



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 N°

**L'EXPERT PSYCHIATRE ET L'AUDIENCE DE DECLARATION
D'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL.**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 13 septembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Marine EMERY
Née le 05 octobre 1988 à Lyon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 N°

**L'EXPERT PSYCHIATRE ET L'AUDIENCE DE DECLARATION
D'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL.**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 13 septembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Marine EMERY
Née le 05 octobre 1988 à Lyon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Directeur Général des Services	Alain HELLEU
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Zoulim

Fabien

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie

Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire

Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire

Vasiljevic
Venet

Alexandre
Fabienne

Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge
Figon

Thierry
Sophie

Le Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur D'Amato

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce sujet ainsi que pour votre dévouement pour la formation et l'accompagnement des internes.

A Madame le Professeur Daligand

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et d'apporter ainsi votre expérience et votre regard critique sur ce sujet.

Monsieur le Professeur Poulet

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse, merci également pour votre enseignement, dont certains séminaires m'ont beaucoup marqués.

A Monsieur le Docteur Hervé Claudel

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet très intéressant et de m'avoir accompagné pendant ce long travail. Je regretterai ta présence aux urgences, cela a été un véritable plaisir de travailler à tes côtés pendant 6 mois.

Merci aux bibliothécaires du Vinatier Mme Siraud et Mme Moreau pour leur précieuse aide dans ma recherche d'articles.

Merci aux experts qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et qui m'ont ainsi permis de présenter ce travail.

Merci à Timothée de m'avoir aidé pour les tests statistiques auxquels j'ai été confrontée, et merci à Maxime de nous avoir mis en contact ainsi que pour ta relecture attentive.

Merci à tous les services qui m'ont accueillis et m'ont ainsi permis de me former tout au long de mon internat, Topaze, Psymobile, Erasme, l'UMA, la liaison du CLB, Flavigny, l'ITTAC et enfin la MGEN.

Merci à tous les professionnels (médecins, psychologues, infirmiers, aides-soignants, secrétaires) que j'ai côtoyé pendant ces années, c'est grâce à vous tous que j'ai pu devenir le médecin que je suis actuellement.

Un immense merci à toute ma famille, en particulier mes parents, pour m'avoir soutenue pendant ces longues années de médecine. Je ne serais sûrement pas là où j'en suis sans votre

présence à mes côtés et votre précieuse aide tout au long de ce cursus, jusqu'à ce travail de thèse pour lequel vos conseils m'ont été très précieux.

Merci à Alexandre, mon mari, pour sa présence et son amour.

Merci à mes amis et mes proches pour tous les bons moments passés ensemble au fil des ans, ainsi que pour votre soutien et vos encouragements dans les moments plus difficiles.

Liste des acronymes

CMP : Centre Médico Psychologique

CP : Code Pénal

CPP : Code de procédure pénal

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

HO : Hospitalisation d'office

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant D'Etat

USIP : Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie

UHSA : Unité d'Hospitalisations Spécialement Aménagées

UMD : Unité pour Malades Difficiles

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : THEORICO-CLINIQUE	1
Introduction	2
I. Cas clinique : L'affaire Romain Dupuy	4
A. Les faits : agression à l'hôpital de Pau	4
B. Histoire Clinique de Romain Dupuy	5
C. Histoire judiciaire	6
D. Une implication médiatique et politique	7
E. Problèmes soulevés par cette affaire	8
II. L'irresponsabilité pénale avant la loi du 25 février 2008	9
A. Historique	9
B. Processus de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental	15
C. Mesures de soins proposées	16
D. Critiques	17
E. Etat des lieux de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental	18
F. Mise en place des changements amenant à la loi de février 2008	19
III. La loi du 25 février 2008	22
A. Les raisons de cette réforme	22
B. Le prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental	24
C. Mesures et rétention de sûretés	28
D. Les limites du secret médical	33
E. Critiques	33
F. Exemple d'une audience publique suite à la loi n°2008-174 (Gérard H)	37
IV. Eléments de droit comparé	42
A. Allemagne	42
B. Angleterre et Pays de Galle	43
C. Danemark	44
D. Espagne	45
E. Italie	45

F. Pays-Bas	46
G. Suisse.....	47
H. Suède.....	47
I. Synthèse	48
Conclusion.....	49
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE.....	51
I. Introduction	52
II. Matériels et Méthodes.....	54
A. Type d'enquête	54
B. Echantillon.....	55
C. Recueil des données.....	55
III. Résultats.....	56
A. Caractéristiques sociodémographiques	56
B. Résultats par questions	58
C. Résultat en fonction de certaines données sociodémographiques	71
IV. Discussion.....	73
A. Choix du sujet.....	73
B. Choix de la méthode.....	73
C. Biais et limites de l'enquête	74
D. Résultats.....	75
E. Conclusion	80
Conclusion.....	81
Annexe 1 : Ordonnance de commission d'expert 1.....	83
Annexe 2 : Ordonnance de commission d'expert 2.....	85
Annexe 3 : Questionnaire.....	87
Bibliographie	92
Conclusions signées	96

PREMIERE PARTIE : THEORICO-CLINIQUE

Introduction

La question de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental a toujours suscité un grand nombre de réactions au sein de la société, du milieu judiciaire et psychiatrique.

D'après Gabriel Tarde « la responsabilité a comme fondement la liberté de vouloir ». Responsabilité, liberté, volonté et libre arbitre ont toujours été associés dans la détermination de la capacité du sujet à répondre de ses actes face à la loi (59).

Etre responsable pénalement signifie pouvoir répondre des infractions commises et subir la peine prévue par la loi. En France, la responsabilité pénale suppose la culpabilité et l'imputabilité. La première est établie lorsqu'est commise une faute constituant l'élément moral de l'infraction.

La seconde renvoie à la possibilité de mettre la faute au compte de celui qui en est l'auteur, supposant donc une conscience et une volonté libre (43).

La notion d'irresponsabilité pénale pour trouble mental a évolué au cours du temps, avec de nombreuses modifications de la loi. Si le malade a un temps été mis de côté, la tendance actuelle tend plutôt à le mettre au centre de la procédure.

Bien qu'il soit communément admis que le malade mental ne dispose pas toujours de son libre arbitre, il reste cependant difficile pour la société de concevoir qu'il puisse « échapper » au système judiciaire. On perçoit une demande plus pressante de la part des victimes qui se sentent démunies et abandonnées pour réclamer justice (11).

Comment concilier respect des victimes, protection de la société et meilleure prise en charge des malades mentaux ?

Malgré un faible niveau d'irresponsabilités pénales retenues par les experts qui ne concernent chaque année que 200 à 300 malades mentaux auteurs de crimes ou délits (58), cette question continue d'animer beaucoup de débats dans notre société ces dernières années. Surtout suite à des affaires très médiatisées qui ont bouleversées l'opinion publique : le double meurtre de Romain Dupuy, la récidive de Francis Evrard.

Le dispositif français existant depuis des décennies est en pleine mutation à tous les niveaux du parcours judiciaire et tend vers un système de plus en plus sécuritaire, où la victime prend une place de plus en plus importante et où la maladie mentale reste stigmatisée avec parfois une confusion entre « crime fou et crime d'un fou » (58).

La loi du 25 février 2008 reflète cette tendance en modifiant la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental et en proposant de nouvelles mesures pour protéger la société des « personnes dangereuses » (42).

Mais cette loi apporte-t-elle de véritables changements ? Ou permet-elle seulement de transformer en principe des exceptions déjà présentes ? Et qui en tire des bénéfices ? Les victimes ? La société ? Les malades mentaux ?

Que doit-on attendre de ces changements pour les patients ? Est-ce un moyen de les amener vers une nouvelle forme de soins ou est-ce seulement une pénalisation supplémentaire ? En effet cette volonté de mettre le prévenu malade mental au centre de la procédure judiciaire interroge sur la place qu'on lui attribue désormais et ce que l'on attend de lui. Peut-il vraiment saisir le sens de ce qui lui arrive, de ce qu'il a fait ?

Nous allons ainsi au cours de cette première partie nous intéresser à l'irresponsabilité pénale des malades mentaux et aux changements intervenus suite à la loi du 25 février 2008 à travers des cas cliniques, une présentation de son évolution au cours de l'Histoire, une description de la procédure actuelle, et un aperçu de celle-ci dans d'autres pays européens.

I. Cas clinique : L'affaire Romain Dupuy

A. Les faits : agression à l'hôpital de Pau

Dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, Romain Dupuy quitte son domicile après avoir passé des heures à jouer à « Predator » et fumé du cannabis, dans l'intention d'aller se venger d'une agression dont il aurait été victime quelques jours plus tôt alors qu'il achetait sa drogue. Il prend avec lui un couteau de cuisine et se remplit les poches de vis cruciformes pour se protéger dit-il d'éventuels chiens errant qui pourraient l'attaquer. Ne trouvant pas ses agresseurs, il continue de marcher et se rend au centre Hospitalier des Pyrénées où il avait été hospitalisé quelques temps auparavant. Il pénètre dans le pavillon Montbrétias qu'il voit allumé en cassant une des vitres du bâtiment et se blesse à cette occasion.

Il commence par déambuler dans le service avant de croiser une infirmière dans la salle de pause qu'il poignarde à plusieurs reprises avant de la laisser par terre. Il entre ensuite dans le bureau infirmier et tombe sur une aide soignante qu'il poignarde à son tour. Il retourne ensuite auprès de sa première victime qu'il décapite avant de poser sa tête sur une télévision. Il sort ensuite du bâtiment et rentre chez lui, puis reprend le cours de sa vie.

Le lendemain, l'équipe de jour se rend compte en arrivant sur les lieux de l'effraction et contacte immédiatement la police qui découvre alors les corps de l'infirmière et de l'aide-soignante et ouvre une enquête sur ce double meurtre.

Le 29 Janvier 2005, Romain Dupuy se fait contrôler dans la rue par la Brigade Anti-Criminelle alors qu'il est en train de fumer du cannabis. Se sentant menacé, il sort alors une arme et tente de tirer à plusieurs reprises sur les policiers mais n'y parvient pas car son arme est enrayée. La police réussit à le maîtriser et à l'emmener au poste.

Il est alors mis en examen pour « tentative de meurtre sur policier ».

Il sera rapidement suspecté comme étant le coupable du double meurtre et sera confondu par son ADN retrouvé sur les lieux du crime.

Il niera dans un premier temps les faits, puis avouera rapidement par la suite son crime en expliquant qu'il avait tout d'abord voulu aller se venger de dealers qui l'auraient agressé mais que ne les trouvant pas, il s'était dirigé vers l'hôpital psychiatrique où il avait été enfermé « à tort » selon lui, rapportant des histoires d'aliens et de zombies. Dans ses explications, il dit

avoir décapité l'infirmière car il pensait voir la tête d'un serpent qui allait le manger. Il est décrit comme très désaffectivé au moment où il raconte les faits.

B. Histoire Clinique de Romain Dupuy

Au moment de l'agression Romain Dupuy est âgé de 21 ans. Il avait déjà été hospitalisé 3 fois en hôpital psychiatrique pour des épisodes délirants et le diagnostic de « schizophrénie paranoïde » avait été posé.

Plus jeune, il avait rencontré des psychologues à cause de troubles de l'attachement mais aucun suivi n'avait été mis en place.

Sa scolarité a toujours été relativement compliquée du fait de son comportement. Il avait du mal à se concentrer. Etant toujours agité, il perturbait les autres élèves. A la fin de la troisième, il a fait un CAP de cuisine.

Vers l'âge de 18 ans, il a commencé à consommer du cannabis de façon importante, s'isolait des autres jeunes de son âge et s'enfermait chez lui pour écouter du RAP ou jouer à des jeux vidéos.

Il a été hospitalisé en psychiatrie pour la première fois en Janvier 2003. Suite à un AVP, il avait été amené aux urgences où son comportement avait alerté les médecins devant les propos délirants qu'il tenait.

Lors de sa dernière hospitalisation, il avait été stabilisé par un traitement par anti psychotique et un suivi ambulatoire avait été mis en place mais Romain Dupuy niait sa maladie et refusait donc de prendre son traitement et d'aller à ses rendez-vous.

Avant l'agression, Romain Dupuy vivait seul dans un studio dans le centre ville de Pau. Il se marginalisait de plus en plus, restait enfermé chez lui pour jouer aux jeux vidéo et fumer du cannabis.

En l'absence de traitement, le vécu délirant était de nouveau présent et sa mère a essayé à plusieurs reprises de le ramener vers les soins sans y parvenir (14).

Depuis son hospitalisation en UMD, suite à ce double meurtre, Romain est traité correctement par anti psychotique. Il a toujours des difficultés à admettre sa maladie mais il semble accepter

les soins.

Il est actuellement toujours hospitalisé en Hôpital Psychiatrique.

C. Histoire judiciaire

Romain Dupuy est mis en examen le 3 février 2005 pour les deux affaires dont il est accusé : « tentative de meurtre sur policier » et « meurtre sur professionnel de santé ».

Les résultats de la première expertise tombent en mai 2005 après 3 rencontres avec Romain Dupuy (une juste après les aveux et les deux autres pendant son hospitalisation en UMD). Elle conclue à une **altération du comportement**, impliquant que Romain Dupuy peut être sanctionné pénalement.

Le psychiatre expose qu'il a des troubles importants de la pensée mais pas de délire permanent du schizophrène et que sa consommation excessive de cannabis est sans doute responsable d'une bouffée délirante aigue.

Une reconstitution des faits a lieu en Juillet 2005 en présence de Romain Dupuy. Il a des souvenirs précis des événements, se repère correctement dans les lieux et donne un enchainement des faits cohérent. Il se trompe sur un détail, le nombre de coups de couteaux. L'expert, qui assiste à la reconstitution, est celui qui a fait la première expertise. Il note dans son rapport que Romain Dupuy est « un malade psychopathe et non schizophrène ».

Une deuxième expertise a lieu 3 semaines après par deux autres experts qui concluent tous deux à une **abolition du discernement**. Ils expliquent que les faits sont en relation avec sa maladie mentale, que Romain Dupuy a agit sous l'influence d'un délire de persécution et qu'il n'était pas conscient de ses actes.

Les deux expertises sont donc **contradictoires**.

En novembre 2005, un nouveau juge d'instruction demande une **contre-expertise** par un **collège d'experts** qui concluent à leur tour à une **abolition du discernement**.

Sur l'ensemble des neuf psychiatres seulement un parle d'altération du discernement quand tous les autres parlent d'abolition.

En Janvier 2007, les deux dossiers d'accusation sont joints et un complément d'expertise est demandé. Chaque expert reste sur sa position mais le premier modifie légèrement en parlant **d'altération importante du discernement.**

Le 20 Aout 2007, le procureur de Pau requiert un non-lieu. Il est déclaré par le Juge d'instruction le 28 Aout 2007.

Les familles des victimes font appel de cette décision, voulant à tout pris que Romain Dupuy soit jugé pour ce qu'il a fait, ne croyant pas à l'abolition du discernement, pensant qu'il simule la folie.

Leur requête est examinée en audience publique le 7 novembre 2007.

Les trois juges d'instruction doivent dire si Romain Dupuy est responsable ou non de ses actes. Les experts vont alors défiler à la barre pour exposer leurs conclusions, souvent dans des termes très techniques qui seront difficilement compris par la partie civile.

Romain Dupuy est lui aussi entendu lors du premier jour de l'audience. Après avoir obtenu un avis médical favorable pour sa comparution, il est escorté de deux infirmiers lors de sa présence au procès.

Son avocat demande la confirmation du non-lieu.

Le 14 décembre 2007, les trois juges confirment le non-lieu et Romain Dupuy est alors **libre mais hospitalisé en UMD à Cadillac.**

Les familles des victimes se disent déçues de cette audience qu'elles voulaient être un « mini-procès » où les faits auraient été reconnus. Mais à la place l'audience s'est focalisée sur Romain Dupuy et ses troubles mentaux afin de déterminer s'il y avait ou non abolition du discernement au moment des faits reprochés.

Ils attendaient beaucoup de ce « face à face » pensant que les aveux et les explications de Romain Dupuy les apaiseraient.

D. Une implication médiatique et politique

Les médias se sont beaucoup saisis de cette affaire jugée particulièrement horrible.

Les familles craignant un non-lieu et donc l'absence de procès, ont essayé par divers moyens

d'obtenir gain de cause et ont, entre autre, organisé une marche silencieuse début novembre 2006 pour réclamer un procès en cour d'assises.

Quelques jours avant que le procureur ne requiert un non-lieu, Nicolas Sarkozy, Président de la République à l'époque, a rencontré les familles des victimes et a publiquement soutenu leurs démarches et relancé le débat sur l'absence de jugement des malades dont le discernement est aboli. Il a alors mandaté, Rachida Dati, garde des sceaux, à l'époque pour réformer la loi. Elle annonce, après avoir elle-même rencontré les familles des victimes, qu'elle veut créer une audience spécifique pour les malades mentaux et supprimer le non-lieu.

La polémique sur le jugement des malades mentaux est ravivée (47,31).

L'audience du procès en appel prend valeur d'exemple sur la nécessité de réformer la loi sur « les criminels fous »

E. Problèmes soulevés par cette affaire

Le problème majeur soulevé par les familles des victimes et relayé par les médias est **l'absence de procès systématique** pour les malades mentaux déclarés irresponsables, avec l'impression que l'affaire n'est pas traitée dans sa totalité, que le seul élément important est la maladie du criminel et non pas ce qu'il a fait.

Il n'y avait à l'époque que la possibilité d'avoir une audience publique en cas de procédure d'appel de l'ordonnance de non-lieu.

La divergence d'opinion entre les psychiatres rend cette décision d'autant plus difficile pour les familles puisqu'elles s'accrochent à la possibilité d'un procès en cas d'altération et non d'abolition du discernement.

Le problème du secret médical a aussi été soulevé en démontrant que Romain Dupuy aurait pu être arrêté plus rapidement et ainsi empêcher la mise en danger des policiers, si ses médecins avaient dévoilé son dossier dans lequel il était mentionné son goût prononcé pour les armes blanches, la décapitation.

II. L'irresponsabilité pénale avant la loi du 25 février 2008

La responsabilité est le pré-requis de toute action pénale car on ne juge que les hommes doués d'une volonté libre et capable de discernement. Le trouble mental constitue un facteur d'irresponsabilisation du fait de son action sur le discernement. Cette notion, bien qu'admise, a évolué au cours des siècles et le statut du malade mental a lui aussi dû s'adapter.

A. Historique

a. De l'Antiquité au code pénal de 1810

L'appréciation de la responsabilité pénale a toujours oscillé entre deux positions opposées : ne retenir que le crime, ou, à l'opposé, prendre en compte l'individu en appréciant sa capacité et sa volonté à commettre l'acte criminel.

Le principe d'irresponsabilité pénale est apparu à l'époque du droit romain, dès le 1er siècle de la République chez Hadrien (76-138) : « 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. » Dans cette définition, il s'agit de prendre en compte la volonté de l'auteur et pas seulement le résultat du crime (57). A cette époque le concept de *dol* apparaît. Il est défini comme une volonté mauvaise et implique un désir de nuire. Il se dégage alors des personnes pour qui les méfaits sont automatiquement excusés puisque l'incapacité dolosive qui leur est reconnue rend le crime non imputable. Il s'agit des impubères et des fous (12).

Pourtant **au Moyen Age**, on estime que le malade mental doit être traité comme tout criminel voire plus sévèrement car on le suppose possédé par le démon. La folie devient un problème de moralité située entre maladie et faute (46).

Durant cette période de l'Histoire, le droit pénal est marqué par la pensée chrétienne qui rapproche dans une même conception : crime, faute et péché (27).

Sous l'Ancien Régime, l'ordonnance criminelle d'août 1670 légalise toutefois l'aliénation mentale comme cause d'irresponsabilité pénale, « le furieux ou insensé n'ayant aucune volonté ne doit pas être puni l'étant assez de sa propre folie ». Le sujet reconnu malade mental bénéficie alors d'une prise en charge médicale (46).

La dimension du texte se veut alors protectrice pour le malade et non plus infamante (17).

La première moitié du XIX^{ème} siècle est marquée par une révolution psychiatrique avec la reconnaissance de l'aliénation mentale comme une maladie. Pinel (1755-1826) et Esquirol (1772-1840) œuvrent dans ce sens et vont permettre de modifier la considération accordée aux malades mentaux.

Pinel explique que « Les aliénés loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible nécessite tous les égards dus à l'humanité souffrante » (48). Il insiste pour que les aliénés ayant commis des actes pénalement répréhensibles bénéficient d'une prise en charge par l'Asile et ne soient pas condamnés, afin qu'ils puissent profiter de traitements moraux et physiques.

Esquirol en décrivant le concept de « *monomanie homicide* » (32) qu'il décrit comme étant « un délire partiel, caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre », veut démontrer que le patient du fait de son état mental « est privé de la liberté morale » et qu'il ne doit donc pas être condamné. Il fait entrer dans la pathologie mentale des conduites criminelles qui jusque là ne relevaient que de la justice et de la sanction (49).

Avec la folie qui est reconnue comme une maladie, les aliénistes ont la volonté de démontrer qu'ils peuvent distinguer la folie du crime. Jusqu'alors, la détermination de l'absence ou non de folie était assurée par le « bon sens » du juge. L'introduction de la psychiatrie au tribunal va permettre de « diagnostiquer » l'éventuelle « folie » d'un criminel pour le déresponsabiliser de son acte (27).

b. Code pénal de 1810 et Article 64

La notion de responsabilité continue d'évoluer avec la naissance du Code Pénal de 1810. Ce code établit le concept du **libre arbitre** qui est le présupposé de toute incrimination (56). L'homme est libre et responsable quand il dispose de son libre arbitre.

Le malade mental, qui du fait de sa pathologie est privé de sa raison, de son discernement et de sa liberté de décision, ne peut donc pas être considéré comme ayant son libre arbitre, il devient donc irresponsable au plan pénal.

L'article 64 du code pénal de 1810 établissait « *qu'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 pu résister »

On voit alors apparaître une dichotomie : **responsables-incarcérés** ou **irresponsables-internés** (59). On constate que la justice fonctionne à cette époque en tout ou rien pour ce qui est de la détermination de la responsabilité : soit on dispose d'une volonté libre qui justifie l'application d'une peine, soit on est qualifié de dément et l'on ne peut être puni (36).

Le CP ne prévoit aucune mesure spéciale pour les conditions d'internement de l'aliéné délinquant qui subit donc les mêmes conditions d'hospitalisation que l'aliéné non délinquant (59).

Ainsi la conception morale du droit pénal interdit de punir les malades mentaux dans la mesure où leur maladie les prive de leur libre arbitre. Il apparaît donc injuste qu'ils assument les conséquences de leurs actes alors qu'ils n'ont pas eu conscience de commettre une infraction. En outre, il apparaît que toute sanction serait inutile puisque ces sujets seraient incapables d'en comprendre le caractère dissuasif (46).

c. Après le Code Pénal de 1810

Un équilibre entre santé et justice est recherché avec la naissance de la clinique permettant de repérer la maladie mentale parmi les criminels.

L'école néo classique va pondérer la dichotomie introduite par le CP de 1810, folie-asile, crime-prison, en voyant peu à peu apparaître la possibilité d'une graduation entre ces deux extrêmes.

Loi de 1832

Elle amène la notion de **circonstances atténuantes**. Elle consacre l'expertise psychiatrique et son pouvoir de modulation sur la responsabilité pénale (12).

Loi Esquirol ou loi du 30 Juin 1838

Elle renforce considérablement le pouvoir des aliénistes qui interviennent désormais dans le maintien de l'ordre public, au détriment des juges et des tribunaux. Cette loi a trois buts : **l'isolement des aliénés, l'organisation des établissements et la détermination des moyens financiers de cet internement.**

Elle institue deux grandes modalités d'internement : le placement volontaire et le placement d'office (27).

Le placement d'office permet de maintenir le malade mental irresponsabilisé dans son institution, tant qu'il n'a pas répondu favorablement et durablement à des thérapeutiques efficaces (10).

Petit à petit, la psychiatrie de la fin du XIX^{ème} siècle commence à différencier, dans sa nosographie, les fous et les demi-fous en fonction de l'intensité du délire, s'il est total ou partiel, posant alors la question d'une **responsabilité pénale partielle**. Cette notion va préoccuper de nombreux auteurs. Pour certains, l'aliéné est responsable de ses actes s'ils ont lieu en dehors des moments de délire, et il doit être puni comme tout criminel. D'autres, tout en leur reconnaissant une responsabilité partielle, considèrent qu'ils ne peuvent qu'être enfermés dans des lieux appropriés. Pour Brierre de Boismont (13), il faut examiner « *s'il existe une responsabilité limitée, partielle ou proportionnelle (...) et quelles sont les mesures préservatrices que la société peut prendre à l'égard des aliénés de cette catégorie* ». « *L'irresponsabilité est admise par tout le monde pour les délirants généraux, les maniaques agités, incohérents, les mélancoliques apathiques, muets, stupides, les monomanes rapportant tout à leur idée fixe, les déments simples ou avec paralysie générale, les idiots, les crétins. Les difficultés commencent avec les délires partiels ou monomanies, dans lesquels les malades ne délirent que sur un ou sur un petit nombre d'objets et paraissent bien raisonner sur les autres* ». Pour le Dr. Belloc (médecin chef de l'asile de Rennes) (6), il ne faut pas affirmer qu'une seule idée raisonnable chez un accusé lui laisse la responsabilité de ses actes et qu'une seule idée déraisonnable décharge l'accusé de toute responsabilité.

Falret met en évidence la notion de cyclicité de certains troubles et définit des pathologies cycliques laissant des intervalles sans manifestation pathologique évidente. La psychiatrie différencie, désormais, dans sa nosographie les « fous » et les « demi-fous », ce qui va induire, dans le droit pénal, la reconnaissance de l'existence d'une atténuation de la responsabilité totale ou partielle (27).

