

UNIVERSITE DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRY WAREMBOURG**

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Expertises psychiatriques pré-sentencielles et troubles mentaux en  
détention : une étude descriptive au centre pénitentiaire de  
Château-Thierry.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2020 à 18 heures

Au Pôle Formation

**Par Martin BEIGNE**

---

**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.

## **ABREVIATIONS**

**CD** : centre de détention

**CGLPL** : contrôleur général des lieux de privation de liberté

**CIM** : classification internationale des maladies

**CPP** : code de procédure pénale

**DSM** : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

**HAS** : haute autorité de santé

**MC** : maison centrale

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**OSSD** : Observatoire des Structures de Santé des Personnes Détenues

**OIP** : observatoire international des prisons

**SMPR** : service médico-psychologique régional

**UHSA** : unité hospitalière spécialement aménagée

**UMD** : unité pour malades difficiles

**USMP** : unité de soins en milieu pénitentiaire

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b> .....	12
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	13
<b>A. Troubles mentaux et milieu pénitentiaire</b> .....	13
1. Prévalence des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire.....	13
2. Suicide en milieu pénitentiaire.....	15
3. Surreprésentation des troubles psychiatriques et du suicide en prison : des hypothèses multiples.....	18
<b>B. Responsabilité pénale des personnes souffrant de troubles psychiatriques</b> .	19
1. Evolution du concept de responsabilité à travers les âges .....	19
2. Psychiatrie et responsabilité .....	24
3. Principe juridique de l'irresponsabilité pénale .....	36
<b>C. L'expertise psychiatrique pré-sentencielle</b> .....	40
1. Quelques principes juridiques.....	40
2. Principe de l'expertise médicale.....	42
3. L'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle.....	44
<b>D. Le centre pénitentiaire de Château-Thierry</b> .....	52
1. Historique .....	52
2. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues (54).....	53
3. Organisation actuelle .....	54
4. Le débat actuel autour du centre pénitentiaire de Château-Thierry .....	56
<b>E. Objectifs de l'étude</b> .....	57
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	58
<b>A. Type d'étude</b> .....	58
<b>B. Population étudiée</b> .....	58
<b>C. Recueil de données</b> .....	58
<b>D. Analyse de données</b> .....	62
<b>III. RESULTATS</b> .....	63
<b>A. Caractéristiques socio-démographiques</b> .....	63
<b>B. Parcours judiciaire</b> .....	65
<b>C. Parcours de soins avant l'incarcération</b> .....	66
1. Antécédents psychiatriques .....	66
2. Antécédents non psychiatriques .....	68

<b>D. Parcours de soins en détention .....</b>	<b>68</b>
<b>E. Expertises psychiatriques pré-sentencielles.....</b>	<b>70</b>
1. Expertise psychiatrique pré-sentencielle unique .....	72
2. Expertises psychiatriques pré-sentencielles multiples.....	76
<b>F. Liens entre altération du discernement en expertise pré-sentencielle et parcours en détention .....</b>	<b>82</b>
<b>G. Abolition, altération du discernement : diagnostics et divergences d'experts relatives aux diagnostics et aux conclusions sur la responsabilité.....</b>	<b>85</b>
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>87</b>
<b>V. CONCLUSION .....</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>102</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>108</b>

## RESUME

**Contexte.** Le centre pénitentiaire de Château-Thierry et notamment son quartier maison centrale accueille des personnes détenues dont l'intégration en milieu carcéral « classique » est problématique. Bien que la prévalence élevée des troubles psychiatriques dans les prisons françaises soit bien documentée, aucune donnée n'est actuellement disponible sur le parcours des personnes incarcérées dans cet établissement. L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer les caractéristiques socio-démographiques, le parcours judiciaire et le parcours de soins de ces personnes détenues mais aussi d'analyser le contenu des expertises psychiatriques ayant conduit à leur responsabilisation sur le plan pénal.

**Méthode.** Nous avons réalisé une étude descriptive transversale monocentrique à partir des dossiers pénaux des personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry durant la période de mai à septembre 2019.

**Résultats.** Les personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Château-Thierry sont exclusivement des hommes jeunes (moyenne d'âge = 40 ans) à faible niveau socio-économique. Leur parcours de soins en détention est marqué par des hospitalisations psychiatriques fréquentes : en UHSA (au moins un séjour pour 46% des personnes) ou en psychiatrie générale (au moins un séjour pour 80% des personnes). Près d'un quart (24%) des personnes détenues a fait une tentative de suicide durant l'incarcération. Nous avons mis en évidence une association statistiquement significative entre le fait qu'un expert psychiatre se soit prononcé en faveur d'une irresponsabilité partielle dans une expertise pré-sentencielle (article 122-1, alinéa 2 du code pénal) et le fait d'avoir été hospitalisé en unité pour malades difficiles pendant l'incarcération. Des divergences existent entre experts psychiatres autour du diagnostic et de la responsabilité pénale.

**Conclusion.** Ce travail montre que les personnes incarcérées à la maison centrale de Château-Thierry sont particulièrement concernées par la problématique des troubles psychiatriques en prison. De manière plus générale, cette étude interroge l'efficacité de l'expertise pré-sentencielle comme filtre avant la détention.

# I. INTRODUCTION

## A. Troubles mentaux et milieu pénitentiaire

### 1. Prévalence des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire

La population carcérale est estimée à onze millions de personnes à travers le monde (1). La santé des détenus est plus altérée que celle de la population générale sur le plan psychiatrique et non psychiatrique (2).

En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, le nombre de personnes placées sous écrou s'élevait à 82 860 dont 70 651 personnes détenues pour 61 080 places opérationnelles au sein de 187 établissements gérés par l'administration pénitentiaire, soit un taux d'occupation de 116 % (avec 1 614 matelas au sol) (3).

Ces dernières années, plusieurs études ont mis en évidence une prévalence élevée des troubles psychiatriques en détention (4–7). Ces troubles peuvent être déjà présents avant l'incarcération ou se développer lors de celle-ci. En effet, la détention est un milieu particulièrement stressant qui peut, chez des patients présentant une vulnérabilité, précipiter l'entrée dans un trouble psychiatrique (8).

D'après les méta-analyses de Fazel et collaborateurs, on constate une surreprésentation de l'ensemble des troubles mentaux en détention (4,5). Une synthèse des résultats de ces méta-analyses et des principales études françaises est présentée dans le **tableau 1**.

**Tableau 1** – Synthèse des principales méta-analyses internationales et des études françaises sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral (adapté de (9))

	<b>Fazel et al. 2002 (5)</b>	<b>Falissard et al. 2005 (6)</b>	<b>Fazel et al. 2012 (4)</b>	<b>Fovet et al. 2020 (7)</b>
<i>Effectif total</i>	22 790	800	33 588	653
<i>Troubles psychotiques</i> <i>Dont schizophrénie</i>	4 %	<b>17 %</b> 6,2 %	3,7 %	6,9%
<i>Trouble bipolaire</i>		3,1 %		<b>7,1%</b>
<i>Episode dépressif majeur</i>	10 %	<b>24 %</b>	11,4 %	<b>27,2%</b>
<i>Addiction</i>		<b>19,1 %</b>		53,5%
<i>Trouble anxieux</i>		<b>29,4 %</b>		<b>44,4%</b>

Toujours selon Fazel et collaborateurs, les troubles psychiatriques sont 4 à 10 fois plus représentés en milieu carcéral qu'en population générale (5). Les troubles psychotiques sont 2 à 4 fois plus représentés en milieu carcéral tout comme les troubles dépressifs.



En France, 36% des personnes détenues souffrent de troubles psychiatriques (6) et une personne détenue sur deux bénéficie d'un traitement psychotrope ((9) voir **tableau 1**).

Concernant les troubles liés à l'usage de substance, Fazel et collaborateurs démontrent à travers une méta-analyse s'étalant de 1996 à 2004 une surreprésentation de ces troubles en milieu carcéral (10). Le trouble lié à l'usage d'alcool est présent chez 17,7 % à 30 % des hommes et 10 % à 23,9 % chez les femmes. Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives sont présents chez 10 à 48% des hommes et chez 30,3 % à 60,4 % chez les femmes.

En France, les troubles liés à l'usage de substance sont présents chez 14% des personnes détenues (6). Le trouble lié à l'usage d'alcool est présent chez 9,4% des personnes détenues et celui lié à l'usage d'autres substances psychoactives est présent chez 10,8% des personnes détenues (6).

## 2. Suicide en milieu pénitentiaire

Les comportements suicidaires en détention sont plus importants qu'en population générale. Sur le plan international, le taux de suicide est au minimum 3,5 fois plus important en détention qu'en population générale (11). Les résultats des principales études sur le taux de décès par suicide sont résumés dans le **tableau 2**.

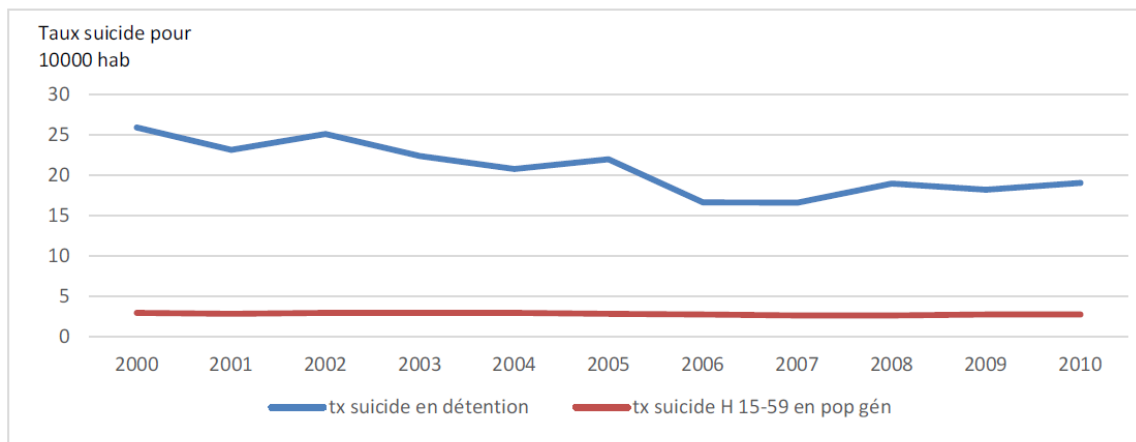
**Tableau 2** – Résultats des principales études ayant évalué le taux de décès par suicide en détention (tiré de (11))

Références	Période d'étude	Pays	Taux de suicide / 100 000 détenu(e)s H : hommes F : femmes	Surmortalité par suicide en prison par rapport à la population générale*
<i>Fruehwald et collaborateurs., 2000</i>	1975-1997	Autriche	130,8 (H) 102 (F)	3,5 7
<i>Wobeser et collaborateurs., 2002</i>	1990-1999	Canada	85,45 (H)	7
<i>Fazel et collaborateurs., 2005</i>	1978-2003	Angleterre & Pays de Galles	75 (H)	5
<i>Fazel &amp; Benning, 2009</i>	1978-2004	Angleterre & Pays de Galles	83 (F)	<b>21</b>
<i>Duthé et collaborateurs., 2013</i> <i>Duthé et collaborateurs., 2014</i>	2006-2009	France	179 (H)	<b>6,7</b>
<i>Austin et al., 2014</i>	1996-2010	Australie	106,3 (H & F)	8

\* Exemple de lecture : une surmortalité par suicide égale à 7 signifie que le taux de suicide en prison est 7 fois supérieur à celui observé dans la population générale.

En France, le taux de décès par suicide est estimé à 18,5 pour 10 000 détenus soit un taux 7 fois plus important qu'en population générale (11). Le taux de mort par suicide dans les prisons françaises est représenté sur la **figure 1**. En France, le suicide reste la première cause de décès en détention.

**Figure 1** – Comparaison des taux de suicide en et hors détention de 2000 à 2010 en France, tiré de (12)



Dans une étude récente, sur 622 nouvelles personnes détenues, 31,4% présentent un risque suicidaire. Ce taux est 2,9 fois plus important qu'une population témoin (appariée sur l'âge et le sexe) (7).

Plusieurs facteurs de risque de suicide en détention ont été identifiés dans la littérature internationale. Les plus fortement associés au suicide sont l'isolement physique, les antécédents de troubles psychiatriques et les antécédents de tentative de suicide (13).

### 3. Surreprésentation des troubles psychiatriques et du suicide en prison : des hypothèses multiples

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer la surreprésentation des troubles psychiatriques et du suicide en milieu carcéral. L'association entre un trouble psychiatrique et une comorbidité addictive est un facteur de risque de crime violent (14). Il est toutefois important de rappeler que le taux de crime commis par les personnes atteintes de trouble psychiatrique est très faible, 0,00016% des homicides seraient commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques (14).

Une autre hypothèse est la surreprésentation des troubles psychiatriques chez les personnes sans abri. En effet, les troubles psychotiques touchent 13,2% des sans-abris, les troubles sévères de l'humeur 6,7% (15). En France, l'Observatoire International des Prisons (OIP) estime qu'une personne sans domicile fixe sur deux, jugée par le tribunal correctionnel, est condamnée à la prison contre 13,2% des personnes disposant d'une adresse personnelle.

L'efficacité du dépistage et du traitement des troubles psychiatriques en détention est également mis en cause dans la surreprésentation des maladies psychiatriques en milieu carcéral (16).

Enfin, la baisse du taux d'irresponsabilité pénale pour cause psychiatrique a aussi été proposée comme un facteur d'explication important (17). C'est à ce concept qu'est consacrée la deuxième partie de cette introduction.

## B. Responsabilité pénale des personnes souffrant de troubles psychiatriques

### 1. Evolution du concept de responsabilité à travers les âges

#### a) *Les origines romaines*

Les premières ébauches de réflexion sur le « fou » et le crime sont à mettre au crédit des philosophes grecs. Platon (428 – 348 avt J.-C) énonce dans le livre IX des lois : « ces causes qui tiennent lieu de folie ne suppriment pas l'obligation d'indemnité pour tort, mais rendent le meurtre involontaire ; c'est pourquoi il sera tenu aux purifications et à l'exil, mais cet exil ne durera qu'un an » (18). A cette époque, le crime peut être relié à un état de folie et l'intention de ce crime peut être jugée involontaire. Platon propose même une adaptation de la peine infligée.

Le concept de responsabilité sera introduit dans le droit romain dès le premier siècle de la république : « Est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non d'un acte de sa volonté libre. ».

Sous le règne de l'empereur Hadrien (76-138 apr J.-C) apparaît la notion de volonté de l'auteur. Il ne s'agit plus de se concentrer seulement sur les conséquences du crime mais de prendre en compte le concept de « *dol* » renvoyant à la volonté de nuire (19). Dans des écrits de l'empereur Hadrien, celui-ci précise que tout crime devrait être absous s'il a été commis sans le vouloir. La notion d'incapacité dolosive fait son apparition : si celle-ci est reconnue le crime ne peut être imputé. Cette incapacité s'applique à deux catégories de personnes : les *impubères* et les *fous*.

Marc Aurèle (121-180 apr J.-C ), empereur romain lui aussi, apporte des précisions sur la notion de responsabilité dans le crime à travers le texte dénommé loi *Divus Marcus* (20). Dans ce texte, il pose des questions qui restent aujourd'hui tout à fait pertinentes comme l'état mental au temps de l'action ou l'exemption de peine en cas de pathologie : « *si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans une fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, et qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner qu'il ait tué sa mère en feignant d'être furieux, vous pouvez lui épargner la punition, puisqu'il est assez puni par son état* » (20). Il évoque même plus loin dans ce texte la notion « *d'intervalles sains* », expliquant que si le crime a été commis durant un de ces intervalles, la grâce ne pourra lui être accordée.

Après le règne de Marc Aurèle, fervent des valeurs stoïciennes, l'émergence du christianisme devenue religion officielle de l'empire romain à partir du IV<sup>ème</sup> siècle après J.-C va modifier le droit pénal romain. Le pouvoir divin est alors à l'origine de tout, la notion de libre arbitre disparaît peu à peu jusqu'à devenir l'origine du mal comme l'expliquera Saint Augustin (354-430 apr J.-C) dans ces écrits : « *La conscience d'avoir une volonté propre est à l'origine du péché* » (21).

### *b) L'influence chrétienne au moyen âge*

En 476 après J.-C., c'est la chute de l'empire romain. Le droit pénal se retrouve alors à l'abandon. D'anciennes coutumes germaniques servent à fonder des principes pénaux, se basant sur la notion de vengeance à l'échelle individuelle.

Il faudra attendre l'an 800 et le couronnement de Charlemagne pour retrouver une ébauche de justice (19). Celle-ci est centrée sur le droit divin et la morale chrétienne. Chaque crime est alors considéré comme une offense à Dieu et chaque criminel devra

en répondre lors du jugement dernier (21). Lors des procès, l'apport d'éléments de preuve se font également après avoir prêté serment auprès de Dieu. Cependant, il est évident que dans ce contexte la notion de libre-arbitre et d'intentionnalité n'a pas sa place lors des procès, c'est le jugement divin qui l'emporte.

Ce n'est qu'au XI<sup>ème</sup> siècle avec la redécouverte du droit pénal romain par Irnérius (1050-1125) (19), maître de l'école de Bologne que le droit pénal va de nouveau évoluer. Celui-ci va transmettre les idées contenues dans ces manuscrits à travers l'Europe et notamment en France. Désormais, le travail des juges ne se focalise plus uniquement sur l'acte commis. Au XVI<sup>ème</sup> siècle, Tariqueau rédigera un ouvrage dédié aux causes permettant de tempérer les peines prévues par les lois (19). La question de la responsabilité ne reste abordée que de façon partielle.

Malgré ce retour aux origines romaines du droit pénal, l'influence chrétienne reste majeure à cette époque. Seul l'acte compte et l'intention n'est pas abordée. Celui-ci est vu comme un manque de foi, un sacrilège et mérite une sanction censée purifier l'âme, favoriser le repentir et apaiser la colère divine, généralement sous la forme de châtiments corporels.

Cette influence chrétienne restera majeure jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle.

### *c) Le siècle des lumières*

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, un grand mouvement philosophique va remettre en cause les croyances précédemment décrites et remettre au centre du débat l'Homme délivré de toute influence religieuse. Il n'est plus question de réalité divine mais de réalité terrestre, à l'origine d'un désir de réforme des institutions.

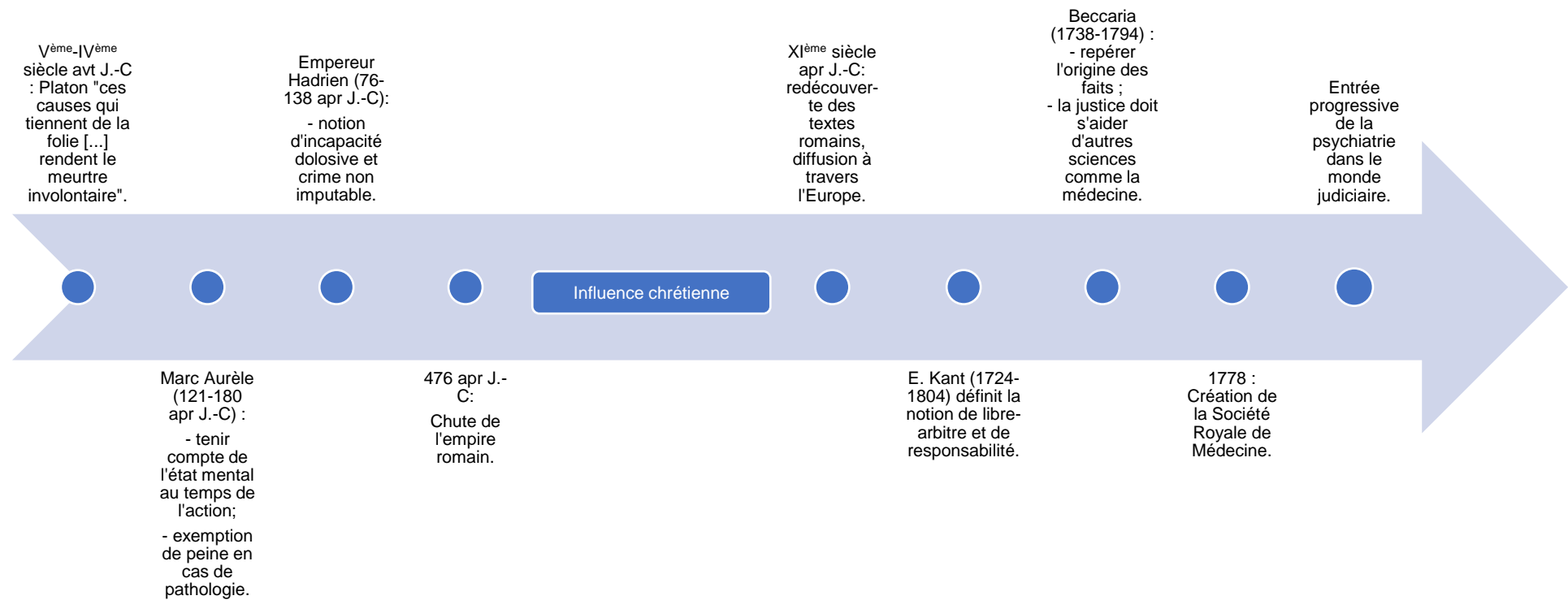
C'est le philosophe allemand Emmanuel Kant (1724-1804) qui élabore les premières réflexions sur les notions d'imputation et de responsabilité. Chaque individu possède

une volonté qui lui est propre et chaque action est imprégnée de cette volonté. Il n'est plus question de volonté divine et l'individu devient pleinement responsable de ses actes. Kant définit alors la responsabilité comme « *l'engagement personnel d'un sujet totalement disponible et fondamentalement libre, qui a l'entière paternité d'une action dont il est intentionnellement et délibérément l'auteur* » (19).

