué par la DAP, correspond aux suicides des personnes qui ont été soumises à la mesure de PSE tout au long de l'année (population plus grande que celle placée au 01/01 de chaque année).

Le deuxième taux, calculé à partir du nombre de mesures accordées annuellement, est de 2,8 pour 10 000 en moyenne entre les années 2009 et 2014. A l'inverse, il est probablement sous-estimé. En effet, toutes les personnes placées sous la mesure de surveillance électronique pendant l'année ont été comptabilisées, bien que celle-ci dure majoritairement moins d'une année.

	<i>Nombre de suicides</i>	<i>Taux / 10 000 mesures</i>	<i>Taux / 10 000 personnes (pop° au 01/01)</i>
2009	2	1,4	5,8
2010	6	3,6	13,4
2011	5	2,5	6,9
2012	9	3,8	10,7
2013	5	2,2	5,2
2014	8	3,7	7,9
2015	9		8,6
2016	7		7,4
2017	5		5,1
2018	7		6,8
Moyenne	6,3	2,8	7,78

Tableau 7 : Taux de mortalité par suicide, calculé à partir du nombre de mesures accordées annuellement ou de la population sous PSE au 01/01 de l'année ; source DAP.

Dans les deux cas de figure, l'estimation du taux de mortalité par suicide montre

une surreprésentation du suicide dans la population sous PSE par rapport à la population générale (taux de mortalité par suicide : 16,4/100 000). Le taux de mortalité par suicide est cependant moins important que pour la population détenue en établissement pénitentiaire (18,5/10 000).

Duthé et collaborateurs retrouvaient déjà ce résultat dans leur étude sur le suicide des personnes écrouées en France entre le 01/01/2006 et le 15/07/2009. Ils constataient un taux de mortalité par suicide de 9,1 pour 10 000 chez les personnes non hébergées par l'administration pénitentiaire (84).

b) Facteurs de risque de suicide

Le risque suicidaire est la probabilité de décéder par suicide, il est évalué à partir de la présence de facteurs de risque et de protection, ainsi que de l'urgence et de la dangerosité suicidaires.

De nombreuses études ont étudié l'épidémiologie du suicide afin d'en améliorer sa prévention, et ont identifié ces facteurs de risque ainsi que l'existence de sous-groupes dits « vulnérables », c'est-à-dire présentant un risque élevé de suicide. Ces travaux sont plus difficiles à mener en population carcérale du fait d'un accès limité aux données cliniques et socio démographiques et aucun travail de ce type n'a encore été mené sur la population placée sous mesure de PSE.

Concernant la population détenue, l'analyse de Eck et al., à partir des études de la littérature internationale, rassemble plusieurs types de facteurs de risque de suicide (83). On suppose que certains d'entre eux sont également pertinents pour les individus placés sous surveillance électronique (voir **Tableau 8** récapitulatif).

Conformément à ce qui est retrouvé en détention et en population générale, il y a une forte probabilité pour que des facteurs individuels, tels que le sexe masculin, les facteurs psychosociaux (isolement social, faible estime de soi, impulsivité, etc.) et les antécédents psychiatriques personnels et/ou familiaux soient des facteurs de risque suicidaires pour la population sous PSE.

De plus, par analogie, au niveau environnemental et judiciaire, on peut supposer qu'un climat de conflit avec l'administration pénitentiaire ou que certaines périodes judiciaires à risque puissent avoir un impact sur la présence de comportements suicidaires durant la mesure de placement. En effet, les revues de la littérature, effectuées par Marzano et al. et Barker et al., identifient les conditions de vie et les événements judiciaires (comme les antécédents de condamnations, la réception d'une nouvelle accusation, une audience récente) en tant que facteurs de risque spécifiques du milieu carcéral (85) (86).

Par ailleurs, concernant les personnes placées sous PSE après une peine d'emprisonnement, il semble important de relever, que le taux de suicide dans la période post-libération immédiate est multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention (87).

Individuels	
- Démographiques	<i>Sexe masculin</i>
- Psychosociaux	<i>Relations familiales conflictuelles</i> <i>Isolement social</i> <i>Peu de stratégies de coping</i> <i>Faible estime de soi</i> <i>Impulsivité</i> <i>Désespoir / honte / culpabilité</i>
- Cliniques	<i>ATCD psychiatriques ou addictologiques personnels et/ou familiaux</i>
Environnementaux	<i>Relations conflictuelles avec les équipes de l'AP</i>
Judiciaires	
- Périodes à risque	<i>Réception d'une nouvelle accusation ou condamnation</i> <i>Audience récente</i>
- ATCD judiciaires	

Tableau 8 : Facteurs de risque suicidaires potentiels identifiés en population carcérale (83), potentiellement retrouvés au sein de la population sous PSE.

c) Hypothèses explicatives

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette surreprésentation du suicide par rapport à la population générale.