La question de la responsabilité des malades mentaux devient donc plus complexe et l'évolution des concepts juridiques, avec l'école néo-classique qui propose une responsabilité morale graduée définissant des peines individualisées, va entraîner une modification des lois relatives aux malades mentaux.

Circulaire Chaumié du 12 décembre 1905

Elle fait suite aux différents débats qui ont traversé la psychiatrie du XIX^{ème} siècle au sujet du délire partiel et délire total, fou et demi-fou, responsabilité ou irresponsabilité.

Elle introduit la notion de **responsabilité atténuée** permettant de faire jouer les circonstances atténuantes au bénéfice des sujets dont l'état mental pathologique est considéré comme de nature à diminuer le libre exercice de la volonté sans toutefois justifier une totale irresponsabilité.

Cette circulaire enjoint aux procureurs généraux de demander aux juges d'instruction de compléter la mission d'expertise confiée aux experts en matière criminelle. Ils doivent toujours se prononcer sur l'article 64, mais dans les cas où le prévenu n'aurait pas été en état de démence au moment de l'action, les experts ont à rechercher si *« l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité. »* (63).

Le malade mental déclaré responsable peut alors être condamné mais à une peine moins importante que si il avait joui de toutes ses facultés (46).

À partir de cette date, une nouvelle catégorie de délinquants malades mentaux est donc reconnue, **« les criminels anormaux mentaux non irresponsables »** (59).

Cette circulaire est rapidement critiquée du fait de son caractère arbitraire et de ses possibles conséquences sur l'ordre public mais aussi parce que les experts estiment qu'il ne leur appartient pas d'apprécier la responsabilité d'un inculpé. Ce texte est abrogé en 1953 (10).

d. Articulation autour du Nouveau code Pénal de 1994

Jusque dans les années 1950, la reconnaissance de la pathologie psychiatrique avait souvent comme corollaire la proposition d'une irresponsabilité pénale. Cependant dans les années 1960, le développement de chimiothérapies actives et la désinstitutionnalisation psychiatrique ont incité l'expert à se centrer sur l'état mental au moment des faits, en prenant en compte une possible stabilisation des troubles, et en rendant ainsi beaucoup plus exceptionnelle la proposition d'irresponsabilité (59).

La recherche d'un équilibre entre santé et justice se poursuit avec la refonte du code pénal. Il en résulte l'abolition de l'article 64 remplacé par l'article 122-1 (21) qui différencie deux situations : **abolition et altération du discernement**.

L'article 122-1 du CP alinéa 1 détermine l'**abolition** du discernement « 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 ». Il reprend les

dispositions de l'article 64, sans l'inconvénient de faire disparaître la réalité matérielle de l'infraction, contrairement à ce que sous entendait la formulation « il n'y a ni crime, ni délit » Cela aboutit à une irresponsabilité pour motif psychiatrique. Le dossier judiciaire est clos. Les poursuites sont abandonnées.

L'article 122-1 du CP alinéa 2 détermine, lui, l'**altération** du discernement « 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 ou en fixe le régime». Il comble les principales lacunes de l'article 64, en rétablissant de manière implicite le principe d'une responsabilité atténuée pour trouble psychique. Il identifie une situation intermédiaire entre la personne normale, responsable, et l'individu atteint d'un trouble ayant aboli son discernement et donc irresponsable.

La personne reste pénalement responsable de ses actes et est donc passible d'une sanction pénale à l'issu d'un procès.

Cette formulation a ainsi remplacé l'ancien article 64 du CP. Elle permet en plus de différencier abolition et altération du discernement, de substituer au terme de « démence » celui de « trouble psychique ou neuropsychique ». En effet, l'ambiguïté du terme « démence », dont le sens juridique est très différent du sens médical, posait problème. Sur le plan médical, la démence désigne une maladie mentale caractérisée par un déclin progressif psychique et cognitif survenant chez la personne âgée et parfois chez le jeune. Sur le plan juridique, ce terme désigne toute forme de trouble mental, quelle que soit la cause ou l'expression clinique (46).

Le juge doit tenir compte de cette altération au moment où il prononce la peine et en détermine les modalités. L'esprit de cette loi dans la lignée de la circulaire Chaumié prévoyait une décision prise plutôt en faveur du malade mental, menant normalement à une diminution de la peine. Cependant à l'usage on observe à l'inverse que la prononciation d'une irresponsabilité partielle entraîne plutôt une sur-pénalisation par crainte de la maladie mentale et du risque de récurrence qu'elle représente par sa potentielle dangerosité (9).

Dans les années 1980/90, on observe une modification des attentes sociales. Les crises sociales et financières des années 1980 ont engendré un sentiment de peur et une volonté de la population d'être protégée contre le « risque ». Cette question se pose dans un contexte de sentiment d'insécurité permanent (27). Le modèle social se modifie. On se concentre alors moins sur le malade irresponsabilisé et plus sur la victime.

L'acceptation des faits divers inattendus devient plus difficile et il y a une demande de justification devant tout acte non prévisible et non admis.

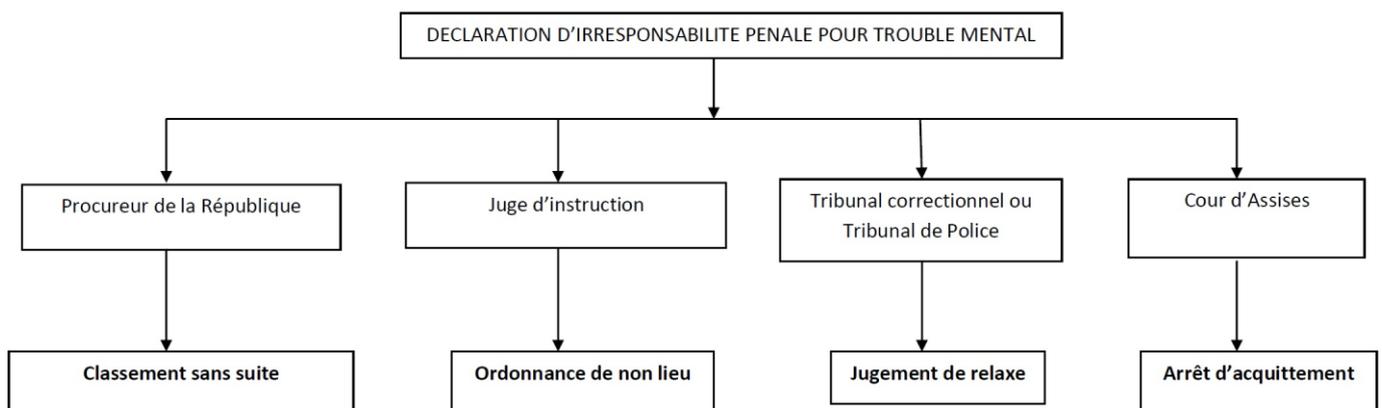
B. Processus de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

Le premier élément important à considérer dans la prise en charge des auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux est la détermination de la **responsabilité pénale**. C'est l'alinéa 1 de l'article 122-1 du CP. Cette mission est confiée au juge pénal mais il est communément admis que le juge traduira en termes de responsabilité pénale ce que l'expert psychiatre aura interprété en termes de discernement (55). L'expertise est toujours obligatoire en matière criminelle. En correctionnelle c'est à la défense de soulever l'hypothèse de la pathologie mentale et de demander une expertise.

L'irresponsabilité concerne toutes les infractions : crime, délit et contraventions.

On distingue plusieurs modalités pour déclarer un malade mental irresponsable selon l'étape à laquelle l'affection mentale a été constatée :

- Par le Procureur de la République qui déclare un **classement sans suite**
- Par le Juge d'instruction qui prononce une **ordonnance de non-lieu**
- Par le Tribunal de Police ou le Tribunal correctionnel qui prononce un **Jugement de relaxe**
- Par la cour d'Assises qui prononce un **arrêt d'acquiescement**.



Une fois la personne reconnue pénalement irresponsable, la procédure judiciaire pénale prend fin sans jugement avec la prononciation du non-lieu, l'acquittement ou la relaxe.

Elle reste néanmoins responsable sur le plan civil. Les victimes et leurs familles peuvent demander réparation des dommages subis en saisissant la juridiction civile en vertu de l'article 414-3 du Code civil (19).

Les victimes ou leurs familles sont tenues au courant de la déclaration d'irresponsabilité pénale par le juge d'instruction qui leur notifie les conclusions de l'expertise oralement dans son bureau.

C. Mesures de soins proposées

Si la personne est reconnue irresponsable pénalement :

Les autorités judiciaires se dessaisissent totalement au profit des autorités administratives et seul le préfet est alors compétent pour ordonner une hospitalisation en Soins psychiatriques à la demande d'un représentant d'état (SPDRE).

Elle n'est cependant ni une obligation, ni une conséquence du prononcé d'irresponsabilité pénale. Ce n'est qu'une possibilité si la personne présente des troubles mentaux et porte atteinte, de façon grave, à la sûreté des personnes ou compromet l'ordre public.

Si la personne est responsabilisée :

En fonction des troubles psychiatriques présentés, il existe deux modalités de prise en charge :

Soit en « ambulatoire » par l'équipe de secteur de l'hôpital psychiatrique ayant passé convention avec l'établissement pénitentiaire ou par le Service Médico Psychologique Régional (SMPR) de la prison si elle en dispose.

Soit en hospitalisation en SMPR si la personne est consentante ou en SPDRE en Hôpital psychiatrique si la personne n'est pas consentante.

Depuis la création des Unités d'hospitalisation Spécialement aménagées (UHSA), dont la première a été ouverte en 2010 à Lyon au CH Le Vinatier, ces personnes peuvent être accueillies dans ces structures, avec ou sans leur consentement.

D. Critiques

Devant les modalités de cette procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, plusieurs critiques ont été soulevées (3) :

- **La possibilité qu'a le juge de prononcer un non-lieu, seul, sans débat et sans explication**, sur la base des expertises psychiatriques pas toujours acceptées par la partie civile. Le jugement étant alors difficilement vécu par les victimes et leurs familles qui ont l'impression d'être abandonnées dans leur questionnement. Cette décision est souvent vécue comme insupportable.
- **L'impossibilité qu'ont les prévenus de faire reconnaître leur éventuelle innocence** à partir du moment où l'irresponsabilité pénale a été établie puisque la procédure s'arrête là et les faits ne sont pas jugés.
- Le fait que l'on retrouve dans une **même catégorie procédurale, les personnes qui ont été reconnues innocentes et celles qui ont bien commis les faits reprochés mais qui sont irresponsabilisées pour cause de trouble mental** puisqu'elles bénéficient toutes d'un non lieu.

Quelques solutions ont été apportées pour répondre en partie à ces critiques :

- Art 199-1 du code de procédure pénale (CPP) (23) :
Il donne la possibilité à la partie civile de demander que **l'ordonnance de non lieu prononcée par le juge d'instruction soit examinée par la chambre d'instruction au cours d'une séance publique** où le mis en examen sera présent, si son état le permet. (C'est ce qui a été utilisé lors de l'affaire Romain Dupuy)
- Art 167-1 du CPP (21) :
Il permet aux victimes de demander une **contre-expertise**, faite par deux experts, qui est de droit, et ainsi tenter d'obtenir lors de celle-ci une « altération » et non une « abolition » du discernement qui pourrait permettre le renvoi aux assises (5,30).
- La loi n°2000-516 du 15 juin 2000 qui renforce la protection de la présomption d'innocence et le droit des victimes (41) :
L'article 349-1 du CPP (24) prévoit que **l'imputabilité des faits et l'éventuelle irresponsabilité de l'accusé fassent l'objet de deux questions distinctes**, permettant de ne plus confondre les deux.

On note aussi un changement de nomenclature, la chambre d'accusation devient la chambre d'instruction.

- Art 177 du CPP (22):

Si un non lieu est prononcé, **le juge précise s'il y a des charges suffisantes** établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés pour ne pas laisser les victimes dans le doute. Le magistrat doit en outre notifier oralement les conclusions des experts à la partie civile.

E. Etat des lieux de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

On note depuis quelques années une tendance vers la pénalisation des actes criminels commis par les malades mentaux (18) :

Plusieurs hypothèses discutables ont été émises pour expliquer cette tendance : responsabiliser les malades, décharger les hôpitaux psychiatriques et répondre à la pression de l'opinion publique (5).

On observe ainsi :

- Une diminution des prononciations de l'article 122-1 alinéa 1 avec une stabilisation à un taux relativement bas (2).
- Une augmentation de l'incidence de l'article 122-1 alinéa 2, avec des peines prononcées à l'encontre des malades de plus en plus lourdes. On sanctionne ainsi la maladie mentale.
- Une augmentation du nombre de malades mentaux dans les prisons, avec un accès aux soins de plus en plus difficile.

F. Mise en place des changements amenant à la loi de février 2008

Avant la mise en place de la loi n°2008-174, plusieurs rapports ont essayé de définir, quelle place donner au malade irresponsabilisé dans la procédure pénale, comment évaluer la dangerosité et comment y remédier.

a. Le rapport de la Commission Santé Justice 2005 (15)

Cette commission a été mandatée, à une époque où la société avait de fortes attentes en terme de protection, afin d'étudier les voies d'amélioration de la prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions pénales qui sont atteints de troubles mentaux, et également de réfléchir au suivi des personnes condamnées nécessitant une prise en charge psychiatrique particulière.

Le rapport de la commission s'intitule « *Santé, Justice et Dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive* ». Il s'organise en deux parties. Dans la première, il se consacre aux moyens qu'il faut développer afin d'améliorer l'évaluation de la dangerosité et dans la seconde, il s'intéresse à la prise en charge médico-judiciaire.

La commission propose pour l'évaluation de la dangerosité de renforcer la recherche et la formation dans ce domaine.

En ce qui concerne la prise en charge médico-judiciaire, elle propose que les personnes jugées irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental puissent comparaître devant une chambre d'imputabilité du tribunal de grande instance, au cours d'une audience qui pourrait être publique.

Elle préconise aussi la création de mesures de sûreté pour les personnes considérées comme dangereuses criminologiquement à l'issue de l'exécution de leur peine. Ces mesures pourraient s'effectuer en milieu ouvert ou en milieu fermé dans les **centres fermés de protection sociale** qui seraient une structure hybride « *ni prison, ni hôpital* », dotée d'« *équipes spécialisées dans la prise en charge des individus dangereux* » et pourrait proposer des « *actions socio-éducatives, de formation, culturelles et/ou sportives et, le cas échéant, des soins sous la forme de conventions passées avec les structures de proximité* ».

b. Le rapport du Sénat (35)

La proposition de la commission Burgelin de mettre en place des centres fermés de protection sociale a provoqué de vives réactions. Elle pose en effet la question essentielle pour toute société démocratique, du point d'équilibre entre les considérations de sécurité publique et le respect de la liberté individuelle. Devant les enjeux soulevés, la commission des lois a proposé de prolonger le débat en créant une mission d'information.

Celle-ci propose plusieurs pistes de réflexions :

- Renforcer la capacité d'expertise par la mise en place de centres d'expertise sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire.
- Créer des **unités d'hospitalisation spécialement aménagées de long séjour**, plutôt que les centres fermés de protection sociale. Ces structures pourraient accueillir pendant la durée de leur peine, et même au-delà si leur état le nécessite, les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux et responsabilisées. Elles seraient sous responsabilité médicale, avec une surveillance périmétrique assurée par l'administration pénitentiaire. Elles privilégient le soin et permettent d'éviter toute rupture dans le dispositif de soins psychiatriques.
- Renforcer le suivi des personnes après leur libération, avec la possibilité de prononcer une injonction de soins.

c. Le rapport Garraud (34)

Ce rapport est le résultat d'une mission parlementaire sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux dans la continuité du travail de la Commission Santé Justice de 2005.

Il est organisé en deux parties : la première est consacrée à l'évaluation de la dangerosité et la deuxième aux conséquences à tirer d'un tel constat.

Il souligne à nouveau l'importance d'améliorer et de clarifier les missions de l'expert, de développer des outils de mesure afin de pouvoir plus facilement détecter la dangerosité.

Il reprend l'idée de mesures de sûreté en milieu fermé mais avec certaines modifications. Les personnes visées seraient des auteurs de crimes contre les personnes, ayant purgé une peine de réclusion criminelle, n'ayant pas été condamnés à une peine de suivi socio judiciaire et n'ayant bénéficié ni d'une libération conditionnelle, ni d'une mesure de surveillance judiciaire et présentant une dangerosité criminologique persistante et particulièrement forte. L'idée

sous jacente reste le constat que les sorties sèches (c'est-à-dire sans aménagement de peine) sont plus pourvoyeuses de récidive que les sorties aménagées.

La mesure serait prise par le tribunal d'application des peines, après une expertise sur la dangerosité de l'intéressé par la « commission pluridisciplinaire d'évaluation de la dangerosité ».

La structure devrait être une structure fermée non pénitentiaire de type administrative avec une triple tutelle (administration des ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé). Cette mesure ne serait donc pas applicable aux personnes irresponsabilisées, qui restent hors du champ judiciaire, même à l'issue de leur hospitalisation en SPDRE.

Ces trois rapports démontrent la volonté des législateurs de modifier le dispositif présent depuis des décennies en apportant deux modifications majeures :

- Faire comparaître en audience les auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux
- Réinstaurer des mesures de sûreté basées sur un constat de dangerosité

La loi du 25 février 2008 concrétise ces aspirations(55).

III. La loi du 25 février 2008

Les deux principaux objectifs visés par cette loi sont tout d'abord d'instaurer des mesures de rétention de sûreté pour assurer la prise en charge des détenus présentant une « particulière dangerosité ». Il est aussi question de rendre plus transparent et plus juste le traitement par l'autorité judiciaire des auteurs d'infractions déclarés pénalement irresponsables en raison d'un trouble mental.

A. Les raisons de cette réforme

Bien que cette loi intervienne suite à des faits divers particulièrement médiatisés, elle résulte de plusieurs années de réflexion entre les instances juridiques, médicales et associatives. Elle tend non plus à éloigner le malade du judiciaire mais au contraire, à l'y confronter et elle donne une place plus importante aux victimes.

Absence de procès

Comme nous avons déjà pu l'évoquer brièvement précédemment, l'absence de procès est vécue difficilement par les victimes et leurs familles et les différentes mesures mises en place ne semblent pas avoir répondu à leurs attentes.

Le mot procès est issu du latin *processus* qui indique l'action de s'avancer, de se développer, de progresser (64). Dans le cas des procédures pénales, le procès est perçu comme un procédé permettant le cheminement au cours du travail de deuil. Or, la prononciation d'un non lieu entraîne un arrêt brutal de la procédure judiciaire et empêche ainsi aux victimes et à leur famille de bénéficier de ce procès nécessaire, selon la plupart d'entre eux, pour leur réparation psychique.

De plus, l'arrêt prématuré de l'instruction empêche de faire des investigations plus poussées et cela a pour conséquence que les informations sur les circonstances de l'infraction peuvent rester incomplètes (5).

Les victimes et leurs familles ont ainsi l'impression d'être mises à l'écart et que la vérité leur échappe. Elles éprouvent un sentiment d'injustice et ont besoin que le coupable soit

officiellement identifié et que les faits soient reconnus(11,25). Elles attendent de cette confrontation un éclairage sur les motivations et le passé de l'auteur des faits, une explication aux questions qu'elles se posent (5).

La procédure actuelle ne leur laisse pas la **possibilité de s'exprimer** sur ce qu'elles ont vécu, de retracer l'histoire de la victime ou de pouvoir poser leurs questions. Or, pouvoir verbaliser la nature et l'importance des souffrances consécutives au crime, ses conséquences sur sa situation personnelle et sociale permet finalement d'apaiser l'émotion qui les submerge. Le droit de prendre la parole est réparateur (16).

L'absence de procès renvoie aussi la partie civile à une « **impunité** » souvent considérée comme scandaleuse (38). Il est difficile pour eux d'accepter que l'agresseur, meurtrier bien que malade, puisse « s'en tirer comme ça », estimant que tout criminel doit être jugé (29).

Ils leur arrivent parfois de se demander si les experts ne se sont pas trompés, si le prévenu est « vraiment fou ou si il simule ». Or, ils n'ont pas la possibilité d'être confrontés aux experts et d'entendre leurs conclusions sur l'état mental du prévenu (5). Même si ils ne saisissent pas tous les termes médicaux utilisés, cela pourrait les aider à se faire une idée plus claire et à entendre peut être plus facilement cette décision d'irresponsabilité (25). Il a aussi été soulevé que dans les cas où les experts ne sont pas d'accord, un débat permettrait de confronter les différents points de vue avancés (11).

Le « non-lieu »

Le terme de « non lieu » est aussi particulièrement dur pour les victimes, il est ressenti comme une négation de l'acte commis et donc comme une absence de reconnaissances des souffrances des victimes, comme si on leur disait que rien ne s'était passé. Ce terme ne signifie évidemment pas que l'acte n'a pas eu lieu mais qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la procédure. Cependant ce terme est confus dans l'esprit du public (5).

« L'après procès »

De plus, avec cette procédure, il est difficile pour la partie civile d'obtenir qu'il soit fait droit à sa demande de dommages et intérêts. En effet, en cas de non lieu pour irresponsabilité, la partie civile doit elle-même saisir la juridiction civile pour faire valoir ses droits, ce qui rend sa tâche plus longue et plus difficile.

Une autre difficulté pour les victimes est qu'elles ne sont **pas informées des suites du non-lieu**, de la relaxe ou de l'acquittement (28). Ce qui est logique puisque ces suites ne sont pas judiciaires mais la plupart du temps médicales donc relevant du secret médical. Pourtant, ceci est considéré comme une entrave au droit de regard des victimes sur les suites données à leurs actions judiciaires (26).

Après avoir intenté une action en justice, les victimes et leurs familles attendent un retour et veulent savoir ce qu'il adviendra du prévenu pour les aider à clore l'affaire. Elles expriment le besoin d'être tenues informées (11).

Dangerosité

Une des autres préoccupations qui a amené à créer la nouvelle loi est la **demande de prise en charge des personnes « dangereuses »** par crainte d'une récidive et la volonté de se protéger. La société actuelle ne veut prendre aucun risque.

La croyance populaire **superpose un crime fou et le crime d'un fou**, et demande donc une prise en charge particulière des malades mentaux. On sait pourtant qu'ils représentent, selon les pays, seulement entre un auteur d'homicide sur 20 et un sur 50 (58).

Les victimes ont elles aussi du mal à accepter que leur agresseur soit remis en liberté et demandent que des mesures de sécurité strictes soient prises pour garantir la sécurité et éviter les récidives (11).

B. Le prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental

La procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale existe toujours mais elle a été entièrement revue dans cette loi et la sémantique qui posait problème a été modifiée (42).

a. Au stade de l'instruction

Une fois l'instruction achevée, le juge d'instruction, s'il considère que l'irresponsabilité pénale du mis en examen peut être envisagée, en informe le Procureur et les parties.

La chambre d'instruction peut alors être saisie par l'un ou l'autre des protagonistes, le juge pouvant également la saisir d'office.

Si personne ne saisit la chambre, le juge prend une « **ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** », et non plus un non-lieu, et doit préciser « qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés ».

Les experts ayant pratiqués une expertise au cours de la procédure doivent normalement être présent au moment où le juge rend son ordonnance pour lire leurs conclusions devant les victimes et leurs familles.

Si la chambre de l'instruction est saisie, elle procède à une **audience publique et contradictoire** et elle va devoir statuer sur deux points:

- La réalité des charges pesant contre le mis en examen
- L'existence ou non d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement de la personne mise en examen.

Une seule restriction à cette audience publique, les cas de huis clos prévus par l'article 306, si la publicité est dangereuse pour l'ordre ou les mœurs.

Toutes les parties sont représentées et peuvent intervenir dans les débats. Les experts sont entendus ainsi que les témoins le cas échéant et la personne mise en examen peut être interrogée si son état le permet, ce qui est défini au préalable par une expertise psychiatrique qui statue sur les capacités du patient à assister à l'audience (26).

L'article 706-122 indique que les experts « doivent être entendus », les témoins ne l'étant que si cela est « nécessaire pour établir s'il existe des charges suffisantes » contre la personne mise en examen (39).

Comme lors d'un procès classique, l'avocat de la partie civile est entendu en premier, puis le ministère public prend ses réquisitions et enfin, la personne mise en examen et son avocat présentent leurs observations. S'il y a des témoins, ils sont entendus en dernier.

