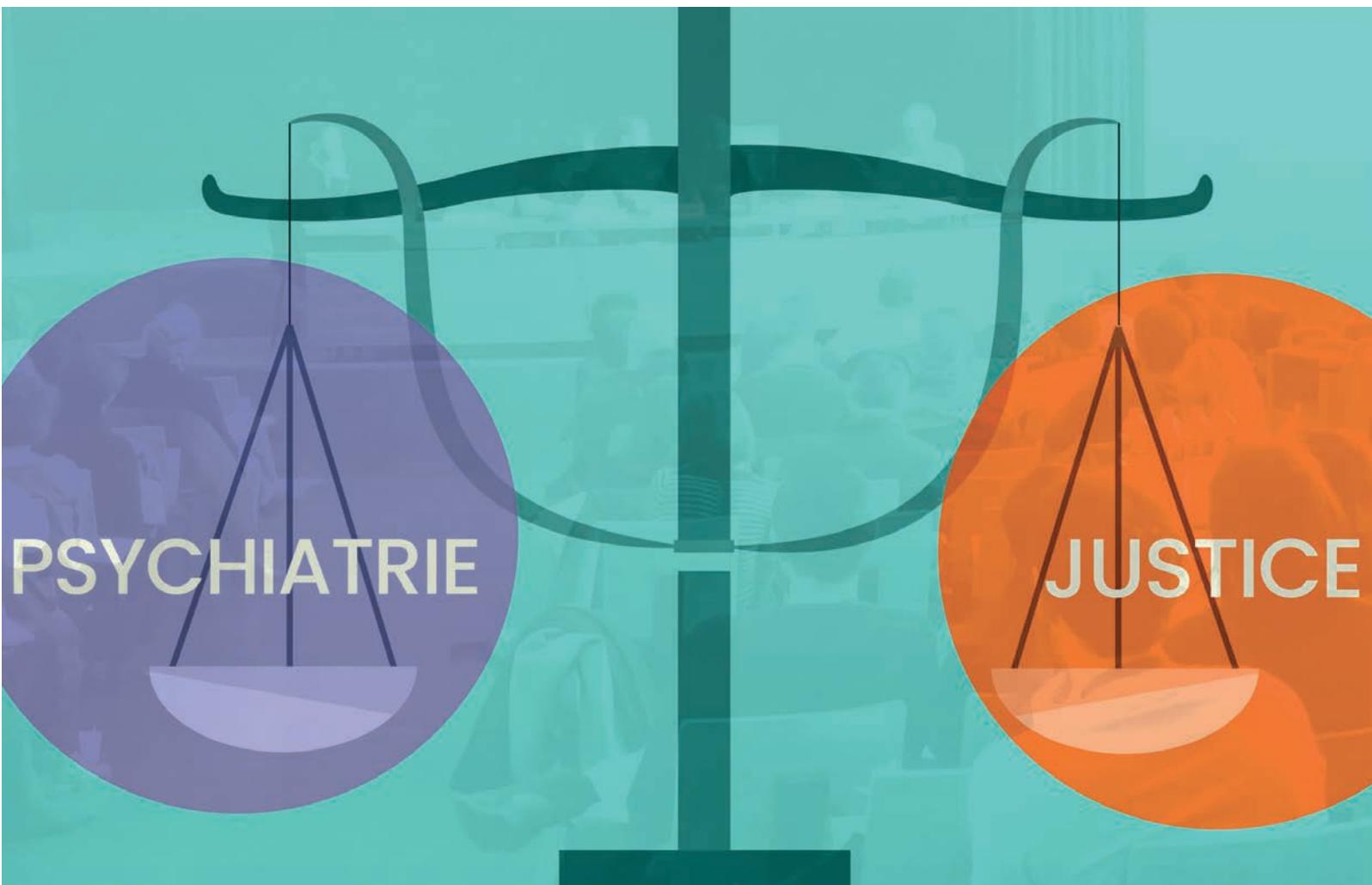


JOURNÉE DE RENCONTRE PSYCHIATRIE-JUSTICE

Mardi 15 novembre 2022 - Auditorium



ELÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Irresponsabilité pénale

Loi du 5 juillet 2011

Centre hospitalier Gérard MARCHANT
134 route d'Espagne
BP 65714
31057 TOULOUSE cedex 01



Espace de Psychiatrie Légale



Irresponsabilité pénale

Documents en ligne

DAVID Michel, De l'irresponsabilité pénale. Mémoire de la Fédération française de psychiatrie
Fédération Française de Psychiatrie, 2021, 82 p.
<https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2021/09/Memoire-Fedepsychiatrie-irresponsabilite-penale-v11092021.pdf>

MOUTCHOU Naïma/SAVIGNAT Antoine, Mission « flash » sur l'application de l'article 122-1 du code pénal. [Communication de la Mission]
Assemblée nationale, 2021, 17 p.
<https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/349608/3439404/version/1/file/Communication+Com+Lois+MI+122-1+Moutchou+Savignat.pdf>

RAIMBOURG Dominique Dir./HOUILLON Philippe Dir., Mission sur l'irresponsabilité pénale. Rapport
Ministère de la Justice, 2021, 62 p.
https://www.dalloz-actualite.fr/sites/dalloz-actualite.fr/files/resources/2021/05/rapport_houillon_raimbourg.pdf

LAFAYE Caroline /LANCELEVEE Camille/PROTAIS Caroline, L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux. [Rapport de recherche]
Mission de recherche Droit et Justice, 2016, 265 p.

Principe fondateur du droit pénal français, l'irresponsabilité pénale pour trouble mental a vu son champ d'application se resserrer au cours des vingt dernières années : notre rapport étudie ce mouvement de responsabilisation pénale des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux à partir de l'étude de différents univers professionnels impliqués dans la mise en œuvre de ce principe. Au moyen d'entretien (experts psychiatres, juges d'instruction, psychiatres cliniciens, personnes déclarées irresponsables) et d'analyses documentaires (presse, presse spécialisée, jurisprudence, textes de loi), la présente recherche met en évidence une ligne de fracture récurrente entre, d'une part, ceux qui voudraient revenir à une interprétation maximaliste du principe d'irresponsabilité, c'est-à-dire un élargissement de son champ d'application, et d'autre part, ceux qui promeuvent au contraire une interprétation limitative voire la suppression de ce principe. La seconde option semble s'affirmer avec force, dans une logique de défense sociale, c'est-à-dire avec l'ambition de mieux protéger la société tout en proposant un accompagnement ajusté aux personnes vues comme « dangereuses ». Cependant on observe dans tous ces univers professionnels une résistance d'une partie des acteurs à ces transformations sociales.
<http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/lirresponsabilite-penale-au-prisme-des-representations-sociales-de-la-folie-et-de-la-responsabilite-des-personnes-souffrant-de-troubles-mentaux/>

Articles

ASCENSI Lionel, Les transformations de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
ACTUALITE JURIDIQUE PENAL, 2021 ; n° 10 pp 452-454

BENSUSSAN Paul, La pénalisation de la folie
SANTE MENTALE, 2018 ; n° 227 pp 74-77

Résumé : En cas de délits ou de crimes, la loi actuelle permet de distinguer des personnes souffrant de troubles psychiatriques abolissant le discernement (et entraînant l'irresponsabilité pénale) de personnes souffrant de troubles psychiatriques l'ayant temporairement altéré. Dans le second cas, le sujet demeure punissable. Dans ce contexte, l'expertise doit être très clairement centrée sur le diagnostic précis d'éventuels troubles psychiques, basé sur la clinique et des preuves scientifiques, et non sur des idéologies quant aux fonctions d'un procès et la peine [Résumé d'auteur]

BENSUSSAN Paul, La pénalisation de la folie ou l'arbitraire en pratique expertale
ACTUALITE JURIDIQUE PENAL, 2021 ; n° 10 pp 456-459

BICHET Clémence/MONCANY Anne-Hélène, Le psychiatre face à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental : concepts, enjeux, perspectives

INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2022 ; vol. 98 n°2 pp 99-106

Résumé : À la suite d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, le représentant de l'État, ou les autorités judiciaires, peuvent prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques si l'état de la personne compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public. Ainsi, un cadre juridique est imposé à l'intervention médicale, qui doit être bien maîtrisé par les psychiatres. En effet, la réorganisation progressive du système de soins en faveur des prises en charge ambulatoires et la promotion du droit des patients peuvent mettre dans ce cas le psychiatre face à des impératifs pouvant sembler contradictoires : d'une part, protéger la société de patients ayant commis des actes criminels ou délictuels tout en favorisant leur sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions et les meilleurs délais. Cet article propose une explication simple et complète du concept d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, des conséquences sur le soin et les modalités de l'hospitalisation en soins sans consentement qui peut en découler. [Résumé d'éditeur]

BOUCHARD Jean-Pierre, Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ?

ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES, 2018 ; vol. 176 n°4 pp 421-424

Résumé : La détermination de l'irresponsabilité ou de la responsabilité pénales des auteurs d'infractions est une des questions présentielles les plus importantes. L'article 122-1 du Code pénal français en vigueur depuis le 1er mars 1994 permet de statuer sur ce sujet. Afin de mieux prendre en compte la diversité et la réalité mentale des auteurs d'infractions pénales, notamment de crimes, ce texte pourrait être réformé en trois points : la prise en compte de la possible pluralité de trouble(s) psychique(s) et/ou neuropsychique(s) au moment des faits ; la suppression des concepts flous d'"abolition" ou d'"altération du discernement" et d'"abolition" ou d'"entrave du contrôle des actes" sources d'interprétations divergentes et qui ne concernent pas toutes les personnes, atteintes de trouble(s) psychique(s) et/ou neuropsychique(s) au moment des faits, devant bénéficier de l'irresponsabilité pénale ou d'une réduction de peine ; le recentrage du texte des deux alinéas sur le lien de causalité exclusif ou non exclusif qui peut exister entre d'éventuel(s) trouble(s) psychique(s) et/ou neuropsychique(s) et la commission d'infraction(s) pénales dont la personne est coupable. Cette proposition de réforme de l'article 122-1 du Code pénal français, si elle était réalisée et mise en place, pourrait améliorer la validité des réponses apportées aux questions portant sur l'irresponsabilité ou la responsabilité pénales des auteurs d'infractions pénales en fonction de leur état mental au moment des faits qui leur sont reprochés. [résumé d'auteur]

BOURRAT GUEGUEN Anne, L'aménagement de la procédure pénale à l'égard de l'auteur d'une infraction atteint de troubles mentaux

DROIT PENAL, 2015 ; n° 2 pp 9-13

COUJARD Dominique/ DUBOIS Charlotte/ GILLET Jean-Louis/ MAHE Vincent/ PIERRON Jean-Philippe/ PROTAIS Caroline/ RAIMBOURG Dominique/ SALAS Denis, Juger les fous ? [dossier]

LES CAHIERS DE LA JUSTICE, 2021 ; n° 3 pp 395-467

COUJARD Dominique, Les leçons de l'affaire Halimi sur l'office du juge

LES CAHIERS DE LA JUSTICE, 2021 ; n° 3 pp 431-435

Résumé : Quand l'opinion demande à la psychiatrie de se conformer à ses impératifs moraux, le malentendu paraît à son comble. Certes, on ne juge pas pénalement les fous mais qui décide in fine ? L'affaire Sarah Halimi met le doigt sur une question peu abordée : l'office du juge. Alors que l'expérience de la cour d'assises ne fait que confirmer la montée en force de l'exigence sécuritaire, il paraît évident que la question de la responsabilité ne saurait se réduire à une approche exclusivement médicale. Elle constitue l'office du juge, même si c'est à la loi d'en fixer les contours généraux. [résumé d'auteur]

DAVID Michel, Errances du consentement et labilité du discernement

SOINS PSYCHIATRIE, 2021 ; vol. 42 n° 333 pp 16-19

Résumé: Consentement et discernement sont deux notions importantes, constamment présentes dans le quotidien des soignants en psychiatrie. La Haute Autorité de santé apporte un éclairage intéressant sur le discernement en le définissant à partir de cinq critères. Quant au consentement, il s'appuie sur le principe fondamental d'un accord donné sur une proposition avec une perception des enjeux par les différents partis. Les conséquences au sein de l'équipe pluridisciplinaire sont multiples entre les informations consignées dans le dossier médical partagé, les décisions de soins en fonction de la clinique et l'impact sur le collectif des patients. Autant de difficultés éthiques et pratiques sérieuses. [résumé d'auteur]

ESTANO Nicolas, Quelles évolutions possibles pour l'expertise psychiatrique et psychologique en France ?

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 2022 ; vol. 180 n° 3 pp 221-230,

Résumé : Les récentes polémiques autour de la question de l'irresponsabilité pénale et de la consommation de toxiques ont révélé, à nouveau, une incompréhension de la part du grand public, mais aussi des politiques, quant à la manière dont les expertises sont réalisées. Cette communication reprendra certaines propositions de loi, abordera les attentes des magistrats et des experts concernant ces missions, à l'aide d'une enquête menée auprès d'un petit échantillon de magistrats et d'experts, ainsi que les futures modifications possibles de cette pratique de l'expertise psychiatrique et psychologique au pénal dans les dix ans à venir. [résumé d'auteur]

FOVET T/ LANCELEVEE C / THOMAS P, Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes

BULLETTIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, 2022 ; vol. 206 n° 3 pp 301-309,

Résumé : La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et ayant commis une infraction pénale est extrêmement variable dans le monde. Cette problématique complexe vient, en effet, s'inscrire au croisement de la longue histoire du système pénal et du système de soins de chaque pays. Cet article propose une synthèse des liens entre santé mentale et justice pénale en France. Après une rapide contextualisation historique, les trajectoires possibles des personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis une infraction sont décrites à partir de la décision judiciaire concernant la responsabilité pénale. L'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues est exposée ainsi que les dispositifs psychocriminologiques mis en place par l'administration pénitentiaire et les mesures de soins pénalement ordonnés. L'articulation complexe entre le système de santé mentale et la justice pénale mais aussi les nombreuses problématiques émergentes sont finalement abordées. La prévalence élevée des troubles psychiatriques sévères dans les prisons soulève, en effet, de multiples inquiétudes, en particulier en ce qui concerne la situation de l'expertise psychiatrique, le manque de formation des soignants et l'absence d'alternative à l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. La reconnaissance de la psychiatrie légale dans la formation des psychiatres français pourrait constituer un facteur d'amélioration pour l'avenir. [résumé d'auteur]

GALLAND Damien/ JONAS Carol/ JARDRI Renaud/ WILQUIN Maroussia/ COTTENCIN Olivier/ THOMAS Pierre/ ROLLAND Benjamin, Comparaison du concept de « responsabilité » en neurosciences et en droit pénal : une revue croisée de littérature pour l'expertise psychiatrique,

LA PRESSE MEDICALE, 2016 ; vol. 45 n°6 pp 559-566,

Résumé : Points essentiels : Un médecin expert est amené à s'exprimer sur le discernement d'un individu au moment de faits criminels ou délictuels. La responsabilité est un concept de plus en plus exploré par les neurosciences. En neurosciences, la responsabilité est étudiée par l'intermédiaire de fonctions cognitives dont l'altération plus ou moins prolongée peut entraîner une atteinte de la notion de responsabilité. Ces fonctions cognitives sont : le processus de prise de décision, l'agentivité, la volition, la théorie de l'esprit et l'empathie. La responsabilité est considérée comme un concept plus large en droit pénal qu'en neurosciences. [résumé d'auteur]

GARCIA Mathieu, Réflexions critiques sur les notions d'abolition et d'altération de la faculté à discerner