C'est dans ce courant replaçant l'Homme au centre des débats, qu'en 1764, Cesare Beccaria (1738-1794) rédige *Des délits et des peines*. Dans cet ouvrage, il précise l'importance de repérer les origines du crime et demande à la justice d'insister sur la réhabilitation et la réparation. Il s'éloigne de la notion de châtement visant à apaiser la colère divine. En demandant à la justice de repérer les origines d'un crime, Beccaria l'incite à travailler en collaboration avec d'autres domaines scientifiques telles l'économie mais surtout la médecine. En effet, il est important de préciser que c'est dans ce contexte de révolution des pensées et de la justice que naît la *Société Royale de Médecine* en 1778. Cette société a pour but de coordonner l'action des médecins répartis dans tout le royaume français afin d'améliorer l'art de guérir. C'est à cette période que la médecine va faire son entrée dans le monde judiciaire suivie, quelques années plus tard par une de ses spécialités : la psychiatrie. Les principales évolutions du concept de responsabilité à travers les âges sont schématisées sur la **figure 2**.



**Figure 2 – Evolution du concept de responsabilité à travers les âges**



## 2. Psychiatrie et responsabilité

Dès le XVI<sup>ème</sup> siècle, on retrouve les premières interventions de la médecine dans les procédures judiciaires (19). Jean Wier (1515-1588), médecin hollandais, se positionne dans les procès faits aux sorcières à l'époque. Il considère leur état comme pathologique, remet en cause les décisions prises par les tribunaux et propose de soigner leur esprit malade.

Malgré les progrès de la justice et la possibilité de s'adjoindre le service d'autres sciences, le recours à celles-ci reste exceptionnel dans les procès. En effet, il n'existe pas encore de code pénal et c'est uniquement au juge d'apprécier la gravité d'un acte et de punir l'auteur de celle-ci en conséquence.

Après la révolution philosophique survenue au siècle des lumières, la médecine fait son entrée dans le droit pénal comme nous l'avons décrit précédemment.

A partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, le droit pénal évolue. Il faut, dès lors, expliquer les faits et préciser de quelle façon est intervenue la volonté du sujet au moment des faits. Parallèlement à cette évolution, les premiers aliénistes vont être à l'origine de descriptions cliniques et remettent cause la présence des « *malades* » en prison.

A cette période, la « *folie* » est devenue une maladie qui fait l'objet d'études. Les contours d'une médecine de l'âme se dessinent sous l'impulsion des premiers aliénistes (19). Les médecins doivent alors intervenir dès que l'homme fait preuve de « *défaillance morale* ». Les premiers asiles apparaissent : le « *fou* », la plupart du temps placé en prison, est séparé des criminels suite aux travaux rédigés par Philippe Pinel (1745-1822), notamment *Le traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*

publié en 1801. Pinel préconise le traitement moral et met en lien les troubles mentaux et des atteintes physiologiques engendrées par les émotions. Ce traitement est en quelque sorte une éducation inspirée des travaux développés par Jean-Baptiste Pussin (1746-1811), surveillant de l'asile de Bicêtre, que l'on peut décrire comme le premier infirmier psychiatrique (22).

La folie devient une maladie à part entière et les descriptions cliniques vont alors se succéder grâce aux travaux des premiers aliénistes. Dans cette partie, nous présentons ces différentes descriptions cliniques en faisant le parallèle avec le concept de responsabilité.

#### a) *Les monomanies décrites par Esquirol*

Le concept de monomanie fut décrit en 1810 par Jean-Etienne Esquirol (1772-1840). Au-delà du fait de constituer une simple entité clinique, ce concept apporte avec lui la première classification des maladies de l'esprit. Esquirol expose quatre grands types de maladies (23) :

- La manie décrite comme un délire général ;
- La lypémanie ou passion triste décrite comme un délire partiel ;
- La monomanie décrit comme un délire partiel mais pouvant prendre plusieurs formes telle la monomanie affective, intellectuelle ou raisonnante ;
- La démence qu'il décrit comme une atteinte chronique.

Esquirol définit la monomanie comme un délire limité à un seul objet ou à un petit nombre d'idées. Le trouble n'est pas constaté par l'entourage car « *hors de ce délire partiel, [les malades] sentent, raisonnent, agissent comme tout le monde* » (24).

C'est à la suite de ces premières descriptions qu'Esquirol va décrire la « *monomanie homicide* », qu'il définit comme « *un délire partiel, caractérisé par une pulsion plus ou moins violente au meurtre* » (24). Esquirol considère que la personne, de par son état pathologique, ne peut être tenue pour responsable (elle « *n'a plus de liberté morale* ») et ne doit pas faire l'objet d'une condamnation.

Parallèlement à ces descriptions cliniques, un nouveau code pénal est promulgué en 1810. Il établit le concept de libre arbitre comme une condition nécessaire à toute incrimination. C'est dans ce contexte que naissent les débats autour de la responsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux.

Quoique bien accueillie par le monde médical, cette notion de folie « *partielle* » est mal reçue par le monde judiciaire qui critique l'absence de preuves de ces théories. Le concept de « *monomanie* » va alors être délaissé et remplacé, au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle par la théorie de la dégénérescence.

### *b) La théorie de la dégénérescence*

En 1840, Benedict Morel (1809-1873), remet en cause la notion de « *folie partielle* » et introduit la théorie de la dégénérescence fondée sur la causalité héréditaire. Il propose alors une explication globale à la maladie mentale ainsi qu'une conception étiologique et pas uniquement descriptive ou sémiologique. Il définit sa théorie comme une « *déviations malade de l'espèce* ». Il décrit dans son *Traité des Dégénérescences* une dégénérescence morale qui va entraîner « *le développement de tendance mauvaises, qui font de ces individus des êtres pervers et dégradés au moral comme au physique, et qui les poussent à des actes nuisibles et dangereux* » (25).

Il décrit différentes causes au développement de ces « *tendances mauvaises* » : celles-ci peuvent être *prédisposantes* (physiques ou morales, individuelles ou générales) ou *déterminantes* (c'est-à-dire qui précipitent le prédisposé vers tel ou tel type de dégénérescence) (19). La notion de causalité qui sous-tend cette théorie va lui assurer un certain succès. Elle devient alors la pierre angulaire de la médicalisation de l'anormal et donne au psychiatre un rôle nouveau de « *juriste* » des troubles des conduites, rendant le travail d'expertise indispensable dans la détermination de la responsabilité pénale.

En 1854, Jean-Pierre Falret (1794-1870) remet lui aussi en cause la notion de monomanie. Il met en évidence la notion de cycles dans certains troubles et définit des pathologies cycliques présentant des intervalles sains. Cela renforcera l'idée d'une atténuation partielle ou totale de la responsabilité des personnes présentant une maladie mentale.

Outre-Rhin, Emil Kraepelin (1856-1926) remet en cause la théorie de la dégénérescence de Morel pour décrire la psychose endogène. Le terme endogène renvoie à une pathologie de l'organisation interne du sujet. Il introduit également la notion de « *démence précoce* » que l'on retrouvera plus tard sous le nom de schizophrénie. Il fait la différence entre des maladies curables et incurables, ce qui renforce l'idée d'atténuation partielle ou totale de la responsabilité.

L'Histoire sera ensuite marquée par les deux conflits mondiaux. En France, des restrictions alimentaires seront imposées aux hôpitaux psychiatriques conduisant à de nombreux épisodes de famines. Des dizaines de milliers de patients mourront de faim durant cette période qui verra également la question de la responsabilité passer au second plan (26). Il faudra attendre la fin de la deuxième guerre mondiale et

l'avènement d'une nouvelle classe thérapeutique pour que la question de la responsabilité soit de nouveau débattue.

*c) L'avènement des antipsychotiques de première génération*

La découverte empirique de la chlorpromazine, en 1952, par Henri Laborit (1914-1995) et son utilisation par les psychiatres Pierre Deniker (1917-1998) et Jean Delay (1907-1987) vont révolutionner la prise en charge des malades. Rapidement, ces derniers publièrent des cas de manie guéris par l'administration répétée de Largactil (nom commercial de la chlorpromazine).

En 1955, Jean Delay et Pierre Deniker proposent le terme de « *neuroleptique* » pour l'ensemble des médicaments découverts dans la foulée de la chlorpromazine. Ils décrivent cinq caractéristiques propres aux neuroleptiques (27) :

- Une action psycholeptique sans action hypnotique ;
- Une action inhibitrice vis-à-vis de l'excitation, de l'agitation, de l'agressivité, et de réduction des états maniaques ;
- Une action réductrice sur certaines psychoses aiguës ou chroniques ;
- Des manifestations psychomotrices, neurologiques, et neurovégétatives ;
- Une prédominance de l'action sur les centres sous-corticaux.

Parallèlement, plusieurs classifications standardisées vont voir le jour :

- La Classification Internationale des Maladies (CIM) (28), en 1948, via l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) ;
- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (29), en 1952, via l'Association Américaine de Psychiatrie.

Dans les années 1950, une nouvelle vision de la psychiatrie voit progressivement le jour. Il s'agit de la psychiatrie institutionnelle. Les représentants de ce mouvement contribuent à la rénovation de la psychiatrie. Cela aboutit à la fermeture des « asiles » qui deviennent des hôpitaux psychiatriques. Les procédés thérapeutiques sont repensés. Les projets de resocialisation voient le jour. Les soins ambulatoires prennent une place de plus en plus importante, ayant pour effet d'entraîner la fermeture de lits d'hospitalisation. En 1960, la loi sur la sectorisation est promulguée. Elle marque la fin d'une pratique psychiatrique « asilaire », instaure un dispositif de soins ambulatoires alternatif à l'hospitalisation en milieu fermé. Elle met en place le « secteur » correspondant à une zone géographique de rattachement pour les soins psychiatriques. Chaque secteur offre un dispositif de soins allant de l'hospitalisation en milieu fermé, au centre médico-psychologique (consultations ambulatoires), en passant les appartements thérapeutiques permettant la réhabilitation et la resocialisation des patients.

Dans ce contexte, la question de la responsabilité va subir de nouvelles évolutions. La personne malade devient acteur de sa maladie. De par les traitements et les possibilités de stabilisation, certains mouvements proposent de considérer les individus souffrant de troubles psychiatriques comme des personnes à part entière qui ne sont plus définies uniquement par leurs troubles. Pour les représentants de la psychiatrie institutionnelle, le malade ne doit plus être considéré comme un être stigmatisé, « exclu » dans les asiles. Ils refoulent les idées aliénistes qui pour eux conduisent à écarter le malade de la société et à lui ôter sa responsabilité en le considérant comme quelqu'un de différent.

Ces deux courants de pensées vont ainsi s'opposer à partir du XX<sup>ème</sup> siècle. Les aliénistes prônent la protection du malade, l'irresponsabilité de celui-ci auprès des

tribunaux ainsi qu'un traitement moral et humaniste. Les représentants de la psychiatrie institutionnelle souhaitent « *intégrer* » le malade dans la société et le responsabiliser vis-à-vis des actes qu'il aurait pu commettre.

Ces deux courants de pensée peuvent être modélisés ainsi : le modèle de « *protection* » versus le modèle de « *l'intégration* » que nous allons détailler dans la partie suivante.

#### d) *Les modèles de protection et d'intégration*

Caroline Protais décrit dans son ouvrage *Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)* (17) deux modèles qui vont s'opposer tout au long de la fin du XX<sup>ème</sup> siècle jusqu'à aujourd'hui :

- Le modèle de la protection qui tend à la déresponsabilisation sur le plan pénal des personnes atteintes de pathologies psychiatriques ;
- Le modèle de l'intégration qui lui tend plutôt à la responsabilisation sur le plan pénal des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le **tableau 3** résume les différents points de vue de ces deux modèles.

Le répertoire de la protection prône la déresponsabilisation des personnes souffrant de troubles mentaux lorsque l'acte commis est en lien avec un trouble mental. La place du malade n'est pas en détention mais à l'hôpital où il pourra bénéficier de soins adaptés. Le milieu carcéral est considéré comme incapable de réhumaniser le malade et encore moins comme un lieu de soins. L'argument au cœur de ce répertoire est la dispensation de soins bienveillants. L'asile est alors vu comme « *un espace où le malade peut prendre congés de la société pour être soigné. C'est sur ce plan que son*



*appellation prend tout son sens* » (17). L'asile permet de combiner les intérêts du malade en lui prodiguant des soins mais également celui de la société en assurant la réadaptation de ces personnes. Le terme protection s'applique autant pour le patient que pour la société.

A l'opposé de cette conception, se développe le registre de l'intégration. Il prône la responsabilisation de la personne souffrant de troubles mentaux qui doit être considérée comme tout citoyen. L'irresponsabilité pénale est considérée comme une sorte d'exclusion et de stigmatisation du malade. La peine et donc la responsabilisation ne sont pas envisagées comme punitives mais comme participant à la resocialisation de la personne et ayant des vertus thérapeutiques car elles permettraient à la personne « *d'accéder à la symbolique de son acte dont la psychose l'éloigne* ». Le malade ne doit pas alors être exempté de peine car cette absence de peine l'enfermerait encore plus dans la maladie. Certains défenseurs mettent même en avant le fait que l'hospitalisation pour les personnes jugées irresponsables est incertaine dans sa durée et peut dans certains cas s'avérer plus longue qu'une incarcération (17). Les soins ne se feront pas à l'asile mais au sein même de la détention.

**Tableau 3** – Comparaison du registre de protection et d'intégration

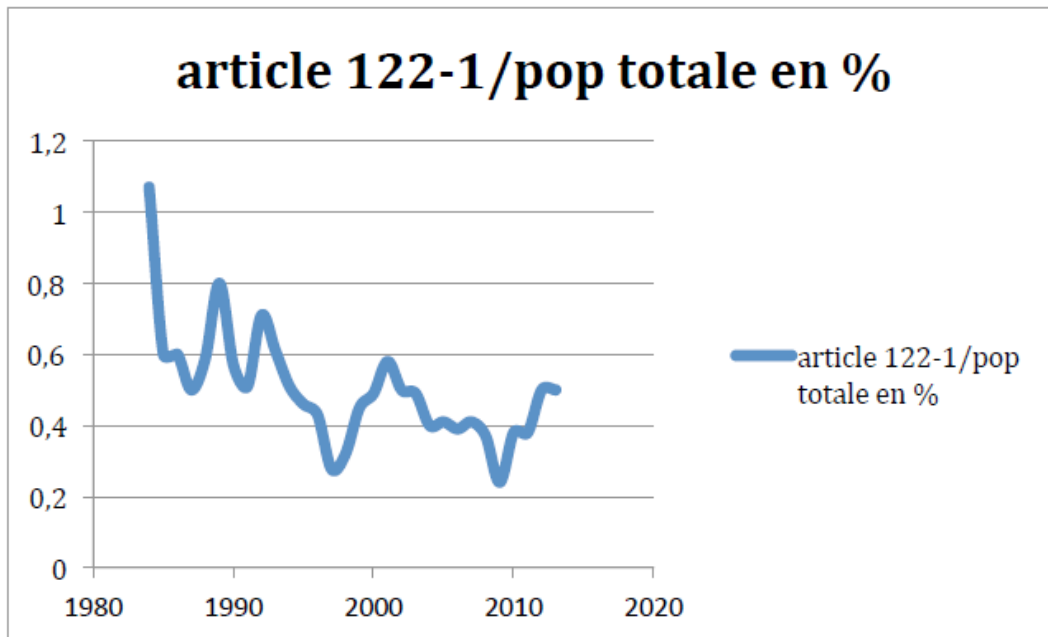
	Registre de la <b>protection</b> : la déresponsabilisation	Registre de l' <b>intégration</b> : la responsabilisation
<b>Origines</b>	Premiers aliénistes, traitement moral et humaniste	Sciences humaines : sociologie, phénoménologie, psychanalyse
<b>Présence de l'accusé au procès</b>	Peu de sens pour l'accusé, acte commis dans un contexte délirant Peut-être traumatisant pour les victimes face à l'incompréhension des symptômes psychiatriques	Rôle thérapeutique, confronte l'accusé aux conséquences de sa maladie et permet un meilleur contrôle de ses symptômes Réparatrice pour la victime
<b>Rôle de la détention</b>	Incompatible avec la réhabilitation, les soins	Permet la resocialisation, l'accès à la symbolique de l'acte commis
<b>Rôle de l'asile</b>	Lieu de soins Protection du malade et de la société Permet d'aborder le rapport avec les faits	Stigmatisation, exclusion du malade

Sous l'influence de ces registres, des pratiques hétérogènes de l'expertise psychiatrique pénale vont se mettre en place au cours du XX<sup>ème</sup> siècle évoluant d'une irresponsabilité quasi-systématique à une responsabilisation de plus en plus fréquente. Caroline Protais montre dans son ouvrage, que les désaccords entre les experts au sujet de l'irresponsabilité pénale ne sont pas récents (17). Ainsi dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, avec l'adoption de l'article 64 du Code pénal en 1810, une première fracture s'opère. Les aliénistes sous l'influence de Philippe Pinel et Jean-Etienne Esquirol défendent un élargissement du champ de l'irresponsabilité pénale en développement notamment la notion de « *monomanie* ». Ils vont se heurter à des

mouvements telle la phrénologie, la criminologie qui défendent une approche plus punitive proche de la défense sociale. Dans le modèle de la défense sociale, il convient plutôt de se focaliser sur le potentiel dangereux de l'individu que sur la responsabilité morale pour décider de la peine à infliger.

C. Protais décrit une évolution des pratiques à partir de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Le principal trouble pour lequel l'irresponsabilité est souvent prononcée reste le trouble psychotique mais des nuances vont être apportées. Une nette distinction est faite entre les pathologies décompensées ou non. Au fil des années, on assiste alors à un recul des irresponsabilités pénales pour cause psychiatrique. Ce recul a été mis en évidence dans un rapport une Mission de recherche Droit et Justice (30). A partir de l'utilisation de données issues du ministère de la justice, il est observé un net recul de l'irresponsabilité pénale pour cause psychiatrique à partir des années 1980, ce recul est représenté sur la **figure 4**. Cependant, ces chiffres doivent être nuancés car ils ne comportent que les irresponsabilités prononcées au stade de l'instruction.

**Figure 4** - L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental entre 1985-2014 au stade de l'instruction, tirée de (17)



Cette tendance à un bas niveau d'irresponsabilité pour cause psychiatrique est également soulignée par Senon et collaborateurs (31) avec les chiffres suivants :

- 1987 : 0,46% des affaires criminelles ;
- 1991 : 0,51% des affaires criminelles ;
- 1995 : 0,46% des affaires criminelles ;
- 1998 : 0,45% des affaires criminelles.

Au-delà de ces conceptions idéologiques, de nouvelles pratiques viennent aujourd'hui s'inscrire dans le champ de la responsabilité comme la discipline du « *neurodroit* ».

### e) *Neurodroit et responsabilité*

Le neurodroit est une discipline récente qui vise à conjuguer les progrès des neurosciences et le droit. L'objectif est d'utiliser les connaissances acquises récemment dans le domaine des neurosciences afin d'apporter un éclairage lors des différentes étapes d'une procédure judiciaire.

La première utilisation de l'imagerie cérébrale dans ce contexte remonte au début des années 1980, aux Etats-Unis, dans l'affaire John Hinckley. La défense produisit, au cours de ce procès, un scanner cérébral afin d'étayer un diagnostic de schizophrénie chez Hinckley qui avait tenté d'assassiner le président Reagan (32).