Cinq questions sont traditionnellement posées (5,39) :

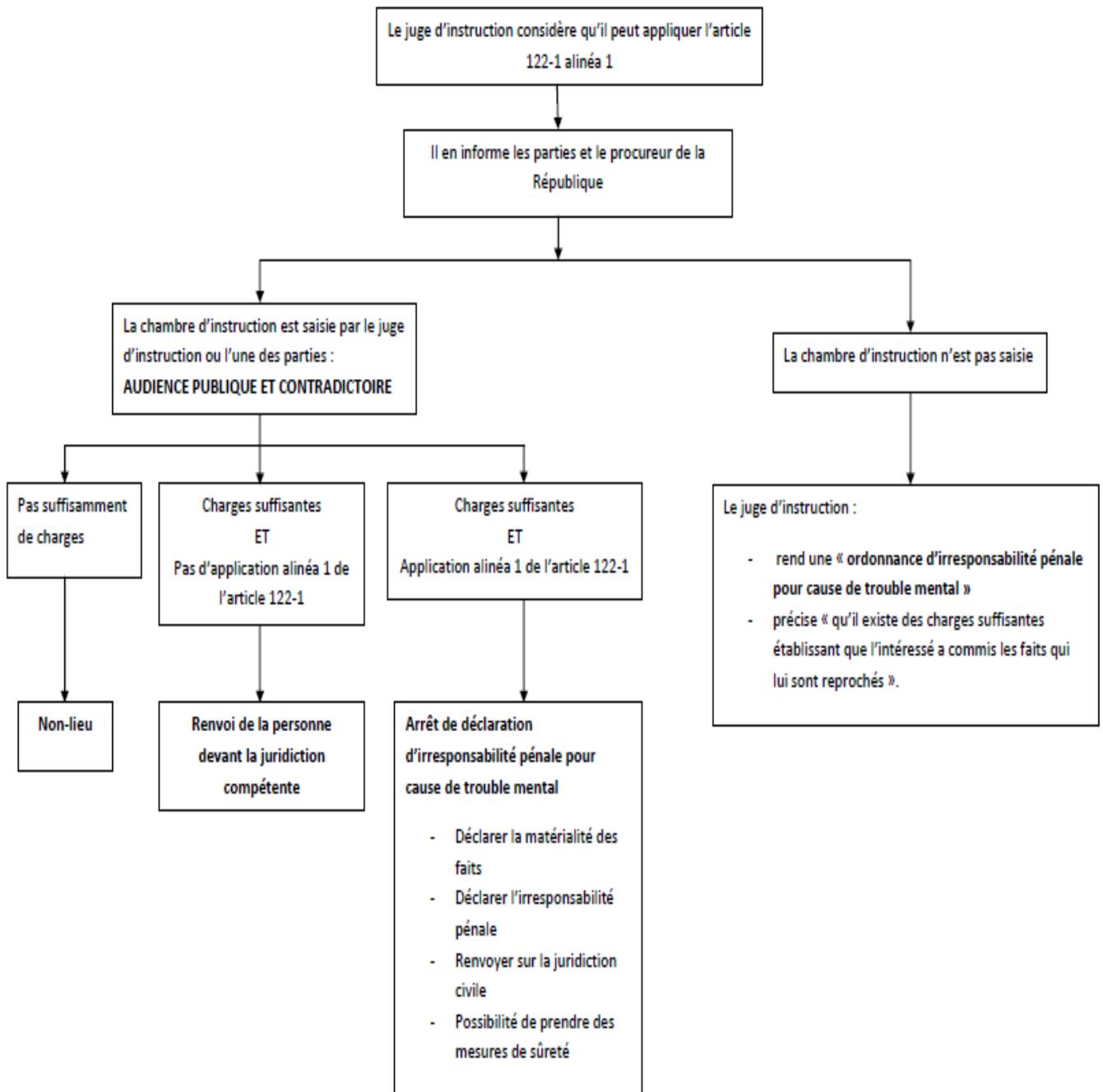
- L'examen psychiatrique du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ?
- L'infraction qui lui est reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-il un état dangereux ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?

A l'issue de l'audience, la chambre d'instruction rend l'une des trois décisions suivantes:

- Si elle estime qu'il n'existe pas suffisamment de charges contre le mis en examen, elle déclare qu'il n'y a pas lieu de poursuivre et prononce un non lieu de droit commun.
- Si elle estime qu'il existe des charges suffisantes et que l'état mental de la personne en examen ne relève pas du premier alinéa de l'article 122-1, la chambre d'instruction ordonne le **renvoi de la personne devant la juridiction compétente**
- Si elle estime que les charges sont suffisantes et que le premier alinéa de l'article 122-1 est applicable, elle rend un « **arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** ». Elle déclare tout d'abord qu'il existe des **charges suffisantes** contre la personne d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés, avant de déclarer la personne irresponsable pénalement (55).

Elle peut alors renvoyer elle-même l'affaire devant le tribunal correctionnel compétent, si la partie civile le demande, pour qu'il se prononce sur la responsabilité civile de la personne et qu'il statue sur les demandes de dommages et intérêts (39).

L'irresponsabilité pénale met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire. En revanche la transmission du dossier devant la chambre d'instruction n'y met pas fin. Toutefois, le juge d'instruction peut, par ordonnance distincte, ordonner la mise en liberté ou la levée du contrôle judiciaire (43).



b. Devant les juridictions pénales

Si ni le juge d'instruction, ni la chambre de l'instruction n'ont considéré le mis en examen comme susceptible de « bénéficiaire » du premier alinéa de l'article 122-1, il sera alors traduit soit en correctionnelle, soit en Cour d'assises.

Tribunal correctionnel

Il statue en premier sur les faits puis prononce un **Jugement d'irresponsabilité pour cause de trouble mental**.

Il se prononce ensuite sur les demandes de dommages et intérêts présentées par la victime.

Cour d'assises

Si le Jury considère que les faits incriminés ont bien été commis par l'accusé, mais que ce dernier est irresponsable pénalement, le président de la Cour d'assises prononce un **arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**.

Puis la Cour, sans le jury, statue sur la demande de dommages et intérêts de la partie civile (26).

C. Mesures et rétention de sûretés

En plus de la mise en place d'une audience publique et la modification de la sémantique, cette loi apporte des modifications sur la prise en charge des personnes irresponsabilisées et des personnes dangereuses.

a. SPDRE, anciennement Hospitalisation d'office

Avant la loi du 25 février 2008, lorsque la déclaration d'irresponsabilité pénale concernait une personne susceptible d'être dangereuse pour la collectivité, les autorités judiciaires devaient en aviser le préfet qui pouvait décider d'une hospitalisation.

Désormais la chambre d'instruction, le tribunal correctionnel et la cour d'assises disposent, également, de la possibilité d'ordonner eux-mêmes l'hospitalisation en SPDRE de la personne jugée irresponsable sous réserve de trois conditions (39):

- **Un arrêt ou un jugement d'irresponsabilité pénale** pour cause de trouble mental, prononcé par la chambre d'instruction ou par la juridiction de jugement

- **Une expertise psychiatrique** figurant au dossier de la procédure établissant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.
- Une décision motivée

Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision.

Il s'agit d'une judiciarisation partielle de la mesure d'hospitalisation d'office qui ne pouvait auparavant relever que des autorités administratives représentées par le préfet.

Il est prévu dans le texte de loi que la partie civile peut demander à être informée par le procureur de la République de la levée de l'hospitalisation en SPDRE du malade mental(5).

b. Inscription au casier judiciaire

La décision d'irresponsabilité pénale est portée au **casier judiciaire**.

Ces décisions sont retirées du casier judiciaire après quarante ans si la personne concernée n'a pas entre temps été condamnée pour des crimes ou des délits (26).

c. Mesures de sûreté

La chambre d'instruction, le tribunal correctionnel et la cour d'assises peuvent prononcer une ou plusieurs mesures de sûreté à l'égard des personnes déclarées irresponsables, pour une durée ne pouvant excéder dix ans en matière de correctionnelle et vingt ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement

Les différentes mesures

- Interdiction d'entrer en relation avec telle ou telle personne ou groupe de personnes ;
- Interdiction de paraître dans certains lieux
- Interdiction de détenir ou de porter une arme
- Interdiction d'exercer telle ou telle activité professionnelle ou sociale
- Suspension du permis de conduire

- Annulation du permis de conduire et interdiction de le repasser.

Ces interdictions ne peuvent être prononcées **qu'après une expertise psychiatrique** dans laquelle le psychiatre donnera son avis sur la nécessité ou l'opportunité de prononcer de telles mesures. Elles ne doivent pas constituer un obstacle aux soins dont la personne est susceptible de faire l'objet (42).

d. Réten-tion de sureté

Elle permet de renforcer le dispositif actuel qui comprend l'inscription au fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles, le suivi socio judiciaire et le placement sous surveillance judiciaire (55).

Le champ des infractions

Cette mesure de réten-tion de sûreté concerne les personnes condamnées à une peine d'au moins quinze ans de réclusion criminelle pour meurtre, assassinat, actes de torture ou de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis sur un mineur ou les mêmes infractions commises avec circonstances aggravantes sur les majeurs (42).

Les conditions d'application

- La personne doit avoir été condamnée pour une infraction appartenant au champ des infractions citées ci-dessus.
- Elle doit présenter à l'issue de sa peine, une « **particulière dangerosité** caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un trouble grave de la personnalité ».
- La mesure ne pourra être envisagée que si la Cour en prévoit la possibilité au moment du jugement.
- La personne doit avoir été condamnée après le 26 février 2008.
En effet, le conseil constitutionnel, bien qu'il estime que ce n'est « *ni une peine, ni une sanction* », a censuré l'application rétroactive « *eu égard à sa nature privative de liberté, à la durée de cette privation, à son caractère renouvelable sans limite et au fait qu'elle est prononcée après une condamnation par une juridiction* ».
- Elle ne peut être prononcée que si le condamné a pu bénéficier, pendant l'exécution de sa peine, d'une prise en charge et de soins adaptés à son état et que ceux-ci n'ont

pas permis de diminuer sa dangerosité (55).

Dans l'année suivant sa condamnation définitive, la personne doit être placée dans un service spécialisé au moins six semaines afin qu'une équipe pluridisciplinaire puisse évaluer son état et définir les modalités de la prise en charge sociale et sanitaire qui lui seront proposés au cours de l'exécution de sa peine (42).

Il est précisé dans le texte que la durée de ces mesures « ne peut excéder dix ans en matière correctionnelle et vingt ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement » (26).

La commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté

Elle est formée de différents professionnels : le président est président de chambre à la cour d'appel. Il y a deux experts l'un psychiatre et l'autre psychologue, un avocat, le préfet de région, le directeur inter régional des services pénitentiaires et un représentant d'une association d'aide aux victimes. Cette commission reçoit le dossier complet du détenu (copie du réquisitoire définitif, de la décision de condamnation, des expertises psychiatriques, psychologiques et médicales disponibles, des rapports d'enquêtes sociales, des rapports d'incidents disciplinaires) et elle dispose également d'un pouvoir d'investigation.

Il est prévu dans la loi qu'un an avant la fin de la peine, cette commission demande que la personne détenue soit placée dans un service spécialisé pendant au moins six semaines afin de procéder à l'évaluation de cette dangerosité.

La commission peut alors prendre deux décisions :

- Si elle estime que la rétention de sûreté est le seul moyen de prévenir la récidive dont la probabilité est élevée, elle propose au Procureur Général de saisir une juridiction régionale qui devra se prononcer sur la nécessité d'y recourir, au moins trois mois avant la date de libération prévue.

La décision devra être motivée et faire suite à un **débat contradictoire**, possiblement public, au cours duquel le condamné est assisté d'un avocat.

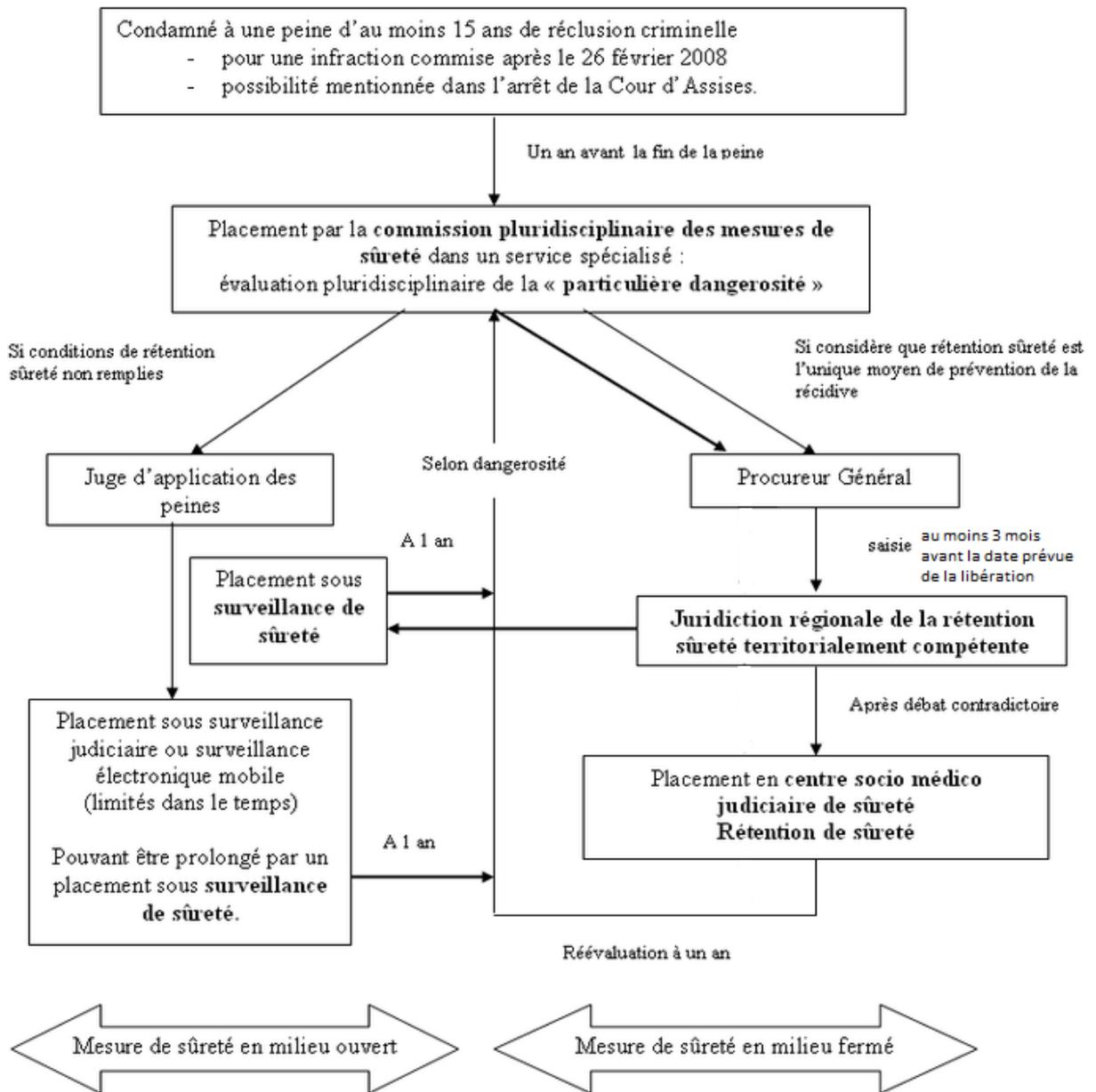
La décision sera **valable un an** mais elle pourra être prolongée selon les mêmes modalités tant que la dangerosité et le risque de récidive persistent.

La personne retenue sera placée dans un **centre socio médico judiciaire de sûreté** où « *lui sera proposé, de façon permanente, une prise en charge médicale et sociale destinée à permettre la fin de la mesure* ».

La personne retenue aura la possibilité de faire un recours à l'encontre de cette

décision devant la juridiction nationale de la rétention de sûreté et pourra solliciter une contre-expertise.

- Si elle estime que les conditions de rétention de sûreté ne sont pas remplies (c'est-à-dire si il existe un autre moyen pour prévenir la récidive) mais que le condamné paraît néanmoins dangereux, elle renvoie le dossier au juge d'application des peines qui pourra décider d'un placement sous surveillance judiciaire (54).



D. Les limites du secret médical

Un des autres changements que cette loi apporte et qu'il nous semble important d'évoquer, étant donné les retombées sur notre exercice professionnel, est une **dérogation au secret médical** :

« dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article [les établissements de rétention de sûreté], les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires » (42).

E. Critiques

a. La comparution du malade : la question de la confrontation avec la victime

Pour le malade

Cette question de la comparution du malade lors du procès divise les psychiatres (5). Deux intérêts ont pu être évoqués dans la littérature, l'intérêt thérapeutique et l'intérêt symbolique (17).

Certains experts soutiennent que cette confrontation a des vertus thérapeutiques, qu'il est utile de confronter l'individu à la loi pour aider à la prise de conscience et modifier son comportement (46). La procédure peut représenter un support pour un travail psychothérapeutique et permettrait qu'un « principe de réalité » soit rappelé au malade et que ce dernier puisse extérioriser sa culpabilité vis-à-vis de son crime.

Le rappel à la loi par le biais du procès permettrait de restaurer un rapport au réel et à l'interdit (50).

D'autres à l'inverse ne voit pas l'intérêt pour le malade d'assister à une audience dont il ne

saisit pas le sens. Il ne semble pas cohérent de le renvoyer à un acte qu'il a commis alors qu'il était en prise au délire, incapable d'avoir du discernement sur ses actions.

De plus, il n'est pas démontré qu'une réponse répressive soit thérapeutique si l'individu n'est pas en état de comprendre le sens de la punition (46).

Pour certains encore, l'intérêt dépend de la pathologie du patient, de l'évolution des troubles et de ses capacités de compréhension du sens de la procédure (4).

Mais le tribunal doit-il être un lieu de thérapie ?

L'intérêt symbolique est aussi contestable puisqu'il ne peut s'appliquer qu'aux malades ayant accès au symbolique. Or, la plupart des patients étant irresponsabilisés sont psychotiques et n'y ont pas accès.

Un des risques que l'on peut soulever sur cette nouvelle procédure, c'est que le patient ne soit pas respecté dans sa maladie et qu'on lui impose des choses qu'il n'est pas capable de gérer.

De plus, le renvoi devant la chambre d'instruction pour l'audience ne met pas fin à la détention provisoire. Le prévenu considéré comme malade peut donc rester en prison en attendant sa comparution et ainsi avoir un retard dans ses soins, puisque tous les centres de détention ne sont pas pourvus de SMPR et toutes les régions n'ont pas encore d'UHSA pour prendre en charge ces patients, d'autant plus que ces structures ne sont pas forcément les plus adaptées pour des malades qui ont besoin de soins plus spécifiques et qui seraient mieux dans des services spécialisés, comme les personnes âgées démentes par exemple.

La patient est présent, sous entendu que son état le permet, mais qu'entend-on par là ? Que le patient n'est plus en phase de délire ? Qu'il n'est pas dangereux ou violent ? Qu'il est capable de comprendre ce qu'il se passe ?

Un argument pour cette comparution du patient est le fait que cela ne l'exclut plus des autres personnes. Il est intégré dans la société (38).

L'audience publique a aussi le mérite de devoir statuer sur l'imputabilité des faits et donc pour les malades n'ayant pas commis le crime reproché de voir un non lieu prononcé pas du fait de leur état mental mais car les charges ne sont pas retenues. Cette reconnaissance n'était pas possible avant car la procédure s'arrêtait lors de la reconnaissance de l'abolition du discernement et les malades ne pouvaient pas prouver leur innocence.

Pour la victime

Bien que le procès puisse aider les victimes et leurs familles dans leur travail de deuil et de reconstruction, il n'a pas de vocation thérapeutique et on se demande aussi, si c'est le rôle de la justice.

Les victimes et leurs familles attendent une réparation thérapeutique par un procès. Or, la confrontation avec quelqu'un qui ne comprend pas son geste, ne peut pas s'excuser et n'a pas accès au sens de la procédure, peut se révéler difficile à supporter. Il est important de prévenir les parties civiles que cela peut être très décevant voire destructeur. En effet, cela peut être traumatisant de se retrouver face à un malade irresponsable, incapable de s'excuser, et qui peut choquer par son attitude froide, détachée (5).

En demandant un procès, les victimes et leurs familles veulent pouvoir comprendre, avoir des explications sur le crime commis. Or, cette audience permet seulement d'exposer les faits et d'entendre les conclusions des experts. L'audience a essentiellement pour but de débattre de l'applicabilité de l'article 122-1 du CP.

De plus, le prévenu n'est pas toujours en capacité d'apporter des réponses pour expliquer son geste du fait de son état mental (5).

Certaines familles ayant pu bénéficier de cette audience ont parlé de « parodie de justice » (53). C'est en effet l'une des craintes exprimées aussi par plusieurs professionnels de santé ou de justice que cette audience soit un simulacre de procès.

Cette confrontation leur permet toutefois une meilleure compréhension de la problématique du malade et du crime, et cela peut aussi les aider dans leur représentation de la maladie et l'acceptation de l'irresponsabilité.

Cette audience est aussi un moyen de reconnaître devant tous que le fait a été grave et de constater qu'il a bien eu lieu en reconnaissant l'imputabilité des faits. Cela peut permettre d'une certaine manière à aider les victimes et leurs familles dans leur travail de deuil et de réparation.

b. Amalgame entre dangerosité criminelle et maladie mentale

La pathologie mentale n'est que rarement pourvoyeuse de dangerosité mais quand elle est présente, elle est souvent spectaculaire et incompréhensible.

La dangerosité criminelle existe le plus souvent en dehors du trouble mental, bien que dans ces cas là, les processus psychiques conduisant au passage à l'acte témoignent souvent d'un trouble de la personnalité et font considérer, aux yeux du corps social, les délinquants comme des malades mentaux. En prenant dans un même texte des dispositions concernant les personnes dangereuses et les personnes irresponsabilisées en raison d'un trouble mental, cette loi tend à renforcer cet amalgame (54).

En prévoyant la possibilité de proposer des mesures de sûreté, considérés comme des soins, à tous les criminels ayant commis un crime grave, même ceux pour lesquels il n'a pas été reconnu de pathologie psychiatrique lors de l'expertise psychiatrique, cela risque d'entraîner une confusion entre criminel et malade mental et donc de stigmatiser le malade et de laisser penser que la psychiatrie a des soins à donner à tout criminel dangereux pour limiter les risques de récidives (58).

c. Confusion entre soin et peine

Il est difficile de ne pas s'interroger sur le sens de ces mesures de sûreté, la rétention de sûreté étant définie de manière assez ambivalente avec le statut « ni d'une peine, ni d'une sanction ayant le caractère d'une punition » mais qui reste une forme de privation de liberté qui n'est ni du domaine de la nécessité d'administrer des soins pour une personne malade mentale non consentante comme le permet la loi du de 2011, ni de la peine prononcée par un tribunal pour un crime commis (60).

Quel est donc le statut du retenu ? Il n'est plus détenu mais il n'est pas pour autant malade. Pourquoi après avoir purgé sa peine doit-il de nouveau être enfermé sur le critère d'une « éventuelle probabilité de récidive » ? Si le patient n'a pas été jugé malade au moment de l'expertise, pourquoi le considérer dans les semaines précédant sa sortie comme quelqu'un nécessitant des soins ?

Cette évaluation peut donc sembler arbitraire dans certains cas. Elle semble toutefois pouvoir se poser dans deux situations, pour les personnes ayant bénéficié de l'article 122-1 alinéa 2 et celles ayant développé ou manifesté des symptômes psychiatriques lors de leur peine.

On peut toutefois se demander quel est le réel but de cette rétention de sûreté, aider le prévenu ou sécuriser le public ?

Il en est de même pour les mesures de sûreté proposées par le psychiatre qui sont avancées comme étant un soin avant tout pour aider à la réadaptation sociale du patient mais si elles ne sont pas suivies, ils encourent des sanctions pénales. La limite entre soin et peine reste fragile.

d. Un statut juridique particulier

En effet, cette loi essaie de moins mettre à l'écart les malades mentaux mais finalement, elle reste très stigmatisante.

Dorénavant avec la reconnaissance de l'imputabilité des faits, le prévenu peut être reconnu « coupable » par la seule chambre d'instruction, sans qu'aucun jugement ne soit énoncé.

Les déclarations d'irresponsabilité pénale qui ne sont pas des sanctions pénales sont portées au casier judiciaire. C'est comme si le malade était « puni d'être malade ».

Enfin, la Chambre d'instruction peut, au même titre qu'un tribunal, décider de la mise en place de mesures de sûreté. Le mis en examen se voit alors infliger des mesures judiciaires sans avoir été réellement jugé et surtout sans possibilité de recours car les arrêts de la Chambre de l'instruction sont sans appel (26).

F. Exemple d'une audience publique suite à la loi n°2008-174 (Gérard H)

a. Éléments biographiques

Mr H est né en 1938. Il est dernier d'une fratrie de trois. Il a une grande sœur et un grand frère aujourd'hui décédés avec qui il avait gardé de bons contacts.

Son père est décédé en 1944. C'était un ancien militaire. Il a ensuite travaillé au Trésor Public. Il est décrit comme « assez sévère ». Sa mère est décédée vers l'âge de 70 ans. Initialement mère au foyer, elle a été contrainte de travailler après le décès de son mari. Elle est décrite comme « affectueuse »

Il s'est marié en 1958 et le couple a eu une fille, Catherine, en 1959 qui vit en région parisienne et qui a elle-même deux enfants.

Il est titulaire d'un DEA de mathématiques et a travaillé comme enseignant à l'université tout au long de sa carrière. Il a pris sa retraite en 1998. Sa femme travaillait comme contrôleur des impôts.

Ils avaient une situation financière confortable, malgré les craintes de Mr H.

Il est décrit par ses proches comme un intellectuel, calme et sociable. Sa femme quant à elle,

est décrite comme quelqu'un ayant du caractère, extravertie et ayant l'ascendant dans le couple. Leur relation était bonne. Ils formaient un couple uni, partageant des activités et il n'y avait pas d'antécédent de violence entre eux.

Le passage à la retraite a été difficilement vécu par Mr H qui s'est rendu compte qu'il aurait pu avoir une meilleure retraite s'il avait pu obtenir un autre titre universitaire et ainsi, avoir plus de moyens. Un syndrome dépressif a commencé à s'installer à cette époque avec un sentiment de dévalorisation et des regrets, bien qu'il ait continué à rester actif. Il a ainsi fait son premier geste suicidaire en 2009 suivi d'une courte hospitalisation puis d'une orientation sur le centre médico-psychologique. Par la suite, divers traitements psychotropes ont été essayés sans réels succès et avec une observance pas toujours soutenue.