- Il existe une surmortalité masculine nette concernant le suicide (en population générale, le sex-ratio homme / femme de l'ordre de 3 (82)) et la population sous PSE est composée à 95 % d'hommes (voir Partie **I.D.2**).
- Les autopsies psychologiques montrent que 95 % des suicidés présentaient au moins un trouble mental au moment du décès (Ref) et les personnes placées sous surveillance électronique sont à risque de trouble psychiatrique (voir Partie **II.B.**).
- La population partage d'autres facteurs de risque de suicide avec la population carcérale, notamment des antécédents judiciaires ou des situations judiciaires à

risque de comportement suicidaire (voir Partie **II.C.2.c**).

D'un autre côté, le taux de mortalité par suicide est moins important que pour la population détenue. A nouveau, plusieurs hypothèses peuvent être formulées :

- Duthé et al. montrent que le taux de mortalité par suicide varie selon la nature de l'infraction principale. Il est plus élevé parmi les écroués pour meurtre, viol ou autre agression sexuelle que pour le reste des infractions (voir **Tableau 9**). La population sous PSE est quant à elle majoritairement condamnée pour des motifs tel que la conduite sous l'empire d'un état alcoolique, coups et blessures volontaires ou infraction à la législation sur les stupéfiants (voir Partie **I.D.2.**).

<i>Nature de l'infraction</i>	<i>Taux de mortalité par suicide</i>
Écroué pour meurtre	47,6
Écroué pour viol	27,2
Écroué pour autre agression sexuelle	23,9
Écroué pour violence volontaire	16,2
Écroué pour une autre infraction	9,6

Tableau 9 : Taux de mortalité par suicide pour 10 000 selon la nature de l'infraction pour l'ensemble des séjours observés du 01/01/2006 au 15/07/2009 en France, tiré de Duthé. *Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque* (84).

- La présence d'un soutien familial et social représente un facteur protecteur de suicide et les personnes sous PSE sont moins isolées que la population détenue (vie dans la société, exercice d'une activité professionnelle et/ou participation à la vie de famille). De plus, on peut supposer qu'elles peuvent élaborer plus de stratégies d'adaptation face à une situation d'adversité que les personnes résidant en établissement pénitentiaire.
- Certaines conditions spécifiques d'incarcération, et notamment le placement en

quartiers disciplinaires et d'isolement, majorent le risque suicidaire (88).

Le suicide est une cause de décès évitable, reconnue comme problème de santé publique depuis la fin des années 1990. Il fait l'objet d'une politique spécifique de prévention en France, notamment avec la mise en place du programme national d'actions contre le suicide 2011 – 2014. On retrouve une surreprésentation du suicide dans la population placée sous surveillance électronique par rapport à la population générale. Ce constat nécessiterait la réalisation d'études épidémiologiques spécifiques pour déterminer des pistes de prévention ainsi que d'amélioration de la prise en charge de la crise suicidaire dans cette population.

D. PRISE EN SOINS DE LA POPULATION SOUS PSE

1. Mise en œuvre de la mesure : lien avec l'état de santé de la personne concernée

a) Compatibilité de l'état de santé avec la mise en place du PSE

Conformément aux articles 723-12 du Code de Procédure Pénale, la personne sous PSE ou susceptible de l'être peut demander à tout moment au magistrat qu'un médecin vérifie que le port du dispositif ne présente pas d'inconvénient pour sa santé (89) (13). Le guide méthodologique relatif au PSE, réalisé par le Ministère de la justice, annonce cependant que de principe, il n'existerait pas d'incompatibilité entre le port du bracelet électronique et une pathologie médicale, de même qu'avec l'état de grossesse, le port d'un implant cardiaque ou d'un implant cochléaire (13). Il n'est pas précisé si la mesure de surveillance électronique en tant que telle, s'ajoutant au port du bracelet, peut avoir des effets néfastes sur la santé, et notamment sur la santé mentale.

Par ailleurs, il est possible d'effectuer une radiographie ou une opération chirurgicale tout en conservant le bracelet (sauf si la zone concernée est la zone qu'il occupe). Toutefois, dans le cas d'un scanner, d'une IRM ou éventuellement d'une radiothérapie, il est conseillé de le retirer (13).

b) Ordonnance de la mesure pour raison médicale (89)

Pour 8,1% des personnes concernées par le PSE, la mesure est ordonnée pour une raison médicale. Cette disposition peut être envisagée pour une personne présentant un état de santé physique ou mental altéré et nécessitant une prise en charge médicale

spécifique, qui serait plus simple à mettre en place en milieu libre. Elle a été renforcée par la loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines (90). Le guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale donne comme exemple pour cette mesure la nécessité d'un traitement psychiatrique ou la prise en charge d'une addiction sévère.