Depuis, le neurodroit n'a cessé de se développer aux Etats-Unis. Ainsi en 2007, un réseau interdisciplinaire ayant pour but « *d'aider le système judiciaire à éviter le mésusage de preuves neuroscientifiques dans le contexte du droit criminel* » voit le jour : le *Research Network on Law and Neuroscience* (33).

Plus récemment, en 2011, en Italie, un homme accusé du meurtre de sa sœur a vu sa peine réduite après analyse d'une imagerie cérébrale mettant en évidence une atrophie du gyrus cingulaire antérieur combinée à des tests génétiques (hypoactivité du gène MAOA) (34). Il a été demandé à la cour de tenir compte de ces éléments, pouvant être à l'origine de comportements violents, expliquant la symptomatologie psychiatrique présentée par l'accusé.

La France est le premier pays à avoir autorisé, sur le plan législatif, l'utilisation de données issues de neuroimagerie dans l'expertise (33). L'article 45 de la loi de Bioéthique de 2011 précise que « *les techniques d'imagerie cérébrale ne peuvent être employées qu'à des fins médicales ou de recherche scientifique ou dans le cadre d'expertises judiciaires* ».

### 3. Principe juridique de l'irresponsabilité pénale

#### a) *Histoire de l'irresponsabilité pénale en droit français*

Le concept d'irresponsabilité pénale est entré pour la première fois dans le Code pénal en 1810. Le célèbre article 64 affirmait ainsi : « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister* » (35).

Le code pénal évolue vers une justice plus subjective dans laquelle il faut étudier la personnalité du criminel et son état mental. Il ne s'agit plus de se concentrer uniquement sur les faits. Cet article ne remet pas en cause l'existence des faits mais seulement leur qualification en crime ou délit en raison de l'état de démence du prévenu (36). La justice opère ici un virage en s'intéressant à la personnalité du criminel plutôt qu'à l'acte criminel en lui-même, ce qui introduit inévitablement une subjectivité certaine dans les tribunaux (18). Mais l'évaluation de l'état de démence du prévenu est plutôt réalisée par les magistrats eux-mêmes, les aliénistes n'ayant pas encore acquis une pleine légitimité au sein des tribunaux.

Quelques années plus tard, sous l'influence des premiers aliénistes notamment de Jean-Etienne Esquirol, une nouvelle loi va être promulguée en juin 1838 : « *la loi sur les aliénés* ». Elle a pour objectif l'organisation des établissements et des moyens financiers de ceux-ci. Chaque département doit être doté d'un établissement spécialisé. Elle introduit deux notions importantes :

- Le placement volontaire, permettant à un tiers de demander l'admission en hospitalisation d'un proche. A cette demande doit s'ajouter un certificat médical rédigé par un médecin (étranger au tiers et à l'établissement d'accueil) précisant les troubles présentés par l'intéressé et la nécessité d'une hospitalisation ;

- Le placement d'office, permettant aux autorités publiques (préfet) d'ordonner ce placement si l'état mental de l'intéressé compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Elle va également encadrer le placement volontaire en mettant en place des contrôles comme un certificat médical dans les vingt-quatre premières heures d'hospitalisation, puis un à quinze jours. Ces certificats doivent justifier le maintien ou non de l'hospitalisation. Cette loi apporte des précisions au sujet des droits du patient et des mesures de protection des biens (18). Les frais d'hospitalisation peuvent être pris en charge par le département dans lequel réside la personne hospitalisée. Un « *administrateur* » peut être nommé si la personne hospitalisée ou sa famille ne peut s'occuper des actes de disposition.

Le terme de responsabilité fera son entrée dans le Code pénal en 1905 à l'occasion de la circulaire Chaumier. Cette circulaire permet clairement aux experts psychiatres d'intervenir dans les tribunaux en leur demandant de se positionner sur la responsabilité du prévenu mais introduit aussi des notions importantes comme « *la folie partielle* » : « *à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé* » (37).

Elle introduit également la notion de circonstances atténuantes et demande à l'expert de dire : « *si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa*

*responsabilité* ». D'autres missions sont demandées à l'expert comme d'évaluer la dangerosité pour l'ordre public et la simulation éventuelle des troubles.

*b) Situation actuelle : Article L122-1 du code pénal*

L'article 64 du Code pénal va être remplacé par l'article L122-1 lors de la parution du nouveau code pénal en 1994. Le terme « *état de démence* » évoquant plutôt une détérioration cognitive va être remplacé par la notion de « *trouble psychique ou neuropsychique* ». La formulation « *il n'y a ni crime ni délit* » est également supprimée car elle peut laisser sous-entendre que les faits reprochés n'ont pas eu lieu.

L'article L122-1 (38) est constitué de deux alinéas :

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

L'alinéa 1 insiste sur le lien causal entre le trouble et l'abolition mais également sur la temporalité : le trouble doit être présent lors du passage à l'acte.

L'alinéa 2 reste assez vague quant à la décision de la peine. En effet, c'est la juridiction qui va évaluer le degré de responsabilité, l'expert se prononçant uniquement sur la présence ou non d'une altération du discernement. La juridiction doit tenir compte de cette altération lorsqu'elle prononce la peine. Dans les premières années suivant la promulgation de l'article 122-1, il semble que la peine prononcée ait généralement été



plus lourde, ceci serait en lien avec la notion de dangerosité psychiatrique qui influencerait les jurés. Cette tendance est à l'origine de la loi du 15 août 2014, relative à l'individualisation des peines, qui précise l'alinéa 2 affirmant que « *si la cour d'assises a répondu positivement à la question portant sur l'application des dispositions du second alinéa de l'article 122-1 du même code, les peines privatives de liberté d'une durée égale ou supérieure aux deux tiers de la peine initialement encourue ne peuvent être prononcées qu'à la majorité qualifiée prévue par la deuxième phrase du présent alinéa* » (39). Autrement dit, en cas d'altération du discernement retenu, la peine est réduite d'un tiers. Elle précise également qu'en cas de crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, la peine est réduite à 30 ans (18).

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (40) apporte quant à elle des modifications concernant la procédure de déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental. Elle modifie également la terminologie puisque les termes « *relaxes* » ou « *acquittement* » sont remplacés par « *une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* ».

Après s'être intéressé à l'évolution du concept de responsabilité au travers de l'histoire autant sur le plan juridique que psychiatrique, nous allons maintenant nous intéresser à la pratique de l'expertise psychiatrique pré-sentencielle.

## C. L'expertise psychiatrique pré-sentencielle

### 1. Quelques principes juridiques

Le point de départ de toute procédure pénale est l'infraction. Pour qu'une infraction soit constituée, il faut que 3 éléments soient réunis :

- L'*élément légal* qui signifie que l'infraction doit être définie par la loi ;
- L'*élément matériel*, l'auteur doit avoir commis les faits ;
- L'*élément moral*, l'auteur doit avoir commis intentionnellement cette infraction.

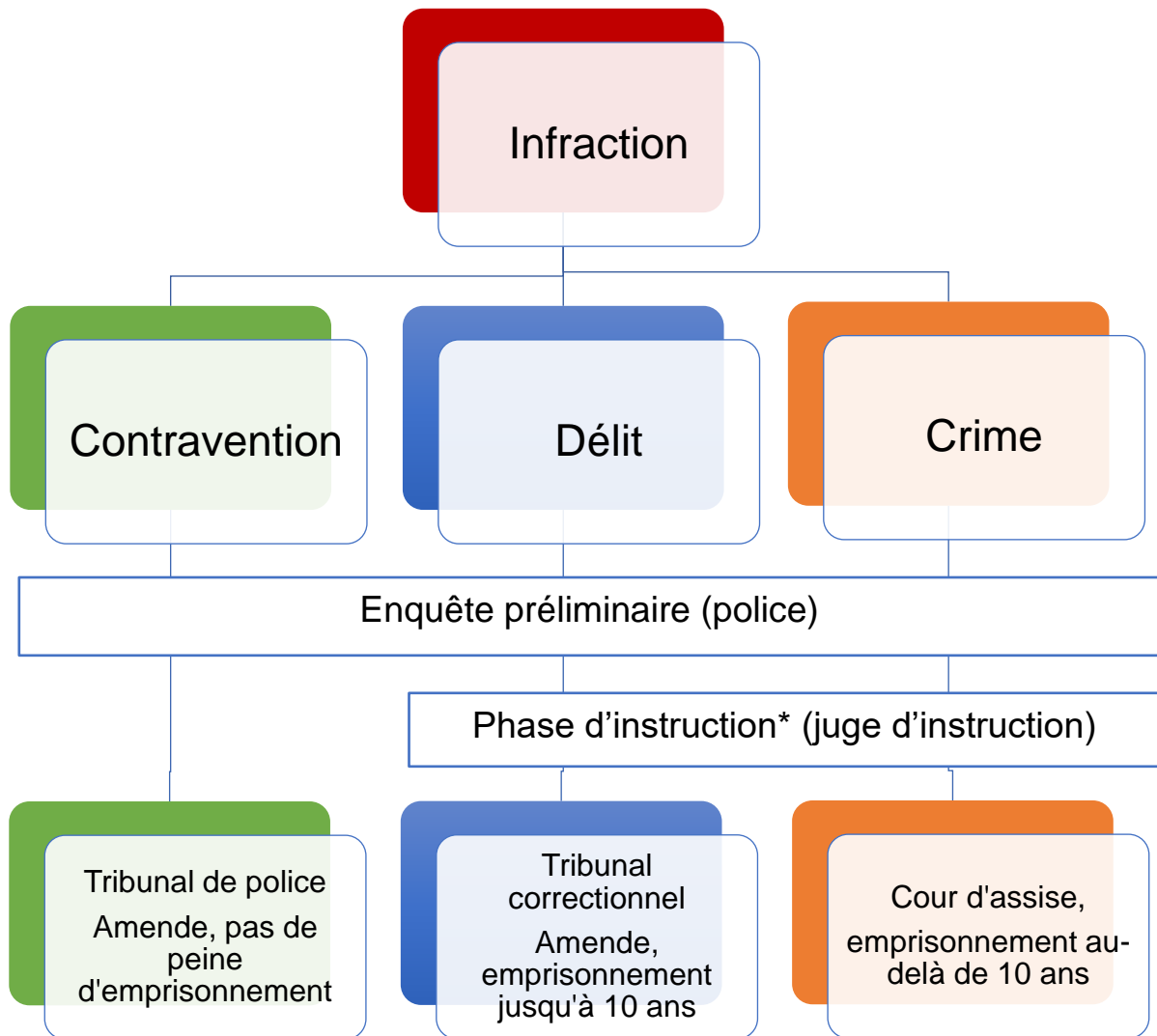
Le code de procédure pénal décrit trois types d'infractions :

- Les contraventions ;
- Les délits ;
- Les crimes.

En fonction du type d'infraction, différents tribunaux peuvent être sollicités et différents types de peines appliqués. Un résumé de la procédure pénale est proposé en **figure**

**3.**

**Figure 3** – Procédure pénale simplifiée



\*La saisine d'un juge d'instruction est systématique en matière criminelle mais est facultative en cas de délits.

## 2. Principe de l'expertise médicale

Le mot « *expertise* » est défini dans le dictionnaire Larousse comme l' « *examen de quelque chose en vue de son estimation, de son évaluation, etc.* ».

Il est également distingué :

- L'expertise judiciaire : « *examen de questions techniques confié par le juge à un expert.* » ;
- L'expertise médicale : « *étude pratiquée par un médecin-expert, aboutissant à l'établissement d'un rapport d'expertise.* ».

L'expertise est donc un dispositif d'aide à la décision (41). Une mission est ordonnée par le juge au médecin expert qui réalise cette mission et remet au juge un rapport d'expertise. Il s'agit d'un exercice particulier n'intervenant pas dans le cadre d'une démarche thérapeutique. De plus, la personne expertisée n'a pas le libre choix du médecin désigné par le juge. La pratique expertale est encadrée par le code de déontologie médicale notamment les articles 105, 106, 107 et 108 (42) :

- L'article 105 renvoie au principe d'**indépendance** : « *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.* » ;
- L'article 106 renvoie au principe de **compétence** : « *Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui*

*sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code de déontologie. » ;*

- L'article 107 renvoie au principe d'**information** : « *Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé. » ;*
  
- L'article 108 renvoie au principe du **secret professionnel** : « *Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission. » ;*

L'expertise psychiatrique est une expertise médicale qui a pour but d'apporter un éclairage sur un diagnostic psychiatrique, sur la nécessité d'un traitement, la responsabilité d'une personne, les capacités d'une personne à gérer son budget, etc.

Elle peut s'inscrire dans le cadre d'une procédure civile, pénale ou dans le cadre privé comme pour les assurances. Dans le civil, les missions sont multiples (43) :

- Evaluation des dommages psychiques ;
- Justice des mineurs ;
- Affaires familiales (garde d'un enfant) ;
- Protection juridique des personnes ;
- Responsabilité médicale ;

- Maison départementale des handicapés (évaluation d'un taux de handicap) ;
- Etc.

Dans le cadre pénal, l'expertise psychiatrique peut intervenir à tout moment de la procédure pénale :

- Pendant l'*enquête* afin d'évaluer l'état mental d'une personne et la compatibilité de celui-ci avec la garde à vue, il s'agit d'une réquisition à ce stade de la procédure ;
- Au cours de l'*instruction*, il s'agit de l'expertise pré-sentencielle (obligatoire dans les affaires criminelles) ;
- Lors du *jugement*, elle peut être demandée par le président du tribunal correctionnel ou de la cour d'assises ;
- *Après le jugement*, elle est demandée par le juge d'application des peines notamment lorsqu'il est saisi en vue d'un aménagement de peine.

C'est l'expertise psychiatrique pré-sentencielle qui nous intéresse précisément dans ce travail de thèse.

### 3. L'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle

#### a) *Cadre juridique*

L'expertise psychiatrique pré-sentencielle, au même titre que les autres types d'expertises, est traitée dans le titre III du code de procédure pénale (CPP). Les règles que celle-ci doit respecter sont définies de l'article 156 à 169-1.

Elle peut intervenir à deux moments de la procédure pénale :

- *Lors de l'instruction* : dans ce cas, le juge d'instruction émet une ordonnance pour la réalisation d'une expertise psychiatrique ; il s'agit du cas le plus fréquent.
- *Lors de la phase de jugement* : c'est le président de la juridiction compétente qui émet une ordonnance pour la réalisation d'une expertise psychiatrique.

#### *b) Inscription sur la liste des experts*

Les conditions d'inscriptions sur la liste des experts résultent du décret 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires (41).

Chaque année, deux listes d'experts sont dressées :

- Une liste nationale ;
- Une liste pour chaque cour d'appel.

Afin de pouvoir être inscrit, le médecin doit réunir un certain nombre de conditions attestant de sa compétence, d'un niveau de qualification suffisante mais aussi de son indépendance. Les inscriptions initiales sont valides pour une durée de 3 ans. Au terme de ces 3 ans, le médecin s'il le souhaite peut se réinscrire pour une période de 5 ans.

Lors de son inscription sur la liste des experts, le médecin doit répondre aux obligations suivantes (41) :

- Prêter serment ;
- Apporter son concours à la justice ;
- Accomplir sa mission ;
- Faire son rapport et donner son avis en son honneur et en sa conscience ;
- Faire connaître chaque année le nombre de missions qu'il a accompli.

Il existe actuellement, en France, une « *pénurie* » d'experts psychiatres (44). Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, on dénombre près de 14 000 psychiatres en exercice. Parmi l'ensemble des psychiatres, seuls 700 et 800 praticiens sont inscrits sur les listes d'experts (45). Il existe par ailleurs des disparités démographiques : dans certaines régions on compte un psychiatre expert pour 1 000 habitants alors que dans d'autres le rapport est d'un psychiatre expert pour 10 000 habitants.

### *c) Les missions de l'expertise pré-sentencielle*

Les questions les plus fréquemment posées par les magistrats dans le cadre des expertises pré-sentencielles sont les suivantes :

- 1. L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent ?*

Il s'agit là d'une démarche diagnostique à la recherche de troubles psychiatriques actuels ou passés. L'expert doit également rechercher la présence de symptômes au moment des faits reprochés.

- 2. L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?*

La seconde question est délicate puisqu'elle demande à l'expert de réaliser un examen rétrospectif de l'état mental du sujet au moment des faits. L'expert précise s'il existe un lien entre cet état mental et les faits reprochés. Il doit également préciser si ce lien est direct, plus nuancé ou absent.



### 3. Le sujet présente-t-il un état dangereux pour lui-même ou pour autrui ?

Le mot dangerosité renvoie au caractère dangereux, le terme dangereux étant défini comme « *ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose* » (46).

L'audition publique de l'HAS en 2007, relative à l'expertise psychiatrique pénale (45) recommande de distinguer la dangerosité psychiatrique de la dangerosité criminologique et rappelle de ne pas confondre dangerosité et maladie mentale. Les différences entre dangerosité psychiatrique et criminologique sont résumées dans le **tableau 4**. L'évaluation doit être pluridisciplinaire, l'utilisation d'échelle spécifique doit se faire de manière prudente et des travaux de recherche sont préconisés afin de développer des échelles ou d'adapter des échelles anglo-saxonnes déjà existantes.

**Tableau 4** – Les concepts de dangerosité psychiatrique et de dangerosité criminologique

Dangerosité psychiatrique	Dangerosité criminologique
En lien avec un trouble psychiatrique Fonction du type de trouble, de la chimiorésistance, de la reconnaissance du trouble et d'autres facteurs.	<b>« Phénomène psychosocial</b> <i>caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens.</i> » Christian Debuyst

*4. Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?*

L'expert doit se prononcer sur le rapport de l'accusé avec les faits reprochés. Il doit évaluer si celui-ci a conscience du caractère répréhensible des faits reprochés, et s'il capable de subir une peine et d'en tirer des conclusions.

*5. Le sujet est-il curable ou réadaptable ?*

La terme « *curable* » renvoi à des notions médicales. Ainsi l'expert se prononce sur la nécessité de soins et sur leur modalités pratiques.

Le terme « *réadaptable* » renvoie lui à des notions essentiellement sociales. Il est parfois difficile de se prononcer pour des personnes dont la maladie n'est pas encore stabilisée.

*6. Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du CPP), soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes (au sens de l'article 122-1 alinéa 2 du CPP) ?*

L'expert se prononce sur la responsabilité de l'accusé et réalise une synthèse de l'ensemble de ses réponses.

L'audition publique de 2007 propose une formulation plus claire et plus clinique des questions de la mission de l'expert (47) :

- Existence et description d'une pathologie psychiatrique ;
- Niveau de fonctionnement intellectuel du sujet ;
- Personnalité du sujet selon les classifications internationales (CIM-10 en priorité) ;
- Aspects psychopathologiques du fonctionnement du sujet ;
- Lien éventuel entre un ou plusieurs des aspects ci-dessus mentionnés et les faits reprochés ;
- Discussion de l'abolition ou de l'altération du discernement en application des dispositions de l'article 122-1 1<sup>er</sup> alinéa puis 2<sup>e</sup> alinéa.

Il est également proposé des questions complémentaires qui pourraient être plus spécifiques aux situations et pathologies :

- Incidence des prises d'alcool et autres substances psychotropes, sur un mode aigu ou chronique ;
- Dimension conjecturale ou situationnelle des faits ;
- Interactions éventuelles auteur-victime ;
- Appréciation d'un risque de réitération des actes dans le contexte psychiatrique ou psychopathologique ;
- Opportunités d'une injonction de soins et préconisations thérapeutiques ou socio-éducatives.

La mission type de l'expert n'a toujours pas été modifiée malgré ces recommandations.

#### d) *L'expertise pré-sentencielle : pratique actuelle*

L'expertise psychiatrique pré-sentencielle revêt un enjeu majeur puisque la question principale posée est celle de l'article L 122-1 pouvant conduire à une irresponsabilité pénale. Plusieurs mouvements se sont succéder entre déresponsabilisation et responsabilisation (l'évolution de ces différents mouvements est décrite dans la partie historique un peu plus haut). Plusieurs études se sont intéressées à l'expertise pré-sentencielle en France ces dernières années (17,30,37,48,49).

Dans une étude récente, Laëtitia Jamet et collaborateurs se sont intéressés à la pratique expertale dans l'ouest de la France et ont étudié les caractéristiques des sujets considérés comme irresponsables pénalement en raison d'une abolition du discernement (48). Sur sept-cent-soixante-trois expertises analysées, trente-huit concluaient à une abolition du discernement. Les pathologies à l'origine d'une abolition du discernement étaient les troubles du spectre schizophrénique ou des délires paranoïaques non dissociatifs (48).