Il avait un sentiment de dévalorisation, de gâchis, une amertume et une inquiétude par rapport à d'éventuels problèmes financiers. Il avait l'impression de ne pas pouvoir offrir à sa femme ce qu'elle méritait.

Les derniers temps avant les faits, ses proches trouvaient que son état se dégradait et que le syndrome dépressif s'aggravait.

b. Exposé des faits

Mr H est mis en examen pour assassinat. C'est dans la nuit du 12 au 13 décembre 2014 qu'il est entré dans la chambre conjugale et a donné un premier coup de hache à sa femme endormie. Elle s'est réveillée et a essayé de s'enfuir mais Mr H l'a rattrapée et l'a frappée de nouveau. Les secours sont intervenus rapidement car Mme H avait réussi à les prévenir par téléphone. Elle sera prise en charge en réanimation et succombera un mois plus tard à ses lésions.

Mr H est arrêté par les forces de l'ordre et reconnaît tout de suite les faits en expliquant que suite à des problèmes financiers, il était déterminé à tuer sa femme puis à se donner la mort, ce qu'il n'avait pas eu le temps de faire, du fait de l'arrivée des secours. Il voulait mourir et ne voulait pas laisser sa femme seule. C'est pour cela qu'il avait établi ce scénario, qu'il préparait depuis plusieurs jours.

c. Histoire judiciaire

Dans le cadre de la procédure d'instruction, Mr H a fait l'objet de plusieurs expertises psychiatriques :

L'expertise de décembre 2014

L'expert pose le diagnostic de mélancolie délirante aggravée d'un état d'involution démentielle débutant. Il estime qu'au moment des faits le discernement était **aboli** du fait de ses troubles et que l'acte est en lien avec sa pathologie. Il considère qu'il ne présente pas de dangerosité mais qu'il existe un risque de passage à l'acte suicidaire et que la poursuite des soins est justifiée.

L'expertise de janvier 2015

L'expert estime que Mr H ne présente pas de troubles de son élaboration, de sa structuration mais un sentiment de dévalorisation secondaire à sa mise à la retraite, avec présence d'idées suicidaires et que l'infraction est en lien avec ces perturbations réactionnelles. Son état psychique a **altéré** son comportement au moment des faits mais il est capable de comprendre une éventuelle condamnation.

Mr H ne présente pas de dangerosité mais un risque suicidaire et les soins médicaux doivent être poursuivis.

L'expertise de juillet 2015

L'expert conclut que le patient présente un syndrome pré-démontiel et au moment des faits une mélancolie délirante avec des idées délirantes d'indignité. Il estime que l'infraction est en lien avec ses troubles et qu'au moment des faits son discernement était **aboli**. Il considère qu'il persiste une dangerosité psychiatrique avec risque de passage à l'acte suicidaire et que la poursuite des soins en psychiatrie est justifiée.

Au vu des conclusions de ces trois expertises, l'irresponsabilité pénale pour trouble mental peut être envisagée et la **chambre d'instruction est saisie** afin de statuer sur ce point.

L'expertise de mai 2016

Cette expertise a été demandée en vue de l'audience publique devant la chambre de l'instruction. Elle doit statuer sur la capacité de Mr H à pouvoir comparaître et donner un avis sur la possibilité de prendre des mesures de sûreté et/ou une admission en soins psychiatriques.

L'expert confirme le diagnostic de syndrome démentiel et de mélancolie délirante au moment des faits. Il déclare que le prévenu est apte à comparaître en personne à l'audience et conclut que les troubles neuropsychiques nécessitent la poursuite des soins en hospitalisation complète et demande la mise en place d'une SPDRE dans l'éventualité du prononcé d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Il préconise la mise en place d'une mesure de sûreté : interdiction de détenir ou de porter une arme pour une durée tenant compte de l'âge avancé du patient et de l'involution cognitive.

d. Déroulement de l'audience publique (mai 2016)

On note l'absence des parties civiles, qui ne sont pas non plus représentées par un avocat. Le prévenu est quant à lui présent ainsi que son avocat.

C'est le président de la chambre d'instruction qui ouvre l'audience en rappelant le chef d'accusation, « Assassinat » et en exposant le déroulement des faits.

Par la suite, chacun des experts vient présenter ses conclusions d'expertise en précisant si le discernement était aboli ou altéré selon lui et sur les soins qu'il préconise pour Mr H compte tenu de sa pathologie. Il leur est aussi demandé de donner leur avis sur d'éventuelles mesures de sûreté à prononcer.

Malgré des conclusions différentes concernant le discernement entre les experts, il n'y a pas eu de débat, tout le monde s'accordant en tout cas sur la nécessité de soins psychiatriques.

Au cours des déclarations des experts, le président de la chambre peut intervenir pour poser des questions afin d'obtenir un éclaircissement. A chaque déclaration, les avocats peuvent demander des précisions.

Après les dépositions des experts, l'avocat général intervient et requiert la reconnaissance des charges suffisantes, la déclaration d'irresponsabilité pénale, la prononciation d'une hospitalisation complète en SPDRE et la mise en place des mesures de sûreté préconisées par les experts, c'est-à-dire l'interdiction de porter des armes.

Mr H s'exprime en fin d'audience, avant son avocat. Il reconnaît les faits qui lui sont reprochés sans pouvoir donner d'explications et exprime son regret. Il fait aussi part de son désir de retourner vivre chez lui à l'issue de la procédure, insistant à plusieurs reprises sur le fait qu'il ne veut pas aller en maison de retraite ou toute autre structure mais qu'il préfère rentrer chez lui.

Il est difficile de savoir ce que Mr H a pu saisir de cette comparution.

Pour finir, l'avocat de Mr H a lui aussi été entendu et il a, à nouveau insisté, sur les troubles psychiques dont souffre son client.

Il n'a pas été entendu de témoins.

Finalement Mr H a été irresponsabilisé, puis placé en SPDRE judiciaire et hospitalisé en géronto-psychiatrie.

IV. Éléments de droit comparé

La plupart des pays retiennent la maladie mentale comme une cause d'irresponsabilité pénale, mais sa définition reste très hétérogène (52).

A. Allemagne

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Le code pénal peut exclure la culpabilité des personnes atteintes de troubles mentaux en reconnaissant une irresponsabilité pénale complète relative à la non imputabilité des infractions pour troubles mentaux. Elle peut concerner les personnes atteintes de troubles psychiatriques, de troubles profonds de la conscience et de débilité ou autre anomalie mentale grave.

Le code pénal comprend aussi la notion de responsabilité atténuée relative à une imputabilité atténuée dans les cas où la capacité de discernement est amoindrie en raison de troubles mentaux. Dans ces cas là, la personne bénéficie d'une réduction facultative de peine.

C'est le juge qui décide, sur la base du rapport d'un expert, qu'un délinquant est ou non pénalement responsable.

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

Plusieurs mesures peuvent être prises à l'encontre des malades mentaux irresponsables.

Le tribunal peut prononcer des « mesures de rééducation et de sûreté ». Elles peuvent être éducatives (placement dans un établissement d'enseignement spécialisé), curatives (placement en hôpital psychiatrique ou dans un centre de désintoxication) ou protectrices (interdiction professionnelle).

Ces mesures sont prononcées à titre complémentaire lorsque le délinquant est pénalement responsable. Elles le sont à titre principal lorsque le délinquant a été déclaré pénalement

irresponsable.

En cas d'irresponsabilité, le tribunal peut ordonner une hospitalisation en Hôpital Psychiatrique sous certaines conditions : danger pour la collectivité, risque de récurrence et lien entre dangerosité et la pathologie mentale.

B. Angleterre et Pays de Galle

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Elle s'appuie sur la jurisprudence de l'affaire M'Naghten¹. Selon l'arrêt de 1843, « Pour établir un moyen de défense fondé sur l'aliénation mentale il faut que soit clairement prouvé qu'au moment de la commission de l'acte, l'accusé était affecté par une absence totale de discernement, causée par une maladie mentale, qu'il ne connaissait ni la nature ni la qualité de l'acte qu'il effectuait ou qu'il ne savait pas que ce qu'il faisait était mal » (59).

C'est à la défense d'apporter la preuve de l'aliénation mentale. Toute personne est présumée saine jusqu'à preuve du contraire.

Ces critères sont jugés très restrictifs et peu de verdicts de non culpabilité pour aliénation mentale sont prononcés.

C'est un jury qui tranche sur la culpabilité.

Depuis 1957, la notion de responsabilité restreinte a été introduite mais seulement dans les cas d'homicides (7).

¹ Persuadé d'être persécuté par le parti conservateur, M'Naghten avait pointé son arme sur le Premier ministre Sir Robert Peel et tué le secrétaire particulier de ce dernier. Les expertises montrèrent que M'Naghten était victime d'hallucinations morbides, et que sa perception du bien et du mal en était altérée

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

Le juge dispose de plusieurs possibilités :

- Le placement dans un établissement psychiatrique.

L'hospitalisation ne peut être prononcée qu'à l'encontre des auteurs d'infractions entraînant en principe une peine de prison et elle doit être recommandée par deux médecins.

- La mise sous tutelle des services sociaux

- Un traitement adapté

- La mise en liberté pure et simple

C. Danemark

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Le code pénal exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux. « Les personnes qui, au moment des faits, ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés, à cause d'une maladie mentale ou parce qu'elles se trouvaient dans un état comparable, ne sont pas punies ».

C'est le juge qui décide, en principe sur la base du rapport d'un expert, qu'un délinquant est ou non pénalement responsable.

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

En règle générale, le tribunal acquitte les délinquants dont la responsabilité a été exclue pour troubles mentaux. Il peut toutefois prononcer des mesures destinées à prévenir d'autres infractions : résidence surveillée, surveillance médicale, suivi d'un traitement ambulatoire, placement dans un établissement ouvert ou fermé.

D. Espagne

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Le code pénal comprend la notion d'irresponsabilité pénale complète pour les personnes ayant une anomalie ou une altération mentale empêchant soit de comprendre le caractère illicite de leurs actes, soit d'adapter leur conduite à leur compréhension et pour les personnes qui ont une conscience de la réalité gravement altérée à cause de troubles de la perception acquis dès l'enfance.

Le CP reconnaît aussi une responsabilité atténuée, qui vise les personnes dont la conscience ou la volonté est altérée, et non pas abolie. Ces délinquants sont punissables mais ils bénéficient d'une réduction de peine automatique.

C'est le juge qui décide, sur la base des conclusions fournies par deux experts, si un délinquant est ou non pénalement responsable.

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

Le tribunal peut prononcer des mesures de sûreté à conditions que l'infraction commise soit suffisamment grave et que le risque de récidive du fait de la pathologie soit probable.

La nature de la mesure dépend de la peine prévue pour l'infraction commise en cas de responsabilité : le placement dans un établissement psychiatrique remplace la peine de prison et l'obligation de soins remplace les autres peines.

E. Italie

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Le code pénal prévoit l'irresponsabilité pénale des personnes qui, au moment de la réalisation des faits, étaient, en raison de la maladie, mentalement incapables de se rendre compte du sens de leurs actes ou d'adopter des comportements dictés par des choix autonomes et responsables, et non pas par leur instinct.

La notion de responsabilité atténuée n'est pas prévue mais lorsque la maladie mentale réduit la compréhension ou la volonté, sans totalement l'abolir, la peine doit être réduite.

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

Il est prévu dans le code pénal que les personnes déclarées pénalement irresponsables pour maladies mentales sont acquittées et internées dans l'un des six **centres psychiatriques spécialisés**. Ceci dans le but de permettre une réadaptation à la vie sociale.

F. Pays-Bas

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Le code pénal exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux. Il est dit que celui qui a commis un fait qui ne peut pas lui être imputé, soit à cause d'une déficience psychique soit à cause d'une altération de ses facultés mentales due à la maladie, n'est pas punissable.

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

Ils ne peuvent pas faire l'objet d'une sanction pénale mais le tribunal peut prononcer une mesure judiciaire à leur encontre :

- Placement en hôpital psychiatrique
Il est réservé aux malades qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour la collectivité. Il ne peut être prononcé qu'après l'examen et la recommandation de cette mesure par deux experts, dont un psychiatre.
- « Mise à disposition »
Elle ne peut être prononcée qu'à l'encontre des personnes représentant un danger pour la collectivité. Ce sont des soins adaptés à l'état du malade.

G. Suisse

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

La Suisse reconnaît le principe d'irresponsabilité pour cause de trouble mental « l'auteur n'est pas punissable si, au moment d'agir, il ne possédait pas la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte ou de se déterminer d'après cette appréciation » (45).

Elle est aussi l'un des premiers pays à reconnaître la notion de responsabilité atténuée, qui aboutit à une diminution de la peine, en principe, proportionnelle à la diminution de responsabilité.

b. Les mesures appliquées aux délinquant atteints de troubles mentaux

Le code pénal prévoit la possibilité de mettre en place des mesures de sûreté, après les conclusions de l'expertise psychiatrique : Traitement ambulatoire, traitement institutionnel ouvert, traitement institutionnel fermé, internement.

H. Suède

a. L'irresponsabilité pour troubles mentaux

Le code pénal de 1962 a supprimé la clause relative à l'irresponsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Actuellement, les troubles psychiatriques constituent seulement une circonstance atténuante.

b. Les mesures appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux

Les personnes atteintes de troubles mentaux ne peuvent pas être condamnées à une peine de prison : « *Celui qui a commis une infraction sous l'empire d'un grave trouble mental ne peut pas être condamné à une peine de prison* ».

Elles peuvent en revanche encourir les peines suivantes : amende, placement sous surveillance

judiciaire et placement en hôpital psychiatrique. Ce placement ne s'applique qu'aux délinquants souffrant d'un grave trouble mental qui ont commis une infraction grave et une expertise psychiatrique doit précéder le jugement.

Le tribunal peut acquitter le malade s'il estime qu'aucune peine ne peut être appliquée.

I. Synthèse

On observe, qu'excepté en Suède, tous les pays reconnaissent que les troubles mentaux constituent une cause d'irresponsabilité pénale.

En Suisse, en Allemagne et en Espagne, on distingue tout comme en France, la possibilité d'une responsabilité atténuée.

Dans tous les cas, c'est au juge de décider des mesures applicables aux délinquants atteints de troubles mentaux, souvent après une expertise psychiatrique.

Ces mesures n'ont pas pour intention de sanctionner la malade mais de le soigner et de le réadapter à la vie sociale.

Elles s'appliquent généralement en cas de dangerosité et de risque de récidive.

La plupart de ces mesures comprennent la possibilité d'une hospitalisation dans un établissement psychiatrique et la peine de prison n'est pas envisagée même en Suède où les troubles mentaux ne sont pas une cause d'irresponsabilité.

Conclusion

Le principe de l'irresponsabilité pénale des criminels malades mentaux est solidement ancré dans notre tradition juridique et ne saurait être remis en cause. Ce principe est reconnu dans plusieurs pays européens, avec une prise en charge des malades différente mais le plus souvent axés sur le soin (52).

On assiste cependant à une évolution de cette position. Et aujourd'hui, un malade mental avec un discernement aboli, se voit attribuer un nouveau rôle où son implication dans la procédure judiciaire se fait de plus en plus importante au profit des victimes.

En effet, on observe une société qui se montre de plus en plus sécuritaire, qui demande protection et réparation et où les malades sont associés à des personnes dangereuses. On ne peut concevoir qu'un crime particulièrement horrible soit commis par quelqu'un d'autre qu'un fou. On veut dissocier malade mental et « personne saine » et en même temps, on demande à ce qu'ils aient le même traitement devant la justice.

Les victimes qui sont mises au devant de la scène veulent être entendues et demandent que leurs souffrances soient reconnues.

C'est dans ce contexte que la loi du 25 février 2008 a été mise en place en essayant de répondre aux demandes des victimes et de la société. Elle a suscité de vives réactions aussi bien du côté des magistrats que des psychiatres.

Elle a permis de modifier le terme de non-lieu qui dérangeait beaucoup par ses sous entendus de négation de l'acte et a instauré une audience publique pour permettre aux victimes et au prévenu d'être confrontés. Si cette confrontation peut aider et apaiser les victimes et avoir des vertus thérapeutiques pour le prévenu malade, elle a aussi soulevée de nombreuses questions. Les bénéfices d'une confrontation entre un prévenu malade et les victimes sont elles réelles ou seulement illusoires ? Quel rôle attribue-t-on au procès ? Les mesures proposées vont-elles vraiment aider les malades et garantir une meilleure sécurité ou vont-elles appuyer la confusion qui existe déjà entre dangerosité et folie ?

Nous observons que la place du malade mental dans la société continue d'évoluer et de diviser et qu'il est difficile de concilier soin et punition, ainsi que protection de la société et meilleure prise en charge des malades mentaux.

Devant ces points de vue partagés et le peu de retour depuis l'application de cette loi, il nous a paru intéressant de nous interroger sur son utilisation actuelle afin d'apporter un éclairage supplémentaire. C'est ce que nous allons faire dans la seconde partie de ce travail en exposant une enquête menée auprès des experts psychiatres de France sur leur expérience dans ce domaine.

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE

I. Introduction

L'irresponsabilité pénale des malades mentaux est un principe reconnu depuis le droit romain. Il est en effet admis que le malade mental dont le discernement était aboli au moment de l'action, du fait de sa pathologie, ne peut être reconnu responsable pénalement.

Toutefois ces dernières années en France, il y a eu beaucoup de débat autour de cette question de l'irresponsabilité pénale du malade mental dans une société de plus en plus sécuritaire et axée sur le droit des victimes. En effet, on remarque le besoin de se protéger des gens dangereux régulièrement assimilés aux gens fous, et une demande de plus en plus pressante des victimes d'un malade mental d'avoir une reconnaissance et des réponses (5,58,60).

C'est dans ce contexte que la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a été promulguée. Dans les grandes lignes, elle propose la possibilité de mettre en place une rétention de sûreté pour les personnes dangereuses après leur peine de prison, modifie la sémantique et la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale, instaure une audience publique qui peut être proposée lorsque le prévenu est susceptible d'être déclaré irresponsable et permet aussi la mise en place de mesures de sûreté (42).

Ces propositions ont provoquées de vives réactions au sein des différents milieux (psychiatrie, justice, association de victimes). La comparution du malade lors d'une audience publique a suscité de nombreuses questions sur sa légitimité et son intérêt et les avis sont très partagés.

Certains estiment que le procès peut avoir des effets bénéfiques :

Pour les victimes car il pourra les aider à avoir un éclairage sur ce qui s'est passé, une reconnaissance et ainsi leur permettre d'accéder plus facilement à une réparation psychique.

Pour les prévenus malades, le procès leur permettrait d'être confronté à la loi et ainsi de prendre conscience de ce qu'ils ont fait, cela pourrait les aider dans un travail psychothérapeutique et leur rendre un statut de citoyen à part entière (64).

D'autres, à l'inverse, pensent que ce procès est une absurdité, que ce n'est pas un endroit qui doit être « thérapeutique », que le patient, de par sa condition, n'est pas en mesure de saisir le sens de ce qu'il a fait et de cette procédure et que la confrontation avec un malade qui ne peut pas reconnaître sa culpabilité peut être insatisfaisante et destructrice pour les victimes (18).

Devant ces avis très tranchés et différents sur cette loi, il paraît intéressant de s'interroger sur l'application de celle-ci depuis sa mise en place en 2008 afin de voir si les avis ont évolués depuis son utilisation. Tout d'abord, est-elle réellement mise en place et si oui, quels sont les retours pour les victimes et les prévenus malades de cette comparution ? Les premiers se sentent-ils apaisés d'avoir été confronté au prévenu ? Les seconds ont-ils tirés des bénéfices thérapeutiques ou autres ?

Pour cela, nous allons nous adresser aux experts psychiatres qui ont un rôle central dans cette nouvelle procédure, puisqu'ils doivent être auditionnés pour faire part de leurs conclusions devant les différentes parties. Ils ont ainsi une expérience réelle de cette audience.

Ce travail a donc deux objectifs :

D'une part, de voir si cette loi est mise en application comme il avait été prévu.

D'autre part, d'étudier l'intérêt de la comparution du prévenu malade mental pour les deux parties à travers l'opinion des experts.

Nous ne nous interrogerons pas sur la rétention de sûreté car du fait de son caractère non rétroactif, il n'y a pas encore de retour possible sur cette pratique.

II. Matériels et Méthodes

A. Type d'enquête

Nous avons fait notre enquête auprès des experts psychiatres de France en les interrogeant sur leur expérience de l'application de la loi du 25 février 2008 et sur leur avis concernant certaines modifications amenées par cette loi.

Nous avons pour cela élaboré un questionnaire composé de questions fermées avec réponses uniques ou par échelle et des questions ouvertes. Ce travail a été réalisé avec un psychiatre inscrit sur les listes des experts, ayant déjà eu l'occasion de voir la loi du 25 février 2008 mise en application.

Nous avons essayé de sélectionner un maximum de questions fermées pour faciliter les réponses, et ainsi, obtenir le plus de retour possible de la part des experts. Les réponses linéaires ont permis de quantifier plus précisément les résultats.

Les questions ouvertes nous ont permis de laisser plus de liberté dans les réponses sur des points qui nous semblaient pertinents et qui amenaient des réponses plus personnelles et diversifiées.

Le questionnaire (Annexe 3) se compose de huit parties. La première permet un recueil de données sociodémographiques. Par la suite, les experts sont interrogés sur leur expérience de la loi du 25 février 2008, en particulier sur le déroulement des audiences publiques et l'intérêt qu'elles ont pu apporter aux victimes et à leurs familles ainsi qu'au prévenu malade. Ils sont aussi questionnés sur l'utilisation des mesures de sûreté et les résultats des expertises concernant l'irresponsabilité pénale.

La dernière partie recueille l'avis général de l'expert sur l'ensemble de la loi.

Le questionnaire a été créé avec le logiciel Google Forms et envoyé par mail.

Nous avons choisi un auto-questionnaire plutôt que la réalisation d'une interview en direct car il permettait une diffusion plus large.

Nous avons privilégié une diffusion par voie électronique plutôt que par voie postale pour faciliter l'envoi et la récolte des réponses.

Les réponses étaient anonymes.

B. Echantillon

Critères d'inclusion

Tous les experts psychiatres français (DOM TOM inclus) inscrits sur les listes et qui avaient une adresse mail renseignée.

Nous avons récupéré leurs coordonnées électroniques via les listes d'experts auprès des Cours d'Appel, accessibles sur le site internet de la Cour de Cassation.

Les différentes listes avaient été mises à jour entre 2013 et 2016.

Critères d'exclusion

Les experts dont les adresses mails n'étaient pas communiquées.

C. Recueil des données

L'envoi des questionnaires et le recueil des réponses se sont faits du 18 avril 2016 au 28 juin 2016. Nous avons fait trois relances à 15 jours d'intervalles. Du fait du caractère anonyme des réponses, les relances ont été faites auprès de tous les experts.

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour l'analyse des données. Pour les données statistiques, nous avons utilisé le test exact de Fisher, en bilatéral.

Pour étudier les réponses des questions ouvertes, nous avons regroupé les réponses par catégories nous paraissant les plus pertinentes.

III. Résultats

A. Caractéristiques sociodémographiques

Le questionnaire a été envoyé à **297 experts** pour 398 experts inscrits sur les listes.

31 adresses n'étaient pas valides. 2 experts ont répondu s'être désinscrits de la liste et donc ne pas pouvoir remplir le questionnaire et 224 experts n'ont pas répondu au questionnaire.

Au total, **40 questionnaires** étaient exploitables, soit un taux de résultats exploitables de **13,5 %**.

31 (77%) des experts ayant répondu au questionnaire sont des hommes, **9 (23%)** sont des femmes.

L'âge moyen de la population étudiée est de **58 ans**.

La date moyenne d'obtention de la thèse est **1986**, celle du début de l'exercice pénal est **1997**. **75% (n=30)** des experts ont commencé leur pratique avant 2008.

Les lieux de formation des experts sont variés, tout comme les régions d'exercice.