Comme pour toute autre modalité, la décision de sa mise en œuvre revient à la juridiction de jugement, à l'aide de justificatifs relatifs, notamment dans ce cas, d'un certificat médical.

La mesure de PSE pour raison médicale est plus simple à instaurer qu'une suspension de peine pour raison médicale, car elle ne nécessite pas d'expertise, ni un engagement du pronostic vital ou une incompatibilité durable de l'état de santé de la personne avec sa condamnation.

Par ailleurs, si l'état de santé de la personne condamnée s'aggrave avec le temps et devient incompatible avec la mesure, l'octroi d'une suspension de peine ou d'une libération conditionnelle pour raison médicale peut être discuté.

2. Accès aux soins et prise en charge des personnes sous PSE

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a initié le droit des personnes placées sous main de justice à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale. Ce droit a été ensuite réaffirmé par la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, qui leur garantit un accès à la prévention et à l'éducation sanitaire, et précise que l'état psychologique des personnes détenues doit être pris en charge tout au long de leur peine.

a) Soins ambulatoires

Les personnes placées sous surveillance électronique doivent faire le choix d'un médecin traitant et ont accès aux soins de ville (notamment au CMP et au CSAPA, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) de la même manière que la population générale.

b) Modalité d'accès aux soins particulière : les soins pénalement ordonnés (91) (92)

Dans le cadre du PSE, en complément de la mesure de peine privative de liberté, le juge peut ordonner une obligation de soins ; ou une injonction de soins pour une mesure de sûreté telle que le PSEM.

- *Obligation de soins*

La première obligation de soins a été introduite par la loi n° 54-439 du 15 avril 1954, concernant le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Cette mesure a ensuite été établie par l'ordonnance du 23 décembre 1958. Elle consiste à enjoindre une personne à « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation.* » (extrait de l'article 132-45 du Code Pénal).

Elle peut être prononcée :

- avant déclaration de culpabilité, comme modalité du contrôle judiciaire (article 138-10 du CPP) (dans le cas de l'ARSE)
- ou après déclaration de culpabilité, comme obligation associée entre autre à une

mesure d'aménagement de peine (article 132-45 du Code Pénal) (dans le cas du PSE ou d'une SEFIP).

Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé. La concertation entre l'autorité judiciaire et les professionnels de santé n'est pas systématique et est à l'initiative des médecins, psychiatres ou psychologues. Son domaine d'application est bien plus large que l'injonction de soins puisqu'elle peut être appliquée à tout crime ou délit pour lequel l'emprisonnement est encouru. Elle ne nécessite pas d'expertise médicale préalable et est d'une durée maximale de 10 ans.

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 illicite de substances vénéneuses a institué un cas particulier d'obligation de soins : l'injonction thérapeutique. Cette mesure a été pensée par le législateur dans une démarche de protection de la santé publique pour lutter contre l'usage illicite de stupéfiants et la consommation habituelle et excessive d'alcool. Elle a en effet été étendue aux personnes ayant commis des infractions liées à l'alcool, par la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance (articles L.3413-1 à -4 et L.3423-1 du Code de Santé Publique). Elle consiste en un suivi médical et/ou psychologique. En pratique, on ne retrouve pas de médecin coordonnateur pour l'application de cette mesure, mais un médecin relais qui assure la mise en place des soins.

- *Suivi socio-judiciaire et injonction de soins*

Ces mesures sont apparues en 1998 avec la loi n° 98-468 du 17 juin relative à la

prévention et à la répression des infractions sexuelles. Elles ont ensuite été étendues à un cadre plus large que la prise en charge sanitaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS).

Le suivi socio-judiciaire oblige le condamné à se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance, dans un but de prévention de la récidive. Il peut être prononcé en tant que peine principale (uniquement pour un délit) ou en tant que peine complémentaire (comme pour le PSEM).

L'injonction de soins peut être prononcée par le magistrat dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement. Cette mesure implique une organisation entre les autorités judiciaires (juridiction de jugement et SPIP) et le milieu sanitaire. Lors du prononcé de la décision, le juge désigne un médecin coordonnateur et informe le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du suivi socio-judiciaire pourra être mis à exécution.

Le rôle du médecin coordonnateur est de faire le lien entre les instances judiciaire et sanitaire. Il est choisi par le magistrat sur une liste de psychiatres ou de médecins spécifiquement formés. La personne condamnée doit le rencontrer dans un délai fixé par la juge, inférieur à 1 mois, puis périodiquement au minimum une fois tous les 3 mois, dans le but de faire un bilan et afin que le médecin coordonnateur puisse transmettre les éléments nécessaires au contrôle de la mesure au magistrat. Au cours du premier entretien, ce médecin expose au condamné les modalités d'exécution de la mesure et invite l'individu à choisir un médecin et/ou un psychologue traitant. Le rôle du médecin et/ou du psychologue traitant est d'effectuer l'accompagnement psychothérapeutique et de

prescrire éventuellement un traitement médicamenteux. Il a pour obligation (i) de délivrer des attestations de suivi en main propre au condamné, afin de lui permettre de justifier l'accomplissement de la mesure (article 763-7 du CPP) ; (ii) et de signaler au médecin coordonnateur ou au JAP le refus ou l'interruption du traitement la cas échéant.