Plus récemment, Vincent Mahé, dans un article paru en juin 2015, apporte de nouveaux chiffres sur l'irresponsabilité pénale entre 2006 et 2011 (49). Il met en évidence un taux de recours à l'article L122-1 alinéa 1 oscillant en 0,24% et 0,41%. Ces chiffres sont eux aussi à nuancer car ils ne rendent compte que de la phase d'instruction. D'autres éléments sont à prendre en compte, la décision de recourir à un expert psychiatre reste à la discrétion du magistrat et ne se fonde pas sur des critères standardisées (48). Il est également possible que des personnes, initialement irresponsabilisées, soient responsabilisées à l'issu d'une contre-expertise ordonnée par le magistrat.

e) *L'expertise psychiatrique pré-sentencielle : un filtre avant la détention ?*

Comme le décrit J-L Senon, l'expertise psychiatrique pré-sentencielle, a pour objectif principal de jouer un rôle de régulateur entre l'hôpital et la prison (47). Il apparaît cependant que ce rôle de filtre est de moins en moins rempli. Il semble que plusieurs facteurs rentrent en compte :

- La célérité attendue de la justice ;
- La multiplication des obligations d'expertises prévue dans le Code de procédure pénale ;
- Le développement de l'expertise de dangerosité.

Ces facteurs contrastent avec une raréfaction des experts psychiatres. Il apparaît également que la réécriture de l'article 64 a joué un rôle. En effet, il est constaté une utilisation bien plus importante de l'alinéa 2 par rapport à l'alinéa 1. Une étude montre qu'il serait 1,7 fois plus fréquent que l'alinéa 1 (49). Il semblerait aussi que les personnes pour lesquelles une altération du discernement est prononcée seraient condamnées à des peines plus longues qui s'ils n'avaient pas été atteints de trouble psychiatrique (47).

Pour renforcer ce rôle de filtre, la commission d'audition propose de renforcer la formation des experts par des formations universitaires et insiste sur l'importance du compagnonnage (47).

Il semble que donc que l'évolution des pratiques expertales, la diminution des irresponsabilités pénales et la surreprésentation des troubles psychiatriques en détention soient liées. Afin d'explorer cette relation, nous nous sommes intéressés

dans ce travail de thèse au centre pénitentiaire de Château-Thierry qui accueille une population spécifique et que nous allons décrire dans la partie suivante.

## D. Le centre pénitentiaire de Château-Thierry

### 1. Historique

L'établissement pénitentiaire de Château-Thierry a été construit en 1850. Son architecture est considérée comme classique. Elle s'inspire du principe de panoptique de J. Bentham, illustré par la **figure 5**. Il s'agit d'une structure architecturale permettant à un gardien, placé dans une tour centrale, de pouvoir observer tous les détenus incarcérés dans des cellules individuelles autour de lui (50).

**Figure 5** – Prison inspirée du panoptique de Bentham, tiré de (51).



Dès 1950, suite à la réforme Amor, l'établissement devient un centre d'Observation Spécialisé dans le « *traitement des détenus atteints d'affections mentales* » (52). Il constitue alors un relai chargé de « *soulager* » les autres établissements pénitentiaires des personnes détenues jugées comme difficiles.

En 1986, l'établissement devient une maison centrale sanitaire. Ce terme désigne un établissement pénitentiaire aménagé qui accueille des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques dont le maintien est difficile en détention ordinaire et qui nécessite des soins spéciaux qui ne relèvent pas de prise en charge en unité pour malades difficiles (53).

En 1994, suite à l'attribution de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire au service hospitalier public, l'établissement perd cette qualification de maison centrale sanitaire.

En 2012, une circulaire issue du ministère de la justice et des libertés donne de nouvelles fonctions au quartier maison centrale de cet établissement qui seront détaillées ultérieurement.

## 2. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues (54)

Cette circulaire désigne le quartier maison centrale du centre pénitentiaire de Château-Thierry comme un centre de référence pour accueillir « *des personnes détenues souffrant de troubles du comportement et plus particulièrement celles rencontrant des difficultés pour s'intégrer à un régime de détention classique.* ». Les critères d'orientation vers le centre pénitentiaire de Château-Thierry sont les suivants :

- Peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée ;
- Manque d'hygiène grave, régression, état de prostration, retrait par rapport à la collectivité ;
- Ingestion fréquente de corps étrangers ;

- Automutilations habituelles ;
- Tentatives de suicides répétées ;
- Passages à l'acte auto ou hétéro agressifs fréquents ;
- Propos et conduites inadaptés.
- La personne détenue ne doit pas relever d'une prise en charge au sein d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ou d'un secteur de psychiatrie générale. Le SMPR est une unité de soins en santé mentale au sein d'un établissement pénitentiaire qui assure une mission régionale dans la prévention, le diagnostic et le soin des troubles psychiatriques en détention. L'équipe médicale est composée de psychiatres, de psychologues, d'une équipe infirmière et des lits d'hôpital de jour sont également disponibles. L'UHSA constitue une unité d'hospitalisation à temps pour les personnes incarcérées et permettent des hospitalisations en « *soins libres* » (à la demande du patient) ou des « *soins sans consentement* ».

Il est également précisé que ces séjours doivent être temporaires mais en pratique, les séjours prolongés ne sont pas rares (55).

### 3. Organisation actuelle

#### a) *Du côté pénitentiaire*

L'établissement pénitentiaire de Château-Thierry est divisé en deux parties :

- Un centre de détention (CD), composé de cellules à deux et quatre places, ayant une capacité théorique d'accueil de 33 détenus (52) ;



- Une maison centrale (MC) comprenant trois divisions (52), ayant une capacité théorique d'accueil de 101 détenus (52) :
  - o La *division A* accueillant les détenus arrivants et abritant les quatre cellules du quartier disciplinaire ;
  - o La *division B* abritant l'unité de consultation et de soins ambulatoires, les détenus « *les plus calmes* » ainsi que de salles d'activité ;
  - o La *division C* abritant les détenus pour lesquels, dès leur entrée, il est jugé qu'ils posent des difficultés considérées comme « *lourdes* ».

Les personnes incarcérées à Château-Thierry sont exclusivement des hommes. Le CD accueille des personnes détenues de la région des Hauts-de-France et de la région parisienne. Ces personnes détenues doivent avoir un reliquat de peine inférieur à 3 ans. Le quartier MC (QMC) accueille des personnes détenues ayant des lourdes peines pouvant aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité, présentant des « *troubles d'ordre psychopathologique* ». L'affectation des personnes détenues se fait de façon nationale ; elle est ordonnée par la direction nationale des établissements pénitentiaires après avoir été sollicitée par l'établissement dont est originaire la personne détenue.

#### *b) Du côté sanitaire*

Les effectifs de l'unité sanitaire sont les suivants (issu de la base de l'Observatoire des Structures de Santé des Personnes Détenues (OSSD)) :

- Psychiatre : 0,9 équivalent temps plein (ou ETP équivalent à un temps de travail de 35 heures de façon hebdomadaire) ;
- Psychologue : 1,5 ETP ;

- Infirmier : 3,8 ETP.

Il s'agit des effectifs budgétés (56). Dans son travail de thèse (56), Marion Eck met en évidence une inadéquation entre les postes pourvus et les postes budgétés :

- Pour les psychiatres 0,5 ETP pourvus pour 0,9 budgétés ;
- Pour les infirmiers et psychologues, les postes sont pourvus de manière correcte.

#### 4. Le débat actuel autour du centre pénitentiaire de Château-Thierry

Le centre pénitentiaire de Château-Thierry est un établissement unique en France de par la mission qui lui a été confiée et la population carcérale accueillie. Plusieurs rapports récents ont dénoncé le fonctionnement de cet établissement. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté précise, dans son rapport de 2015, que : *« l'effectif du personnel sanitaire n'apparaît pas compatible avec l'état de santé psychiatrique et somatique des personnes incarcérées »* (55). Cela va à l'encontre de la circulaire de 2012 qui déclare : *« Il ne s'agit pas d'une structure hospitalière, mais d'un établissement bénéficiant de moyens pénitentiaires et sanitaires renforcés au regard du public accueilli »* (54). Le contrôleur des lieux de privations de liberté précise (55) : *« la très grande majorité des personnes hébergées étaient atteintes d'états psychotiques graves et persistants (85 % en 2007) »*.

Les conditions d'affections ne sont pas respectées par les centres pénitentiaires dont sont originaires ces personnes détenues et de nombreuses demandes d'affections mentionnent le fait que la personne détenue a bénéficié à plusieurs reprises d'hospitalisations sur secteur, en UHSA ou en unité pour malade difficile.

Ces éléments rejoignent ce qui a été décrit sur la prévalence élevée des troubles mentaux en milieu carcéral et sur le rôle de l'expertise psychiatrique pré-sentencielle qui semble jouer de moins en moins son rôle de filtre avant l'incarcération. Pourtant aucune étude n'a spécifiquement étudié le parcours de soin des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Château-Thierry.

## **E. Objectifs de l'étude**

Ces dernières années de nombreuses études (17,30,37,48,49) se sont intéressées à l'abolition du discernement et l'irresponsabilité pénale. Peu d'études ont exploré le parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant été responsabilisées. Le centre pénitentiaire, de par les spécificités décrites précédemment, semble accueillir prioritairement ces personnes.

L'objectif principal de notre étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques, le parcours judiciaire et le parcours de soins des personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer les liens entre le fait qu'un expert se prononce en faveur de l'application de l'article 122-1 alinéa 2 et le parcours de soins en détention ;
- Analyser le contenu des expertises psychiatriques dont ont fait l'objet les personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Château-Thierry.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **A. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, monocentrique menée au centre pénitentiaire de Château-Thierry.

### **B. Population étudiée**

La population étudiée regroupe l'ensemble des personnes incarcérées au sein de l'établissement lors du recueil de données (de mai 2019 à septembre 2019).

### **C. Recueil de données**

L'ensemble des données ont été recueillies sur place au greffe du centre pénitentiaire de Château-Thierry. Ce recueil a été possible grâce à l'autorisation de l'administration pénitentiaire et s'est étalé sur une période allant de mai 2019 à septembre 2019.

Aucun document n'a été extrait ou copié.

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés a été effectuée (N/Ref : DEC19-383, voir annexes).

Pour chaque personne détenue, un dossier est constitué au greffe. Celui-ci regroupe le dossier judiciaire et le dossier pénal contenant :

- Les documents relatifs à la ou les affaires ayant conduit à son incarcération (garde à vue, mise en examen, enquête de personnalité, expertises pré-sentencielles psychologiques et psychiatriques et autres expertises scientifiques, déroulé du jugement, délibéré) ;
- La fiche pénale comportant les renseignements relatifs aux décisions juridictionnelles relatives à l'incarcération, à la condamnation, et à l'exécution de sa peine. Le greffe y mentionne la durée de peine restante, les différentes réductions de peines et la date à partir de laquelle le détenu pourra bénéficier d'un aménagement de peine. Il y est également précisé les différents transferts d'établissement pénitentiaire ;
- Les documents concernant les sanctions disciplinaires, leurs motifs ainsi que les séjours en quartier d'isolement lors de l'incarcération actuelle ;
- Les documents en lien avec les hospitalisations, il est important de préciser que seul le mode d'hospitalisation et le motif sont présents dans ce dossier, le reste du dossier médical se trouvant au sein de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires.

Ainsi les données recueillies sont de 5 types :

- 1) *Données socio-démographiques* :
  - L'âge ;
  - Le sexe ;
  - Le statut marital ;
  - Le nombre d'enfants ;

- Les conditions de logement ;
  - Le parcours scolaire ;
  - Le statut professionnel.
- 2) *Parcours judiciaire et carcéral* :
- Les antécédents judiciaires ;
  - Les antécédents d'incarcération ;
  - Le ou les motifs d'incarcération ;
  - La durée de la peine ;
  - Les peines supplémentaires en détention ;
  - Les séjours au quartier disciplinaire et leur durée ;
  - Les séjours au quartier d'isolement et leur durée ;
- 3) *Parcours de soins avant la détention (issues des expertises psychiatriques et psychologiques et pour certaines personnes détenues des comptes-rendus du Centre National d'Evaluation de Fresnes)* :
- Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux avec :
    - Les diagnostics ;
    - Les hospitalisations ainsi que les modes d'hospitalisations ;
    - Les tentatives de suicide ;
    - Tous ces éléments devaient être antérieures à la détention.
  - Les traitements psychotropes prescrits avant la détention ;
  - Les comorbidités addictives ;
  - Les antécédents personnels non psychiatriques ;

- La présence ou non d'une mesure de protection.
- 4) *Parcours de soins en détention :*
- Les tentatives de suicide ;
  - Les hospitalisations en Unité Hospitalière Spécialement aménagé ;
  - Les hospitalisations en Unité Hospitalière Inter-Régionale ;
  - Les hospitalisations en Unité pour Malade Difficile ;
  - Les hospitalisations sur secteur de psychiatrie en vertu de l'article D398 du code pénal.
- 5) *Expertises psychiatriques pré-sentencielles :*
- Le nombre d'expertises pré-sentencielles ;
  - Les réponses aux questions de la mission demandée par le juge :
    - *L'examen du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ? Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent ;*
    - *L'infraction qui lui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ? ;*
    - *Le sujet présente-t-il un état dangereux ? ;*
    - *Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ? ;*
    - *Le sujet est-il curable ou réadaptable ? ;*
    - *Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou altéré le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ?*

## D. Analyse de données

Les variables catégorielles ont été analysées au moyen du calcul de fréquence. Les variables continues étaient analysées par le calcul des moyennes. Les calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel « *Microsoft excel 2019* ».

Des comparaisons de groupe ont été réalisées au moyen de tests du « *Khi 2* » (seuil de significativité  $\alpha = 0,05$ ). Ces tests ont été effectués à l'aide du logiciel « *the jamovi project (2020). jamovi (Version 1.2) [Computer Software]* » et « *Microsoft Excel* ».



### III. RESULTATS

#### A. Caractéristiques socio-démographiques

Au total, 68 dossiers ont été examinés sur 70 personnes incarcérées au moment de l'étude. Les sujets sont pour 100% des hommes. La moyenne d'âge est de 40 ans (min = 25 ; max = 73). La majorité des personnes détenues n'a aucun diplôme (79%). Plus de la moitié des personnes détenues n'avaient pas de revenus avant l'incarcération (59%). L'ensemble des caractéristiques socio-démographique est représenté dans le **tableau 6**.

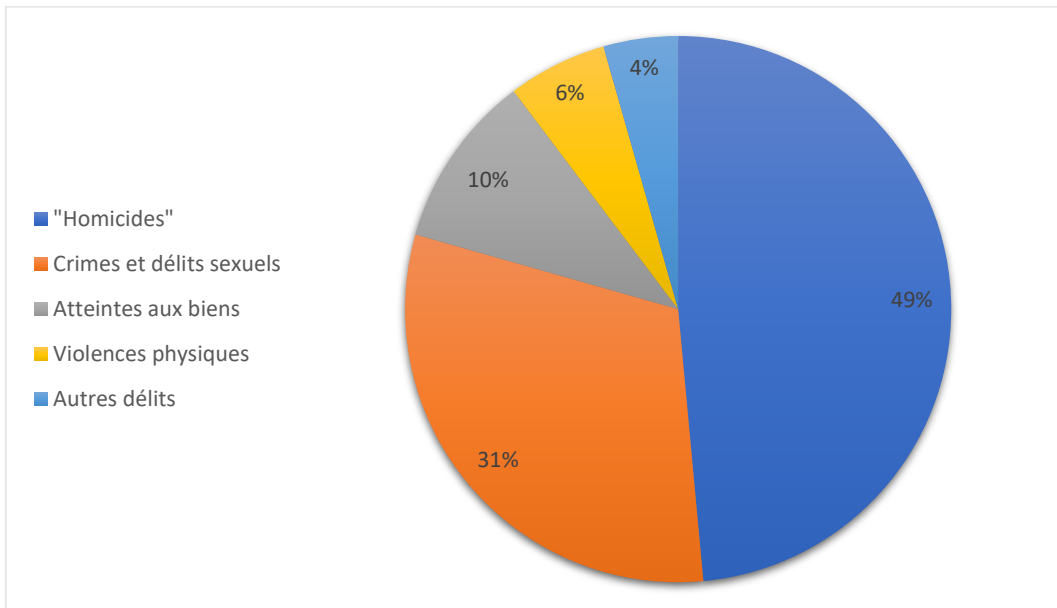
**Tableau 6 – Résumé des caractéristiques socio-démographiques (n= 68)**

	N	%
<b>Tranches d'âge</b>		
18-23 ans	0	0
24-29 ans	12	18
30-39 ans	26	38
40-49 ans	19	28
50 ans et +	11	16
<b>Statut marital</b>		
Célibataire	15	22
<b>En couple</b>	<b>53</b>	<b>78</b>
<b>Nombre d'enfant</b>		
0	52	76
1	8	12
2 et +	8	12
<b>Niveau scolaire</b>		
Niveau 1 à 4 : niveau supérieur à Bac+2, niveau Bac+2 ou arrêt des études supérieures sans diplômes	2	3
Niveau 5 : CAP, BEP, arrêt après second cycle général et technologie avant l'année de terminale	10	15
<b>Niveau 5bis &amp; 6 : arrêt au 1er cycle de l'enseignement secondaire (6e à 3e), abandons CAP, BEP</b>	<b>54</b>	<b>79</b>
Données manquantes	2	3
<b>Emploi</b>		
Agriculteurs exploitants	4	6
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0	0
Cadre et professions intellectuelles supérieures	0	0
Professions intermédiaires	1	1
Employés	10	15
Ouvriers	4	6
Retraités	2	3
<b>Autres personnes sans activité professionnelle</b>	<b>47</b>	<b>69</b>
<b>Revenu</b>		
Salaires	10	15
AAH	7	10
Invalidité	2	3
RSA	4	6
<b>Pas de revenus</b>	<b>40</b>	<b>59</b>
Données manquantes	5	7
<b>Mesures de protection</b>		
<b>Pas de mesures de protection</b>	<b>58</b>	<b>85</b>
Tutelle	3	4
Curatelle simple et renforcée	5	7
Données manquantes	2	3
<b>Logement</b>		
<b>Logement</b>	<b>49</b>	<b>72</b>
Sans domicile fixe	16	24
Données manquantes	3	4

## B. Parcours judiciaire

Les principaux motifs d'incarcération étaient les « homicides » (regroupant les meurtres, les assassinats) dans 49% des cas, les crimes et délits sexuels pour 31% des cas. Les autres motifs d'incarcération sont représentés sur la **figure 6**.

**Figure 6** – Répartition des motifs d'incarcération



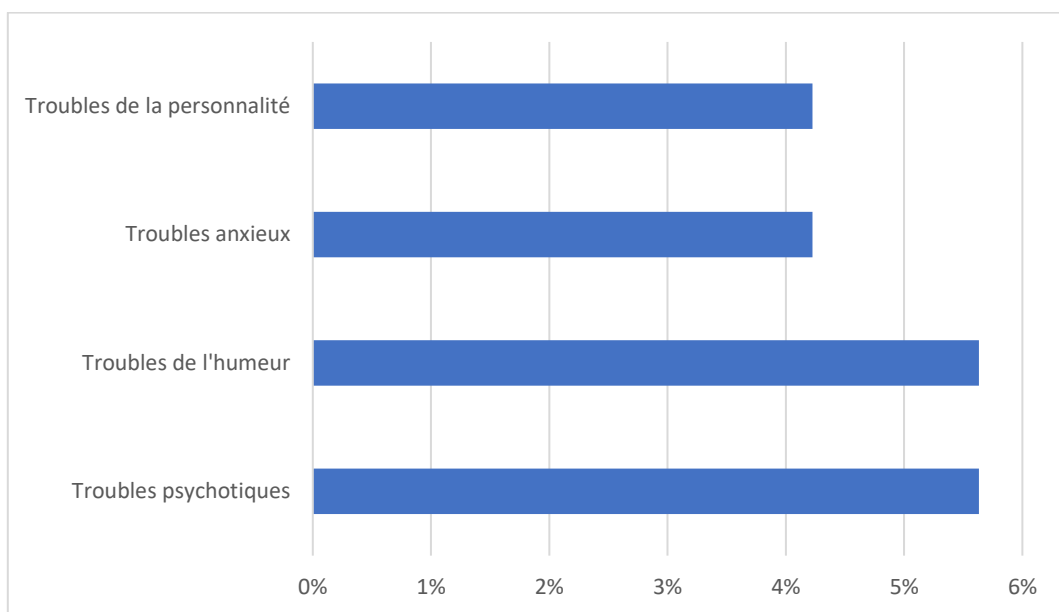
La durée de peine moyenne était de 16 ans. La majorité des personnes détenues était condamnée à des peines d'emprisonnement supérieure à 10 ans (84%) et 13% à de la réclusion criminelle à perpétuité. La majorité des personnes détenues avait déjà été incarcérée (66%) et près de 80% des personnes détenues avaient des antécédents judiciaires (hors incarcération).