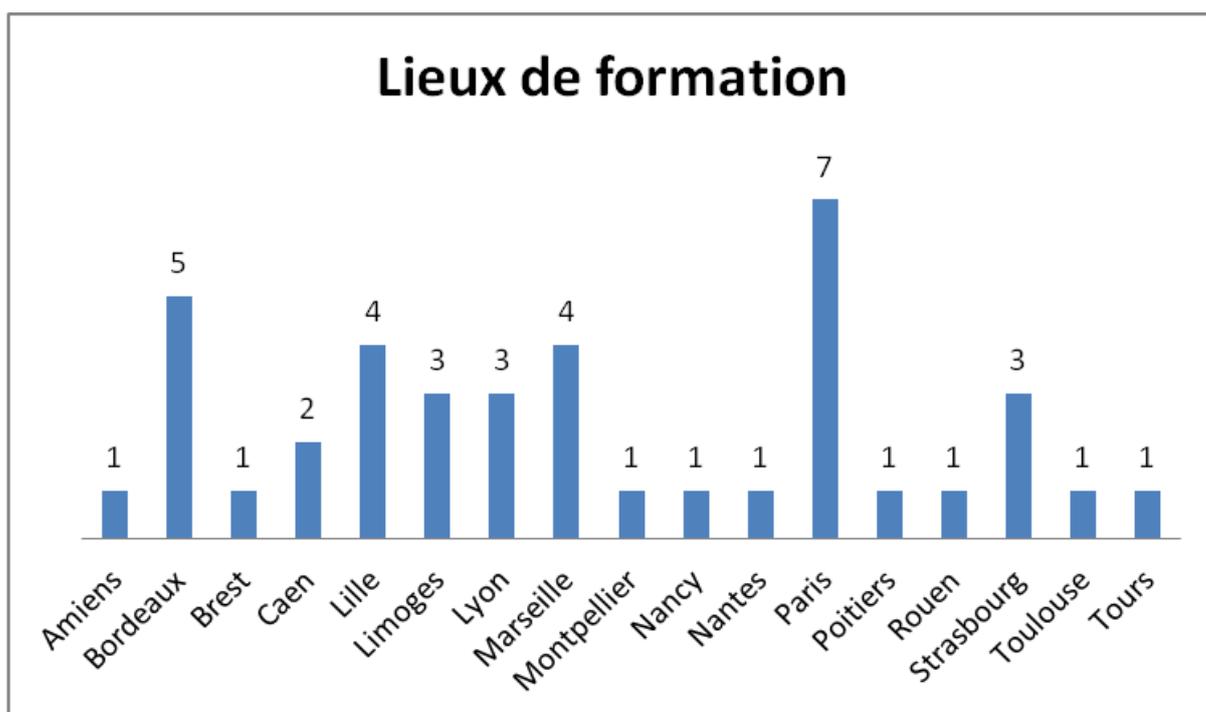


Figure 1 : Lieux de formation des experts

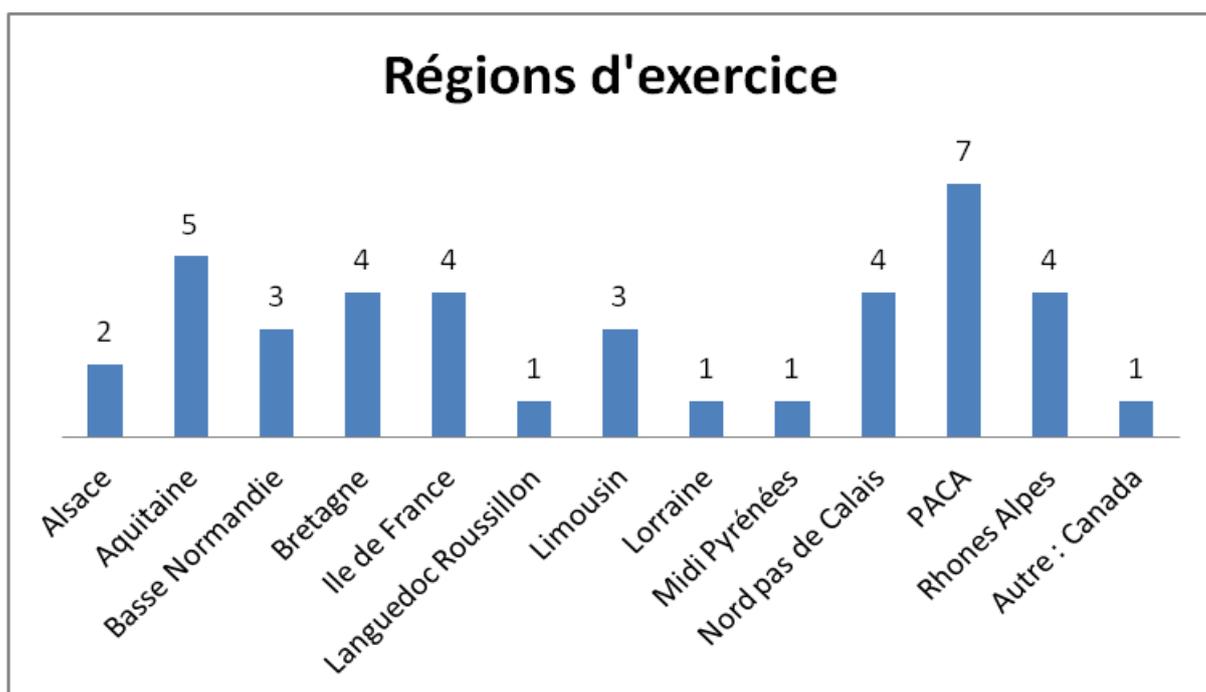


Figure 2 : Régions d'exercice des experts

La majorité des experts ont au moins une activité en secteur publique (60%, n=24). Ils sont **42,5% (n=17)** à avoir plusieurs activités.

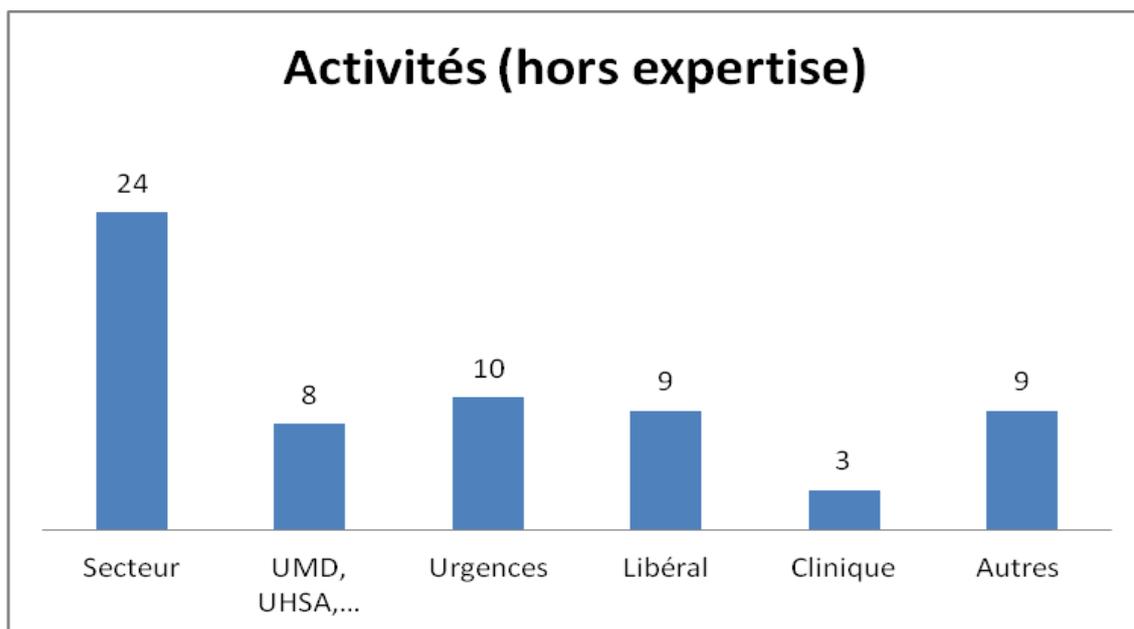


Figure 3 : Activités autre que l'expertise

Dans la catégorie « autres », on retrouve un exercice en addictologie, en associatif, en psychiatrie de liaison, en pédopsychiatrie, à la PJJ, en ESAT, en service de psychiatrie légale. Les réponses SMPR, USIP, Unité médico judiciaire ont été incluses dans la catégorie «UMD, UHSA... »

B. Résultats par questions

Article 199-1

On observe que très peu d'experts ont expérimenté l'audience publique prévue par l'article 199-1 du CP. Seulement 1 expert a assisté à ces audiences, soit **2,5%**.

Les remarques qui ont pu être faites à propos de cette audience sont, comme le montre le nombre de participation, qu'elles étaient anecdotiques mais aussi que c'était une conclusion utile de procédure pour l'expert l'ayant expérimenté.

Audience publique

Les experts ont assez peu expérimentés les audiences publiques depuis leur mise en place. Seulement **7,5%(n=3)** ont assistés à plus de 10 audiences depuis 2008, et **32,5%(n=13)** n'y ont jamais assistés.

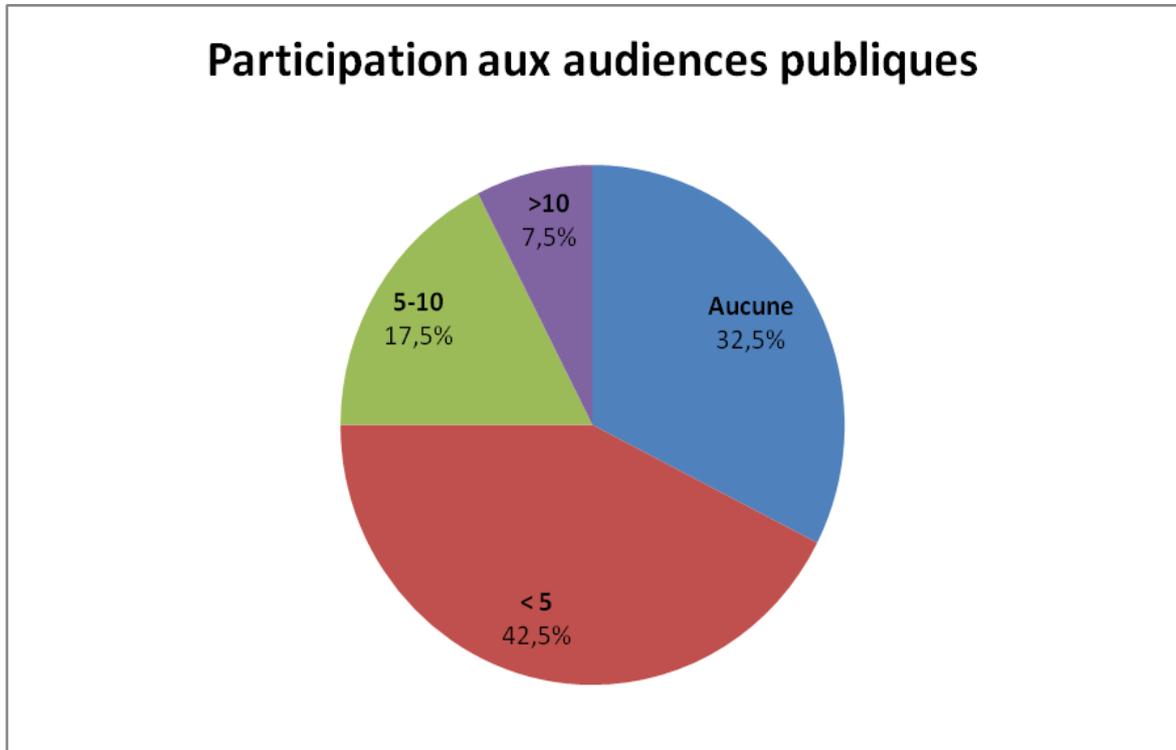


Figure 4 : Nombre de participation aux audiences publiques depuis février 2008

La plupart des experts, **47,5% (n=19)**, ne savent d'ailleurs pas si la chambre d'instruction a été saisie pour chaque affaire pour lesquelles ils ont été missionnés.

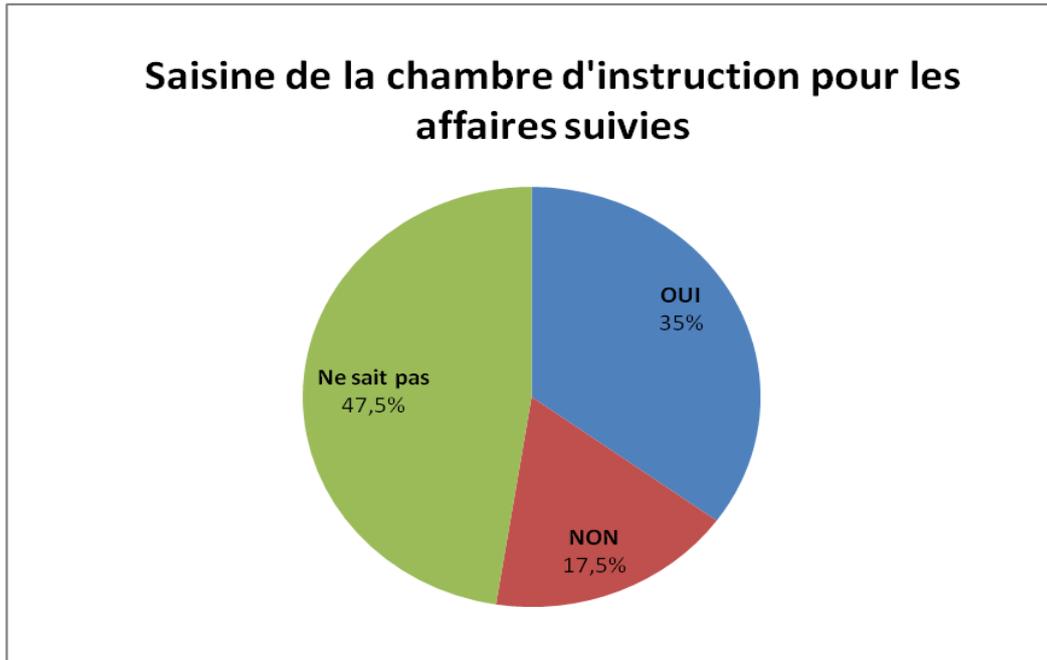


Figure 5 : Saisine de la chambre d'instruction pour les affaires suivies par les experts

Dans les cas où la chambre d'instruction a été saisie, elle l'était soit par le procureur (50%), soit par le juge d'instruction (50%), jamais par la partie civile.

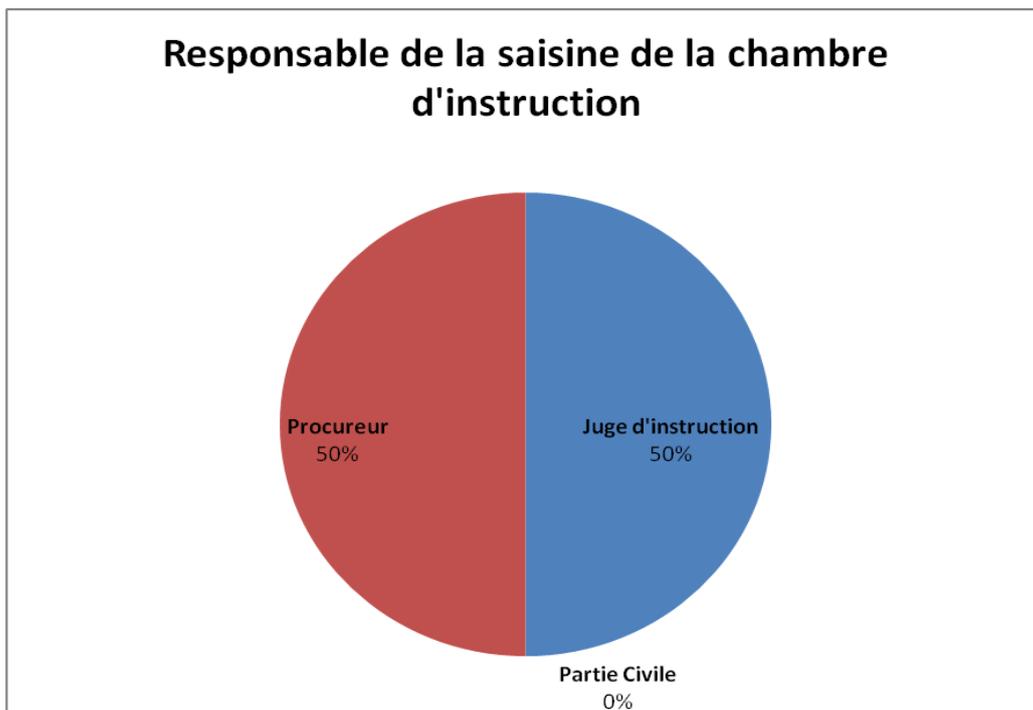


Figure 6 : Responsable de la saisine de la chambre d'instruction

Présence des victimes et/ou de leurs familles

Parmi les experts ayant assisté à des audiences publiques **22,25% (n=6)** estiment que les familles étaient toujours présentes, **18,5% (n=5)** qu'elles ne l'étaient jamais.

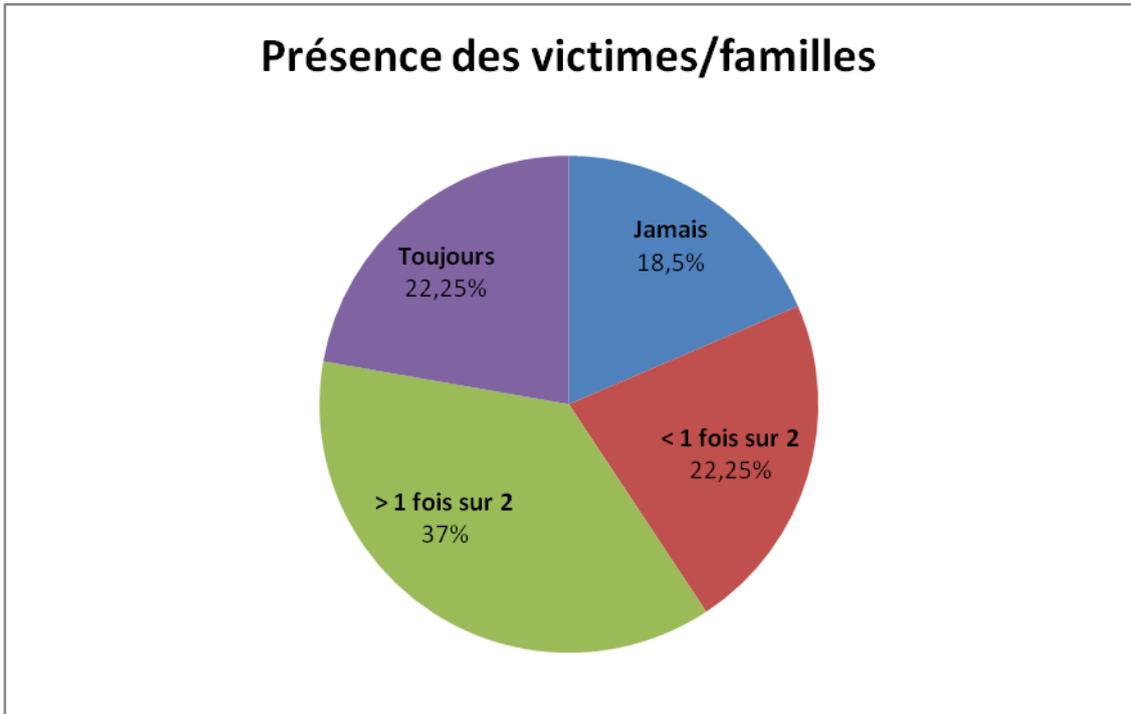


Figure 7 : Présence des victimes et/ou de leurs familles aux audiences

Lorsque les victimes et leurs familles étaient présentes, **60% des experts** estiment qu'elles ont été la plupart du temps confrontées au prévenu.

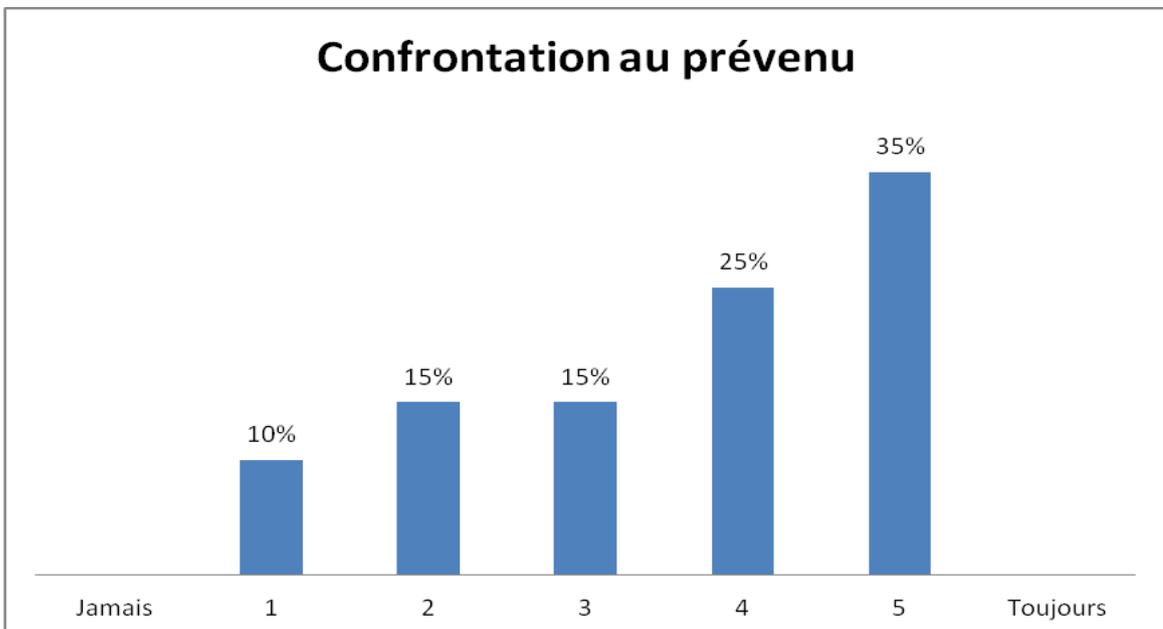


Figure 8 : Confrontation des victimes et/ou de leurs familles au prévenu lors de l'audience

Lorsque les victimes et leurs familles étaient confrontées au prévenu, cette confrontation n'a pas semblé être un soulagement, d'après >60% des experts.

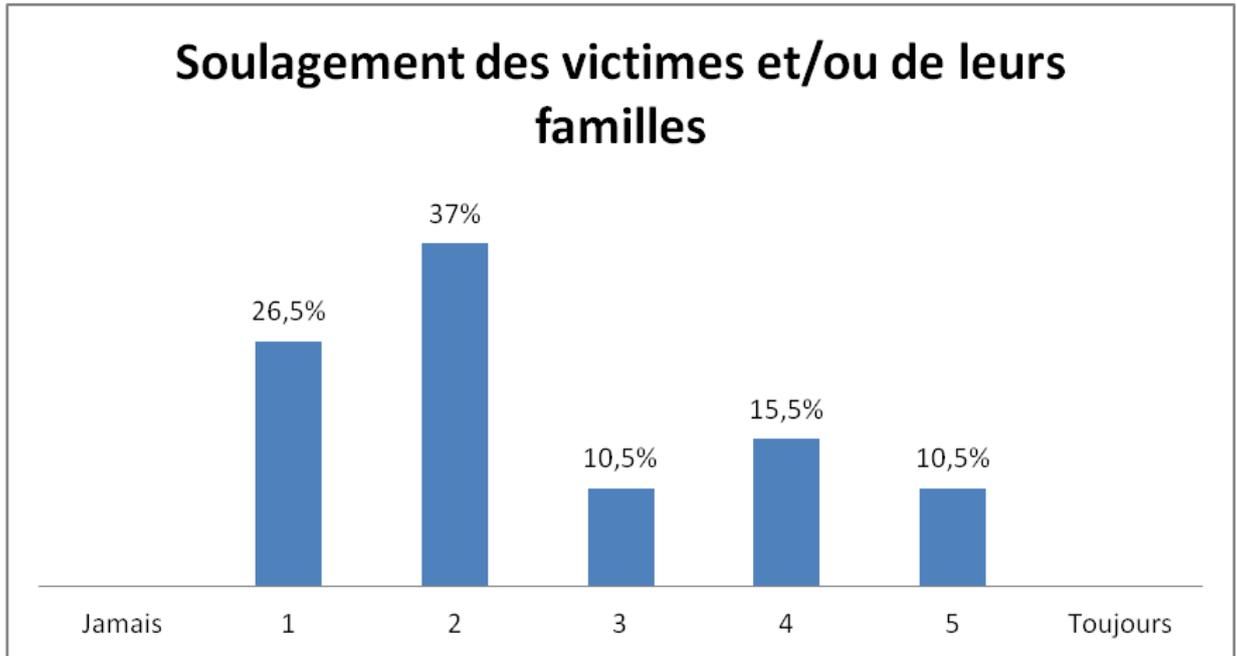


Figure 9 : Soulagement des victimes et/ou de leurs familles suite à la confrontation avec le prévenu

Les raisons évoquées pouvant expliquer cette absence de soulagement sont : une incompréhension du but de ces audiences, des difficultés à admettre la pathologie mentale, des questions qui restent sans réponses donc une frustration qui persiste et une attitude du prévenu qui peut parfois aggraver le malaise (lorsqu'il est agressif ou qu'il revendique son geste).

Lorsqu'elles semblaient soulagées, il a été noté que la confrontation avait permis d'apprécier l'état du prévenu, générant un sentiment de moindre impunité, d'autant plus avec l'annonce de la nécessité de soins.

Les experts sont partagés sur la possibilité qu'ont eue les victimes et leurs familles de poser des questions lors de l'audience via leur avocat.

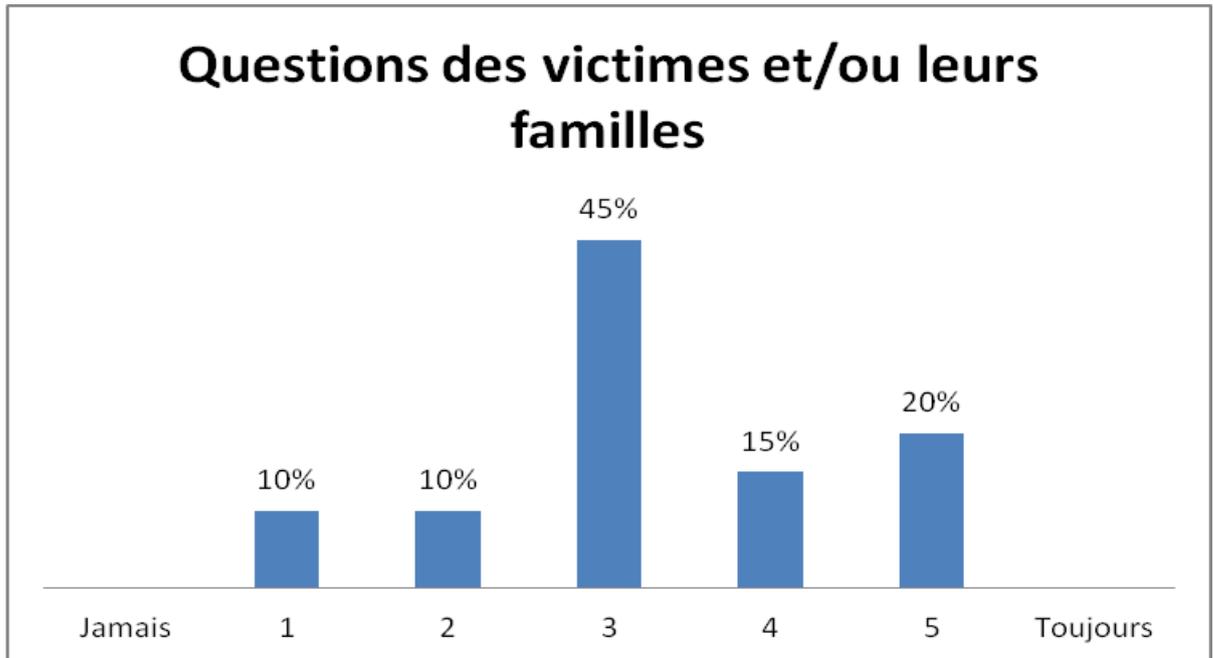


Figure 10 : Possibilité pour les victimes et/ou leurs familles de poser des questions lors de l'audience

Lorsque les familles n'étaient pas présentes, elles étaient le plus souvent représentées par leur avocat.