	<i>Obligation de soins</i>	<i>Injonction thérapeutique</i>	<i>Injonction de soins</i>
<i>Date</i>	Ordonnance du 23 décembre 1958	Loi du 31 décembre 1970	Loi du 17 juin 1998
<i>Domaine d'application</i>	Crimes et délits	- Usage illicite de stupéfiants - Consommation habituelle et excessive d'alcool	- Crimes et délits à infraction sexuelle ou avec actes de violences - Violences sur mineur de 15 ans, personne vulnérable ou intrafamiliales - Atteintes aux biens (incendies) - Actes de terrorisme
<i>Valeur pénale</i>	Peine complémentaire ou avant prononcé	Peine complémentaire ou avant prononcé	Peine principale ou mesure complémentaire
<i>Cadre PSE</i>	Oui	Oui	Uniquement PSEM
<i>Moment du prononcé</i>	Avant ou après déclaration de culpabilité	Avant ou après déclaration de culpabilité	Après déclaration de culpabilité
<i>Expertise médicale</i>	Pas nécessaire	Examen médical ou évaluation socio-psychologique	Expertise psychiatrique obligatoire
<i>Concertation médico-judiciaire</i>	A l'initiative des professionnels de santé		Médecin coordonnateur
<i>Durée maximale</i>	10 ans	2 ans	- 20 ans (délits) - 30 ans (crimes)

Tableau 10 : Récapitulatif des caractéristiques principales des mesures de soins pénalement ordonnés.

c) Soins hospitaliers

Lors de l'hospitalisation d'une personne sous mesure de surveillance électronique, les autorités judiciaires doivent être prévenues. Ce renseignement est fourni par le bénéficiaire de la mesure directement au JAP lors d'une hospitalisation programmée (exemple : acte chirurgical programmé) ; ou par l'établissement de santé au pôle de surveillance PSE lors d'une hospitalisation décidée en urgence. Dans ce cas, le pôle PSE relaie ensuite l'information au SPIP et au magistrat (93). Par la suite, la personne devra fournir un justificatif de son hospitalisation au SPIP et au JAP.

Si nécessaire, le juge peut ordonner la suspension de la peine sous le régime du PSE ou de la SEFIP pour une période d'hospitalisation, sur le fondement des articles 720-1 et 720-1-1 du CPP. Une procédure de levée d'écrou sous forme simplifiée est alors engagée (articles D.149-1 et suivants du CPP) et la personne n'est plus soumise à ses obligations, notamment les horaires d'assignation (89). Pour une hospitalisation longue durée, le magistrat déciderait en principe d'un placement à l'extérieur au sein de l'établissement de santé en lieu et place du PSE (93) ; pour le dispositif de PSEM, il peut aussi décider de déplacer le boîtier récepteur du domicile au lieu d'hospitalisation.

En ce qui concerne le bracelet, son retrait et le délai pour l'effectuer sont évalués par le magistrat en fonction des circonstances. Ainsi, si la suspension de peine intervient pour une courte durée et que le port du matériel reste compatible, il peut paraître inutile de le retirer. En revanche, si la durée de l'hospitalisation est longue ou inconnue, ou si le retrait du matériel est nécessaire au regard de l'état de santé imposant les soins, l'administration pénitentiaire est tenue d'y procéder dans les meilleurs délais. S'agissant

d'un patient nécessitant des soins réanimatoires, ou si un acte médical l'oblige, le dispositif est enlevé par tout moyen puis restitué à l'AP.

- *Hospitalisation pour soins psychiatriques*

Les personnes sous PSE sont des personnes écrouées non détenues. A ce titre, le régime libre s'applique. Elles sont hospitalisées selon les mêmes modes que les personnes de droit commun : soins libres, soins à la demande d'un tiers (art. L.3212-1 et L.3212-3 en urgence), soins sur décision du représentant de l'État (art. L.3213-1) au sein d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie.