## C. Parcours de soins avant l’incarcération

### 1. Antécédents psychiatriques

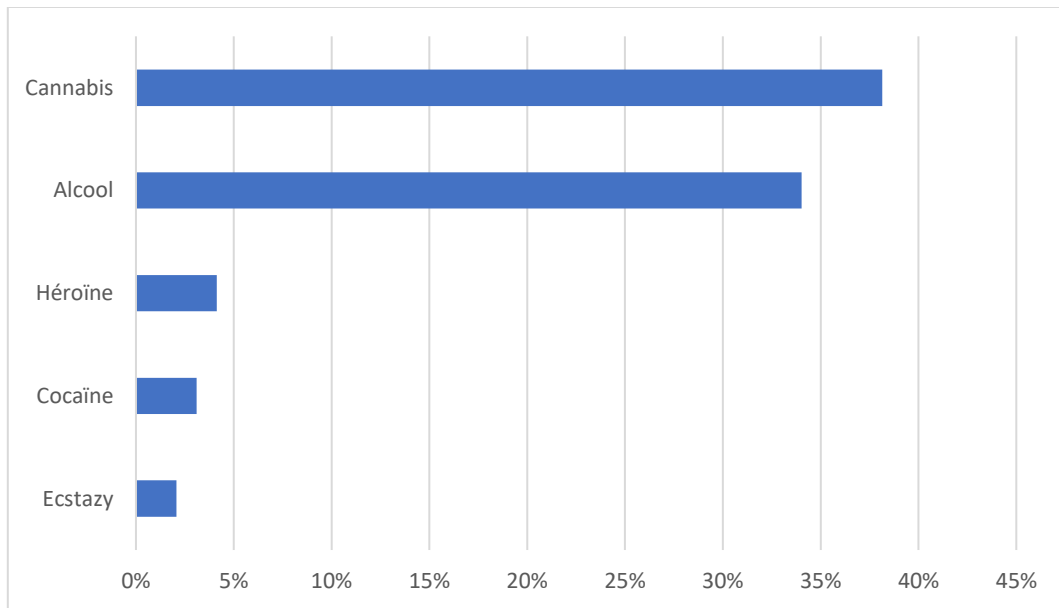
Environ 20% des personnes détenues présentaient au moins un antécédent psychiatrique (voir **figure 7**).

**Figure 7** – Prévalence des troubles psychiatriques identifiés avant l’incarcération chez les personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry



Plus de deux tiers des personnes détenues présentaient un trouble lié à l’usage d’au moins une substance psychoactive (74%) avant l’incarcération (voir **figure 8**).

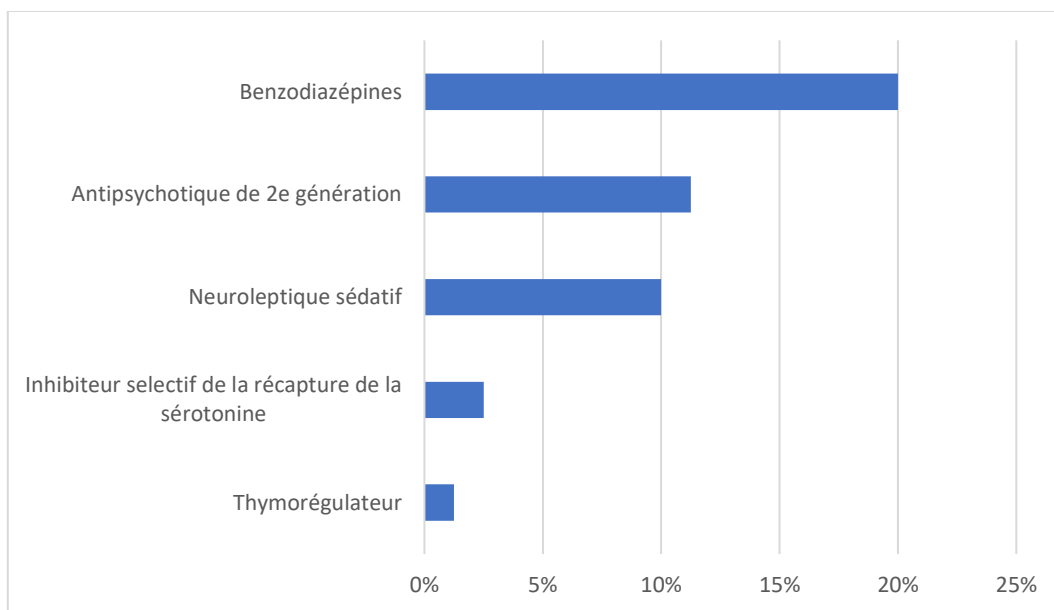
**Figure 8** – Prévalence des consommations de substance psychoactive identifiées avant l’incarcération chez les personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry



Près de la moitié des personnes détenues (44%) avait déjà été hospitalisée en psychiatrie avant d’être incarcérés.

Un peu plus d’un tiers des personnes détenues (35%) avaient bénéficié d’un traitement par psychotrope avant l’incarcération (voir **figure 9**).

**Figure 9** – Prévalence des prescriptions de psychotropes identifiées avant l'incarcération chez les personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry



## 2. Antécédents non psychiatriques

Plus d'un tiers des personnes détenues présentaient des antécédents médicaux (37%) et chirurgicaux (35%). Les antécédents médicaux les plus fréquents étaient les antécédents neurologiques (19%) (notamment le traumatisme crânien, épilepsie). Les chirurgies les plus fréquentes étaient la chirurgie orthopédique (22%), digestive (10%) et neurologique (6%).

## D. Parcours de soins en détention

Sur les soixante-huit personnes détenues, près d'un quart (24%) avait déjà fait une tentative de suicide pendant l'incarcération. Presque la moitié (46%) d'entre eux avaient déjà effectué un séjour en UHSA et environ 80% d'entre eux avaient été

hospitalisés en secteur de psychiatrie générale. L'ensemble des données relatives au parcours de soins en incarcération sont résumées dans le **tableau 7**.

**Tableau 7** – Parcours de soins en incarcération

	Oui	Non	Données manquantes
Tentative de suicide	<b>24%</b>	63%	13%
Hospitalisation en UHSA	<b>46%</b>	41%	13%
Hospitalisation en psychiatrie générale	<b>79%</b>	15%	6%
Hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles* (UMD)	22%	69%	9%

\* Les unités pour malades difficiles sont des services spécialisés accueillants des personnes « qui présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (selon l'article L.3222-3 du code de la santé publique). Il en existe 10 en France.

## E. Expertises psychiatriques pré-sentencielles

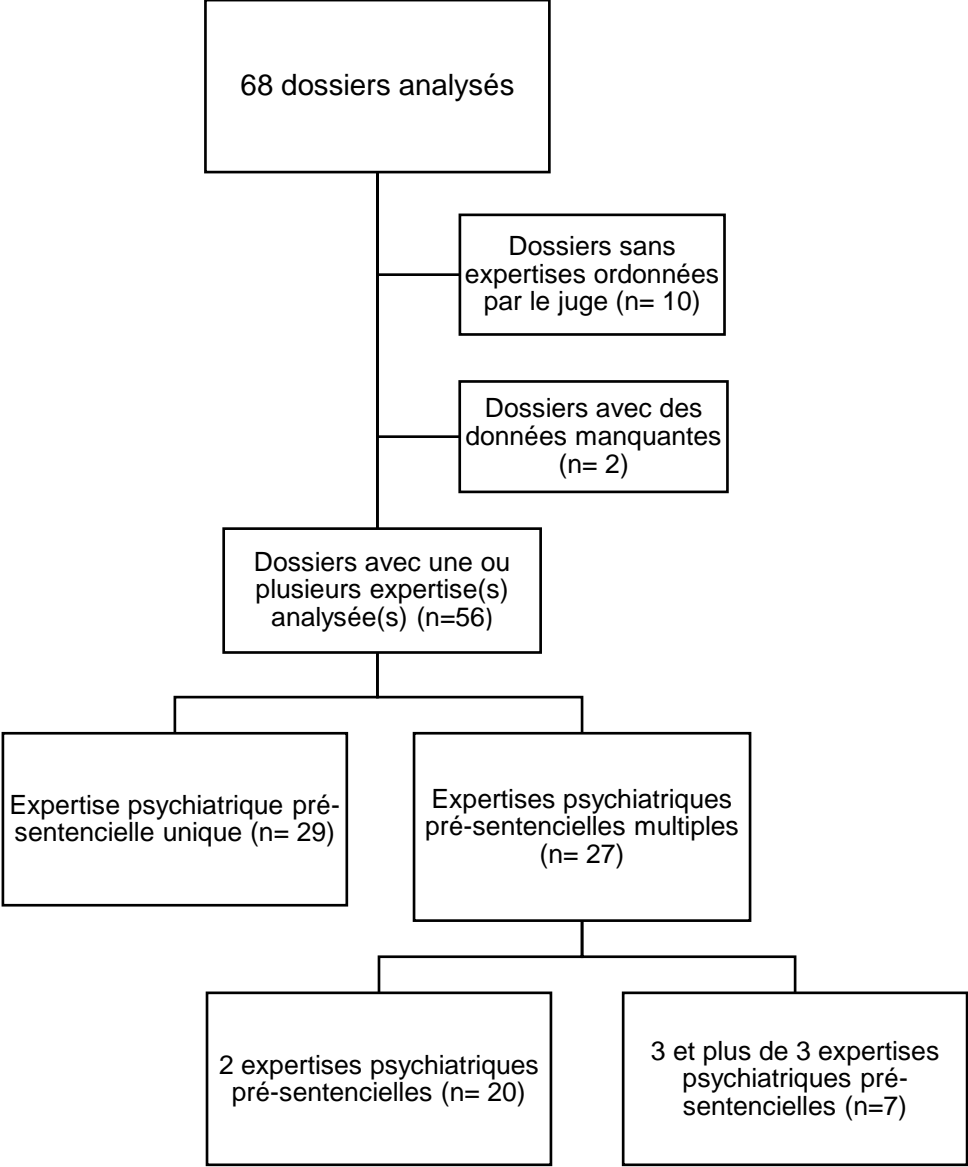
Au total, 92 expertises psychiatriques pré-sentencielles ont été analysées. Sur ces 92 expertises :

- 28 étaient associées à une altération du discernement ;
- 7 à une abolition du discernement ;
- 55 à l'absence d'irresponsabilité sur le plan pénal ;
- Dans 2 expertises, la mission relative au discernement n'a pas été retrouvée.

Cinquante-six personnes détenus (83%) avaient eu au moins une expertise psychiatrique pré-sentencielles (voir **figure 10**).



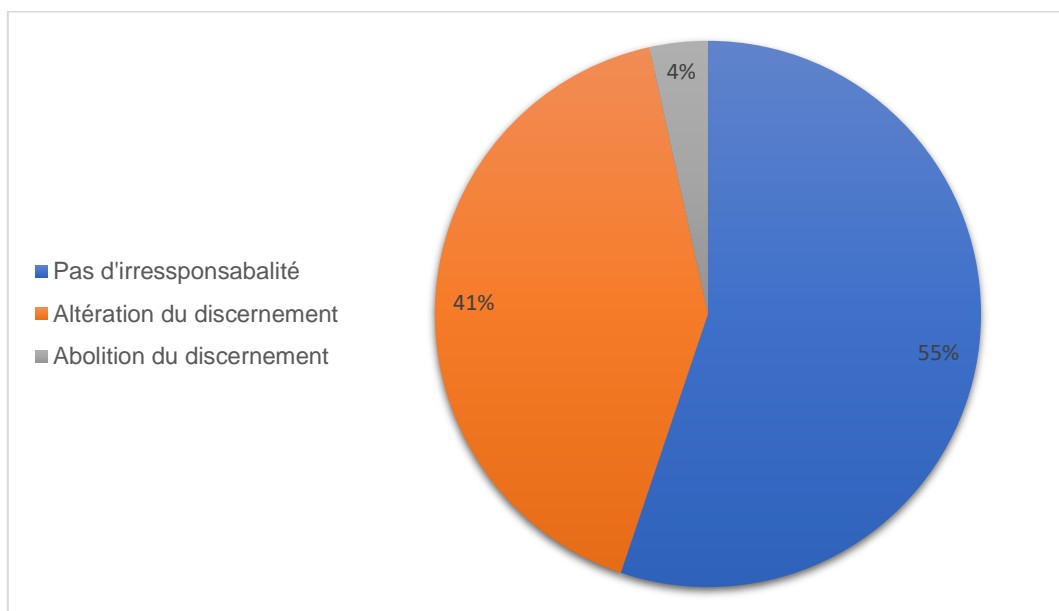
**Figure 10** – Caractéristiques des dossiers analysés : diagramme de flux



## 1. Expertise psychiatrique pré-sentencielle unique

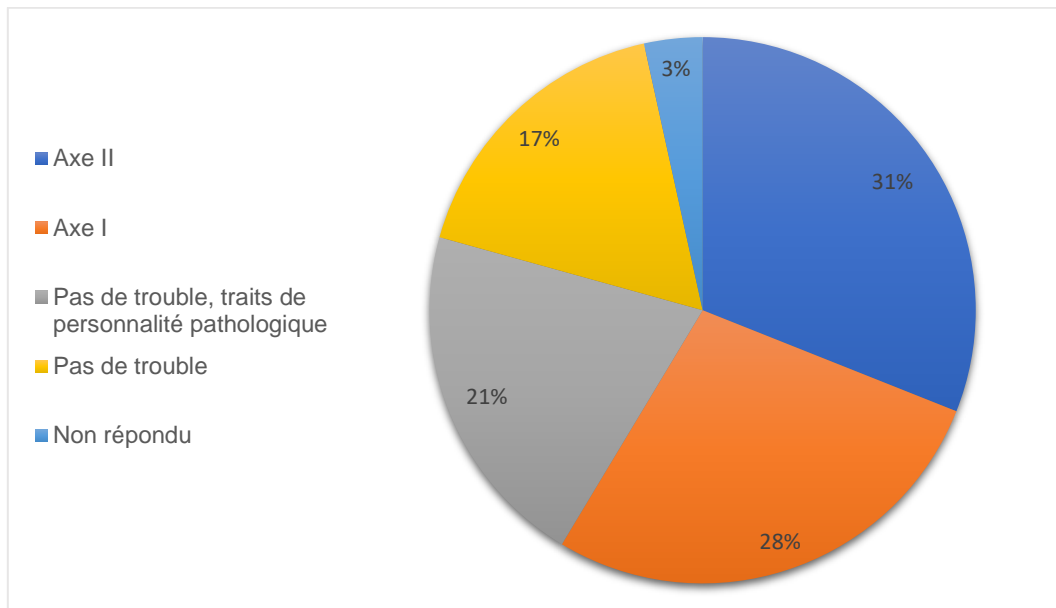
Vingt-neuf des personnes détenues expertisées (52%) avaient bénéficié d'une expertise pré-sentencielle unique. Pour la majorité, l'expertise était en faveur de l'absence d'irresponsabilité pénale (55%). Dans 41% des cas, l'expert concluait à une altération du discernement. Pour une personne, l'expertise était en faveur d'une irresponsabilité pénale avec abolition du discernement mais la décision judiciaire n'a pas suivi les conclusions de l'expertise (voir **figure 11**).

**Figure 11** – Conclusions sur la responsabilité chez les personnes détenues ayant bénéficié d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle unique (n= 29)



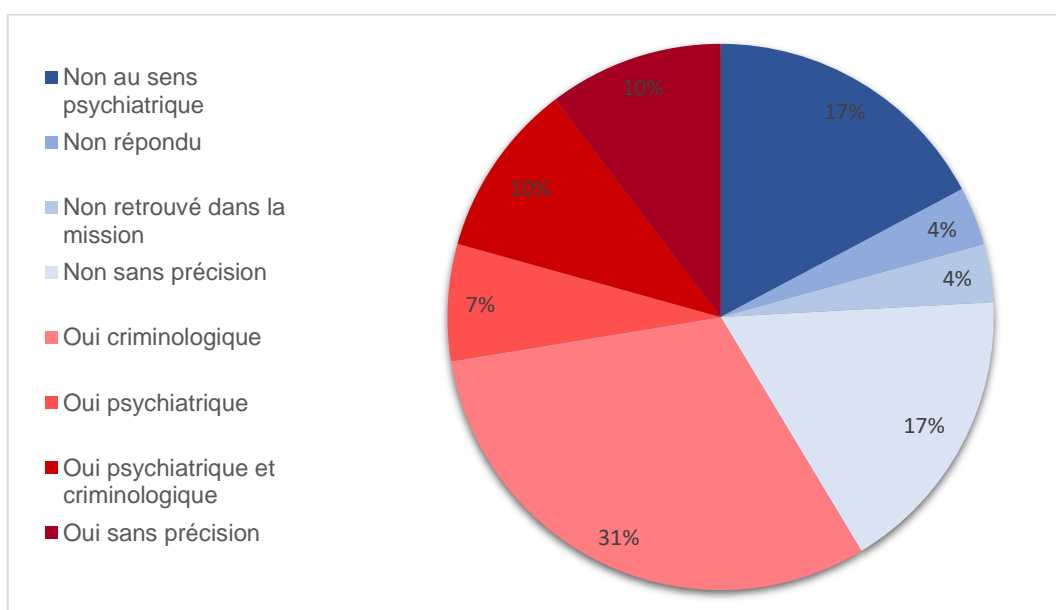
Les principaux diagnostics décrits étaient des troubles de l'Axe I (28%, avec une majorité de diagnostic de « *schizophrénie* ») et des troubles de l'Axe II (31%). L'ensemble des diagnostics décrits dans les différentes expertises est représenté sur la **figure 12**.

**Figure 12** – Principaux diagnostics retenus chez les personnes détenues ayant bénéficié d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle unique (n= 29)



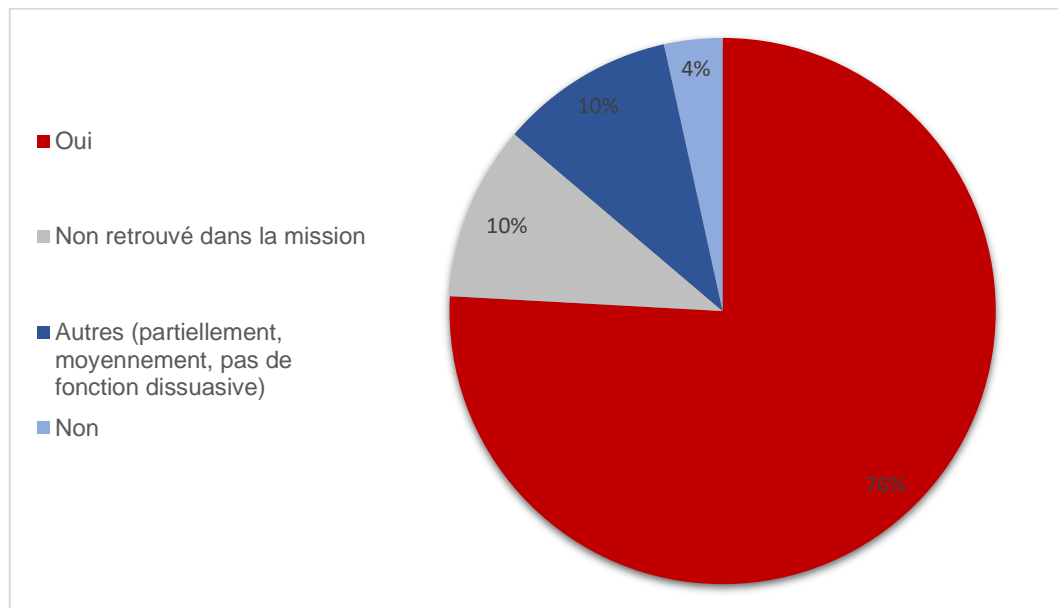
Sur la question de la dangerosité, plus d'un tiers des experts concluaient à une absence de dangerosité (34%) (voir **figure 13**).

**Figure 13** – Réponses sur la question de la dangerosité chez les personnes détenues ayant bénéficié d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle unique (n= 29)



Concernant la question « *le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?* », la plupart des experts répondaient « *oui* » (76%) (voir **figure 14**).