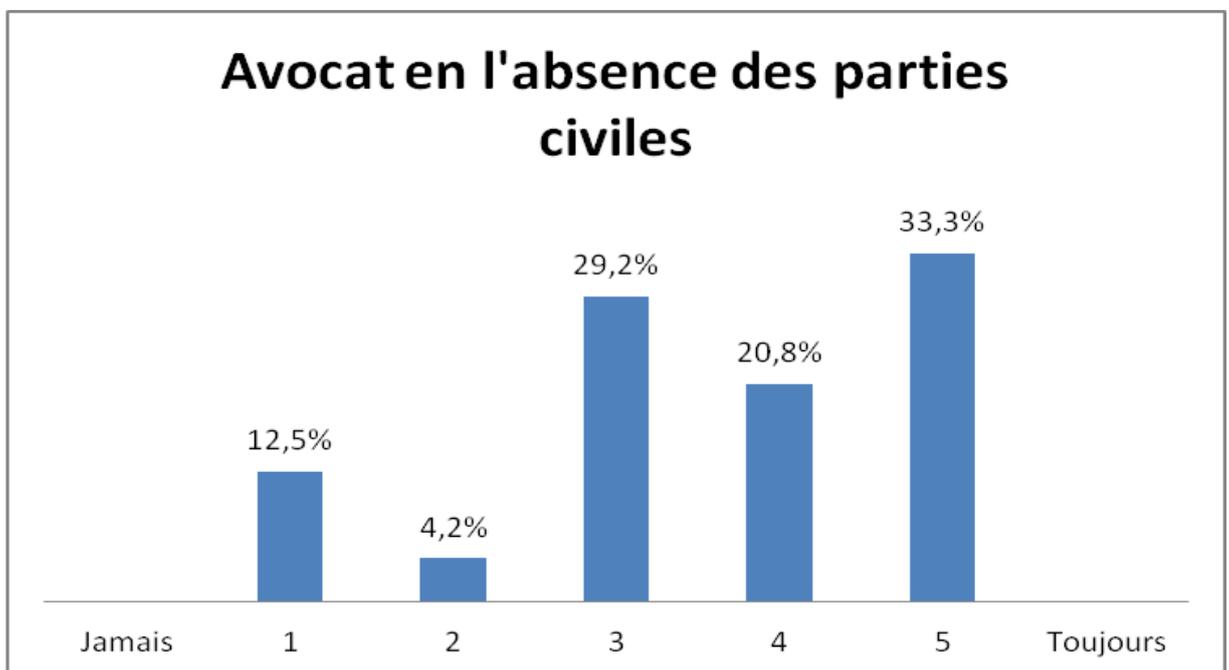


Figure 11 : Représentation des parties civiles en leur absence

Présence du patient

Lors des audiences où les experts ont été convoqués, les prévenus malades étaient la plupart du temps présents, **59% (n=16)** estiment qu'il l'était toujours.

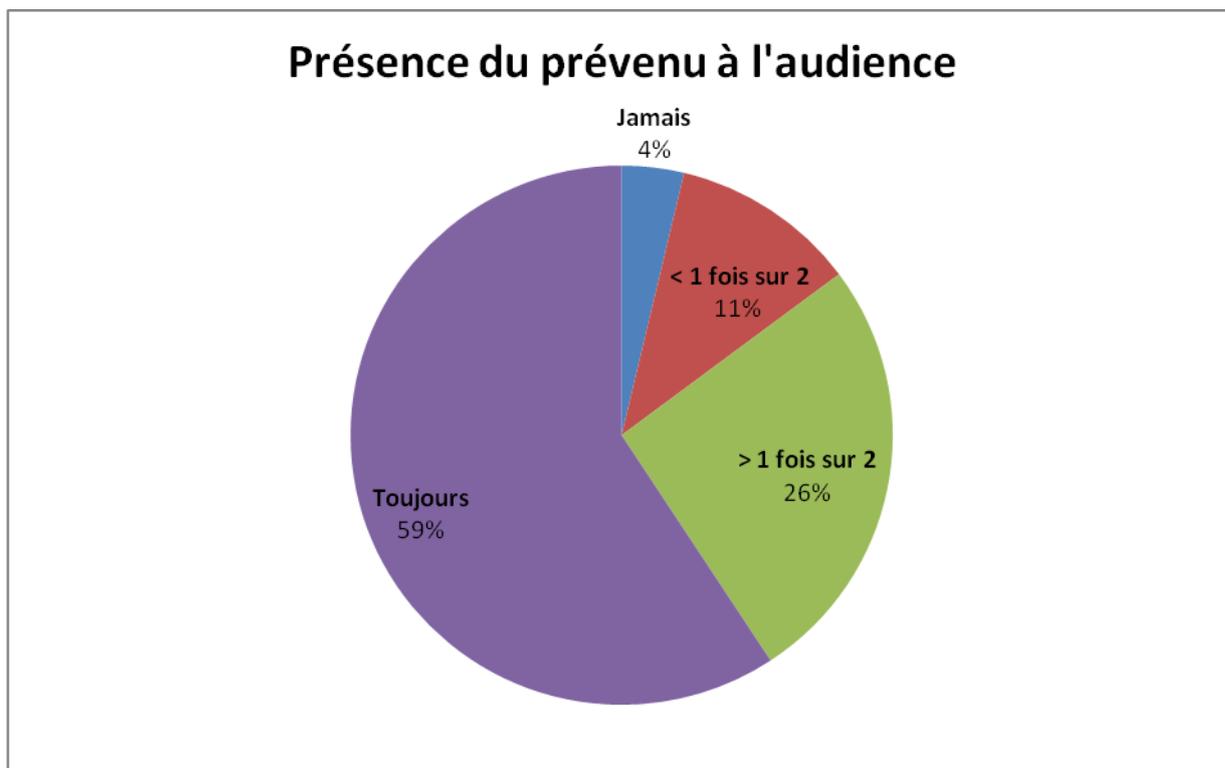


Figure 12 : Présence du prévenu aux audiences

Lorsqu'il était présent, c'était le plus souvent physiquement **>90% des réponses (n=25)**.

La majorité des experts > 70 % pensent que la présence du prévenu n'a pas de vertu thérapeutique.

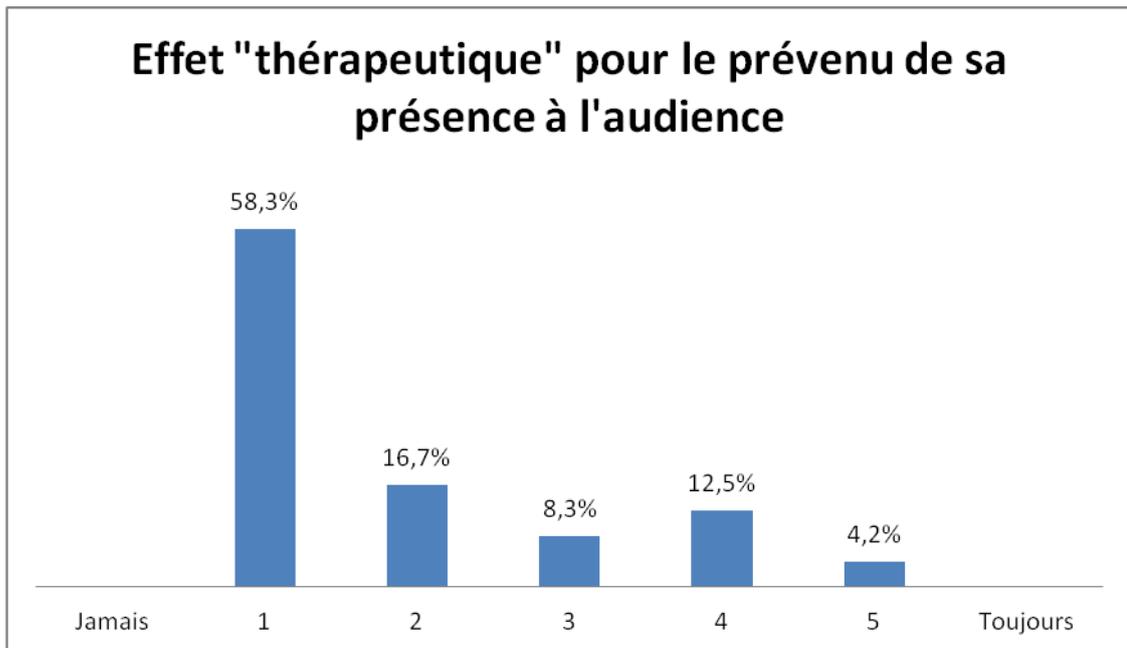


Figure 13 : effet thérapeutique pour le prévenu lors de sa comparution à l'audience

Parmi les experts qui ont répondu plutôt défavorablement à la question :

- certains ont avancé que l'audience n'est pas un acte thérapeutique, que son rôle est de rendre la justice,
- d'autres, que devant l'absence de conscience de la gravité de l'acte et l'incompréhension de la procédure, le prévenu ne pouvait tirer aucun bénéfice thérapeutique de cette audience.

Les experts ayant répondu plutôt favorablement ont argumenté leur réponse en expliquant que

- sa présence pouvait être la base d'un travail psychothérapeutique ultérieur,
- le patient pouvait lui-même faire part de ses motivations thérapeutiques,
- L'énoncé de la nécessité d'un traitement devant la loi pouvait rendre les choses un peu plus « solennelles »

Pour **60% des experts**, le prévenu n'était jamais ou rarement capable d'expliquer ses actes.

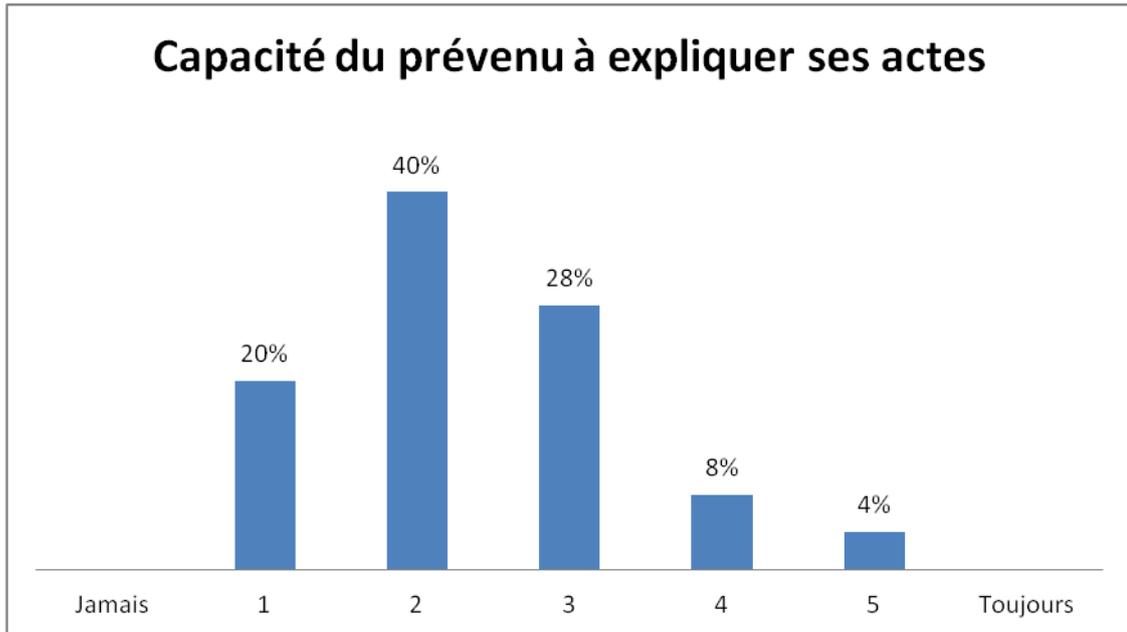


Figure 14 : Capacité du prévenu à expliquer ses actes lors de l'audience

Le prévenu ne semblait jamais ou rarement en capacité de comprendre la procédure pour **>50% des experts**.

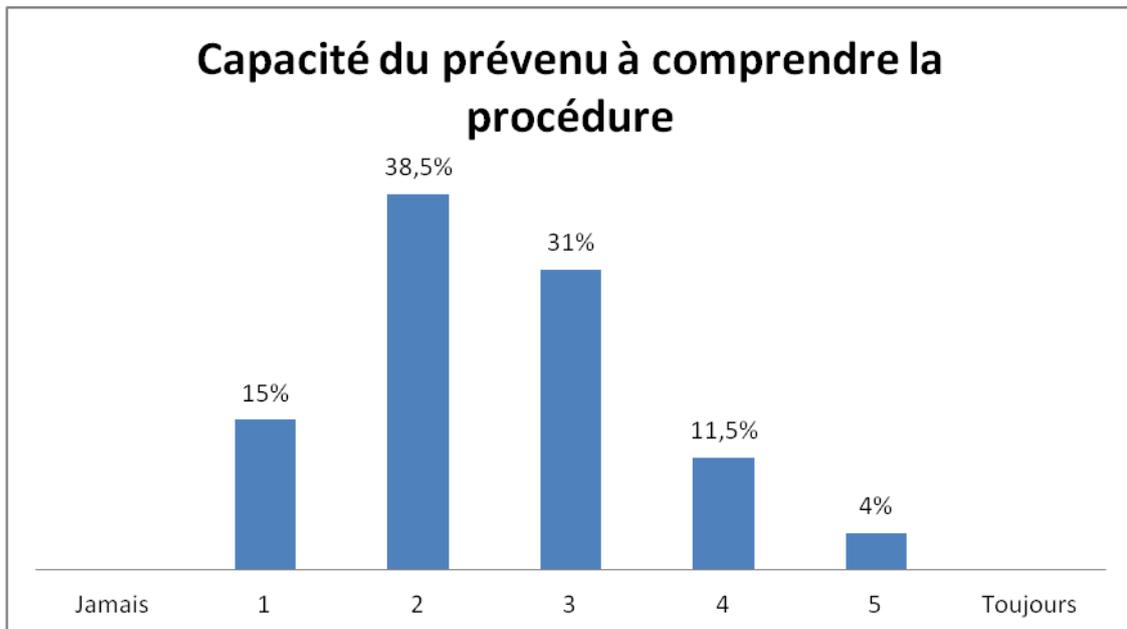


Figure 15 : Capacité du prévenu à comprendre la procédure judiciaire

38% (n=15) des experts ne sont pas favorables à la comparution du prévenu. **27% (n=11)** y sont favorables.

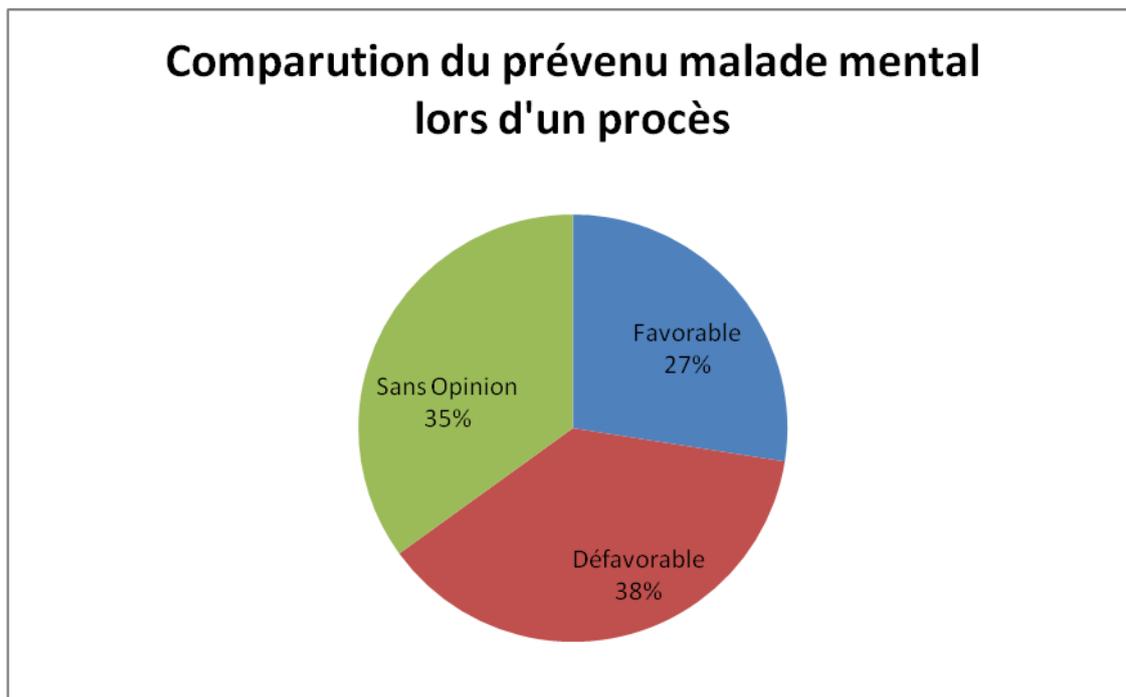


Figure 16 : Avis des experts sur la comparution du prévenu malade mental lors d'un procès

Les arguments pour :

- le droit d'être jugé publiquement comme tout citoyen,
- éviter les enfermements arbitraires,
- intérêt pédagogique en permettant de signifier la loi,
- permet la conclusion d'une procédure,
- si l'état du patient s'est amélioré, sa présence lui permet de prendre conscience de la gravité de son trouble et de la nécessité des soins.

Les arguments contre :

- l'absence de sens de cette procédure
- Incapacité pour le prévenu d'expliquer ce qu'il a fait et pourquoi il l'a fait, puisqu'il est souvent anosognosique
- Incompréhension du prévenu, avec risque de le perturber
- Exhibition péjorative

Expertise

Selon **>60% des experts**, pour une même affaire, les conclusions des expertises allaient toujours ou souvent dans le même sens.

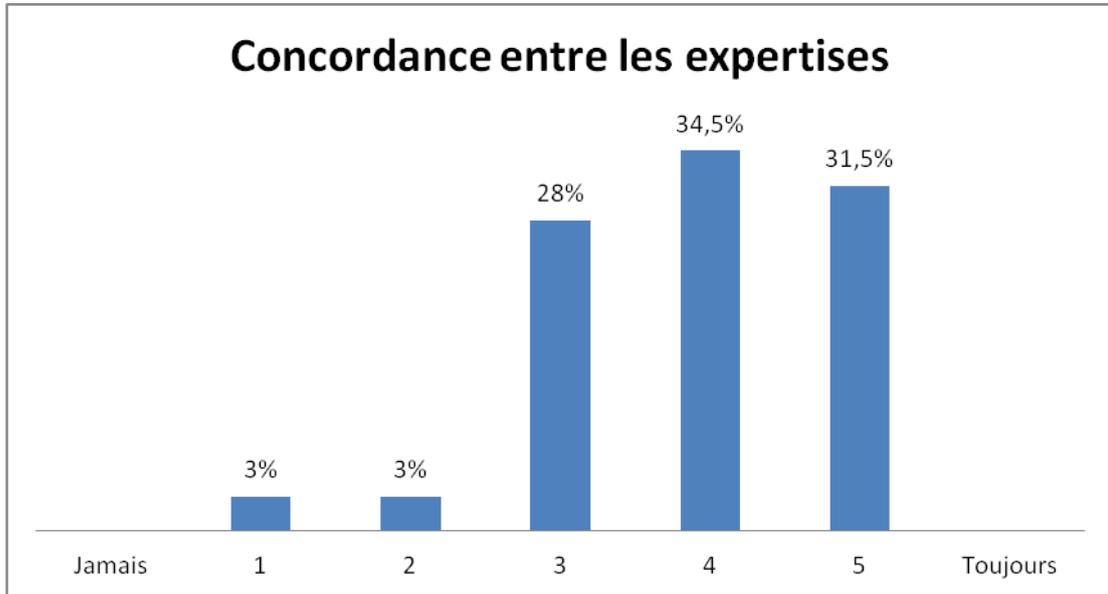


Figure 17 : Concordance des expertises pour une même affaire

Il n'a pas pu être mis en évidence une tendance lorsque les conclusions d'expertises sont différentes quant à la présence ou non de débat dans ces cas là.

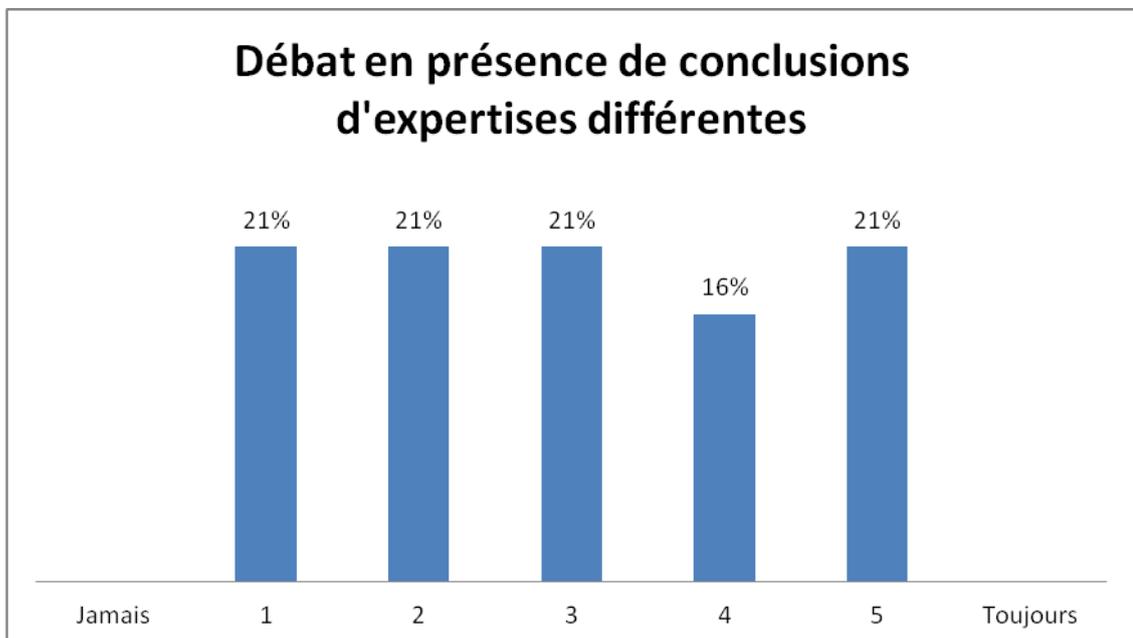


Figure 18 : Présence de débat si les conclusions des experts sont différentes

Mesures de sûreté

Plus de **65% des experts** ne proposent pas ou rarement de mesures de sûreté à la fin de leur expertise.

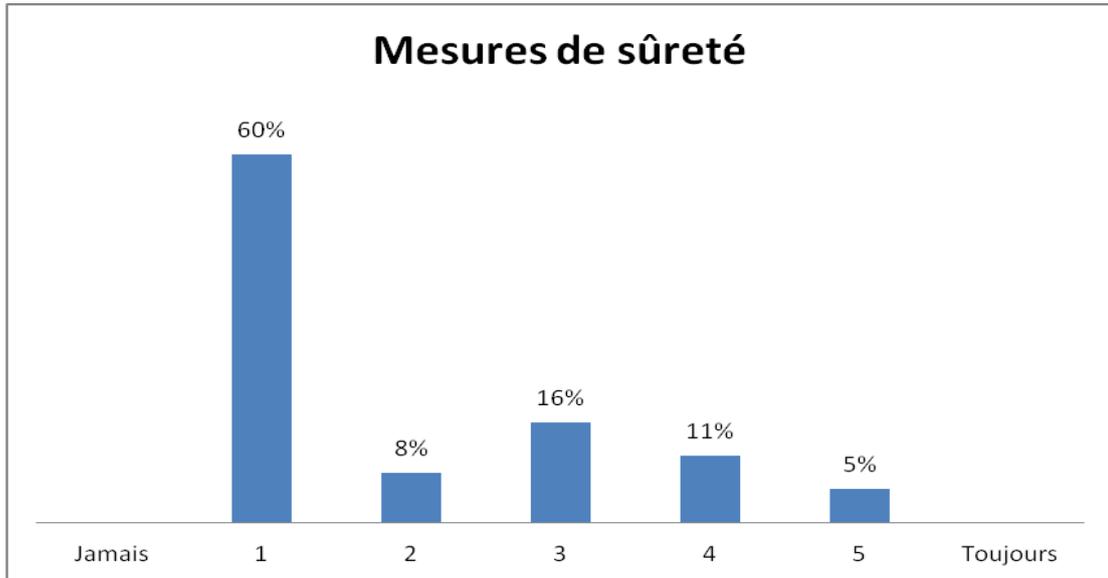


Figure 19 : Proposition des mesures de sûreté

Le principal argument qui incite les experts à proposer certaines mesures est la dangerosité psychiatrique.