Elles ne dépendent pas des UHSA. Ces unités ont pour vocation d'accueillir des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation. La circulaire interministérielle du 18 mars 2011, relative à leur ouverture et leur fonctionnement énonce :

« Conformément aux dispositions de l'article D. 50 du code de procédure pénale (CPP), sont concernées les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue, ce qui inclut les personnes incarcérées, les personnes semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire. En ce qui concerne les personnes bénéficiant d'un aménagement de peine, le magistrat en charge de l'application des peines doit être informé : soit de l'hospitalisation, soit de la nécessité d'hospitaliser la personne détenue, afin qu'il prenne toute décision concernant l'aménagement de peine. Cette décision conditionnera le lieu de l'hospitalisation. » (94)

Par ailleurs, l'hospitalisation d'un individu sous mesure de PSE se déroule a priori sans gardes statiques, ni surveillance de l'administration pénitentiaire ou des forces de l'ordre.

d) Couverture sociale

En tant que personne écrouée, les personnes sous PSE bénéficient du régime général d'assurance maladie (dépenses de santé prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, en tiers payant intégral) ; à l'exception de celles qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, qui elles sont affiliées au régime d'assurance maladie dont elles relèvent au titre de cette activité (article L.723-7 du CPP) (91).

CONCLUSION

La mesure de PSE est une peine privative de liberté, qui peut avoir des conséquences psychologiques importantes sur l'individu (transgression de l'intimité psychique et physique, sentiment d'être surveillé en permanence, modification des relations interpersonnelles et du rapport à la société). Même si les études épidémiologiques rigoureuses sont rares, les facteurs de vulnérabilité psychiatrique identifiés dans la population des personnes placées sous PSE, pourraient favoriser l'émergence de symptômes et de troubles psychiatriques, notamment les idées délirantes de persécution, l'épisode dépressif caractérisé, ou les comportements suicidaires. Le taux de suicide parmi les personnes sous PSE apparaît moins élevé qu'au sein de la population détenue en établissement pénitentiaire, mais il est plus important qu'en population générale.

Aucune étude n'a directement évalué la prévalence des troubles psychiatriques dans cette population. Des études épidémiologiques longitudinales devraient être menées, afin de guider les professionnels de psychiatrie dans leur prise en charge de cette population. Une meilleure connaissance des conséquences psychologiques et psychiatriques du PSE est en effet indispensable, car cette mesure est amenée à concerner un nombre plus importants de personnes dans les prochaines années (augmentation croissante des mesures accordées annuellement, contexte de surpopulation carcérale, étendue des indications d'ordonnance de la mesure).

Ces études permettraient de cibler les axes de prévention à mettre en place auprès des personnes placées, par exemple : un dépistage systématique des troubles

psychiatriques à la mise en place de la mesure ou l'instauration d'outils spécifiques de prévention du suicide, comme l'adaptation d'un dispositif de veille tel que Vigilans (95) (96).

BIBLIOGRAPHIE

1. Glueck B. A study of 608 admissions to Sing Sing prison. *Ment Hyg.* 1918;85-151.
2. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet.* mars 2011;377(9769):956-65.
3. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* déc 2006;6(1):33.
4. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* mai 2012;200(5):364-73.
5. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Dangerous or merely 'difficult'? The new population of forensic mental hospitals. *European Psychiatry.* sept 2009;24(6):365-72.
6. Hodgins S. The interface between general and forensic psychiatric services. *European Psychiatry.* sept 2009;24(6):354-5.
7. Thomas P. Prison : L'enjeu majeur de soins psychiatriques. *Soins psychiatriques aux personnes détenues Dossier.* Avril 2018;26-31.
8. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [Internet]. [cité 30 août 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-44918.html>
9. La surpopulation carcérale toujours à un niveau record [Internet]. *L'Express.fr.* 2018 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/la-surpopulation-carcerale-toujours-a-un-niveau-record_2051669.html
10. Hazard A. Mesures et sanctions suivies par les services pénitentiaires d'insertion et de probation en milieu ouvert *Evolutions statistiques 1970-2014.* :12.
11. Orsat M, Auffret E, Brunetière C, Decamps-Mini D, Canet J, Olié J-P, et al. Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale.* oct 2015;41(5):420-8.
12. Lameyre X. Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* oct 2004;162(8):657-61.
13. Ministère de la Justice - Ministère des Solidarités et de la Santé. *Instruction Interministérielle N°201810028142 relative à la publication du guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale.* 2018.
14. *Loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté.* juill 6, 2019.
15. Schwitzgebel RK. Issues in the use of electronic rehabilitation system with chronic recidivists. *Law and Society Revue.* 1969;3:597-611.