MEDECINE & DROIT, 2021 ; n°167 pp 25-29

Résumé : La capacité de discernement représente une condition d'imputabilité dont la définition répond à des enjeux aussi bien techniques - relativement aux expertises psychiatriques et psychologiques pénales - que théoriques - eu égard à notre conception de la responsabilité pénale et des prérequis psychologiques qui la sous-tendent. Or, le fait est que depuis son entrée en vigueur en 1992 avec l'article 122-1 du Code pénal, cette notion de discernement souffre d'une certaine inconstance conceptuelle laissant poindre une dommageable pluralité d'acceptations faisant du verbe discerner le condensé d'un réseau hétérogène de fonctions psychiques qui se chevauchent et se confondent. Le polysémique terme de discernement accouche ainsi d'une indétermination fondamentale quant à la nature de la faculté qu'il s'agit précisément d'évaluer pour statuer sur son abolition ou sa préservation au moment du passage à l'acte. Ce qui n'est pas sans favoriser l'apparition et la persistance d'interprétations arbitraires, et par conséquent de conclusions expertales des plus discordantes. Plus problématique encore est néanmoins l'idée d'altération du discernement, compte tenu de l'irréductible décalage entre le caractère continu d'une altération et le caractère discontinu de la conclusion dont le sujet de droit fait l'objet, car la demande juridique commande de trancher - non par rapport à un phénomène continu mais - entre la présence et l'absence de quelque chose qui fait défaut. Nous montrerons en réalité en quoi ce concept d'altération tel qu'il s'applique au discernement se révèle ou dénué de sens, ou redondant - et donc parfaitement inutile - par rapport à celui d'abolition. Si bien que la seule solution envisageable pour maintenir une certaine gradation des niveaux de non-imputabilité semble consister à devoir expliciter les différents types d'abolition du discernement potentiellement relevés, pour ensuite en proposer

une hiérarchisation en fonction de leur plus ou moins grande compatibilité avec la sauvegarde d'une responsabilité morale. [résumé d'auteur]

GILLET Jean-Louis, Irresponsabilité pénale pour défaut de discernement : évidence des hommes et justice du droit

LES CAHIERS DE LA JUSTICE, 2021 ; n° 3 pp 389-394

GUIVARCH Jokthan/PIERCECCHI-MARTI Marie Dominique/GLEZER Daniel/CHABANNES Jean Marc, Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence

ENCEPHALE, 2016 ; vol. 42 n°4 pp 296-303

Résumé : L'expertise psychiatrique pénale semble aujourd'hui en France connaître un malaise, avec des critiques de plus en plus nombreuses, portant plus particulièrement sur l'existence de divergences entre les experts. Notre objectif était de rechercher les points de divergences entre les experts, d'essayer d'en comprendre l'origine et de proposer des pistes pour essayer de les réduire. Pour cela, nous avons réalisé une enquête auprès des experts psychiatres de la cour d'appel d'Aix-en-Provence, à l'aide d'entretiens semi-directifs, portant sur un cadre restreint, l'expertise psychiatrique pré-sententielle des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire. Nous avons mis en évidence d'importantes divergences entre les experts concernant la question de la responsabilité pénale des personnes schizophrènes - pour laquelle les professionnels semblaient plutôt retenir l'alternative entre abolition et altération du discernement -, plus particulièrement dans des contextes plus spécifiques, comme l'arrêt du traitement ou la prise de toxiques au moment des faits. Les désaccords étaient liés à des écoles de pensée différentes ou à des conceptions personnelles qui pouvaient fausser l'évaluation clinique et surtout l'interprétation médico-légale du lien entre la pathologie et les faits. Nous avons dégagé cinq perspectives pour réduire les divergences. [résumé d'auteur]

HUMBERT Sylvie, Prévenir les risques, juges et psychiatres face aux mêmes objectifs

INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2017 ; vol. 93 n°3 pp 185-191

Résumé : L'irresponsabilité pénale des malades mentaux est établie dès le deuxième siècle de notre ère par les empereurs romains et s'inscrit dans la durée. Confirmant le droit de l'Ancien Régime, le code pénal de 1810 considère que le criminel est maître de sa raison, et que le fou ne saurait être criminel. Très rapidement, la frontière perméable du crime et de la folie devient l'objet d'études spécifiques et montre ses limites confortées par des affaires judiciaires sordides et le plus souvent sans mobile. La « folie criminelle », déraison totale, oscille vers une déraison partielle et sont dénoncées les dérives qui conduisent à l'impunité des coupables. Au xxième siècle, face aux risques liés à la dangerosité et aux possibles récidives, une nouvelle approche de la responsabilité pénale aboutit à privilégier la défense de la société au détriment de l'individu, ce que certains considèrent comme favorisant la déshumanisation de la justice et de la psychiatrie. [Résumé d'éditeur]

JAMET Laetitia/NEVEUX Paul/SENON Jean-Louis/NABHAN ABOU Nidal, Abolition du discernement : état des lieux des pratiques des experts psychiatres dans l'ouest de la France

ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES, 2020 ; vol. 178 n°2 pp 105-109

Résumé : Le but de cette étude était d'étudier les caractéristiques des sujets considérés comme irresponsables pénalement en raison d'une abolition du discernement au titre de l'article 122-1, alinéa 1 du Code Pénal. Cette étude rétrospective recueillait, auprès de huit experts psychiatres exerçant dans l'ouest de la France, l'ensemble des expertises de 2016 ayant comme conclusion l'abolition du discernement. On étudiait alors la fréquence des abolitions, les caractéristiques sociodémographiques des sujets, les pathologies psychiatriques retrouvées selon le DSM-5, les infractions commises, les éléments de justification clinique et les conclusions de l'expert concernant une indication d'hospitalisation sous contrainte, la dangerosité psychiatrique, la curabilité et la réadaptabilité du sujet. Les sujets abolis n'étaient pas toujours considérés comme dangereux (pour 34,3 % des individus) même si le diagnostic de schizophrénie y était corrélé ($f=0,03$). L'hospitalisation sous contrainte était proposée dans 50 % des expertises et était associée à la conclusion de dangerosité ($f=0,01$). Trente-huit expertises sur les 763 recueillies concluaient à une abolition du discernement, soit une fréquence de 4,98 %. Les sujets souffraient d'un trouble du spectre de la schizophrénie ou d'un trouble délirant paranoïaque (85,2 %). Les arguments cliniques les plus présents étaient les idées délirantes de persécution (23,1 %) à mécanismes intuitif, interprétatif, hallucinatoire ou l'automatisme mental (39,7 %) et le syndrome dissociatif (10,7 %). Les troubles du spectre de la schizophrénie ou les délires paranoïaques sont les pathologies les plus retrouvées dans les expertises psychiatriques concluant à une abolition du discernement. [D'après le résumé d'auteur]

LANCELEVEE Camille/ PROTAIS Caroline, « J'étais pas vraiment moi » : L'expérience de personnes déclarées irresponsables pour cause de trouble mental »

ANTHROPOLOGIE & SANTE [En ligne], 2018 ; n° 16

Résumé : Le principe pénal « d'irresponsabilité pour cause de trouble mental » est l'objet d'une controverse importante dans le milieu psychiatrique français depuis les années 1980. Cet article vise à appréhender l'irresponsabilité pénale du point de vue des personnes qui en font l'objet. Les entretiens réalisés avec quinze patients hospitalisés mettent au jour au moins deux façons différentes de vivre l'irresponsabilité pénale et l'hospitalisation psychiatrique qui en résulte. Certains patients trouvent dans le diagnostic psychiatrique des éléments permettant de redonner un fil directeur à leur récit biographique et investissent l'hospitalisation comme un moment de conversion. D'autres personnes refusent ce diagnostic, infondé à leurs yeux. Pour ceux-ci, l'irresponsabilité pénale est vécue comme une mesure injuste et l'hospitalisation comme un enfermement arbitraire. En mettant en évidence ces expériences contrastées de l'irresponsabilité pénale, l'article éclaire sous un autre angle la controverse qui entoure ce principe de justice et apporte une réflexion sur la subjectivité des patients en psychiatrie. [résumé d'auteur]

<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2941>

LETURMY Laurence, La pénalisation des personnes atteintes de troubles mentaux

ACTUALITE JURIDIQUE PENAL, 2018 ; n° 11 pp 491-493

MENABE Catherine, L'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

ACTUALITE JURIDIQUE PENAL, 2018 ; n° 11 pp 488-490

MAHE Vincent, La responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux. Méthodologie de l'expertise psychiatrique