La principale critique avancée contre les mesures de sûreté est leur caractère « d'ordre public » et le fait que leur non respect entraîne une sanction pénale.

Pour **>60% des experts**, la chambre d'instruction suit leurs avis dans la majorité des cas.

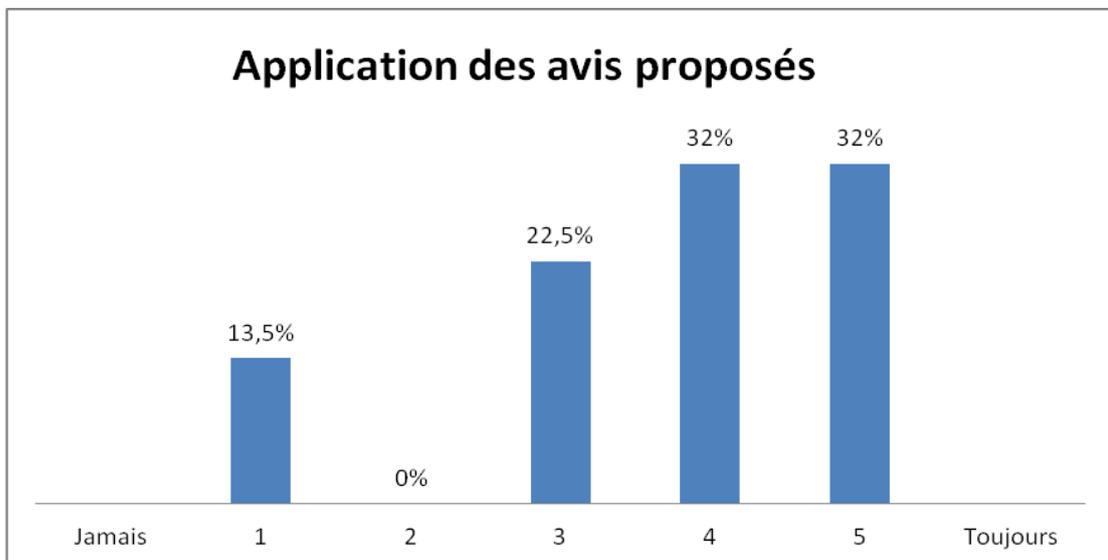


Figure 20 : Application par la chambre d'instruction des avis proposés par l'expert

Avis sur la loi

Les avis sur cette loi divergent. Nous les avons rassemblés en trois catégories : ceux qui sont plutôt en faveur de cette loi, ceux qui sont plutôt contre et ceux qui n'ont pas d'avis ou qui sont nuancés.

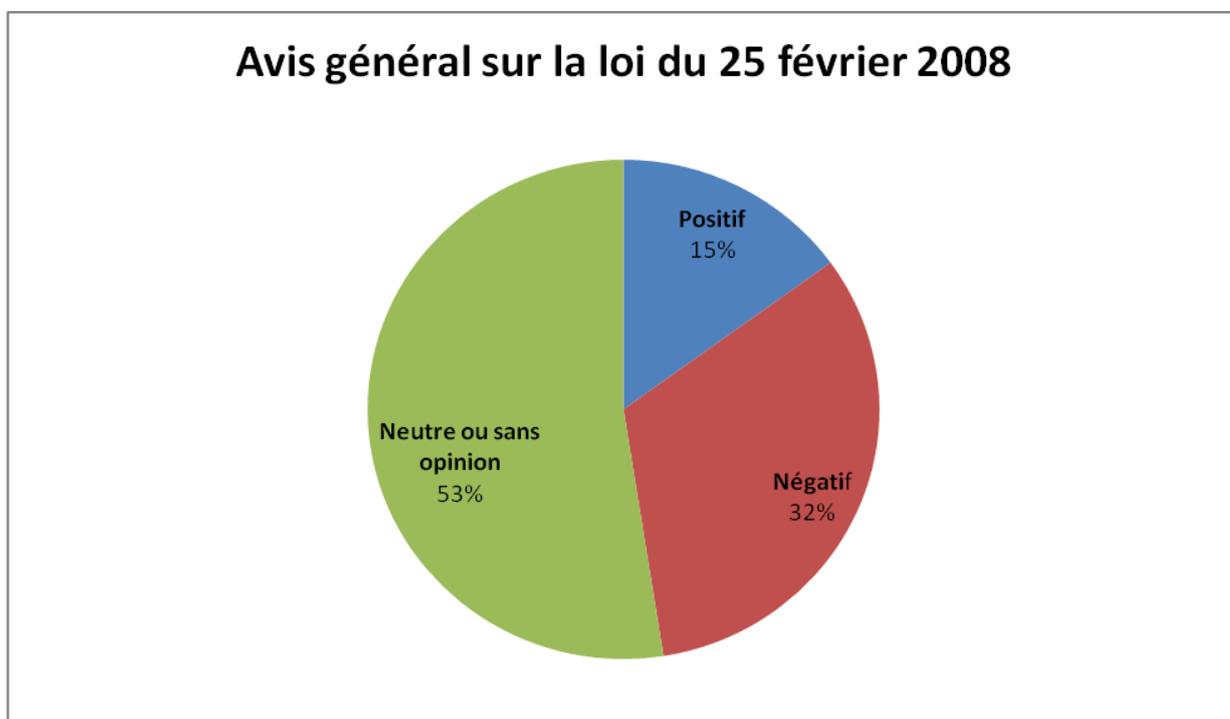


Figure 21 : Avis des experts sur la loi du 25 février 2008

Les avis positifs :

- pour les familles, cela permet un temps d'écoute, de compréhension, et donne l'impression d'une justice rendue.
- conforme aux droits de l'homme, en permettant à tout le monde d'avoir le même droit d'être jugé, le prévenu malade garde sa position de sujet
- bénéfique et didactique

Les avis négatifs :

- Impression qu'il ne se passe rien de significatif,
- Inutile et circonstancielle
- Potentiellement dangereuse et perturbante
- Incohérente
- Démagogique
- Perte de chance pour le prévenu malade car procédure rallongée et donc temps en prison augmenté au détriment du soin

C. Résultat en fonction de certaines données sociodémographiques

Résultats en fonction du sexe

		Homme	Femme	
Présence du patient	Favorable	32,25% (n=10)	11,2% (n=1)	p=0,3641
	Défavorable	35,5% (n=11)	33,3% (n=3)	
	Sans Opinion	32,25% (n=10)	55,5% (n=5)	
Avis sur la loi	Positif	16,1% (n=5)	11,2% (n=1)	p=0,6845
	Négatif	35,5% (n=11)	22,2% (n=2)	
	Sans opinion/Neutre	48,4% (n=15)	66,6% (n=6)	

Tableau 1

Il n'y a pas d'association significative entre le fait d'être un homme ou une femme et le fait d'être favorable, défavorable ou sans opinion au sujet de la présence du patient au procès (p=0,3641).

Il n'y a pas non plus d'association significative entre le fait d'être un homme ou une femme et le fait d'avoir un avis positif, négatif ou neutre au sujet de la loi du 25 février 2008 (p=0,6845).

Résultats en fonction de la date du début de l'activité expertale

		Expert avant 2008	Expert depuis ou après 2008	
Présence du patient	Favorable	23,3% (n=7)	40% (n=4)	p=0,4299
	Défavorable	43,4% (n=13)	20% (n=2)	
	Sans Opinion	33,3% (n=10)	40% (n=4)	
Avis sur la loi	Positif	6,7% (n=2)	40% (n=4)	p=0,03151
	Négatif	40% (n=12)	10% (n=1)	
	Sans opinion	53,3% (n=16)	50% (n=5)	

Tableau 2

Il n'y a pas d'association significative entre le fait d'être expert avant 2008 ou depuis 2008 et le fait d'être favorable, défavorable ou sans opinion au sujet de la présence du patient au procès (p=0,4299).

En revanche, il y a une différence statistiquement significative (p=0,03151) entre les experts, en fonction de leur date de début d'expertise au sujet de la loi. Les experts ayant débuté leur exercice depuis 2008 sont plus en faveur de celle-ci.

IV. Discussion

A. Choix du sujet

L'irresponsabilité pénale du malade mental est un sujet très vaste et intéressant soulevant des questions et des réflexions. Comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, elle a beaucoup évolué au cours du temps et continue actuellement de susciter des débats (5, 58,59). Les victimes de malades mentaux irresponsabilisés et leurs familles demandent une plus grande transparence de la procédure et reconnaissance de leur état de victime (11). La société, elle, demande que le malade irresponsabilisé soit traité comme tout le monde et que l'état la protège des personnes dangereuses.

La loi du 25 février 2005 a essayé de répondre à ces demandes (42).

Au cours de notre pratique, nous sommes amenés à rencontrer des patients irresponsabilisés pénalement, ainsi que des victimes de malades mentaux irresponsabilisés. Nous sommes donc concernés par leurs difficultés psychiques à chacun. D'un côté, la douleur des victimes face à l'incompréhension de l'absurdité d'un geste commis par quelqu'un privé de sa raison qui cherchent à se reconstruire. Et de l'autre côté, le malade mental ayant commis un crime dont il a à peine conscience la plupart du temps du fait de sa pathologie, qui doit répondre de son acte et se soigner. Cette nouvelle loi, avec les changements qu'elle a entraînés, permet-elle de satisfaire tout le monde ?

Nous avons trouvé dans la littérature des articles traitant de cette loi, des raisons de sa mise en place, de ses implications juridiques et médicales, mais à notre connaissance, il n'y a encore aucune étude ou enquête explorant la mise en pratique de l'audience publique et ses effets sur les victimes et les prévenus irresponsabilisés. Nous avons donc voulu en savoir un peu plus en interrogeant les experts sur cette nouvelle procédure afin d'en connaître les bénéfices.

B. Choix de la méthode

Nous avons choisi la méthode du questionnaire envoyé en ligne plutôt qu'un entretien en face à face car cela permettait de toucher plus de monde et il était plus facile à mettre en place.

Toutefois, un entretien en personne aurait permis de récolter des informations plus personnelles et de plus sensibiliser l'interlocuteur qui se serait sans doute senti plus concerné, surtout pour un sujet aussi complexe et controversé.

Les questions étaient majoritairement fermées car cela était plus rapide pour répondre et plus simple pour analyser les réponses.

Les questions ouvertes ont permis de mieux comprendre le point de vue des experts en les laissant s'exprimer librement sur le sujet, sans les limiter. Nous avons par la suite sélectionné dans leurs réponses, les éléments correspondant à notre problématique.

Après avoir analysé les résultats, il nous est apparu que d'autres questions auraient pu être posées pour enrichir cette enquête. Il aurait par exemple été intéressant de savoir quelle représentation les experts avaient du malade mental irresponsable (criminel ? personne vulnérable ?), de savoir si eux mêmes ont été confrontés personnellement à une situation de crime commis par un malade mental.

Nous avons choisi d'interroger les experts psychiatres du fait de leur rôle central dans cette procédure et pour leur capacité clinique à apprécier les effets de celle-ci sur les différentes personnes concernées.

C. Biais et limites de l'enquête

Tout d'abord, le taux de réponses est assez faible puisque nous n'avons pu récolter que 40 questionnaires. Il est donc difficile de pouvoir tirer des conclusions fiables. Nous ne pouvons qu'observer des tendances.

Du fait de ce nombre de réponses, il n'a pas été possible de faire toutes les analyses de données prévues.

Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les réponses en fonction des régions d'exercice. En effet, avec la présence dans certaines régions de faits divers marquants ayant touché l'opinion publique, les experts ont pu être influencé d'une manière ou d'une autre.

Une analyse en fonction de la pratique autre que l'expertise aurait aussi été intéressante, puisqu'en fonction du lieu où l'expert travaille il peut être amené à rencontrer les victimes ou le prévenu dans des contextes différents qui peuvent intervenir dans son avis sur le sujet.

Nous pouvons supposer que le choix du questionnaire envoyé en ligne induit un biais puisque seuls les experts lisant régulièrement leurs mails et étant à l'aise avec l'informatique peuvent répondre.

Les réponses aux questions sont très subjectives et reflètent le ressenti des experts, ce qui ne correspond peut être pas à la réalité vécue par les victimes et leurs familles ainsi que par les prévenus.

D'ailleurs, cette enquête ne s'intéressant qu'au point de vue des experts n'est peut être pas représentative de l'avis de l'ensemble des protagonistes. Il serait intéressant dans un second temps de s'intéresser aussi au point de vue des magistrats, des victimes et de leurs familles.

Les questions sur les mesures de sûreté ont posé quelques difficultés, et certaines personnes ne les ont pas bien comprises et ont confondu la « rétention de sûreté » décidée pour tout patient jugé dangereux après une peine d'au moins quinze ans de prison, avec les mesures de sûreté prononcées lors de l'audience publique après avis de l'expert psychiatre. Les résultats à ces questions ne reflètent donc probablement pas la réalité concernant cette mesure.

Cela révèle que certaines questions n'étaient peut être pas suffisamment claires pour permettre aux experts de répondre correctement. Elles auraient pu être plus détaillées.

D. Résultats

a. Généralités

Nous remarquons dans un premier temps que le nombre de réponses au questionnaire est assez faible, seulement 13,5 %.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce résultat. Tout d'abord peut être que la méthode du questionnaire n'est pas assez personnelle et qu'elle n'a pas permis d'interpeller assez de personnes. D'autre part, le sujet n'est peut être pas assez connu du fait d'une pratique finalement assez peu fréquente et donc peu d'experts se sont sentis concernés. Ils sont d'ailleurs plusieurs à avoir dit qu'ils n'avaient pas assez d'expérience pour répondre. C'est effectivement ce que l'on remarque, puisque malgré la mise en place depuis déjà 8 ans de l'audience publique, pratiquement **1/3 des experts interrogés n'y ont jamais assisté**.

Ils ne savent d'ailleurs pas souvent si la chambre d'instruction est saisie, puisque près de 50%

des experts interrogés ne savent pas si la chambre est saisie pour chacune de leurs affaires, ce qui montre à nouveau, qu'ils ne sont pour la plupart, pas très au courant de la procédure.

Sur l'ensemble des réponses, deux points importants ressortent :

- le **désaccord** au sein de l'échantillon qui a répondu, avec parfois des avis exprimés totalement opposés, qui reflètent des conceptions différentes de la psychiatrie. On observe d'ailleurs que le fait d'être expert depuis 2008 amène une approche plus en faveur de cette nouvelle loi, une conception plus récente de la psychiatrie ?

- un nombre important d'experts qui **n'arrivent pas à se prononcer** et surtout qui précisent que chaque situation est différente donc qu'il n'est pas évident de faire des généralités.

Cela se traduit bien, par la dernière question concernant l'avis général sur la loi, où les experts sont majoritairement (53%) indécis.

Les points de vue sont donc très partagés. Nous allons voir ce qu'il en ressort pour les différents protagonistes concernés par cette loi.

b. Pour les victimes et leurs familles

Elles semblent avoir investi ces audiences puisque environ 60% des experts pensent qu'elles **sont présentes plus d'une fois sur deux voire toujours**. Toutefois le taux d'absentéisme reste important (18,5%) sachant que cette loi a été mise en place avant tout pour les satisfaire.

De plus, il est intéressant de constater que dans les affaires auxquelles ont participé les experts interrogés, la partie civile n'a jamais fait la demande de cette audience. La décision se prend peut être directement avant que la partie civile en ait le temps ou peut être que cette audience n'est pas la solution attendue.

Elle permet en tout cas aux victimes et à leurs familles d'être confrontées au prévenu quand son état le permet, ce qui semble d'ailleurs être possible dans la majorité des cas, puisque 60% des experts estiment que la confrontation a souvent voire toujours lieu.

Cela peut les aider dans une certaine mesure à prendre conscience de la pathologie du prévenu, à apprécier son état, sous réserve qu'on leur explique les troubles et ainsi apporter une esquisse de réponse à leurs questions, bien que cela reste partiel. Parfois, le fait de voir par eux mêmes peut les aider. De plus, l'énoncé de la nécessité des soins au long cours leur permet aussi d'avoir un sentiment de moindre impunité, en montrant que le prévenu ne repart pas « sans rien », ce qui les aide dans leur travail de deuil et d'acceptation. Mais est-ce le rôle d'un procès de soulager les victimes?

C'est une question que l'on peut se poser puisqu'il a été mis en avant cet argument pour justifier la mise en place de cette audience. Cependant, la justice n'a pas pour but d'être thérapeutique. Elle peut l'être indirectement et favoriser ce travail de deuil ou d'acceptation mais doit-on favoriser cette démarche au détriment des prévenus malades mentaux ?

On peut d'ailleurs se questionner sur ce qui est thérapeutique ou ce qui soulage dans cette confrontation. Est-ce la reconnaissance des faits, la vision du coupable, l'énoncé d'une punition (dans ce cas, traitement qui est un soin).

Il ne faut pas oublier que, si le prévenu n'est pas reconnu condamnable pénalement, il le reste civilement, donc que vient-on chercher dans le pénal ?

En revanche, lorsque le patient est toujours mal et incapable de comprendre la procédure et d'expliquer son acte, cela peut avoir des effets négatifs sur les victimes et leurs familles qui n'auront pas de réponses à leurs questions, seront frustrées et resteront dans le désarroi. Parfois, l'attitude du prévenu, qui peut se montrer agressif voire justifier son acte de manière délirante, peut aggraver le sentiment de mal être ressenti.

Les experts estiment d'ailleurs en majorité (>60%) que les victimes et leurs familles ne sont rarement voire jamais soulagées par cette confrontation avec le prévenu.

Cette audience permet en tout cas de conclure une procédure, sans avoir le sentiment de laisser un dossier « inachevé ».

c. Pour les prévenus

Le prévenu, quant à lui, est très présent à ces audiences. Presque 60% des experts estiment qu'il y est toujours.

Cette audience lui permet de se voir donner la possibilité d'avoir lui aussi « un procès », d'avoir le droit d'être confronté au système judiciaire comme tout citoyen et de ne plus être mis à l'écart du fait de sa pathologie voire d'être enfermé arbitrairement. Cependant, lorsqu'il est innocent, il ne peut toujours pas prouver son innocence puisqu'à partir du moment où l'on a fait preuve de la matérialité des faits et qu'on le déclare irresponsable, la procédure se termine, cela reste donc une forme d'injustice.

De plus, cette volonté de normaliser le malade n'est elle pas un leurre d'égalité ? Finalement, cela n'est-il pas le reflet du fait que l'on ne respecte plus le malade dans ses différences et ses particularités ?

Les experts interrogés estiment en majorité que la présence du prévenu à cette audience n'est pas thérapeutique, qu'il n'est pas capable d'expliquer ce qu'il a fait ou de comprendre la procédure.

On peut considérer deux situations : lorsque le patient va mieux et qu'il peut avoir conscience de ce qu'il a fait et lorsqu'il en est encore incapable.

- Lorsque l'état de crise est passé et que le patient est capable de se rendre compte de ce qu'il a fait, cette audience peut permettre au prévenu d'être confronté à la réalité et à ce qu'il a fait, ce peut aussi être la base d'un support psychothérapeutique pour la suite.

Cette prise de conscience peut lui faire réaliser l'importance des soins et le sensibiliser à sa pathologie. De plus, l'énoncé de la nécessité d'un traitement dans une salle d'audience en rendant cela plus solennel et plus « obligatoire » peut avoir comme effet d'inciter plus efficacement le patient à suivre ses soins.

Pendant, n'étant pas lui-même au moment du crime, quel sens peut-il donner à son acte et que peut-il en tirer comme leçon ? Cela peut-il l'aider à prendre conscience de sa transgression et éviter une récidive ou à l'inverse, le plonger dans une incompréhension en le mettant face à un passage à l'acte dont il n'a aucun souvenir ou qu'il ne s'approprie pas ?

- Lorsque le prévenu n'est pas en mesure de comprendre la procédure ni de se souvenir de ce qu'il a fait, ou qu'il n'a pas conscience de la gravité de son acte, cette confrontation peut se montrer très violente pour lui et le mettre en difficulté devant ce « non-sens » qu'on lui impose.

Cela interroge sur les critères permettant d'assister à l'audience, qui reste à l'appréciation du psychiatre qui examine le prévenu au vu de l'audience sans qu'il y ait de consignes précises. Doit-il avoir conscience de son acte ? Etre capable de comprendre la procédure et ce qu'elle représente ? Ne plus délirer ? Ou seulement être calme et pouvoir se tenir tranquille ?

Un point négatif concernant cette audience qui a été soulevé, est qu'elle rallongerait la procédure. Or, pour les personnes qui ont besoin de soins, cela représente une perte de chance car toutes les prisons n'ont pas de SMPR ou la possibilité d'envoyer leurs prévenus en UHSA (10). Cela maintient le prévenu en prison alors qu'il devrait bénéficier des soins dont il a besoin dans une structure adaptée.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas évident de se prononcer sur l'intérêt ou non pour un prévenu qui va être déclaré irresponsable d'assister au procès. Les experts sont en effet très partagés sur cette question.

Un autre aspect de la loi du 25 février 2008 que nous avons questionné est la possibilité de prononcer des mesures de sûreté, lors de cette audience, après avis de l'expert psychiatre (42). Ces mesures telles qu'elles sont prévues actuellement peuvent laisser perplexe. En effet, on demande au psychiatre de s'avancer sur des mesures qui, si elles ne sont pas respectées, entraînent une sanction pénale. Certes, ce n'est pas le psychiatre qui impose la mesure, c'est le juge mais cela révèle toutefois une tendance à mettre des limites floues entre psychiatrie et justice et ce que l'on attend des experts psychiatres.

Ils sont d'ailleurs assez peu nombreux à en proposer à la fin de leur expertise, lorsqu'ils le font, c'est principalement que le prévenu présente une dangerosité psychiatrique.

d. Les expertises

Les victimes et leurs familles ont pu faire remonter leurs doutes par moment au sujet des conclusions des expertises psychiatriques, d'autant plus difficiles à comprendre lorsque deux experts rendent des conclusions différentes pour une même affaire (5,11). C'est en effet une science qui n'est pas exacte, d'où l'importance des débats pour confronter les points de vue et permettre d'échanger. Ce qui ne semble pour le moment pas être la majorité des cas. Toutefois, plus de 60% des experts estiment que la plupart du temps pour une même affaire, les conclusions vont dans le même sens.

Il pourrait être intéressant que les expertises soient étayées par des données psychométriques permettant d'évaluer le prévenu et ses capacités de discernement, et ainsi de rassurer sur des conclusions plus « fiables » ?

Il est rassurant de constater que, selon les experts, leur avis est le plus souvent suivi par la justice.

E. Conclusion

On retient finalement des éléments positifs et négatifs concernant cette loi et il est difficile de se prononcer pour ou contre et d'en généraliser le bien fondé, chaque situation étant différente.

On peut toutefois se demander quel est réellement son but, pour qui est-elle finalement bénéfique, et que se passe t-il vraiment dans ces audiences ? Est-ce que le vrai problème est la comparution du malade en procès ou autre chose ?

En tout cas, ces réflexions autour de l'irresponsabilité pénale du malade mental nous amène à nous interroger plus largement sur la place accordée aux malades mentaux dans notre société, sur les difficultés à concilier les intérêts de chacun et sur l'évolution du rôle du psychiatre.

Conclusion

L'irresponsabilité pénale du malade mental est un principe reconnu dans le droit français mais cette question fait débat depuis quelques temps dans une société de plus en plus sécuritaire. Le statut des victimes tend à être mieux pris en compte. L'abolition du discernement reste acceptée mais l'impunité des malades mentaux et leurs exclusions des procédures judiciaires sont plus difficilement admises.

C'est dans ce contexte que la loi du 25 février 2008 **relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** a été mise en place en s'efforçant de répondre aux demandes des victimes et de la société, tout en essayant de préserver la notion de soins pour les malades. Les changements majeurs de cette loi sont la mise en place d'une audience publique en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, les mesures de sûretés et la rétention de sûreté.

Cette loi ne semble satisfaire ni les magistrats, ni les psychiatres, ni les associations de victimes.

Nous avons réalisé une enquête descriptive simple dans laquelle nous avons interrogé les experts psychiatres de France à propos de leur expérience de cette loi et avons recueilli leur avis sur plusieurs de ses aspects, en particulier l'audience publique, afin de pouvoir faire un « état des lieux » après quelques années de pratique.

Il apparaît tout d'abord que cette loi semble encore peu pratiquée et peu connue. Malgré un retour relativement faible, il ressort un profond désaccord au sein de la communauté des experts psychiatres concernant aussi bien l'intérêt pour les victimes que pour les prévenus malades.

En ce qui concerne l'audience, les aspects positifs qui ont été notés sont tout d'abord pour les victimes et leurs familles la possibilité d'être en présence du prévenu et ainsi d'apprécier son état, d'avoir la possibilité de mieux comprendre la maladie avec un sentiment de moindre impunité. Pour le prévenu malade mental, il a été mis en évidence que cette comparution lui permettait d'être jugé comme tout citoyen et parfois de prendre conscience de la gravité de ses actes et de la nécessité des soins.

Il a souvent été précisé que le procès n'avait pas de vertu thérapeutique et qu'il pouvait avoir des effets néfastes aussi bien sur le prévenu qui n'est pas en capacité de comprendre ce qu'il a

fait et le sens de la procédure, que sur les victimes et leurs familles qui n'auront pas de réponses à leurs questions et qui resteront déçues voire perturbées en fonction de l'attitude du prévenu. Il est important de rappeler que les soins et la justice n'ont pas les mêmes objectifs.

Il est intéressant de noter que le taux de présence des victimes et de leurs familles à cette audience est relativement faible, seuls environ 20% sont toujours présents, comparativement à ce que l'on aurait pu attendre puisque la loi a été mise en place avant tout pour les satisfaire. Cela interroge sur le fait que peut être cette audience n'était pas la réponse la mieux adaptée.