16. Lee S, Romita J. The Complete Spiderman Strips Tome 1. Panini. 1977;
17. Bonnemaïson G. La modernisation du service public pénitentiaire. Rapport au Premier ministre et au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice. Paris; 1989 p. 131.
18. Cabanel G-P. Pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport au Premier Ministre. Paris; 1996 p. 133. (Rapports officiels. La Documentation Française).
19. Loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 consacrant le placement sous surveillance électronique comme modalité d'exécution des peines privatives de liberté. 97-1159 déc 19, 1997.
20. Bracelet électronique dans le cadre d'une assignation à résidence [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2007>
21. Le placement sous surveillance électronique - mars 2019 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-hors-detention-10040/le-placement-sous-surveillance-electronique-11997.html>
22. Masse H. Circulaire du 8 novembre 2011 relative au diagnostic à visée criminologique (DAVC). Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés; 2011.
23. De Larminat X. Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert. Presses Universitaires de France. 2014. (Partage du savoir).
24. Direction de l'Administration Pénitentiaire B des S et des E (SDME-M. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France, situation au 1er janvier 2019. Ministère de la Justice;
25. Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015.
26. Kensey A, Lévy R, Benaouda A. Le développement de la surveillance électronique en France et ses effets sur la récidive. Criminologie. 2010;43(2):153.
27. Kensey A. Les caractéristiques socio-démographiques des personnes sous PSE (2000-2006). :6.
28. Froment J-C. Sécurité, justice et technologies. De quelques enseignements du développement des technologies de contrôle à partir des exemples du placement sous surveillance électronique et de la vidéosurveillance. Droit et cultures Revue internationale interdisciplinaire. 1 juin 2011;(61):215-31.
29. Devresse M-S. Vers de nouvelles frontières de la pénalité: Le cas de la surveillance électronique des condamnés. Politix. 2012;n° 97(1):47.
30. Froment J-C. La surveillance électronique à domicile: une nouvelle économie du pouvoir de punir? Les cahiers de la sécurité intérieure. 1998;(34):149-68.
31. Wortley R. Situational Prison Control: Crime Prevention in Correctional Institutions [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2002 [cité 1 juill 2019]. Disponible

sur: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511489365>

32. Razac O. La matérialité de la surveillance électronique. *Deviance et Societe*. 23 sept 2013;Vol. 37(3):389-403.
33. Bentham J. *Le panoptique*. P. Belfond; 1977.
34. Foucault M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Gallimard. 1975. (Bibliothèque des Histoires).
35. Devresse M-S. Être placé sous surveillance électronique. *Deviance et Societe*. 23 sept 2013;Vol. 37(3):375-88.
36. Allaria C. Le placement sous surveillance électronique : espace et visibilité du châtiment virtuel. *Champ pénal/Penal field* [Internet]. 21 janv 2014 [cité 25 mars 2019]; (Vol. XI). Disponible sur: <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/champpenal/8791>
37. Bergson H. *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Flammarion. 1889.
38. Darley M, Lancelevée C, Michalon B. Où sont les murs? Penser l'enfermement en sciences sociales. *Cultures & Conflits*. 15 oct 2013;(90):7-20.
39. Ferri T. *Emprisonner & surveiller*. Bréal; 2016.
40. Chaulet J, Allaria C. Négociier (avec) la surveillance électronique. *Terminal Technologie de l'information, culture & société* [Internet]. 15 oct 2016 [cité 25 mars 2019];(118). Disponible sur: <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/terminal/1434>
41. Héritier F. Une anthropologie symbolique du corps. *Journal des Africanistes*. 2003;73(2):9-26.
42. Devresse M-S. Innovation pénale et surveillance électronique : quelques réflexions sur une base empirique. *Champ pénal/Penal field* [Internet]. 29 sept 2007 [cité 25 mars 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/champpenal/1641>
43. Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. 1963. (Les éditions de minuit).
44. Bichsel DN. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *REVUE MÉDICALE SUISSE*. 2017;4.
45. Sebbane D. « Etre » psychiatre: clichés, réalités et perspectives. Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. *Lille 2 Droit et Santé*; 2014.
46. Allaria C. Surveillance électronique et contrôle de la délinquance. *Mouvements*. 2014;79(3):109.
47. Allaria C. La surveillance électronique des condamnés à domicile en France. 2016;6.

48. Viollet-le-Duc E-E (1814-1879) A du texte. Histoire de l'habitation humaine depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours [Internet]. 1875 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6258576d>
49. Goffman E. Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux. Paris: Les Editions de Minuit; 1965.
50. Devresse M-S. Investissement actif de la sanction et extension de la responsabilité: Le cas des peines s'exerçant en milieu ouvert. *Déviance et Société*. 2012;36(3):311.
51. Jarvis E. Insanity and Idiocy in Massachusetts Report of the Commission on Lunacy, 1855. 1971.
52. Leclerc A, éditeur. Les inégalités sociales de santé. Paris : Paris: Découverte ; Inserm; 2000. 448 p. (Recherches).
53. Dohrenwend BR, SocialPsychiatryResearchUnit N. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. :7.
54. Weeks R, Widom CS. Early Childhood Victimization Among Incarcerated Adult Male Felons. :2.
55. Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere-Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. août 2010;58(5):282-92.
56. Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Mentale*. 27 avr 2018;227.
57. Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, Devos P, Beuscart R, Archer E. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2001;49(3):229-38.
58. DREES. La santé à l'entrée en prison. 1999;10.
59. DREES. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. 2002;12.
60. DREES. La santé des personnes entrées en prison en 2003. 2003;12.
61. Masson E. Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: A cross-sectional study [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/728048/alertePM>
62. Fovet, Plancke, Amariei, Benradia, Carton, Sy, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with non-incarcerated people in the north of France.
63. Bénézech M, Le Bihan P. Personnalité antisociale. *EMC - Psychiatrie*. oct 2012;9(4):1-16.