LES CAHIERS DE LA JUSTICE, 2021 ; n° 3 pp 399-415

Résumé : Pouvant paraître flou pour le non spécialiste de la pathologie mentale, le raisonnement médico-légal de l'expert-psychiatre devrait systématiquement reposer sur des éléments permettant d'évaluer la nature précise de l'interaction entre le niveau d'aliénation éventuelle d'un auteur d'infraction, et le rôle que la pathologie constatée a pu jouer dans la commission de cette infraction. C'est l'analyse de cette interaction spécifique qui permet de conclure à l'existence d'une abolition ou d'une altération du discernement. La question de la responsabilité pénale des auteurs d'infraction usagers de substances psycho-actives s'est invitée de façon de plus en plus insistante dans les débats experts. Cette question peut être découpée en quatre questions distinctes, dont trois médicales et l'une ouvrant sur débats juridiques et sociétaux, qu'il n'appartient pas à l'expert psychiatre de trancher. L'adjonction d'une question supplémentaire posée à l'expert psychiatre et interrogeant directement sur le rôle que l'auteur a joué dans l'émergence des symptômes psychiatriques modifiant le discernement et ayant conduit aux faits, pourrait permettre de progresser dans l'adaptation de la réponse pénale apportée à ces sujets. [résumé d'auteur]

MAHE Vincent, Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets,

REVUE DE MEDECINE LEGALE, 2015 ; vol. 6 n° 2 pp 70-77

Résumé : But : Décrire les troubles présentés par les auteurs d'infractions présentant une abolition ou une altération du discernement et du contrôle des actes, répertorier les actes commis, évaluer la fréquence de ces atteintes du discernement. Méthode : Étude descriptive rétrospective à partir d'un échantillon tiré d'une expérience personnelle et portant sur 1001 auteurs d'infraction dont 180 étaient atteints d'un trouble ayant altéré ou aboli le discernement et le contrôle des actes. Résultats : On note que 6,7 % des sujets de l'échantillon présentent une abolition du discernement et 11,3 % présentent une altération. Sujets au discernement altéré et sujets au discernement aboli présentent des profils cliniques sensiblement différents. Pathologies schizophréniques (45 % des cas d'abolition ou d'altération), puis délires chroniques en cas d'abolition (13 %) et déficiences intellectuelles en cas d'altération (27 %) en constituent les principales causes. Troubles de l'humeur, pathologies cérébrales organiques et pathologies rares complètent la liste. Si les sujets au discernement altéré et les sujets au discernement aboli diffèrent peu en termes d'infractions commises, certains délits (incendie volontaire, violences sur ascendant, menaces de mort et dégradations graves) sont sur-représentés dans le groupe des sujets au discernement altéré ou aboli par rapport au groupe témoin, alors que les infractions sexuelles et vols avec arme y sont sous-représentés. Conclusions : De multiples pathologies mentales peuvent donner lieu à une abolition ou une altération du discernement et du contrôle des actes, avec au premier rang, les psychoses schizophréniques. Abolition et altération diffèrent sensiblement en termes de fréquence d'application (rapport altération/abolition de 1,7), d'infractions commises et de fréquence des pathologies sous-jacentes. La plupart des faits commis au cours d'états mentaux pathologiques n'étaient pas visés par des textes spécifiques. De nombreux malades peuvent ainsi échapper à l'expertise psychiatrique,

pouvant rendre compte, entre autres causes, de la sur-morbidité psychiatrique en milieu carcéral. Des actions d'amélioration sont proposées. [résumé d'auteur]

MOULIA PELAT Estébanine/PONS Roseline/NABHAN ABOU Nidal, L'article 122-1 et après ? Devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal, entre 2015 et 2019, dans l'Ouest de la France ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES, 2022 ; vol. 180 n°4 pp 294-300

Résumé : Objectifs : Notre travail a pour but d'étudier le devenir des sujets considérés comme irresponsables sur le plan pénal en raison d'une abolition du discernement au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal et de mettre en évidence un lien entre leur pathologie, leur infraction et leur prise en charge. Matériel et méthode : Cette étude observationnelle et rétrospective a recueilli auprès d'un expert psychiatre exerçant auprès de la cour d'appel de Rennes l'ensemble des expertises de 2015 à 2019 ayant conclu à l'abolition du discernement. Les Agences Régionales de Santé de la région ouest de la France ont été sollicitées afin d'obtenir les éléments concernant le devenir de ces sujets depuis leur examen expertal. Nous avons étudié les caractéristiques médico-psycho-criminologiques, les pathologies retrouvées, les infractions commises et les conclusions de l'expert concernant la responsabilisation ou l'irresponsabilisation pénale conduisant à la nécessité d'une orientation sanitaire ou judiciaire. Résultats : Nous avons pu obtenir des informations concernant 58 sujets sur les 103 recueillis initialement. Au total, 19,42 % des sujets étaient en hospitalisation complète, 18,45 % en Programme de Soins et 17,48 % avaient bénéficié d'une levée de leur mesure. Les sujets souffraient d'un trouble psychotique dans 75,73 %. Pour une même infraction, cette population psychotique était plus souvent hospitalisée que les sujets non psychotiques (31,32 %) et parmi les sujets psychotiques, ils étaient également plus souvent hospitalisés en cas de crime (atteinte aux personnes ou crimes sexuels) commis que de délit (31,83 %). Conclusions : Notre hypothèse de départ a été confirmée par les tendances que nous avons pu dégager : les sujets considérés comme irresponsables sur le plan pénal ont tendance à rester hospitalisés, notamment lorsqu'ils sont psychotiques et qu'ils ont commis un crime. [résumé d'auteur]

PROTAIS Caroline, La responsabilisation des malades mentaux criminels

LES CAHIERS DE LA JUSTICE, 2021 ; n° 3 pp 437-451

Résumé : Les débats autour de l'affaire Kobil Traoré témoignent d'une tendance à responsabiliser des personnes présentant des troubles psychiatriques aigus sur plus d'un demi-siècle. Nous décrivons cette tendance de la part des experts psychiatres. Nous montrerons ensuite que le traitement qu'ils font de l'usage de « toxiques » inscrit dans une maladie mentale évolutive obéit à la même évolution. Dans le passé, l'évaluation de l'état psychiatrique au moment des faits primait et la consommation de drogue était bien souvent considérée comme inscrite dans le processus pathologique. De nos jours, les experts tendent à dissocier l'usage de la pathologie, pour soutenir la responsabilité du mis en examen malgré ses troubles. [résumé d'auteur]

PROTAIS Caroline, Irresponsabilité pénale : les enjeux de l'expertise

SANTE MENTALE, 2018 ; n°227 pp 78-83

Résumé : En France, les psychiatres intervenant en justice exposent de plus en plus les malades mentaux criminels à la sanction pénale et à la prison, en se prononçant pour leur état de responsabilité pénale. L'analyse des expertises réalisées entre 1950 et 2009 montre que le principe de l'irresponsabilité pénale, ardemment défendu par les experts au milieu du siècle dernier, s'est transformé. Aujourd'hui, seuls des patients souffrant de troubles psychotiques, en état de décompensation au moment des faits, semblent pouvoir en bénéficier. L'auteur explore le contexte social et celui du champ professionnel de la psychiatrie dans cette évolution [Résumé d'auteur]

PROTAIS Caroline/ LENA Maud/ WALZ Mickaël, Le Psychiatre et le juge

ACTUALITE JURIDIQUE PENAL, 2018 ; n° 11 pp 494-499

PROTAIS Caroline, La restriction du champ de l'irresponsabilité pour cause de trouble mental depuis 1950

CAHIERS DE LA JUSTICE, 2017 ; n° 2 pp. 315-328

Depuis la fin des années 1990, de nombreux acteurs sociaux dénoncent une tendance de la justice pénale à responsabiliser des personnes présentant des troubles psychiques graves et ayant commis des infractions. Qu'en est-il vraiment ? Quelle est l'implication des experts psychiatres commis par les juges dans cette évolution ? Sur la base d'un matériau d'enquête varié, combinant l'analyse des chiffres du ministère de la Justice et l'exploitation qualitative d'expertises depuis les années 1950, cet article dresse les principales évolutions de la pratique psychiatrique en justice confrontée à la question de la responsabilité des malades mentaux.