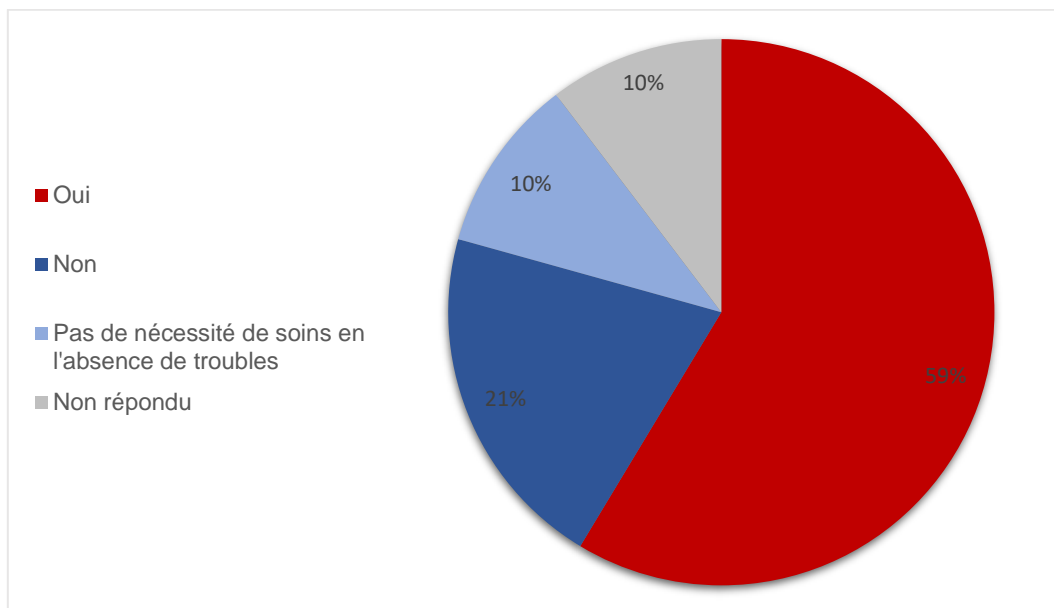
**Figure 14** – Réponses sur la question de l’accessibilité à une sanction pénale chez les personnes détenues ayant bénéficié d’une expertise psychiatrique pré-sentencielle unique (n= 29)



A la question « *le sujet est-il curable ou réadaptable ?* », les résultats sont présentés en deux parties pour plus de clarté : d’abord la réponse à « *est-il curable* » puis la réponse à « *est-il réadaptable* ».

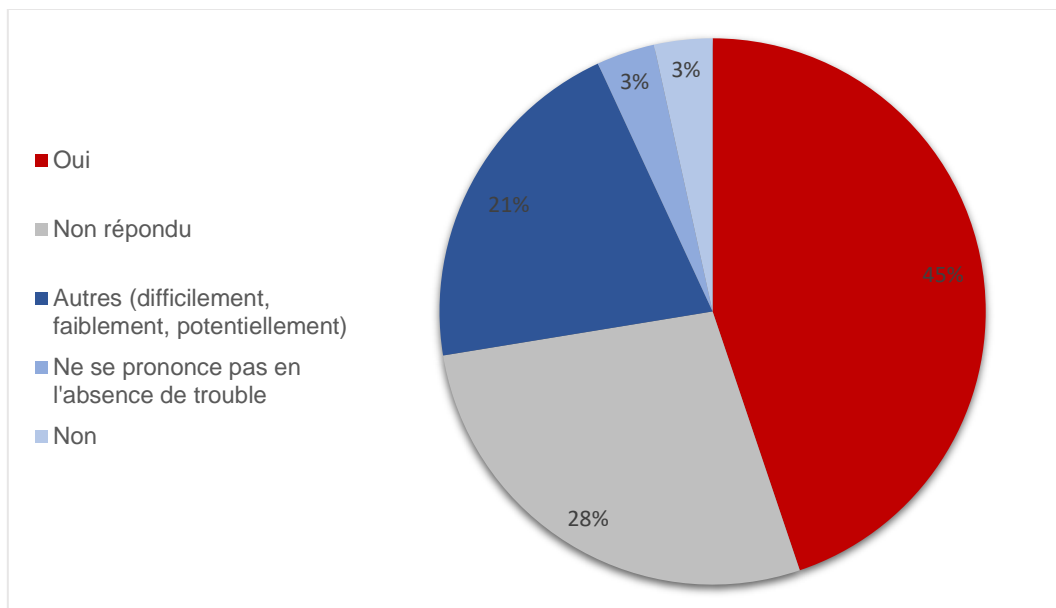
Concernant la curabilité, la majorité des experts répondaient positivement (59%) et 10% des experts ne s’étaient pas prononcés. L’ensemble des réponses est représenté sur la **figure 15**.

**Figure 15** – Réponses sur la question de la « *curabilité* » chez les personnes détenues ayant bénéficié d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle unique (n= 29)



Concernant la « *réadaptabilité* », près de la moitié des experts se prononçaient en faveur de celle-ci (45%) quand 28% des experts ne se prononçaient pas (voir **figure 16**).

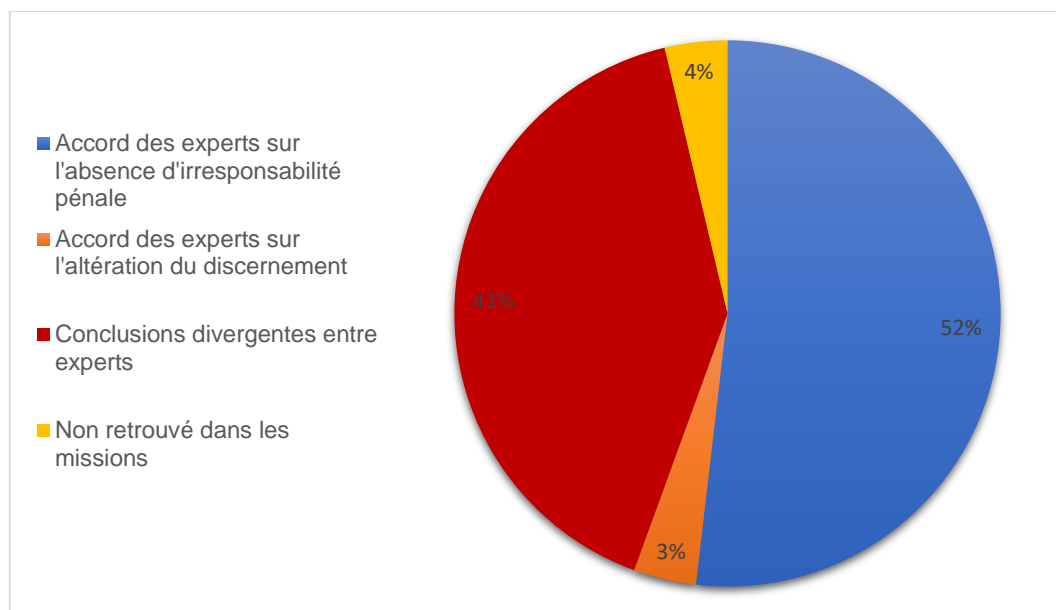
**Figure 16** – Réponses sur la question de la « *réadaptabilité* » chez les personnes détenues ayant bénéficié d'une expertise psychiatrique pré-sentencielle unique (n= 29)



## 2. Expertises psychiatriques pré-sentencielles multiples

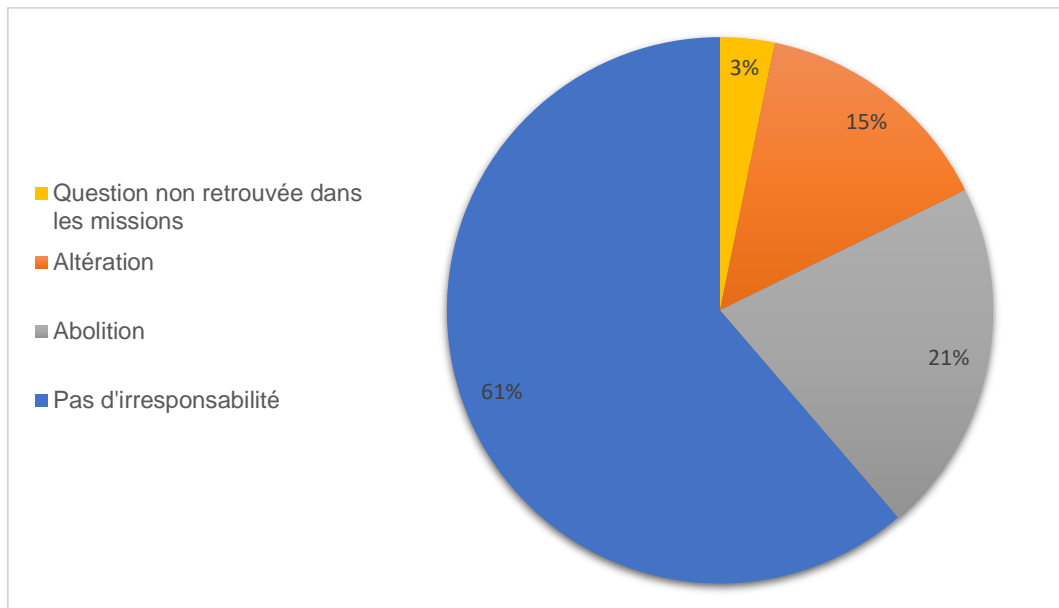
Vingt-sept des personnes détenues expertisées (48 %) avaient bénéficié de plus d'une expertise. Nous avons réalisé une « *synthèse* » des conclusions des expertises pour chaque personne détenue. Dans plus de la moitié des cas (52%), les experts s'accordaient sur une absence d'irresponsabilité pénale. Pour une seule personne détenue (4%), les experts avaient tous conclu à l'altération du discernement. Dans 11 dossiers, les conclusions des experts différaient. Les conclusions pouvaient aller de « *l'abolition du discernement* » à la « *pleine responsabilité* ». Aucune abolition du discernement n'avait été retenue de façon commune (voir **figure 17**).

**Figure 17** – Synthèse des conclusions sur la responsabilité chez les personnes détenues ayant bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (n= 27)



Au total, pour ces dossiers présentant plusieurs expertises, 62 expertises psychiatriques pré-sentencielles ont été analysées. La conclusion la plus fréquente était l'absence d'irresponsabilité (61%) (voir **figure 18**).

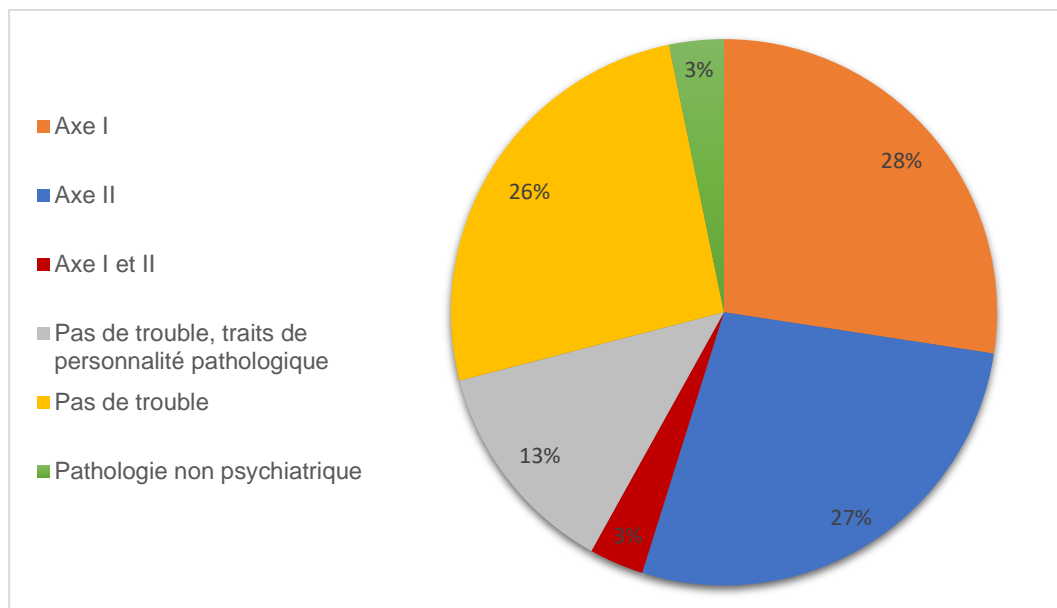
**Figure 18** – Ensemble des réponses à la question de la « responsabilité pénale » dans le cadre d'expertises multiples (n= 62)



Les principaux diagnostics décrits dans l'ensemble des expertises (n= 62) étaient des troubles de l'axe I (28% avec une grande majorité de troubles de la lignée psychotique) et les troubles de l'axe II (27% avec majorité de troubles de la personnalité état limite et psychopathique). L'ensemble des diagnostics décrits dans les expertises est représenté sur la **figure 19**.

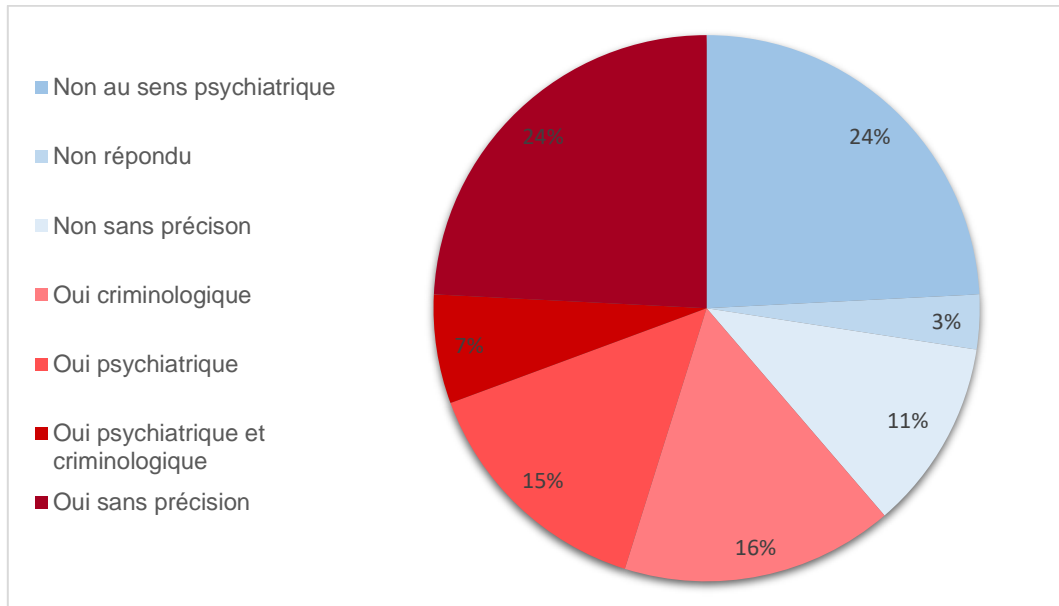


**Figure 19** – Principaux diagnostics retenus chez les personnes détenues ayant bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (n= 62)



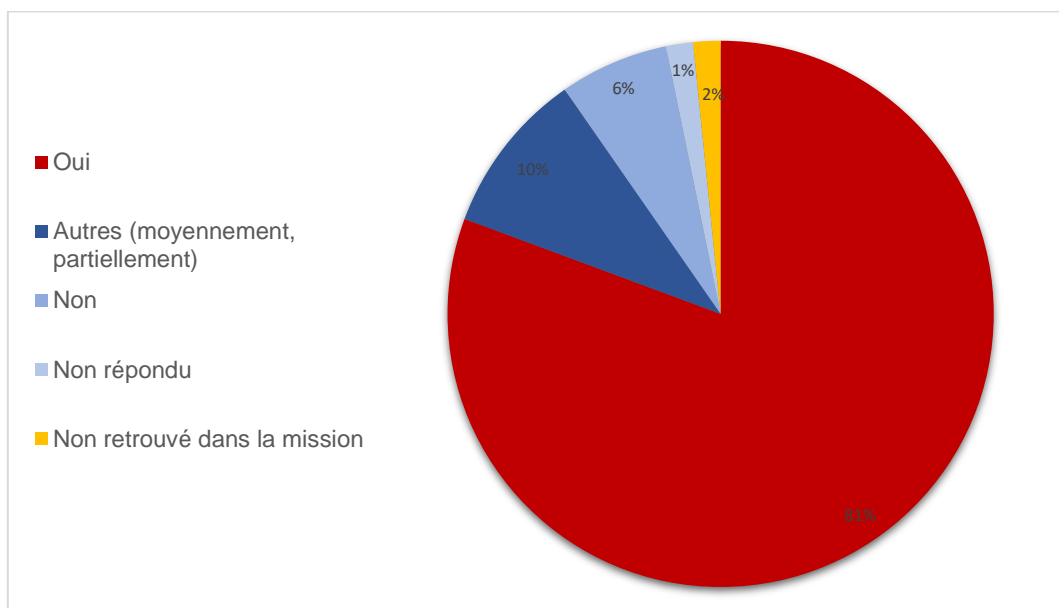
Concernant la question sur la « *dangerosité* », près d'un quart des experts décrivait une absence de dangerosité au sens psychiatrique (24%) ou une dangerosité sans plus de précisions (24%) (voir **figure 20**).

**Figure 20** – Réponses sur la question de la dangerosité chez les personnes détenues ayant bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (n= 62)



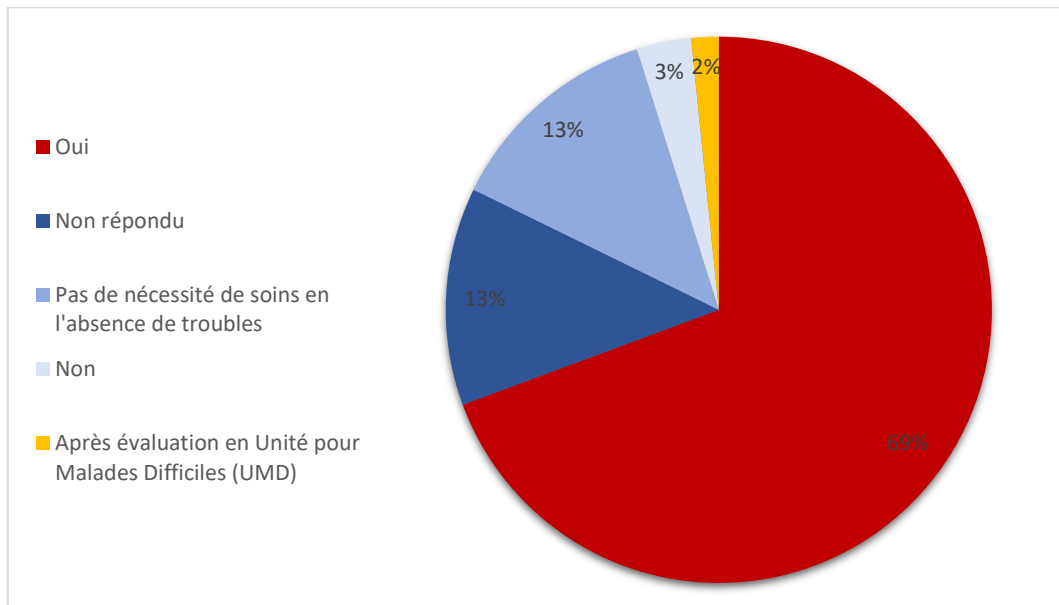
Concernant la question « *le sujet est-il accessible à une sanction pénale* », la majorité des experts répondaient « *oui* » (81%) (voir **figure 21**).

**Figure 21** - Réponses sur la question de l'accessibilité à une sanction pénale chez les personnes détenues ayant bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (n= 62)



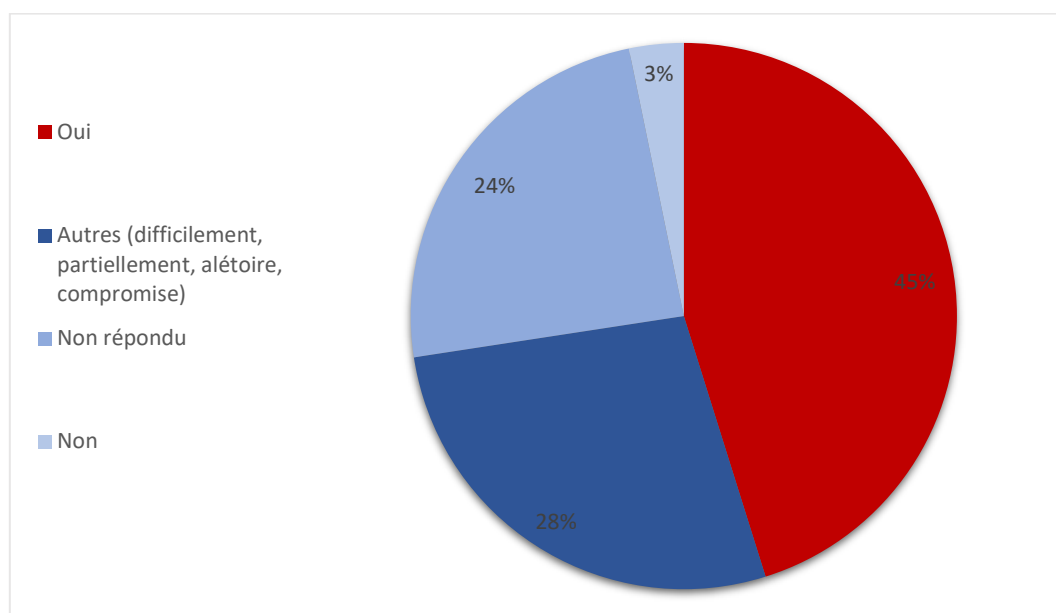
A la question « *le sujet est-il curable ?* », la majorité de experts se prononçaient favorablement (69,35%). L'ensemble des réponses est représenté sur la **figure 22**.