64. Simonet M, Brazo P. Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. :13.
65. Goh C, Agius M. The stress-vulnerability model How does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences ? *Psychiatria Danubina*. 22(2):5.
66. Gredig D, Bartelsen-Raemy A. Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: implications for healthcare providers. *Health & Social Care in the Community*. 2017;25(5):1620-33.
67. Waugh OC, Byrne DG, Nicholas MK. Internalized Stigma in People Living With Chronic Pain. *The Journal of Pain*. 1 mai 2014;15(5):550.e1-550.e10.
68. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;59(12):6.
69. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*. janv 2013;205(1-2):43-7.
70. Shon J-LPK. Isolement relationnel et mal-être. :4.
71. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*. oct 2010;76(2):97-102.
72. Fässberg MM, Orden KA van, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, et al. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. *IJERPH*. 1 mars 2012;9(3):722-45.
73. Grassian S, Friedman N. Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*. janv 1986;8(1):49-65.
74. Kraepelin E. *Troubles mentaux psychogènes carcéraux, suivi de Les formes de manifestation de la folie*. Paris : L'Harmattan; 2013. (Psyché de par le monde).
75. Costedoat A. *Les psychoses pénitentiaires*. 1913.
76. Senon J-L, Niery B, Lafay N. Incidents collectifs et individuels en détention : Etude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires. janv 1999;
77. Nenez L. *Psychose carcérale : un état des lieux*. :177.
78. Baron-Laforêt S, Brahmy. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*. Elsevier. 1998. (Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie).
79. Fovet T, Thomas P, Amad A. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2015;173(8):726-30.
80. Freeman D, Garety PA, Kuipers E. Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychol Med*. oct

2001;31(7):1293-306.

81. Razac O. La surveillance électronique : un renouveau de l'utopie panoptique. 2012; (1):16.
82. Collège National des Universitaires en Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la séméiologie psychiatrique. Référentiel de Psychiatrie. 2014. (L'Officiel ECN).
83. Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. La Presse Médicale. janv 2019;48(1):46-54.
84. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. Population. 2014;69(4):519.
85. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons: An Overview of Initiatives Based on a Systematic Review of Research on Near-Lethal Suicide Attempts. Crisis. sept 2016;37(5):323-34.
86. Barker E, Kólvés K, De Leo D. Management of Suicidal and Self-Harming Behaviors in Prisons: Systematic Literature Review of Evidence-Based Activities. Archives of Suicide Research. juill 2014;18(3):227-40.
87. Kariminia A, Butler T, Corben S, Levy M, Grant L, Kaldor J, et al. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners—1988 to 2002: a data-linkage study. International Journal of Epidemiology. avr 2007;36(2):310-6.
88. Fovet T, Horn M, Thomas P, Amad A. Is prison truly a good place to be cared for? Acta Psychiatrica Scandinavica. 2019;139(2):206-7.
89. Circulaire interdirectionnelle du 28 juin 2013 relative au guide méthodologique sur le placement sous surveillance électronique. (Bulletin officiel du Ministère de la Justice).
90. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de la Justice. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice. 2017 avr.
91. France, Ministère de la justice, France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012- ...). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice: guide méthodologique. Paris: Ministère de la justice : Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012.
92. Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice. Guide de l'injonction de soins.
93. Direction générale de l'Offre de Soins, Observatoire national des violences en milieu de santé. Fiche n°17 Admission d'un patient sous surveillance électronique.
94. Circulaire interministerielle DGOS/R4/PMJ2 no 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). (Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarité).
95. <http://dispositifvigilans.org/> [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur:

<http://dispositifvigilans.org/>

96. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2 janv 2011;11(1):1.

LEXIQUE

Autopsie psychologique

Recherche post-mortem de l'état psychologique du patient décédé. Elle permet de documenter l'existence de troubles psychiatriques et le type de soins dont avait bénéficié le patient.

Contrôle judiciaire

Mesure alternative à l'incarcération ordonnée par le juge d'instruction ou le juge des libertés et de la détention, en attente du jugement. La personne condamnée est soumise à certaines obligations (répondre aux convocations du SPIP, interdiction de rencontrer certaines personnes ou de fréquenter certains lieux) et peut bénéficier, en fonction de sa situation, d'un accompagnement social.