SENON Jean-Louis/JONAS Carol, Expertise psychiatrique pénale
EMC PSYCHIATRIE, 2017 ; vol. 171 n°37-902-A-10 pp 1-10

Résumé : L'expertise psychiatrique pénale est au coeur de la pratique expertale en psychiatrie. Depuis 1810, elle a une fonction de régulation de l'équilibre entre hôpital et prison, et donc entre santé et justice. L'expertise psychiatrique pré-sententielle est avant tout une expertise de responsabilité, où il s'agit pour l'expert de reconnaître une éventuelle pathologie psychiatrique et de discuter une abolition ou une altération du discernement. Depuis 2005, les expertises confiées aux psychiatres sont de plus en plus des expertises post-sententielles de prélibération où l'objectif est tout autre : évaluer les risques de récidive du condamné, pour ne pas dire sa dangerosité.[Résumé d'auteur]

RAOUL-CORMEIL Gilles/ ROUX-DEMARE François-Xavier, Personne pénalement irresponsable : mesure de soins psychiatriques et procédure de révision
SEMAINE JURIDIQUE, 2020 ; n°42 pp 1821-1825

Thèses

AZZOULAI Caroline, Schizophrénie et homicide, irresponsabilité pénale et missions des soignants
Thèse, Médecine spécialisée, Université de Picardie Jules Verne, Amiens, 2015
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254288>

PERRAULT Christophe, Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code Pénal) : quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques ? A propos de 601 rapports d'expertises psychiatriques pénales.
Thèse, Médecine spécialisée, Université Toulouse III - Paul Sabatier, Toulouse, 2013
<http://thesesante.ups-tlse.fr/280/1/2013TOU31585.pdf>

HAAS Agathe, Homicide et schizophrénie : quel devenir après l'infraction ?
Thèse, Médecine spécialisée, Université de Limoges, Limoges, 2020

CLERGET Elsa, L'irresponsabilité pénale pour trouble mental en France : à propos de 88 sujets auteurs d'infractions ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental
Thèse, Médecine spécialisée, Université de Lorraine, Nancy, 2015
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734411/document>

Loi du 5 juillet 2011

Documents en ligne

DAVID Michel Coord., Mémoire sur les soins sans consentement, l'isolement et la contention en considération des droits fondamentaux des usagers de la psychiatrie et dans la perspective d'une réforme des lois régissant la psychiatrie

Fédération Française de Psychiatrie, 2020 ; 31 p.

<https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2020/09/M%C3%A9moire-FFP-SSC-v5-1.pdf>

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Programme de soins psychiatriques sans consentement : Mise en oeuvre. Guide

Haute autorité de santé, 2021 ; 104 p.

Résumé : A l'issue d'un épisode d'hospitalisation complète sans consentement, il peut être proposé au patient un programme de soins psychiatriques sans consentement. La HAS propose un guide pour aider les équipes psychiatriques de secteur et les professionnels de proximité à prendre en charge les patients qui bénéficient de ces programmes. Ce guide s'adresse aux équipes soignantes de secteur psychiatrique, directeurs des établissements assurant une activité de psychiatrie, au médecin traitant, infirmier libéral psychologue et psychiatre libéral, professionnels exerçant dans le secteur social et médicosocial (SAMSAH, SAVS, foyers postcure, etc). [résumé d'auteur]

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement-mise-en-oeuvre

Ouvrages

DUPONT Marc/LAGUERRE Audrey/VOLPE Audrey, Soins sans consentement en psychiatrie : comprendre pour bien traiter

Presses de l'EHESP, 2015 ; 413 p.

Résumé : La possibilité de soigner un patient contre son gré est une spécificité de la psychiatrie. Chaque année en France, par nécessité, près de 80 000 patients sont traités pour leurs troubles mentaux sans y avoir consenti, pour des périodes plus ou moins longues. Les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 ont profondément modifié le cadre, dérogeant au droit commun, dans lequel des soins peuvent être dispensés sous cette forme. Elles visaient principalement à renforcer les garanties apportées aux malades pour leurs libertés individuelles et à établir un contrôle systématique du juge. Elles ont répondu aussi à une volonté des pouvoirs publics de protéger davantage la société des débordements pouvant être liés à certaines pathologies mentales. En 13 chapitres thématiques, toutes les dispositions autour des soins sans consentement en psychiatrie sont présentées. Les auteurs exposent la genèse et l'état actuel du droit, commentent la jurisprudence, en s'appuyant sur les données de la médecine psychiatrique et des bonnes pratiques professionnelles. Ils soulignent l'ambition de bien traiter aujourd'hui portée par la législation de santé mentale. Etudiants, professionnels et usagers des structures psychiatriques trouveront dans cet ouvrage exhaustif toutes les réponses aux nombreuses questions qu'ils peuvent se poser dans ces circonstances. [résumé d'auteur]

THERON Sophie, Les soins psychiatriques sans consentement

Dunod, 2017 ; 352 p.

Résumé : En 2015, 92 000 personnes étaient prises en charge en psychiatrie sans y avoir consenti. Les soins sans consentement - par définition dérogeant - ont fait l'objet d'une attention particulière du législateur ces dernières années. La loi du 5 juillet 2011 a créé une alternative à l'hospitalisation complète par le biais des programmes de soins. Elle a aussi instauré un contrôle systématique du juge judiciaire sur les hospitalisations complètes. La loi du 27 septembre 2013 a tenté de renforcer les droits du patient ou du moins de minimiser le plus possible les atteintes susceptibles d'y être portées lors de la mise en oeuvre des procédures. Cet ouvrage analyse les règles juridiques du dispositif des soins psychiatriques sans consentement, de son déclenchement à sa levée, en mettant l'accent sur les droits et libertés du patient. [résumé d'éditeur]

VELPRY Livia Dir./VIDAL NAQUET Pierre A Dir./EYRAUD Benoît Dir., *Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer*

Presses universitaires de Rennes, 2018 ; 202 p.

Résumé : La démocratisation des pratiques d'aide et de soin est au coeur des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales depuis la fin du XX^e siècle. Rechercher le consentement, éviter la contrainte en constituent les deux injonctions dominantes. En effet, les règles qui encadrent les pratiques de prise en charge visent à réduire la dimension contraignante de l'aide, à garantir le droit à l'information et la participation des personnes, ainsi que leur protection. En situation, les professionnels sont souvent confrontés à des conflits normatifs qui deviennent indécidables quand les personnes souffrent d'une altération de leurs capacités mentales. Comment faire alors, lorsque, à défaut de pouvoir 'protéger sans contraindre', il faut envisager de 'contraindre pour protéger' ? Le présent ouvrage rend compte de ces dilemmes à partir d'enquêtes empiriques menées dans le champ de la santé mentale. Qu'ils soient conduits à 'forcer' à 'influencer', à 'coopérer', ou encore à 'persuader' ou à 'empêcher', les professionnels de l'aide et du soin sont orientés par deux impératifs parfois contradictoires : l'impératif de protection d'un côté, l'impératif de liberté de l'autre. La régulation de leurs pratiques s'appuie sur deux registres : celui des droits fondamentaux, sans cesse réaffirmés ; celui des règles qui sont produites en continu au plus près des situations. Un tel mode de régulation questionne à nouveaux frais quelques-uns des enjeux actuels de la démocratie sanitaire. Cet ouvrage est issu des travaux menés dans le cadre du Collectif Contrast. [Résumé d'éditeur]

Articles

BERARD Karine, *L'éthique comme complément du cadre légal*

SOINS PSYCHIATRIE, 2020 ; vol. 41 n°328 pp 16-18

Résumé : La gestion des soins sous contrainte est la source de nombreuses questions juridiques pour les soignants face aux décisions à prendre. Au regard des textes et de la jurisprudence, le patient est considéré comme un sujet de droit. Ainsi, aucun acte de soin ne peut être réalisé sur sa personne sans son consentement libre et éclairé. Dans l'application du programme de soins, le patient conserve sa liberté, et donc celle de le poursuivre ou d'y mettre un terme. Face aux situations cliniques complexes, et pour éviter les situations incertaines, l'éthique peut permettre de trouver les réponses adaptées. [résumé d'auteur]

CHARBONNEL Aude/GENOT POK Isabelle, *Troisième réforme de l'isolement et contention en soins sans consentement. La loi suffit-elle pour changer les pratiques ?*