**Figure 22** - Réponses sur la question de la « *curabilité* » chez les personnes détenues ayant bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (n= 62)



Sur la question de la « *réadaptabilité* », près de la moitié des experts (45,16%) répondaient « *oui* » (voir figure 23).

**Figure 23** – Réponses à la question de la « *réadaptabilité* » chez les personnes détenues ayant bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (n= 62)



## F. Liens entre altération du discernement en expertise pré-sentencielle et parcours en détention

Afin d’explorer les liens entre le fait d’avoir une expertise concluant à une altération du discernement au sens de l’article 122-1 alinéa 2 au dossier et le parcours de soins psychiatriques en détention, nous avons comparé deux groupes de personnes détenues : celles pour lesquelles au moins un expert avait conclu à une altération du discernement au sens de l’article 122-1 alinéa 2 et les personnes détenues pour lesquelles aucun expert n’avait conclu ni à une abolition ni à une altération du discernement au sens de l’article 122-1.

Ces deux groupes ont été comparés avec des tests du « *khi 2* » avec un seuil de significativité à 0,05 pour les variables suivantes :

- Tentative d'autolyse en détention ;
- Hospitalisation en UHSA ;
- Hospitalisation en UMD ;
- Hospitalisation en psychiatrie générale ;
- Séjour au quartier d'isolement ;
- Séjour au quartier disciplinaire ;
- Condamnations supplémentaires « intra-carcérales ».

Il existe une association statistiquement significative entre l'altération du discernement et le fait d'être hospitalisé en UMD durant l'incarcération ( $p= 0,037$ ). Nous retrouvons également une tendance concernant l'hospitalisation en UHSA sans que cela soit statistiquement significatif ( $p= 0,061$ ). L'ensemble des résultats est présenté dans le **tableau 8**.

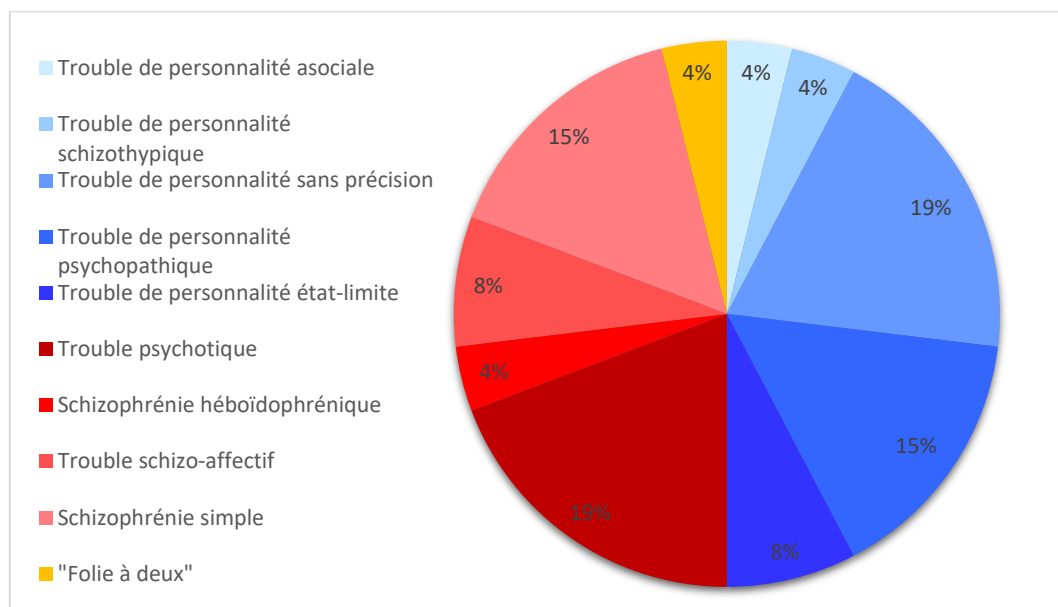
**Tableau 8** – Lien entre altération du discernement et parcours de soins en incarcération

<i>Avoir au moins un expert en faveur de l'altération</i>		Oui		Non		Total	P khi2
		N	%	N	%		
		22	100	32	100	54	
<b>Hospitalisation en UMD</b>	Oui	13	59	5	16	54	<b>0,037</b>
	Non	9	41	27	84		
		21	100	30	100	51	
Hospitalisation en UHSA	Oui	14	67	12	40	51	0,061
	Non	7	33	18	60		
		21	100	32	100	53	
Hospitalisation en psychiatrie générale	Oui	17	81	26	81	53	0,978
	Non	4	19	6	19		
		19	100	32	100	51	
Tentative d'autolyse en détention	Oui	5	26	10	31	51	0,708
	Non	14	74	22	69		
		17	100	26	100	43	
Séjour au quartier d'isolement	Oui	11	65	15	58	43	0,646
	Non	6	35	11	42		
		16	100	29	100		
Séjour au quartier disciplinaire	Oui	14	88	25	86	43	0,903
	Non	2	12	4	14		
		23	100	34	100		
Peines supplémentaires "intra-carcérales"	Oui	11	48	18	53	43	0,705
	Non	12	52	16	47		

## G. Abolition, altération du discernement : diagnostics et divergences d'experts relatives aux diagnostics et aux conclusions sur la responsabilité

Parmi l'ensemble des expertises ayant conclu à une « *altération du discernement* » (n= 28), les troubles psychiatriques décrits étaient dans plus de la moitié des cas (54%) des troubles schizophréniques ou psychotiques. Les autres troubles étaient représentés par les troubles de la personnalité (46%, avec une majorité de trouble de la personnalité de type « *psychopathique* »). L'ensemble des diagnostics associés à une altération du discernement est représenté sur la **figure 24**.

**Figure 24** – Ensemble des diagnostics associés à une altération du discernement (n= 28)



Les troubles ayant entraîné une conclusion « *d'abolition du discernement* » (n= 7) étaient représentés uniquement par des troubles schizophréniques ou psychotiques.

Dans les 11 cas où les personnes détenues avaient bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles, des divergences ont été retrouvées sur les conclusions relatives à la responsabilité. Dans ces 11 cas, les différents diagnostics décrits par les experts sont concordants pour la plupart mais les conclusions sur la responsabilité diffèrent sensiblement. Ces divergences peuvent être séparées en trois groupes :

- Absence d'irresponsabilité selon l'expert versus altération du discernement (n=6) ;
- Altération du discernement versus abolition du discernement (n=4) ;
- Absence d'irresponsabilité selon l'expert versus abolition du discernement (n=1).

Nous avons également noté que sur l'ensemble des expertises réalisées (n=92) une référence diagnostique aux classifications nosographiques (DSM ou CIM) n'était retrouvé que dans 4 cas.



## IV. DISCUSSION

Nous avons réalisé la première étude descriptive sur le parcours des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Château-Thierry. Il s'agit d'un établissement dont le fonctionnement est unique en France. Depuis 2012, il a été désigné pour accueillir des personnes détenues pour lesquelles l'intégration à une détention « classique » est difficile. Notre étude confirme que de nombreuses personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques sévères, responsabilisées sur le plan pénal sont incarcérées dans ce centre pénitentiaire.

### ***Caractéristiques socio-démographiques, antécédents médicaux et parcours de soins en détention***

La population des personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry est exclusivement masculine avec un niveau socio-économique précaire (79% avaient arrêté leur parcours scolaire au premier cycle de l'enseignement secondaire, 69% n'avaient pas d'emploi et 59% étaient sans revenu). Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature concernant les prisons françaises, mais notre échantillon présente un niveau scolaire plus bas (7).

Il s'agit d'une population aux antécédents psychiatriques importants puisque 20% des personnes détenues présentaient au moins un antécédent psychiatrique avant l'incarcération. De plus, les comorbidités addictives (75%) sont très fréquentes dans notre échantillon et sont plus importantes que dans d'autres études en population carcérale française (Fovet et collaborateurs. 2020 : 53,5%). Il est difficile de comparer ces chiffres à d'autres études internationales du fait des différences des systèmes pénaux et carcéraux. Cependant, ces chiffres vont dans le même sens que de

nombreuses études (Fazel et collaborateurs.) qui pointent une surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral (2,4–6,10,13).

Les personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry ont fréquemment été hospitalisées au cours de leur peine. Près de 80% des personnes détenues ont déjà été hospitalisées en psychiatrie générale lors de leur incarcération et près de la moitié en UHSA. Ce recours à l'hospitalisation est largement plus important dans notre échantillon qu'en population carcérale française (6,6% de cette population a été hospitalisée en psychiatrie en 2016 (57)). Ceci peut être expliqué par les spécificités d'orientation vers le centre pénitentiaire de Château-Thierry. Près d'un quart de notre échantillon avait déjà fait au moins une tentative d'autolyse pendant leur incarcération mettant là encore en évidence la vulnérabilité de la population incarcérée à Château-Thierry par rapport au reste de la population carcérale puisque des études récentes indiquent qu'un détenu sur six environ a déjà réalisé une tentative de suicide (58–60).

### ***Expertise psychiatrique pré-sentencielle et parcours de soins en détention***

Au total, une grande majorité des personnes détenues avait bénéficié d'au moins une expertise psychiatrique pré-sentencielle (83%).

La moitié des détenus (52%) n'avaient bénéficié que d'une seule expertise. Dans 41% des cas, l'expert avait conclu à une altération du discernement. Les troubles les plus décrits étaient les troubles de l'axe I (28% avec une majorité de schizophrénie) et les troubles de l'axe II (31%). Pour un peu plus d'un quart des personnes expertisées, aucun diagnostic n'avait été retenu et dans 20% des cas l'expert ne décrivait que des « *traits de personnalité pathologiques* ».

Un peu moins de la moitié des détenus avaient bénéficié de plusieurs expertises psychiatriques pré-sentencielles (48%). Dans 40% des cas, les experts avaient conclu à des niveaux différents de responsabilité pour un même détenu (n=11). Les principaux diagnostics décrits étaient les troubles de l'axe I (28% avec une majorité de troubles de la lignée psychotique) et les troubles de l'axe II (27% avec une majorité de trouble de la personnalité état-limite ou psychopathique). Dans un peu plus d'un quart des cas, les experts ne décrivaient pas de diagnostic.

Concernant les conclusions des experts sur la responsabilité, les troubles ayant entraîné une conclusion « *d'altération du discernement* » étaient dans plus de la moitié des cas (56%) des troubles schizophréniques ou psychotiques, le reste des troubles étaient représentés par les troubles de la personnalité (44%, avec une majorité de trouble de la personnalité de type « *psychopathique* »).

Les troubles ayant entraîné une conclusion « *d'abolition du discernement* » étaient représentés uniquement par des troubles schizophréniques ou psychotiques. Ces résultats sont concordants avec la littérature. Une étude menée auprès d'experts dans l'ouest de la France mettait en évidence que les « troubles du spectre de la schizophrénie » sont majoritairement à l'origine d'une abolition du discernement (48)

### ***Article L122-1 Alinéa 2 du code de procédure pénale***

Depuis la réforme du code de procédure pénale en 1994, l'irresponsabilité pénale pour cause psychiatrique a connu une évolution certaine. Avant, l'article 64 du CP proposait une vision assez binaire : « *atteint ou non de démence au moment des faits* », les réponses possibles étaient alors :

- « *Oui donc la personne est irresponsable et doit être prise en charge et non incarcérée* » ;

- « *Non donc la personne est responsable et doit être incarcérée* ».

La notion d'altération du discernement introduit une nouvelle nuance. La personne peut être atteinte de troubles mentaux et être déclarée responsable sur le plan pénal si ses troubles « *ont altéré son discernement ou altéré le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal* ». La réponse à la question sur la responsabilité n'est plus aussi dichotomique. Depuis comme le précise l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de 2007 : « *les irresponsabilités pénales prononcées au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal sont de plus en rares* » (47). A l'inverse, la reconnaissance d'une responsabilité pénale au titre de l'article 122-1 alinéa 2 entraîne la présence en prison de personnes atteintes de troubles mentaux. On assiste alors à une « *surpénalisation* » de la pathologie psychiatrique.

Il semble donc aujourd'hui que l'expertise psychiatrique pré-sentencielle joue de moins en moins son rôle de « *filtre* » pour repérer les troubles psychiatriques (47). Dans notre étude, nous avons souvent observé la description de troubles psychiatriques « *sévères* » avec recours fréquent à l'hospitalisation. Nous avons mis en évidence une association significative entre le fait qu'au moins un expert ait conclu à l'altération du discernement et le fait d'être hospitalisé en UMD pendant l'incarcération, ce qui témoigne de l'incarcération de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et difficiles à prendre en charge. En effet, 59% des personnes détenues pour lesquelles au moins un expert avait conclu à « l'altération » du discernement ont été hospitalisées en UMD. Il existe aussi une tendance statistique entre la conclusion à l'altération du discernement par un expert et le fait d'être hospitalisé en UHSA (même si cette association n'est pas statistiquement significative ;  $p= 0,061$ ). Nous n'avons pas mis en évidence d'association statistiquement significative pour les autres variables analysées (hospitalisation en psychiatrie générale  $p= 0,978$ , tentative

d'autolyse en détention  $p= 0,708$ , séjour au quartier d'isolement  $p= 0,646$ , séjour au quartier disciplinaire  $p= 0,903$  et peines supplémentaires « *intra-carcérales* »  $p= 0,705$ ). Cependant 88% des personnes détenues pour lesquelles au moins un expert a conclu « l'altération » du discernement ont effectué au moins un séjour au QD et près de la moitié (49%) ont été condamnées à des peines supplémentaires pendant leur incarcération. Le parcours de ces personnes détenues atteintes de troubles mentaux et responsabilisées est marquée par un recours au soins important. Pourtant, la détention reste un lieu où la prise en charge psychiatrique est difficile et les moyens alloués ne sont pas toujours suffisants.

### ***Offre de soins en milieu carcéral***

Parallèlement à la réforme du code pénal en 1994 s'est opéré un développement progressif des soins en milieu carcéral (56), en 3 niveaux :

- Premier niveau : regroupant les activités de soins ambulatoires au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ;
- Deuxième niveau : équivalent à des prise en charge à temps partiel (type hôpital de jour) avec la création des SMPR , seulement 14% des centres pénitentiaires français ont accès à ce second niveau de soins (57) ;
- Troisième niveau : correspondant aux hospitalisations à temps complet avec la création des UHSA en 2002 au nombre de 9 en France.

Le centre pénitentiaire de Château-Thierry a été désigné comme capable d'accueillir des détenus « *non compatibles avec une détention classique* » mais ne relevant pas de ces structures de soins.

Les troubles psychiatriques sont surreprésentés en milieu carcéral (2,4–6,13). Avec la création de ces 3 niveaux de prise en charge, le parti pris des soins en milieu carcéral

est clairement affiché. Pourtant, il apparaît que les moyens mis en place ne sont pas toujours en adéquation avec les nécessités de prise en charge.

L'admission au sein des UHSA est inégale pour les détenus (56). Il semble que la capacité d'accueil (440 lits d'hospitalisations) soit un premier frein. La distance géographique entre le centre pénitentiaire et l'UHSA rattachée (jusqu'à 300 kilomètres) limiterait également les hospitalisations. La répartition du nombre de détenus pour le nombre de lits varie considérablement en fonction des zones géographiques (78 détenus pour un lit à Dijon à 228 détenus pour un lit à Paris) limitant l'accès aux UHSA dans certaines régions. Malgré cette offre de soins à temps complet, les hospitalisations en psychiatrie générale restent fréquentes, près de la moitié des hospitalisations des détenus (47%) selon une étude récente (57). Dans le dernier rapport « *Evaluation des unités hospitalière spécialement aménagées (UHSA) pour les détenus* » dirigé par l'inspection générale des affaires sociale et de la justice (12), il est mis en évidence une difficulté dans la gestion des hospitalisations en urgence qui pourrait également être responsable du nombre élevé d'hospitalisations en psychiatrie générale. Pour pallier à cette difficulté, certaines initiatives ont vu le jour. Par exemple, l'unité « *Robert Badinter* » créée en 2012 accueille les patients en urgence, initie des thérapeutiques avant un transfert en UHSA si nécessaire (12). Il est également dit que : « *les taux d'hospitalisation de personnes détenues en UHSA ne sont que deux fois plus importants que ceux de la population admise en EPSM, alors que les besoins sont 5 à 6 fois plus élevés, notamment en regard du taux de pathologies psychotiques* » (12). Le rapport préconise l'ouverture de 265 places dans « *la deuxième tranche d'UHSA* ». Cela permettrait de réaliser 1500 prises en charge/an sans pour autant pouvoir absorber l'ensemble des hospitalisations des détenus en psychiatrie générale et les besoins non encore repérés (12).

L'offre des soins ambulatoires, notamment pour les psychiatres, est insuffisante. Ainsi, 40% des postes budgétés ne sont pas pourvus dans les établissements pénitentiaires du nord de la France (56). Ce manque de psychiatre pourrait être un frein à l'orientation des détenus sur des unités d'hospitalisation à temps complet.

Indépendamment de cette offre de soins en 3 niveaux, le centre pénitentiaire de Château-Thierry (sous tutelle du ministère de la justice) désigné pour accueillir « *des personnes détenues souffrant de troubles du comportement et plus particulièrement celles rencontrant des difficultés pour s'intégrer à un régime de détention classique* » semble lui aussi être une option pour la prise en charge des troubles psychiques en milieu carcéral. Lors de sa deuxième visite, le CGLPL met en évidence que la plupart des personnes hébergées étaient atteintes « *d'états psychotiques graves et persistants (85% en 2007)* » (55). En interrogeant les membres de l'équipe soignante, ceux-ci évaluaient entre 80-90% les personnes détenues relevant d'une prise en charge en hôpital psychiatrique à leur libération (55). Ces personnes sont accueillies au QMC dans des « *conditions matérielles contraires à la dignité* », la surface des cellules est de 6 m<sup>2</sup> et la hauteur des fenêtres ne permet que très rarement au détenu de voir l'extérieur (12). Le CGLPL rapporte un manque de moyens humains et précise que « *l'effectif du personnel de santé n'apparaît pas compatible avec l'état de santé psychiatrique et somatique des personnes incarcérées* » (55). En 2015, trois psychiatres se partageaient 0,9 ETP. Deux ans plus tard, le « *temps psychiatre* » ne représentait plus que 0,5 ETP (56). Le CGLPL conclut « *D'une façon générale, l'exercice de la psychiatrie au centre pénitencier de Château-Thierry est apparu plus coercitif que soignant et contraire à la déontologie médicale* » (55). Devant la population carcérale croissante, de 50 000 en octobre 1999 à près de 71 000 en avril 2019 (61), les personnes détenues atteintes de pathologies mentales sont de

plus en plus représentées en prison. Il est évident que le choix du soin en détention a été fait. On peut se poser la question des moyens mis en place au vue de l'ampleur du problème et de la place de l'expertise psychiatrique pré-sentencielle dans la surreprésentation des troubles psychiatriques en détention.

### ***L'expertise psychiatrique pré-sentencielle au cœur des débats***

Nous pouvons nous interroger sur le rôle de filtre joué par l'expertise psychiatrique pré-sentencielle. Le nombre d'experts décroît d'année en année (1400 en 2004 à 500 aujourd'hui (62)) alors que les missions se multiplient. La question de la responsabilité semble parfois éclipsée au profit de la question de la dangerosité ou de la récidive (63).