Garde à vue JAP

Mesure de privation de liberté prise à l'encontre d'un justiciable pour une durée maximum de 24h dans un local de police ou de gendarmerie afin que soit vérifiée sa situation ou qu'elle soit entendue sur la violation de ses obligations.

Libération conditionnelle

Mesure d'aménagement de peine pour les condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale. La personne est remise en liberté avant la date normale de la fin de sa peine, sous réserve qu'elle respecte certaines obligations pendant un délai dit d'épreuve. Passé ce délai, s'il n'y a pas eu d'incident, on considère que la personne a effectué l'intégralité de sa peine.

Libération sous contrainte

Mesure en vigueur depuis le 1er janvier 2015, permettant aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines de prison de 5 ans maximum, ayant accompli les 2/3 de leur peine et ayant manifesté leur accord, d'exécuter, sur décision du juge de l'application des peines, le reliquat de leur peine sous le régime de la semi-liberté, du placement à

l'extérieur, du placement sous surveillance électronique ou de la libération conditionnelle. En cas de non-respect des obligations fixées par le JAP, la personne peut être à nouveau incarcérée.

Mandat d'amener

Ordre donné à la force publique de conduire le justiciable devant le magistrat. En pratique, il est délivré lorsque la personne est localisée.

Mandat d'arrêt

Ordre donné à la force publique de conduire le justiciable devant le magistrat. Il concerne la même action que le mandat d'amener, mais pour une personne en fuite.

Mesure de sûreté

Obligation imposée par la justice à une personne soupçonnée de vouloir commettre une infraction, pour l'empêcher de passer à l'acte.

Personne écrouée

Personne placée sous écrou en raison d'une mesure judiciaire (titre de détention) hébergée ou non dans un établissement pénitentiaire. L'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté (art. 725 du CPP). Par cet acte, le chef d'établissement atteste de la remise de la personne.

Placement à l'extérieur

Aménagement d'une peine d'emprisonnement qui permet à la personne condamnée, qui s'implique dans un projet d'insertion ou de réinsertion, d'exécuter sa peine hors de l'établissement. Elle peut être sous surveillance pénitentiaire ou prise en charge par des associations, dans le cadre de conventions passées avec l'administration pénitentiaire, proposant hébergement, accompagnements socio-éducatifs, emplois et/ou formations.

Semi-liberté

Modalité d'exécution d'une peine permettant à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, de bénéficier d'un traitement médical ou de s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités.

Suivi socio-judiciaire

Peine complémentaire ou principale en matière de délit, qui impose à la personne condamnée le respect de différentes mesures telles que l'obligation de répondre aux convocations, de prévenir d'un changement d'adresse, l'interdiction de fréquenter certains lieux ou les injonctions de soins.

AUTEUR : Nom : FASSENOT

Prénom : Alice

Date de Soutenance : 20 septembre 2019

Titre de la Thèse : État des lieux de la santé mentale des personnes placées sous surveillance électronique

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : DES de Psychiatrie

Mots-clés : placement sous surveillance électronique, psychiatrie, suicide, idées délirantes de persécution, milieu carcéral

Contexte : La santé mentale des personnes incarcérées est largement altérée par rapport à celle de la population générale. Afin de lutter contre la surpopulation carcérale, les mesures en milieu ouvert et les aménagements de peine se sont développés ; au premier rang desquels, le placement sous surveillance électronique (PSE). Qu'en est-il de la santé mentale des personnes placées sous PSE ?

Méthode : Nous avons réalisé un état de lieu de la question au vue de la littérature internationale actuelle et des données épidémiologiques communiquées par la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Résultats : Les études épidémiologiques menées auprès de la population placée sous PSE sont rares. On identifie cependant des facteurs de vulnérabilité psychiatrique, qui, combinés aux facteurs de stress de la mesure (transgression de l'intimité psychique et physique, impression d'être surveillé en permanence, etc.), pourraient favoriser l'émergence de symptômes et de troubles psychiatriques, notamment les idées délirantes de persécution, l'épisode dépressif caractérisé, ou les comportements suicidaires. Le taux de suicide parmi les personnes sous PSE est moins élevé qu'au sein de la population détenue en établissement pénitentiaire, mais il est plus important qu'en population générale. L'accès aux soins se fait selon les mêmes modalités que la population de droit commun, sauf lorsqu'il est encadré par des mesures de soins pénalement ordonnés.

Conclusion : Les personnes sous PSE constituent une population particulièrement exposée aux troubles psychiatriques. Des études longitudinales devraient être menées afin d'évaluer rigoureusement les conséquences psychologiques et psychiatriques de la mesure de PSE et de développer des axes de prévention.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Pr Guillaume VAIVA, Dr Ali AMAD

Directeur de thèse : Dr Thomas FOVET