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE, 2022 ; n°606 pp 32-34

Résumé : Après de nombreuses péripéties législatives, constitutionnelles et jurisprudentielles, le régime juridique de l'isolement et de la contention en soins psychiatriques sans consentement est enfin consolidé. Il existe désormais une loi, un décret, une circulaire du ministère de la Justice, une instruction du ministère des Solidarités et de la Santé. Ces textes exigeants imposent des contraintes organisationnelles importantes pour les acteurs hospitaliers et judiciaires. Des durées impératives maximales rythment, d'une part, l'évaluation médicale du patient et les décisions médicales et, d'autre part, l'information du patient, de sa famille et du juge ainsi que la saisine de ce dernier. Le Conseil constitutionnel a rendu nécessaire cette nouvelle réforme. A-t-il été trop rude? [Résumé d'auteurs]

CHARBONNEL Aude / GENOT-POK Isabelle, *La réforme des soins sans consentement : Tout sauf un long fleuve tranquille ! Retour sur les dix ans d'application de la loi du 5 juillet 2011*

GESTIONS HOSPITALIERES, 2021 ; n°608 pp 442-448

Résumé : Dix ans déjà ! Et tous les mécontentements sur la réforme des soins psychiatriques sans consentement ont été exprimés avant, pendant et bien après sa publication le 6 juillet 2011 et son entrée en vigueur moins de trois semaines après, le 1^{er} août 2011. Après dix ans d'application, qu'en est-il réellement ? Quels bénéfices de la loi pour les patients ? Quels points d'achoppements juridiques et organisationnels existent encore ou se révèlent à l'épreuve de la pratique ? [résumé d'auteur]

COLDEFY Magali/GANDRE Coralie/RALLO Stéphanie Collab., *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre*

QUESTIONS D'ECONOMIE DE SANTE, 2022 ; n°269 pp 1-8

Résumé : La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route 'Santé mentale et psychiatrie' en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Dans ce cadre, un état des lieux national du recours à ces pratiques et de leurs évolutions est

présenté à partir des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P). En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Une hausse sensible du recours à ces soins est constatée entre 2012 et 2021 malgré un infléchissement depuis 2015. Si la pandémie de Covid-19 a conduit à une forte diminution du recours global aux soins en psychiatrie en 2020 (dont -8 % de personnes hospitalisées à temps plein), le recours aux soins sans consentement, correspondant à des situations de crise, a connu une réduction moindre (-1 % de personnes hospitalisées à temps plein). Les mesures d'isolement augmentent jusqu'en 2018, avec une légère inflexion en 2019. Mais, en 2020, ces pratiques connaissent un fort accroissement et leur ampleur, en baisse en 2021, reste cependant plus élevée qu'avant la crise sanitaire. Les premières estimations disponibles sur le recours à la contention mécanique font état d'environ 10 000 personnes concernées en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix. Une amélioration continue de la qualité, de l'exhaustivité et de la diffusion de ces données demeure nécessaire pour contribuer à l'objectif politique d'une réduction de ces pratiques. [résumé d'auteur]

COLDEFY Magali/FERNANDES Sarah/LAPALUS David Collab., Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011

QUESTIONS D'ECONOMIE DE SANTE, 2017 n°222 pp 1-8

Résumé : La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares : l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement, et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. D'autre part, un nouveau mode d'admission en « soins en cas de péril imminent » est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées. Réalisée à partir de données médico-administratives, cette étude analyse l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie, depuis la mise en place de la loi en 2011. 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires. [résumé d'auteur]

COSMIN MESU Rares/SAUZEAU David/MUGNIER Gabrièle/FOURNIS Gaël/GARRE Jean-Bernard/GOHIER Bénédicte, Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas

ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES, 2018 ; vol. 176 n°3 pp 249-255

Résumé : La loi du 5 juillet 2011 a introduit de nouveaux éléments dans la pratique des soins psychiatriques. Nous présenterons une étude observationnelle sur les soins sans consentement prodigués dans un échantillon de 510 cas inclus en Sarthe sur un an. Soixante jours après l'admission, la durée moyenne des soins était significativement plus courte pour les 115 cas en 'péril imminent' (26,1 jours) versus les 342 cas 'à la demande d'un tiers' (31,8 jours). Les hospitalisations initiées 'sur décision du représentant de l'État' (n = 53) avaient des caractéristiques différentes (p < 0,05) de celles 'sur décision du directeur de l'établissement' (n = 457). Les résultats de notre étude nécessitent d'être répliqués sur le plan national afin de mieux appréhender la pratique à travers le territoire. [résumé d'auteur]

COUTURIER Mathias, Le cas français : d'un dispositif administratif d'enfermement psychiatrique à un dispositif de coopération contrainte sous assistance judiciaire

REVUE INTERDISCIPLINAIRE D'ETUDES JURIDIQUES, 2022 ; n° 88 pp 103-133

Résumé : Le droit français, en matière de psychiatrie sous contrainte, consiste en un dispositif dans lequel l'individu est placé en mesure de soins psychiatriques sans consentement plutôt que strictement interné. La décision de placer la personne sous un tel régime de soins psychiatriques sans consentement est prise par une autorité administrative et le juge n'intervient qu'après la décision pour contrôler la légalité du placement en soins. Les procédures de placement en soins se sont multipliées ces dernières années et le nombre de mesures de soins sans consentement également. Ceci pose la question de la signification de cet élargissement de l'assiette des soins sans consentement alors même que la tendance est plutôt au renforcement des droits fondamentaux des patients dans le système de soins. [résumé d'auteur]

DEVERS Gilles, Isolement et contention : le régime textuel est désormais complet. Un guide pratique pour les équipes

SANTE MENTALE ET DROIT, 2022 ; vol. 22, n° 4 pp 534-541,

Résumé : Plus de trente ans la résolution de l'ONU de 1991, le législateur français s'est enfin doté en 2022 d'un régime complet et pertinent pour les mesures d'isolement et de contention. Cet article propose une lecture pratique de ce nouveau régime. [résumé d'auteur]

DUJARDIN LASCAUX Valériane/PECHILLON Eric, Le programme de soins : quelles responsabilités ?
INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2020 ; vol. 96 n°3 pp 195-200

Résumé : Le programme de soins constituant une modalité de prise en charge en soins sans consentement ambulatoire fut introduit dans le dispositif des soins psychiatriques par la loi 2011-803 du 05 juillet 2011, apparaissant dès lors pour les juristes comme un OJNI (objet juridique non identifié). Sa qualification juridique complexe conduit à un enchevêtrement de risques contentieux en termes de responsabilité. Quelles responsabilités ? Pour qui ? La décision légale de mettre en place - ou non - un programme de soins peut être à l'origine de conséquences dommageables et aboutir à rechercher, à déterminer la part de responsabilité imputable à chacun des acteurs : l'autorité administrative signataire de la mesure (1), le patient (2), le psychiatre (3), voire comme certains l'espère parfois le législateur lui-même (4). [Résumé d'auteur]

GENOT POK Isabelle, Jurisprudence en matière de soins sans consentement
GESTIONS HOSPITALIERES, 2019 ; n°591 pp 646-648

Résumé : La jurisprudence actuelle dans le domaine de la psychiatrie sans consentement est capable de révéler le pire comme le meilleur de l'interprétation de la loi. Quand les garants de la loi obscurcissent la compréhension de la norme Lorsque les droits du patient et la loi font objet d'une application éclairée par le juge Lorsque le juge étend lui même son champ de compétences. [résumé d'auteur]

GODET Tony/PECHILLON Eric/BIOTTEAU-LACOSTE Mélanie/SENON Jean-Louis/GAILLARD Philippe, Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures
ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES, 2017 ; vol. 175 n°8 pp 679-684

Résumé : Cette étude a pour objectif d'identifier les motifs de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement en France, depuis la loi du 5 juillet 2011. Nous avons réalisé une étude portant sur 117 décisions judiciaires ordonnant la mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans consentement recueillies en France. Les motifs retenus par les juges, afin d'ordonner la mainlevée de la mesure, ont été répertoriés et classés. Ainsi, 13 groupes ont été identifiés, dont les principaux sont : dans 21,9 % des cas les critères d'admission ne sont pas remplis à la lecture des certificats selon le juge, dans 16,7 % des cas le juge n'avait pas la preuve que l'information sur la mesure de soins à bien été délivrée au patient, dans 13,8 % des cas un des délais était dépassé (certificats, décision administrative, saisine du juge...), dans 13,2 % des cas le juge n'avait pas la preuve du recueil des observations du patient sur la mesure de soins et dans 8 % des cas un document manquait lors de la saisine du juge. Cette étude montre que les motifs de mainlevée sont très hétérogènes, aussi bien d'origine médicale qu'administrative. [résumé d'auteur]