Cet exercice semble être en crise et fait l'objet de nombreuses critiques. L'une des principales critiques est le désaccord fréquent entre les experts notamment sur la question de la responsabilité (62). Dans notre étude nous avons pu constater les désaccords en experts dans 11 cas dans les situations où plusieurs expertises ont été réalisées. Les conclusions sur la responsabilité pouvaient varier de « *l'altération du discernement* » à « *l'abolition* » et même de « *l'absence d'irresponsabilité pénale* » à « *l'abolition du discernement* » ou à « *l'altération du discernement* ». Ces désaccords experts entraînent des critiques sur la méthodologie de l'expertise (64). De récentes études se sont interrogées sur l'origine de ces désaccords et ont proposé des pistes d'optimisation. Les principales causes de désaccord dans ces travaux tiennent selon les experts des différentes « *écoles de pensées* » et des croyances personnelles (62). Cela aurait un impact sur la relation faite entre la maladie psychiatrique et le passage à l'acte et donc sur la question de la responsabilité (voir **encadré 1**). Une autre cause



mise avant par les experts est la « *différence d'investissement en fonction des experts* ». Le moment de l'expertise peut aussi jouer un rôle, la pathologie psychiatrique pouvant évoluer entre deux expertises. Parfois les experts peuvent dépasser leur fonction en donnant un avis strict au juge, ou entamer un travail de thérapeute ou même de magistrat en se prononçant sur l'imputabilité de tel ou tel acte (65).

**Encadré 1 : Désaccord entre experts : illustration à travers l'exemple de la schizophrénie**

Certains experts considèrent la schizophrénie comme une maladie épisodique avec un bon fonctionnement intercritique – qui permet de retenir la responsabilité du sujet comme celle de toute personne exempte de schizophrénie – alors que d'autres considèrent plutôt une maladie schizophrénique chronique ou une structure psychotique avec des décompensations et toujours une appréhension modifiée de la réalité, y compris lors des périodes intercritiques, - ne permettant donc pas de retenir une responsabilité complète. Pour ces experts, le passage à l'acte a toujours un lien avec la maladie mentale (65).

Pour diminuer ces divergences, les experts psychiatres interrogés proposent de réaliser les expertises en binôme (62,65) voire un collège d'experts. Ils proposent également la réalisation de groupe de travail autour de la « *clinique expertale* » afin de dégager des critères permettant de retenir l'abolition ou l'altération du discernement (62). La poursuite des études autour des divergences entre experts apparaît ainsi indispensable.

En janvier 2007, une commission d'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale s'est tenue (47). Elle faisait le constat d'un manque important d'experts, d'une augmentation du nombre de missions, des divergences entre expert, du glissement de « *l'expertise de responsabilité* » vers « *l'expertise de dangerosité* » et proposait une réécriture des questions posées à l'expert (voir **encadré 2**). Elle mettait en avant l'importance d'une formation de qualité des experts.

#### **Encadré 2 – Proposition de réécriture des questions posées à l'expert (47)**

- Existence et description d'une pathologie psychiatrique ;
- Niveau de fonctionnement intellectuel du sujet ;
- Personnalité du sujet selon les classifications internationales (CIM – 10 en priorité) ;
- Aspects psychopathologiques du fonctionnement psychique ;
- Lien éventuel entre un ou plusieurs des aspects ci-dessus mentionnés et les faits reprochés ;
- Discussion de l'abolition ou de l'altération du discernement en application des dispositions de l'article 122-1 alinéa 1 puis alinéa 2.

Dans ce travail de thèse, nous avons pu constater des « *inégalités* » dans le contenu des expertises. Certains points (biographie, démarche diagnostique, conclusions) étaient traités de façon différente en fonction des experts. Il en résulte parfois un manque de lisibilité. Nous soutenons ici la proposition de la commission d'audition publique d'une « *standardisation* » de l'expertise pré-sentencielle en France. Il ne s'agit pas de créer un questionnaire universel mais plutôt une grille permettant une

uniformisation des expertises afin de garantir un caractère reproductible indispensable à tout examen. Une étude belge s'est intéressée à l'apport des « *canevas structurés* » dans la pratique de l'expertise (66). En Belgique, un arrêté Royal de 2018 précise que les experts psychiatriques doivent rédiger leur rapport selon un modèle type afin de structurer la démarche expertale. Sans « *canevas structuré* », il a été mis en évidence que des domaines comme les antécédents non psychiatriques, judiciaires étaient moins investigués. Les éléments cliniques sont eux majoritairement investigués « *de manière informelle* » sans recours à des outils structurés (66). Des experts ont été interrogés sur l'apport des canevas structurés, ils reconnaissent de manière unanime l'apport de ceux-ci pour structurer et systématiser la démarche expertale et considéraient le canevas comme un « *aide-mémoire* » face à l'ensemble des domaines à explorer au cours d'une expertise. L'homogénéisation des pratiques peut être un des moyens pour limiter les divergences et renforcer la validité scientifique de celles-ci.

Il est intéressant de constater que l'ensemble des réflexions décrites se concentrent sur l'exercice de l'expertise. Pourtant, les textes de loi pourraient eux-aussi faire l'objet de certaines critiques. Les notions introduites par l'article L122-1 et surtout celle de « *l'altération du discernement* » peuvent manquer de clarté. Un article récent du psychologue Jean-Pierre Bouchard (institut psycho-judiciaire, unité pour malade difficile de Cadillac) pose la question de la réforme de l'article L122-1 du CP (67). En effet, déterminer la responsabilité d'un individu est l'une des questions pré-sentencielles les plus importantes. L'absence de consensus sémantique et clinique autour des notions « *d'abolition* » et « *d'altération du discernement* » peut conduire à des interprétations différentes par les experts et donc des divergences. Il est proposé de replacer au centre du débat la notion de « *lien de causalité exclusif ou non exclusif*

*entre les troubles psychiques et/ou neuropsychiques et la commission d'infraction(s) pénale(s) » (67).*

Une expertise « *longitudinale* » en hospitalisation inspirée du modèle hollandais, sur plusieurs semaines, réalisée par un collège d'experts pourrait aussi permettre de diminuer ces divergences et redonner à l'expertise psychiatrique pré-sentencielle son rôle de filtre pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Au Pays-Bas, dans les cas jugés « *difficiles* », le juge d'instruction ou le procureur peut ordonner la réalisation d'une expertise au centre Pieter Baan. Il s'agit d'un établissement placé sous la responsabilité du ministère de la justice où peut être effectué un examen d'une personne soupçonnée d'infractions graves afin de déterminer la présence d'un trouble mental, son lien éventuel avec les faits et d'évaluer la dangerosité de cette personne. Cet examen est réalisé par une équipe pluridisciplinaire de 12 personnes regroupant psychiatre, psychologue, assistants sociaux, animateurs et juristes. Au terme du séjour, un rapport final est rendu qui précise la présence d'un trouble mental, d'un trouble du comportement et le lien avec les faits reprochés. La responsabilité de la personne y est également précisée (68).

### ***Limites et perspectives***

Les limites et biais de cette étude sont relatives à la difficulté de réaliser une étude auprès d'une population carcérale.

Notre étude est unicentrique et ne comporte qu'un échantillon de petite taille (n= 68) d'une population uniquement masculine. Il apparaît donc difficile de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population carcérale. Toutefois, le caractère

unique en France de cet établissement, la population spécifique qui y est accueillie rendent la réalisation de cette étude indispensable.

Par ailleurs, il ne nous a pas été possible de confronter les données issues du dossier judiciaire à celles des dossiers médicaux. Ainsi, aucune donnée sur l'état de santé actuel des personnes incarcérées n'a été recueillie.

Nous soutenons l'idée que le parcours de soins des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, notamment lorsqu'un alinéa 2 de l'article L122-1 du code pénal a été retenu, devrait être largement et spécifiquement étudié au niveau national. L'impact de l'incarcération sur la santé mentale de ces personnes devrait être rigoureusement étudié.

## V. CONCLUSION

Les troubles psychiatriques sont surreprésentés en détention. Ce travail de thèse montre que les personnes incarcérées à la maison centrale de Château-Thierry sont particulièrement concernés par cette problématique. Il s'agit d'une population présentant un faible niveau socio-économique, des antécédents psychiatriques fréquents et un parcours de soins en détention marqué par de multiples hospitalisations psychiatriques. Ces caractéristiques, témoignant de troubles psychiatriques sévères, posent la question de l'efficacité de l'expertise psychiatrique pré-sentencielle comme rôle de filtre entre prison et hôpital psychiatrique. Plusieurs éléments pourraient expliquer ces insuffisances : la notion même d'irresponsabilité partielle au sens de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal mais aussi l'hétérogénéité actuelle dans les pratiques expertales.

L'article Article 720-1-1 du CPP encadre la suspension de peine pour raison médicale. Il précise « *Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention* » (69). Pour les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères « *incompatibles avec le maintien en détention classique* », la suspension de peine pour raison médicale apparaît comme une piste intéressante pour réorienter ces personnes détenues vers des lieux de soins adaptés. Elle pose aussi la question de la prise en charge d'une « *nouvelle population* » en psychiatrie générale (70).



## BIBLIOGRAPHIE

1. Global Prison Trends 2020 [Internet]. Thailand Institute of Justice, Penal Reform International; 2020 avr. Disponible sur: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2020/04/Global-Prison-Trends-2020-Penal-Reform-International.pdf>
2. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 12 mars 2011;377(9769):956-65.
3. Statistique des établissements des personnes écrouées en France [Internet]. Direction de l'administration pénitentiaire; 2020 janv. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Stat\\_etablissements\\_janvier\\_2020.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Stat_etablissements_janvier_2020.pdf)
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. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 16 févr 2002;359(9306):545-50.
6. 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.
7. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry*. 27 avr 2020;1-21.
8. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2015;173(8):726-30.
9. Fovet T, Amad A, Adins C, Thomas P. Psychotropes en milieu pénitentiaire : de la fiole à l'AMM. *Presse Médicale*. 1 mai 2014;43(5):520-8.
10. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. févr 2006;101(2):181-91.
11. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Médicale*. janv 2019;48(1):46-54.
12. Delbos V, Danel A, Durand-Mouysset S, Emmanuelli J, Schechter F. Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues. Inspection Générale de la Justice; 2018 déc.
13. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*. déc 2017;4(12):946-52.
14. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2005;163(10):852-65.



15. Laporte A, Chauvin P. Samenta : La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. 2010.
16. Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2004;162(8):646-52.
17. Protais C. Sous l'emprise de la folie? l'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1959-2009). Paris: Éditions EHESS; 2016. 312 p. (Collection « Cas de figure »).
18. Guillot M Eugénie, Amélie. " Je ne suis pas malade, même les experts le disent " Etude des dissonances en expertise psychiatrique pré-sentencielle à partir d'une cohorte de 58 patients homicidaires hospitalisés à l'Unité pour Malade Difficile Colin sur dix ans. [Faculté de médecine]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2018.
19. Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2002;160(5-6):396-405.
20. David M. L'expertise psychiatrique pénale. Paris: Harmattan; 2006. 237 p. (Psycho-logiques).
21. Augustinus A, Eslin J-C, Moreau L. La cité de Dieu. 3: Livres XVIII à XXII. Paris: Éd. du Seuil; 1994. 357 p. (Points Sagesses).
22. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. 2017.
23. d'Estienne JM. La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840. *Rev Hist XIXe Siècle.* 15 juill 2010;(40):95-112.
24. Esquirol JED. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal [Internet]. Chez J.-B. Baillière; 1838. (Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=2DcUAAAAQAAJ>
25. Morel BA. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades: Atlas [Internet]. Baillière; 1857. (Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes, qui produisent ces variétés malades). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=KWhAAAAcAAJ>
26. Alexandre Axenfeld. Jean Wier et la Sorcellerie. Article paru dans les « Conférences historiques faites pendant l'année 1865 à la Faculté de médecine de Paris », (Paris), Germer Baillière, 1866, pp. 383-443. [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.histoiredelafoolie.fr/psychiatrie-neurologie/alexandre-axenfeld-jean-wier-et-la-sorcellerie-article-paru-dans-les-conferences-historiques-faites-pendant-lannee-1865-a-la-faculte-de-medecine-de-paris-paris-germer-bail>

27. Flahaut J. Anniversaire. La découverte des neuroleptiques et ses conséquences. Rev Hist Pharm. 1993;81(296):85-8.
28. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
29. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.
30. Lafaye C, Lancelevée C, Protais C. L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. :266.
31. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2006;164(10):818-27.
32. Dartigues L. Une irrésistible ascension ? Le neurodroit face à ses critiques. Zilsel. 2018;3(1):63.
33. Pignatel L, Oullier O. Les neurosciences dans le droit. Cites. 2014;n° 60(4):83-104.
34. Italian court reduces murder sentence based on neuroimaging data : News blog [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: [http://blogs.nature.com/news/2011/09/italian\\_court\\_reduces\\_murder\\_s.html](http://blogs.nature.com/news/2011/09/italian_court_reduces_murder_s.html)
35. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: [https://ledroitcriminel.fr/la\\_legislation\\_criminelle/anciens\\_textes/code\\_penal\\_1810/code\\_penal\\_1810\\_3.htm](https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm)
36. Lantéri-Laura G. Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif. J Fr Psychiatr. 2001;13(2):29.
37. Clerget E. L'irresponsabilité pénale pour trouble mental en France . A propos de 88 sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
38. Code pénal - Article 122-1. Code pénal.
39. LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales. 2014-896 août 15, 2014.
40. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008-174 févr 25, 2008.
41. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.

42. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
43. Cédile G, Lopez G, Labadie D. L'aide mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique: en 30 fiches : éthique et déontologie, outils d'évaluation, cadre juridique. Paris: Dunod; 2013.
44. Zagury D, Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. *Inf Psychiatr.* 2014;90(8):627-9.
45. Expertise psychiatrique pénale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_546807/fr/expertise-psychiatrique-penale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_546807/fr/expertise-psychiatrique-penale)
46. Dangereusité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur [Internet]. Haute Autorité de Santé HAS; 2011 mars. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation\\_de\\_la\\_dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_recommandations\\_2011-07-06\\_15-48-9\\_213.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf)
47. Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé 11 Audition publique Expertise psychiatrique pénale 25 et 26 janvier 2007 Ministère de la Santé et des Solidarités — Paris Recommandations de la commission d'audition Avec le soutien de la Direction générale de la santé Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la Haute Autorité de santé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 oct 2007;165(8):599-607.
48. Jamet L, Neveux P, Senon J-L, Nabhan-Abou N. Abolition du discernement : état des lieux des pratiques des experts psychiatres dans l'ouest de la France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* févr 2020;178(2):105-9.
49. Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. *Rev Médecine Légale.* juin 2015;6(2):70-7.
50. Clochez G, Miotto J. Le travail du personnel de surveillance à Château-Thierry. Direction de l'administration pénitentiaire; 2009 juin. (Collection Travaux & Documents).
51. Le panoptique à l'origine de la société de surveillance [Internet]. France Culture. 2019 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/le-panoptique-a-lorigine-de-la-societe-de-surveillance>
52. Delarue J-M. Rapport de visite du centre pénitentiaire de Château Thierry 13 au 15 janvier 2009. Château-Thierry (Aisne); 2009 janv. (Contrôleur des lieux de privation de liberté).

53. Bolze B, Bouvier J-C, Dindo S, éditeurs. Le nouveau guide du prisonnier. 2nd ed. Paris: Editions de l'Atelier : Observatoire international des prisons; 2000. 494 p.
54. Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues - APHP DAJ [Internet]. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-21-fevrier-2012-relative-a-lorientation-en-etablissement-penitentiaire-des-personnes-detenu>
55. Lechat M. Rapport de visite : centre pénitentiaire de Château Thierry (Aisne). Château-Thierry (Aisne): Contôleur général des lieux de privation de liberté; 2015 avr.
56. Eck M. Soins psychiatriques et santé mentale en milieu pénitentiaire Etat des lieux dans le Nord de la France. [Faculté de médecine Henry Warembourg]: Université de Lille; 2019.
57. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv.* 8 avr 2020;appi.ps.2019004.
58. Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry.* nov 2017;55:19-28.
59. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychol Med.* févr 2005;35(2):257-69.
60. Stoliker BE, Verdun-Jones SN, Vaughan AD. Psychological and Sociological Perspectives on Suicide: A Multi-Level Examination of Suicidal Thoughts and Attempted Suicide among Prisoners. *Arch Suicide Res.* 13 mars 2020;1-33.
61. Statistique des établissements des personnes écrouées en France [Internet]. Direction de l'administration pénitentiaire; 2019 oct p. 56. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Statistique\\_octobre\\_2019\\_.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_octobre_2019_.pdf)
62. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Murdymootoo V, Chabannes J-M, Poinso F. Is the French criminal psychiatric assessment in crisis? *Int J Law Psychiatry.* mars 2017;51:33-41.
63. Moreau. L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. *Champ Pénal* [Internet]. 3 mars 2009 [cité 6 mai 2020]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/7120>
64. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. Expertise psychiatrique, expertise médicopsychologique. Enjeux de procédure, enjeux cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2006;164(10):813-7.

65. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence. *L'Encéphale*. août 2016;42(4):296-303.
66. Vicenzutto A, Dujardin J, Delannoy D, Hoang TP. Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2019;177(9):892-5.
67. Bouchard J-P. Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2018;176(4):421-4.
68. GOUJON P, GAUTIER C. RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) par la mission d'information (2) sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses, [Internet]. Sénat; 2006 juin. Report No.: 420. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r05-420/r05-4201.pdf>
69. Code de procédure pénale - Article 720-1-1. Code de procédure pénale.
70. David M. La suspension de peine pour raison médicale. *Inf Psychiatr*. 2014;90(1):8.

# ANNEXES

## Déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés



DIRECTION GENERALE

DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES

**N/Réf :** DEC19-383

Philippe LECA  
Directeur  
Délégation du Système  
d'Information

Guillaume DERAEDT  
Data Protection Officer

Secrétariat  
Tél. : 03.20.44.44.26  
Fax : 03.20.44.58.59

### Attestation de déclaration d'un traitement informatique

Je soussigné, Monsieur Guillaume DERAEDT, en qualité de Data Protection Officer (Délégué à la Protection des Données) du GHT Lille métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité : **étude rétrospective sur dossier sur le parcours des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Chateau-Thierry** mis en œuvre en 2019, a bien été déclaré par Thomas Fovet / Pr Pierre THOMAS.

La déclaration est intégrée dans le registre de déclaration normale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le 23/03/2020



Toute correspondance devra être adressée à :  
CHRU de Lille  
Département Ressources Numériques  
ex Clinique Fontan - 2<sup>ème</sup> étage - rue du Professeur Laguesse  
59037 LILLE Cedex

**AUTEUR : Nom : Beigné**

**Prénom : Martin**

**Date de soutenance : 23/06/2020**

**Titre de la thèse : Expertises psychiatriques pré-sentencielles et troubles mentaux en détention : une étude descriptive au centre pénitentiaire de Château-Thierry.**

**Thèse - Médecine - Lille « 2020 »**

**Cadre de classement : *Psychiatrie***

**DES + spécialité : *Psychiatrie***

**Mots-clés : Expertise, Troubles mentaux, Détention, Château-Thierry, irresponsabilité pénale**

**Résumé : Contexte.** Le centre pénitentiaire de Château-Thierry et notamment son quartier maison centrale accueille des personnes détenues dont l'intégration en milieu carcéral « classique » est problématique. Bien que la prévalence élevée des troubles psychiatriques dans les prisons françaises soit bien documentée, aucune donnée n'est actuellement disponible sur le parcours des personnes incarcérées dans cet établissement. L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer les caractéristiques socio-démographiques, le parcours judiciaire et le parcours de soins de ces personnes détenues mais aussi d'analyser le contenu des expertises psychiatriques ayant conduit à leur responsabilisation sur le plan pénal. **Méthode.** Nous avons réalisé une étude descriptive transversale monocentrique à partir des dossiers pénaux des personnes détenues au centre pénitentiaire de Château-Thierry durant la période de mai à septembre 2019. **Résultats.** Les personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Château-Thierry sont exclusivement des hommes jeunes (moyenne d'âge = 40 ans) à faible niveau socio-économique. Leur parcours de soins en détention est marqué par des hospitalisations psychiatriques fréquentes : en UHSA (au moins un séjour pour 46% des personnes) ou en psychiatrie générale (au moins un séjour pour 80% des personnes). Près d'un quart (24%) des personnes détenues ont fait une tentative de suicide durant leur incarcération. Nous avons mis en évidence une association statistiquement significative entre le fait qu'un expert se soit prononcé en faveur d'une irresponsabilité partielle dans une expertise pré-sentencielle (article 122-1, alinéa 2 du code pénal) et le fait d'avoir été hospitalisé en unité pour malades difficiles pendant l'incarcération. Des divergences existent entre experts psychiatres autour du diagnostic et de la responsabilité pénale. **Conclusion.** Ce travail montre que les personnes incarcérées à la maison centrale de Château-Thierry sont particulièrement concernées par la problématique des troubles psychiatriques en prison. De manière plus générale, cette étude interroge l'efficacité de l'expertise pré-sentencielle comme filtre avant la détention.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Pierre Thomas**

**Assesseurs : Professeur Guillaume Vaiva, Docteur Ali Amad**

**Directeur de thèse : Docteur Thomas Fovet**