Les mesures de sûreté interrogent sur la fonction que l'on attribue aux experts psychiatres puisqu'on leur demande de se prononcer sur des mesures qui apparaissent surtout d'ordre public et qui par ailleurs, si elles ne sont pas respectées entraînent des sanctions pénales. L'expert peut se prononcer sur la dangerosité psychiatrique mais non sur la dangerosité criminologique, or à travers ces mesures c'est ce qu'on lui demande.

Ainsi à travers l'étude de l'évolution de l'irresponsabilité pénale et cette enquête auprès des experts nous avons pu observer que la place du malade mental dans la société continue d'évoluer et de diviser et qu'il est difficile de concilier soin et punition, ainsi que protection de la société et meilleure prise en charge des malades mentaux.

Les pratiques actuelles ne semblent pas complètement adaptées, ni répondre entièrement aux attentes des différentes parties. La justice et la psychiatrie doivent poursuivre leur évolution et il est important de bien différencier le rôle de chacun tout en travaillant ensemble afin de proposer des réponses convenant à tous.

Les victimes et leurs familles doivent pouvoir avoir accès à des explications pour les aider à accepter et comprendre pourquoi le prévenu ne sera pas puni pénalement mais aura accès à des soins. Elles doivent aussi se sentir entendues et pouvoir bénéficier d'une procédure satisfaisante.

Le prévenu malade doit quand à lui avoir le droit d'être considéré comme un citoyen ordinaire tout en tenant compte de sa pathologie et ainsi privilégier les soins quand son état le justifie.

Annexe 1 : Ordonnance de commission d'expert 1

COUR D'APPEL DE BESANÇON
 TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
 DE BESANÇON
 CABINET DE [REDACTED]
 Vice-Président, chargé de l'instruction

ORDONNANCE
 DE COMMISSION D'EXPERT
 N° du Parquet : 1117300025
 N° de l'Instruction : 114/00060
 Procédure Criminelle

Nous, [REDACTED], Juge placé exerçant les fonctions de Juge d'instruction au Tribunal de Grande Instance de BESANÇON, désignée par ordonnance de Monsieur le Premier Président de la Cour d'appel de Besançon en date du 22 avril 2015 et par ordonnance de Madame la Présidente du Tribunal de grande instance de Besançon en date du 22 mai 2015, agissant en co saisine avec [REDACTED], Vice-Président, chargé de l'instruction au Tribunal de Grande Instance de BESANÇON,

Vu l'information suivie contre [REDACTED], domicilié chez Chez [REDACTED], [REDACTED];

Personnes mises en examen du chef de vol en bande organisée avec arme ; arrestation, enlèvement, sequestration ou detention arbitraire de plusieurs personnes commis en bande organisée ; recel de bien provenant d'un vol ; vol en bande organisée ; tentative de vol par effraction dans un local d'habitation ou un lieu d'entrepot;

Vu les articles 156 et suivants du Code de Procédure Pénale ;

Commettons [REDACTED], expert inscrit près la Cour d'Appel de Besançon pour remplir la mission ci-dessous indiquée ;

Disons que l'expert remettra un rapport détaillé, en deux exemplaires, contenant son avis motivé et l'attestation qu'il a personnellement rempli la mission qui lui a été confiée avant le 30 Septembre 2015.

INDIQUONS que conformément aux dispositions de l'article 161-1 du code de procédure pénale, la présente ordonnance a été communiquée aux parties et est donc susceptible de connaître des modifications dans les délais prévus par ces dispositions ; en conséquence, les opérations d'expertise ne peuvent commencer avant l'expiration d'un délai de dix jours ;

MISSION

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir, après avoir pris connaissance de la procédure et s'être entouré de tous renseignements utiles, procéder à l'examen psychiatrique de [REDACTED] et de répondre notamment aux questions 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.
- 2° L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- 3° Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- 4° Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?

5° Le sujet est-il curable ou réadaptable ?

6° Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ?

Fait en notre cabinet, le 23 Juillet 2015
Le Juge d'instruction.



Copie transmise ce jour au procureur de la République.
Le greffier

A handwritten signature in black ink, likely belonging to the clerk.

Copie envoyée ce jour aux avocats des parties par télécopie avec réception.
Le greffier

A handwritten signature in black ink, likely belonging to the clerk.

LA PRÉSENTE VAUT PERMIS DE COMMUNIQUER

Copie certifiée conforme



Annexe 2 : Ordonnance de commission d'expert 2

COUR D'APPEL DE LYON
Chambre de l'Instruction
1, rue du Palais de Justice
69005 LYON

Tél. : 04.72.77.30.65
Fax : 04.72.77.30.04

ORDONNANCE
DE DÉSIGNATION D'EXPERT

Affaire : [REDACTED]

N/Références : [REDACTED]

Nous, [REDACTED]
président de la Chambre de l'instruction de la Cour d'appel de Lyon,

Vu la procédure d'information criminelle suivie au cabinet de [REDACTED], vice-président chargé des fonctions de juge d'instruction au tribunal de grande instance de LYON contre :

[REDACTED]
né le [REDACTED]
de [REDACTED] et de [REDACTED]
demeurant : [REDACTED]

détenu provisoirement à la Maison d'Arrêt de LYON CORBAS
mandat de dépôt criminel du 14 décembre 2014

mis en examen du chef d'assassinat

ayant pour conseil Me [REDACTED] avocat au barreau de LYON,

Commettons :

le Docteur [REDACTED]
demeurant [REDACTED]

pour remplir la mission ci-dessous indiquée.

Disons que l'expert remettra un rapport détaillé contenant son avis motivé et l'attestation qu'il a personnellement rempli la mission qui lui a été confiée impérativement avant le **29 avril 2016**.

Disons qu'en cas d'empêchement, l'expert avisera téléphoniquement le greffe de la Chambre de l'instruction le plus rapidement possible.

Fait en notre cabinet, le 18/03/2016
Le président de la Chambre de l'instruction

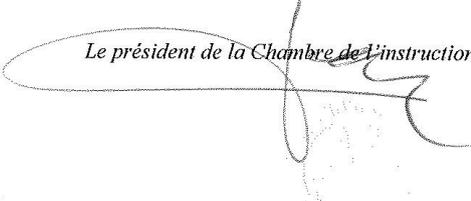
MISSION

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir, après vous être entouré de tous renseignements utiles et avoir consulté le dossier de l'intéressé,

1°) procéder à l'expertise médicale destinée à décrire l'état de santé actuel de [REDACTED] et dire si cet état permet une comparution personnelle de l'intéressé à l'audience de la Chambre de l'instruction de la Cour d'appel de Lyon

2°) conformément aux dispositions de l'article 706-122 et 706-135 du Code de procédure pénale, donner votre avis sur la nécessité ou l'opportunité de prononcer à son égard, au cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, les mesures de sûreté prévues par l'article 706-136 du Code de procédure pénale et, le cas échéant, une mesure d'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L 3222-1 du Code de la Santé publique.

Le président de la Chambre de l'instruction



P.J. :

- copie des expertises psychiatriques pratiquées par :
 - le [REDACTED] le 28 janvier 2015
 - le [REDACTED] le 19 juillet 2015
 - le [REDACTED] le 5 décembre 2014
- copie de l'ordonnance de [REDACTED], vice-président en charge des fonctions de juge d'instruction du Tribunal de grande instance de Lyon, en date du 16 février 2016

DEPOT DU RAPPORT

Le

au greffe de la Chambre de l'instruction,

nous, greffier,

avons personnellement reçu le rapport rédigé par le [REDACTED] expert commis, lequel a effectué le dépôt de son rapport entre nos mains, l'affirmant sincère et véritable et attestant avoir personnellement accompli les opérations qui lui avaient été confiées.

Fait au greffe de la Chambre de l'instruction

Le

Le greffier

Annexe 3 : Questionnaire

Irresponsabilité pénale et audience publique

Recueil données sociodémographiques

- Êtes-vous

Une seule réponse possible.

- Homme
- Femme

- Quel est votre âge ?

- Quel a été votre lieu de formation ?

- Quelle est la date de l'obtention de votre thèse ?

- Depuis quelle année exercez vous votre pratique expertale ?

Dans quelle région exercez-vous ?

- Quelle pratique de la psychiatrie avez-vous en dehors de l'expertise ?

Plusieurs réponses possibles.

- Secteur
- UMD, UHSA, USIP
- Urgences
- Libéral
- Clinique
- Autre :

Article 199-1 du Code de Procédure Pénale (1995)

Cet article prévoyait la possibilité pour les victimes de faire appel d'une ordonnance de non-lieu et de demander ainsi la comparution de la personne mise en examen, si son état le permettait, devant la chambre d'instruction.

Avant la mise en place de cette loi aviez vous déjà assisté en tant qu'expert à des audiences publiques prévues par l'article 199-1

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

Si oui, qu'en aviez vous pensé ?

Audience Publique

Depuis la mise en place de cette loi, dans les affaires que vous avez suivies, la chambre d'instruction a-t-elle été saisie à chaque fois lorsque le juge d'instruction envisageait d'appliquer l'article 122-1 alinéa 1 ?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Ne sais pas

Par qui a-t-elle été saisie le plus fréquemment ?

Une seule réponse possible.

- Juge d'instruction
- Partie civile
- Procureur

A combien d'audiences publiques avez-vous assisté depuis la mise en place de cette loi ?

Une seule réponse possible.

- Aucune
- <5
- 5-10
- >10

Présence des familles à l'audience

Les victimes ou leur familles étaient-elles présentes à ces audiences ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- < 50% des fois
- > 50 % des fois
- Toujours

Si elles étaient présentes, ont elles pu être confrontées au prévenu ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------

Si oui, vous ont elles semblé soulagées par cette confrontation ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				

Pouvez vous détailler?

Ont-elles eu l'occasion de poser leurs questions par le biais de leur avocat?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				

Si les familles n'étaient pas présentes, étaient-elles représentées par leur avocat?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				

Présence du patient à l'audience

A quelle fréquence le patient était-il présent aux audiences ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- < 50% des fois
- > 50% des fois
- Toujours

Si le patient était présent, comment l'était-il ?

Une seule réponse possible.

- Physiquement
- Visioconférence

Sa présence vous a-t-elle semblée "thérapeutique" ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------

Pour quelles raisons ?

Lorsque le patient était présent, était-il capable d'expliquer ses actes?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------

Vous a-t-il semblé comprendre le sens de la procédure ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------

En règle générale que pensez-vous de la comparution du malade mental déclaré irresponsable lors d'un procès ?

Une seule réponse possible.

- Favorable
- Défavorable
- Sans opinion

Pourquoi?

Expertise

Les conclusions des différentes expertises réalisées allaient elles dans le même sens (abolition ou altération) ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------

Dans les cas où les conclusions étaient différentes y-a-t il eu débat entre les experts?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				

Mesures de sûreté

Vous est-il arrivé de proposer des mesures de sûreté à la fin d'une expertise ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				

Pour quels motifs ?

Le juge a-t-il suivi vos avis ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	<input type="radio"/>	Toujours				

Conclusion

En tant qu'expert et avec plusieurs années de recul sur cette loi qu'en pensez vous?

Bibliographie

1. Addad M, Bénézech M. L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux en droits français et anglo-saxons. Paris : Librairies techniques, 1978. 204p
2. Annuaire statistique de la justice, Paris, La documentation française, Edition 2011-2012
3. Barbier G, Demontes C, Lecerf JR, Michel JP. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information n° 434 (2009-2010) de, fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales ; 2010. 120p. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf>
4. Bébin X. Maladie mentale et trouble de la personnalité. Institut pour la Justice. Aout 2010. 31p
5. Bellard C, Ben Zina S, Lee Shu H. Le jugement de l'absent. [en ligne]. Disponible : <http://www.droit.univ-nantes.fr/m2dp/upload/word/absent.doc>.
6. Belloc. De la responsabilité morale chez les aliénés. *Ann Med Psychol.* 1861: 26-28
7. Benezech M. Brève histoire de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux de l'Antiquité à nos jours. Actes du Congrès International de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie Légales. Paris : Expansion Scientifique Française, 1991 : 7-14
8. Berthelemy C. Drame de Pau, du fait divers à la loi. *L'imprévu.* Nov 2015
9. Blanc A. Les attentes du juge d'instruction et du président de la cour d'assises. *Ann. Méd. Psychol.* 2006 ; 164 : 842-846
10. Bouchiat-Couchouron S. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, données actuelles et enjeux du débat. *La revue du Praticien.* 2008 ; 58 : 1397-1405
11. Boulay A. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux : la position de l'Apev. *AJP* 2004
12. Bouley D, Massoubre C, Serre C, et al. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol.* 2002 ; 160 :396-405
13. Brierre de Boismont A. De la responsabilité légale des aliénés. *Annales d'hygiènes publiques et de médecine légale.* 1863 ; 2(20) :328-401
14. Brioux V. « J'avais supplié les médecins d'interner Romain ». *Le parisien.* Mars 2008
15. Burgelin J.F. Rapport de la commission Santé-Justice, Santé, Justice et Dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Juillet 2005. 193p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000449.pdf>
16. Cario R. Les droits des victimes : état des lieux. *AJ Pénal.* 2004 ; 425-430
17. Causse F. De la comparution pénale du malade mental déclaré irresponsable [Mémoire, master 2 d'éthique médicale] Paris, France : Université René Descartes ; 2006-2007

18. Causse F, Aguilar E, Coffin JC, et al. Le patient psychiatrique irresponsable, nouvel acteur de la procédure pénale. L'évolution de la notion d'irresponsabilité pénale. M/S. 2010 ; 25 :751-755
19. Code civil-Article 414-3 [en ligne]. Code civil. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006427995&cidTexte=LEGITEXT000006070721>
20. Code pénale-Article 122-1 [en ligne]. Code pénal. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213>
21. Code de procédure pénale-Article 167-1 [en ligne]. Code de procédure pénale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000018171008>
22. Code de procédure pénale-Article 177 [en ligne]. Code de procédure pénale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006575400>
23. Code de procédure pénale-Article 199-1 [en ligne]. Code de procédure pénale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000028280822&cidTexte=LEGITEXT000006071154>
24. Code de procédure pénale-Article 349-1 [en ligne]. Code de procédure pénale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006576288>
25. Cousin M. Faut-il juger les fous criminels ? *L'express* 2004
26. Commission DLA37. Coupable d'être irresponsable. [en ligne]. Janvier 2010. Disponible : http://commissiondla37.pagesperso-orange.fr/politique_securitaire/Coupable_etre_responsable.pdf
27. Crampagne S. L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénal. [Thèse de médecine] Grenoble, France : Faculté de Grenoble ; 2013
28. D'Hauteville A. Les droits des victimes dans la loi du 15 Juin 2000. *Revue de science criminelle* 2001 ; 107-113
29. Dreyfus D. Abolition du discernement et responsabilité pénale. [en ligne]. Disponible : <http://www.cdmf-avocats.fr/abolition-du-discernement-responsabilite-penale/>
30. Dumay JM. Punir les fous ? *L'express* 2001
31. Durand-Souffland S. « Romain Dupuy : J'ai pris l'infirmière pour un mort-vivant ». *Le figaro*. 8 novembre 2007
32. Esquirol E. Note sur la Monomanie Homicide. Londres : J. B. Baillière, 1827. 55p
33. Foucault M. Le pouvoir psychiatrique. Paris : Ed. Seuil, Coll Hautes Etudes, 2003
34. Garraud, J.P. Rapport de la mission parlementaire sur la Dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006. 193p. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000800.pdf>

35. Goujon P., Gautier C., Rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses. Collection rapport d'information du Sénat. 2006. 95p. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/r05-420/r05-4201.pdf>
36. Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXème siècle, entre classicisme et défense sociale. *Champ péna/Penal field*, [en ligne], XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005. Disponible : <http://champpenal.revues.org/368> ; DOI : 10.4000/champpenal.368
37. Hémerly Y. Irresponsabilité pénale, évolution du concept. *Info Psy*. 2009 ; 85 : 727-733
38. Huret M. Faut-il juger les fous ? *L'express*. 2003
39. Lelievre N. Troubles mentaux et irresponsabilité pénale, quelles évolutions depuis la réforme de 2008. *Infirmiers.com*. 2009
40. Loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative www.legifrance.gouv.fr
41. Loi n°2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes www.legifrance.gouv.fr
42. 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 www.legifrance.gouv.fr
43. Lopez Mora L. Abolition, altération du discernement : destin pénal et médical des mis en causes. [Mémoire de master de recherche de droit pénal et sciences pénales] Paris, France : Université Paris II Panthéon-Assas ; 2010
44. Meurtre à l'hôpital psychiatrique de Pau. Secret d'actualité M6
45. Niveau G, Dang C. Nouveaux enjeux de la psychiatrie médico-légale. *Rev Med Suisse*. 2008 ; 4 : 1600-1604
46. Ollié JP, Fabre I. La responsabilité judiciaire des malades mentaux, comment concilier approches judiciaires et médicale ? *La revue du Praticien*. 2006 ; 56 : 935-938
47. Pau, Infirmières : le tueur ne sera pas jugé. *La dépêche*. 2007 aout 29
48. Pinel. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Paris ; Richard, Caille et Meiner. 1801. 318p
49. Postel J, Postel M. Esquirol et la monomanie homicide. *Histoire des sciences médicales*. 1988 ; 22 : 181-186
50. Protais C, Moreau D. 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 péna/Penal field* [En ligne], Séminaire du GERN "Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité" (2008-2009), mis en ligne le 03 mars 2009. Disponible : <http://champpenal.revues.org/7120> ; DOI : 10.4000/champpenal.7120
51. Rappart P. La fin du non-lieu judiciaire et son incidence sur le but des institutions psychiatriques médicolégales. *Annales médico-psychologiques*. 2008 ; 166 :569-574

52. Rapport du Sénat. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, document de travail du Sénat, série législation comparée, février 2004. Disponible : <https://www.senat.fr/lc/lc132/lc132.pdf>
53. Romain Dupuy : les infirmières de Pau. Faites entrer l'accusé France 2, Février 2009
54. Sautereau M, Brousse G, Meunier F, Jalenques I. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques. *Santé Publique*. 2009 ; 4(21) : 427-436
55. Sautereau M, Leca H, Vittoz A, Meunier F, Lamothe P. Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie : À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. *Psychiatrie et violence*. 2009 ; 9(1)
56. Senon JL. Evolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evol. Psychiatr.* 2005 ; 70(1) : 117-130
57. Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales. *Champ pénal/ Penal field*, [en ligne] XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité / Irresponsabilité pénale mis en ligne le 15 septembre 2005. Disponible : <http://champpenal.revues.org/77> ; DOI : 10.4000/champpenal.77
58. Senon JL, Jaafari N. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatre et justice ? *Info Psy*. 2008 ; 84 : 511-518
59. Senon JL, Manzanera C. Réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann. Méd. Psychol.* 2006 ; 164 : 818-82.
60. Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaire clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ pénal*. 2008 ; 4 :176-180
61. Senon JL, Pascal JC, Rossinelli G. Expertise psychiatrique pénale, audition publique des 25 et 26 janvier 2007, Fédération française de psychiatrie et de Haute Autorité de Santé. Montrouge : John Libbey Ed. 2007.
62. Thomasset F. La responsabilité pénale des malades mentaux au cœur d'un procès. *La Croix*. 2013
63. Voyer M. Dangereuse psychiatrie : l'état de la question. Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux. [Thèse de médecine] Poitiers, France : Faculté de Poitiers. 2008
64. Zagury D. Les victimes privées de procès : à propos de l'article 199-1 du code de procédure pénale. *Info Psy*. 1995 ; 5 :484-490
65. Zagury D. Faut-il juger les fous criminels ? *L'express*. 2004



Nom, prénom du candidat : EMERY Marine

CONCLUSIONS

L'irresponsabilité pénale du malade mental est un principe reconnu dans la justice française mais cette question fait débat depuis quelques temps dans une société de plus en plus sécuritaire. Le statut des victimes tend à être mieux pris en compte. L'abolition du discernement reste acceptée mais l'impunité des malades mentaux et leurs exclusions des procédures judiciaires sont plus difficilement admises.

C'est dans ce contexte que la loi du 25 février 2008 **relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** a été mise en place en s'efforçant de répondre aux demandes des victimes et de la société, tout en essayant de préserver la notion de soins pour les malades. Les changements majeurs de cette loi sont la mise en place d'une audience publique en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, les mesures de sûretés et la rétention de sûreté.

Cette loi ne semble satisfaire ni les magistrats, ni les psychiatres, ni les associations de victimes.

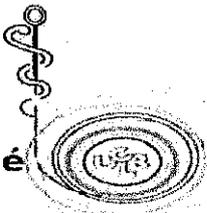
Nous avons réalisé une enquête descriptive simple dans laquelle nous avons interrogé les experts psychiatres de France à propos de leur expérience de cette loi et avons recueilli leur avis sur plusieurs de ses aspects, en particulier l'audience publique, afin de pouvoir faire un « état des lieux » après quelques années de pratique.

Il apparaît tout d'abord que cette loi semble encore peu pratiquée et peu connue. Malgré un retour relativement faible, il ressort un profond désaccord au sein de la communauté des experts psychiatres concernant aussi bien l'intérêt pour les victimes que pour les prévenus malades.

En ce qui concerne l'audience, les aspects positifs qui ont été notés sont tout d'abord pour les victimes et leurs familles la possibilité d'être en présence du prévenu et ainsi d'apprécier son état, d'avoir la possibilité de mieux comprendre la maladie avec un sentiment de moindre impunité. Pour le prévenu malade mental, il a été mis en évidence que cette comparution lui permettait d'être jugé comme tout citoyen et parfois de prendre conscience de la gravité de ses actes et de la nécessité des soins.

Il a souvent été précisé que le procès n'avait pas de vertu thérapeutique et qu'il pouvait avoir des effets néfastes aussi bien sur le prévenu qui n'est pas en capacité de comprendre ce qu'il a fait et le sens de la procédure, que sur les victimes et leurs familles qui n'auront pas de réponses à leurs questions et qui resteront déçues voire perturbées en fonction de l'attitude du prévenu. Il est important de rappeler que les soins et la justice n'ont pas les mêmes objectifs.

Il est intéressant de noter que le taux de présence des victimes et de leurs familles à cette audience est relativement faible, seuls environ 20% sont toujours présents, comparativement à ce que l'on aurait pu attendre puisque la loi a été mise en place avant tout pour les satisfaire. Cela interroge sur le fait que peut être cette audience n'était pas la réponse la mieux adaptée.


Faculté de Médecine
Lyon Est

Les mesures de sûreté interrogent sur la fonction que l'on attribue aux experts psychiatres puisqu'on leur demande de se prononcer sur des mesures qui apparaissent surtout d'ordre public et qui par ailleurs, si elles ne sont pas respectées entraînent des sanctions pénales. L'expert peut se prononcer sur la dangerosité psychiatrique mais non sur la dangerosité criminologique, or à travers ces mesures c'est ce qu'on lui demande.

Ainsi à travers l'étude de l'évolution de l'irresponsabilité pénale et cette enquête auprès des experts nous avons pu observer que la place du malade mental dans la société continue d'évoluer et de diviser et qu'il est difficile de concilier soin et punition, ainsi que protection de la société et meilleure prise en charge des malades mentaux.

Les pratiques actuelles ne semblent pas complètement adaptées, ni répondre entièrement aux attentes des différentes parties. La justice et la psychiatrie doivent poursuivre leur évolution et il est important de bien différencier le rôle de chacun tout en travaillant ensemble afin de proposer des réponses convenant à tous. Les victimes et leurs familles doivent pouvoir avoir accès à des explications pour les aider à accepter et comprendre pourquoi le prévenu ne sera pas puni pénalement mais aura accès à des soins. Elles doivent aussi se sentir entendues et pouvoir bénéficier d'une procédure satisfaisante.

Le prévenu malade doit quand à lui avoir le droit d'être considéré comme un citoyen ordinaire tout en tenant compte de sa pathologie et ainsi privilégier les soins quand son état le justifie.

Le Président de la thèse,
Pr. T. d'AMATO



VU :

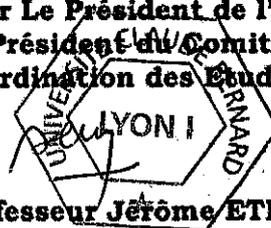
**Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est**



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :

**Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales**



Professeur Jérôme ETIENNE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **15 JUIN 2016**

**EMERY MARINE : L'EXPERT PSYCHIATRE ET L'AUDIENCE DE DECLARATION
D'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLE MENTAL**

111 f. 21 ill. 2 tabl.

Th. Méd : Lyon 2016 n°

Résumé :

Bien que l'irresponsabilité pénale du malade mental soit un principe reconnu dans le droit français, cette question fait débat depuis quelques temps dans une société de plus en plus sécuritaire.

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a été mise en place pour répondre aux demandes des victimes et de la société tout en essayant de préserver la question du soin pour les malades.

Nous avons mené une enquête auprès des experts psychiatres de France afin de faire un « état des lieux » sur sa mise en pratique et ses répercussions sur les différents protagonistes.

MOTS CLES :

Trouble mental
Irresponsabilité pénale
Audience publique
Experts psychiatres
Loi du 25 février 2008

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Thierry D'AMATO
Membres : Madame le Professeur Liliane DALIGAND
Monsieur le Professeur Emmanuel POULET
Monsieur le Docteur Hervé CLAUDEL

DATE DE SOUTENANCE : 13 Septembre 2016

Adresse de l'auteur : 265 Rue de Créqui, 69003 Lyon

Email : memeryterrier@gmail.com



 06 01 99 75 70

contact@imprimerie-mazenod.com

www.thesesmazenod.fr