GOUSSET R/ALAMOITCH N/MACHE C/GOUREVITCH R, Etude descriptive des mainlevées prononcées par le juge des libertés et de la détention au groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences du 1er novembre 2017 au 31 octobre 2018
ENCEPHALE, 2020 ; vol. 46 n°6 pp 436-442

Résumé : En France, la loi modifiée du 5 juillet 2011 a instauré un contrôle judiciaire systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement (SPSC). En 2015, 8,41 % des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) ordonnaient une levée des soins sous contrainte. Cette étude a pour but de décrire les motifs de mainlevées ordonnées par le JLD concernant les mesures de SPSC ayant eu lieu au sein du groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences du 1er novembre 2017 au 31 octobre 2018 [Premières phrases du résumé]

GRIMBERT Marc, Vers un juge médical : l'office du juge en matière de soins sous contrainte
ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 2021 ; vol. 179, n° 8 pp 735-739

Résumé : La loi de 2011, impulsée par les exigences du Conseil constitutionnel, a conféré à l'autorité judiciaire le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement. Toutefois, la loi n'a pas défini le cœur de l'office du juge : doit-il se contenter de vérifier la rectitude procédurale de l'hospitalisation ou doit-il statuer à la place du psychiatre sur son opportunité ? Si la Cour de cassation s'est prononcée en 2017 pour un contrôle de légalité, la loi nouvelle ayant pour objet de faire entrer les isolements et les contentions dans le champ du contrôle par le juge bouleverse l'architecture qui s'est mise en place. Elle semble en effet inviter le juge à statuer en opportunité, ce qui semblait déjà être la position du Conseil constitutionnel dès l'origine. Le questionnement sur la légitimité du juge pour intervenir dans un domaine médical pour lequel il n'a aucune compétence s'en trouve renouvelé, que seul un échevinage de la juridiction semble à même de résoudre. [résumé d'auteur]

HAZIF-THOMAS Cyril, NABHAN ABOU Nidal, LACAMBRE Mathieu, Isolement et contention en psychiatrie : à l'ombre du dogme de la fatalité

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 2021 ; vol. 179, n° 8, pp 708-712

Résumé : En France, les Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPSC) poursuivent depuis une dizaine d'années leur évolution à marche forcée, au rythme des injonctions du Conseil Constitutionnel à légiférer. Le psychiatre ne prescrit plus mais participe d'une décision de dernier recours prise à visée conservatoire dans le cadre d'une démarche thérapeutique. Sur quels critères ? Sur quels fondements médico-administratifs et juridiques ? Au code de déontologie défaillant se substitue la loi pour encadrer, en dernier recours, l'enfermement dans l'enfermement, l'isolement et la contention. Et protéger les malades mentaux vulnérables (et leur dignité) par l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans les hôpitaux psychiatriques. Hôpitaux et équipes de soins s'organisent aujourd'hui dans le respect des (nouvelles) contraintes pour (re)trouver l'équilibre nécessaire et proportionné entre protection et privation, liberté et soin. À condition d'avoir la possibilité de penser, enrichir et construire les (nouvelles) modalités du soin psychiatrique afin d'éloigner le dernier recours et mettre fin au dogme de la fatalité. [résumé d'auteur]

HORN M/FRASCA J/AMAD A/VAIVA G/THOMAS P/FOVET T, Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention

ENCEPHALE, 2019 ; vol. 45 n°6 pp 522-524

Résumé : Depuis la promulgation de la loi du 5 juillet 2011, la mission d'assurer la protection des droits des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement et d'éviter les prises en charge abusives a été confiée au juge des libertés et de la détention. Actuellement, près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée par le juge des libertés et de la détention, en dépit de la nécessité de soins estimée par les psychiatres. Afin d'améliorer notre compréhension des missions du juge des libertés et de la détention, et des fondements sur lesquels sont basées ses décisions, nous avons réalisé une enquête qualitative auprès des juges des libertés et de la détention du Tribunal de Grande Instance de Lille reposant sur un questionnaire semi-structuré. Les résultats mettent en évidence l'importance d'un respect très précis des procédures afin d'éviter les levées de soins sans consentement immédiates, ainsi que la nécessité d'une description clinique précise et justifiant la procédure de soins psychiatriques sans consentement engagée dans les certificats médicaux. L'intervention du juge des libertés et de la détention auprès des patients souffrant de troubles psychiatriques peut être un signe que la société les considère comme des citoyens, respectés en leurs droits. Toutefois, cette nouvelle mission nécessite un apprentissage progressif, basé sur des échanges réciproques avec les médecins et les soignants. [résumé de l'auteur]

JAMET L/ NEVEUX P/ GOHIER B/ ORSAT M, Évaluation du recours au programme de soins prévu par la loi du 5 juillet 2011

ENCEPHALE, 2021 ; vol. 47, n° 5 pp 420-425

Résumé : Objectifs : Bien que controversés et peu étudiés, les Programmes de Soins (PS) prévus par la loi du 5 juillet 2011 sont fréquemment utilisés. Les principaux objectifs étaient de s'intéresser à leur contenu, au profil clinique des patients concernés et au déroulement de ces PS. Méthodes : L'ensemble des PS mis en place entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2018 à l'EPSM de la Sarthe a été analysé. Les données organisationnelles des PS et les variables sociodémographiques et psychiatriques des patients en PS ont été étudiées. Résultats : Nous avons inclus 559 PS dont 70 % en soins sur décision du directeur d'établissement, avec une grande disparité selon les secteurs. Un tiers des hospitalisations sans consentement aboutissait à un PS. Ils concernaient 68,5 % d'hommes, atteints d'un trouble psychotique (77,8 %), avec des antécédents d'hospitalisations (90 %) et de mauvaise observance des soins (83,2 %). Les certificats initiant les PS ne comportaient pas de justification précise (34,6 %) ou mettaient en avant un objectif d'observance du traitement (16,5 %). Le contenu des PS était homogène : 65,6 % de consultations médicales et 47,6 % avec un infirmier, 100 % de traitement. Même si 69,9 % des PS étaient respectés, 52,8 % se concluaient par une réintégration, justifiée majoritairement par une rechute symptomatique (34,8 %). Une levée de la mesure était décidée pour 174 PS, sur des critères de stabilité clinique et de compliance. Conclusions : Les PS concernent des hommes présentant un trouble psychotique grave. Bien qu'il s'agisse d'une mesure restrictive de liberté, leur contenu est uniformisé et les certificats les justifient peu argumentés. [résumé d'auteur]

LEFEBVRE Adeline/ROELANDT Jean-Luc/SEBBANE Déborah, Les programmes de soins (PDS) : une double revue de la littérature systématique mixte en France et à l'international

INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2020 ; vol. 96 n°1 pp 13-20

Résumé : Libertés et contraintes sont des concepts débattus dans le champ de la psychiatrie depuis son origine et qui restent d'actualité. Les pays industrialisés qui ont développé un système de soin en santé mentale ont connu un virage ambulatoire pour des raisons humaniste, économique et dans un contexte de découverte des neuroleptiques. En France, le PDS est apparu dans la loi du 5 juillet 2011 révisée en 2013. Cet article présente le résultat d'une double revue de la littérature systématique mixte en France et à l'international. Elle explore

sur le plan qualitatif et quantitatif les contenus des écrits relatifs aux PDS dans la littérature française et les thématiques traitées par les chercheurs concernant l'équivalent des PDS à l'étranger. Ce travail s'inscrit dans une réflexion plus large, initiée par le GCS-CCOMS (Groupement de coopération sanitaire-Centre collaborateur de l'OMS) pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale de Lille. Cet état de l'art sur le sujet réaffirme sa complexité, située à l'interface d'enjeux juridiques, éthiques, sociétaux et sanitaires. [Résumé d'auteur]

MOREAU Delphine/MARQUES Ana, Programmes de soins : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital

INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2020 ; vol. 96 n°3 pp 177-184

Résumé : Instaurés par la loi du 5 juillet 2011, les 'programmes de soins' ont été défendus comme des mesures moins restrictives de liberté que les hospitalisations sans consentement, permettant d'articuler soins dans le milieu de vie de la personne et continuité de la prise en charge. La question se pose cependant de savoir s'ils constituent une 'moindre contrainte' ou une extension de la contrainte, dans le temps, dans l'espace et quant au nombre de personnes concernées. Cet article revient sur l'émergence de la contrainte ambulatoire dans une économie du soin psychiatrique qui se déplace vers l'extra-hospitalier, et sur les raisons pour lesquelles celles-ci font moins l'objet de controverses que d'autres dispositifs de contrainte dans le contexte français ; il proposera enfin un cadre d'analyse de la nature de la contrainte qui s'y exerce, ou plutôt des formes de contraintes qui peuvent s'introduire dans le soin et l'accompagnement, dans et par-delà les dispositifs légaux. [Résumé d'auteur]

PANFILI Jean-Marc, Le contrôle du juge sur les mesures de contention et d'isolement en soins psychiatriques

OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT, 2022 ; n°286 pp 68-71

Résumé : Le cadre dans lequel sont pratiquées les mesures d'isolement et de contention des patients en soins psychiatriques fait l'objet de débats. Ces dernières années, l'initiative de juges des libertés et de la détention, puis la saisine du Conseil constitutionnel et la révision de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique, posent à nouveau des questions sur la légitimité de ces interventions en matière de privation de liberté. [Résumé d'éditeur]

PANFILI Jean-Marc, Effectivité de l'audition du patient en soins psychiatriques sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) : des interrogations persistantes : Cass, civ 1e, 12 octobre 2017, n° 17-18040

DROIT DEONTOLOGIE & SOIN, 2018 ; vol. 18 n°4 pp 485-487

Résumé : La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 pose le principe de l'audition du patient par le JLD dans une salle aménagée de l'établissement d'accueil, mais la réalité est plus disparate, avec audience en dehors de l'établissement d'accueil dans 30 % des cas. Il est alors soutenu que c'est dans l'intérêt du patient, mais il faut s'interroger sur une atteinte à ses droits. Analyse d'un arrêt rendu par la première chambre de la Cour de cassation (Cass, civ 1e, 12 octobre 2017, n° 17-18040, Publié au bulletin). [résumé d'auteur]

PAPILLON Salomé, Isolement et contention. Le rôle du juge des libertés et de la détention depuis la loi du 22 janvier 2022

REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL, 2022 ; n°4 pp 693-705

PRIMEVERT Marion, La parole des patients, l'écoute du juge

INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 2017 ; vol. 93 n°10 pp 833-836

Résumé : Depuis 2011, le juge, gardien de la liberté individuelle en vertu de l'article 66 de la Constitution, entend en audience les patients hospitalisés en psychiatrie sans leur consentement avant l'expiration d'un délai de 12 jours. Cet échange aborde la question de la chambre fermée et de la contention si elles ont été mises en oeuvre. L'absence du patient à l'audience doit pour sa part interpeller le juge sur les motifs qui rendent impossibles la rencontre et la parole de celui ou celle dont les libertés sont atteintes pour protéger sa santé. [Résumé d'auteur]

RAOUL-CORMEIL Gilles/ MAUGER-VIELPEAU Laurence, Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art. L. 3222-5-1),

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 2021 ; vol. 179, n° 8 pp 713-721,

Résumé : Ordonnés par un psychiatre, l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours, limitées dans leur durée et soumises à une surveillance stricte (CSP, art. L. 3222-5-1). Cette définition et ces règles de principe ont été introduites par une loi no 2016-41 du 24 janvier 2016. Cinq ans après, le régime juridique de l'isolement et de la contention a dû être réécrit par le législateur à la suite de la décision du

Conseil constitutionnel du 19 juin 2020. Constitué de nouvelles règles, strictes et précises, en vigueur depuis le 16 décembre 2020 (loi no 2020-1576, 14 déc. 2020), le droit de l'isolement et de la contention est devenu obscur, mais surtout insuffisamment protecteur pour la personne soignée, au regard des droits et libertés que la Constitution garantit, ainsi que l'a jugé le Conseil constitutionnel le 4 juin 2021. Une nouvelle intervention du législateur est donc attendue avant le 31 décembre 2021, pour rendre systématique la saisine du juge des libertés et de la détention après 24 heures de contention ou 48 heures d'isolement. Entre ces deux réécritures, ce point d'étape réunit les analyses critiques que suggèrent les dix alinéas qui composent ce texte. [résumé d'auteur]

RENARD Stéphanie/PECHILLON Eric, Le juge et la liberté thérapeutique

SANTE MENTALE, 2018 ; n°231 pp 6

Résumé : Le juge ne peut se substituer aux équipes soignantes pour déterminer la teneur et les conditions de prise en charge thérapeutiques. En revanche, il s'assure que les droits du patient à bénéficier d'un suivi sont respectés [Résumé d'éditeur]

SCOTTI Jean-Charles, Soins sous contrainte, quand le droit interroge la pratique

SOINS PSYCHIATRIE, 2017 ; vol. 38 n°310 pp 32-39

Résumé : Avec les réformes de 2011 et de 2013 relatives à l'hospitalisation psychiatrique, se pose plus que jamais la question de l'adéquation d'une pratique moderne de la psychiatrie au regard des principes et droits fondamentaux reconnus à la personne. Dans cet équilibre difficile, le Conseil constitutionnel s'est invité dans le débat, mettant fin à toute idée de compromis entre sécurité et libertés. Une décision qui s'est faite à la faveur d'une clarification d'une réglementation discutable du point de vue des libertés individuelles. Analyse. [résumé d'éditeur]

SENON Jean-Louis, Programmes de soins, pour répondre à la rupture de soins et au défaut de consentement en psychiatrie

SOINS PSYCHIATRIE, 2020 ; vol. 41 n°328 pp 12-15

Résumé : Il faut remonter au temps des médecins aliénistes pour comprendre l'intérêt du programme de soins instauré en 2011. En effet, la clinique psychiatrique demande aux professionnels un accompagnement du patient dans la durée, tout en acceptant la variabilité de la souffrance. Dans ce contexte, ce dispositif propose une alternative à la prise en charge en hospitalisation complète en cours, tout en maintenant l'aspect des traitements sous contrainte. Soigner le patient, recueillir son consentement tout en préservant au mieux ses droits est un véritable défi pour le psychiatre et son équipe. [résumé d'auteur]

THOUMYRE Dorothée, L'enfermement à travers le prisme du droit

EMPAN, 2019 ; n°114 pp 31-35

Résumé : L'enfermement consiste à priver l'individu de sa liberté d'aller et venir. Une telle atteinte justifie un encadrement juridique strict au centre duquel se trouve le juge, que la Constitution de 1958 a institué comme 'gardien des libertés individuelles'. Mais outre la décision de privation de liberté, le droit s'intéresse de plus en plus aux modalités de l'enfermement, sous l'impulsion notamment de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, faisant désormais des conditions de détention un enjeu majeur, en lien avec l'avènement du concept de dignité humaine. [résumé d'auteur]

WERNER Mathieu/BONVALOT Thierry, Programmes de soins : ambiguïté de la normalité, exception et formes de contrôle

SOINS PSYCHIATRIE, 2020 ; vol. 41 n°328 pp 26-29

Résumé : Les programmes de soins sont des dispositifs médico-légaux et thérapeutiques qui mettent en scène des espaces différents, la loi, la clinique du patient, sa liberté et ses droits. Dans ce cadre, le patient conserve sa liberté d'aller et venir. Dans son application, le médecin doit recueillir son adhésion, pour ne pas dire son consentement. Hors hospitalisation, les programmes de soins convoquent les patients et les équipes au sein de la cité. La question de la psychiatrie sociale et communautaire, vecteur de la psychiatrie de secteur, prend alors tout son sens. [résumé d'auteur]