



Master II
Contentieux Privé

LE JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES ET LE TROUBLE MENTAL



Année universitaire
2015-2016

Mémoire présenté par Jodie FERRÉ

Sous la direction de Monsieur
Jean-Marie BRIGANT, Maître de
conférences à l'Université du Maine

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur RIALLAND et Madame BAIL pour leur accueil et leur bienveillance lors de mon stage.

Je remercie également Monsieur BRIGANT pour ses conseils et sa disponibilité dans le suivi de ce mémoire.

« Réprimer la curiosité est une chose. Mais la vaincre en est une autre. »

STEVENSON R. L., *L'Étrange Cas du docteur Jekyll et de M. Hyde* (1886).

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	4
Liste des principales abréviations.....	5
RAPPORT DE STAGE.....	6
LE JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES ET LE TROUBLE MENTAL.....	11
Introduction.....	11
<i>Première partie. Les moyens permettant la prise en considération du trouble mental par le juge de l'application des peines.....</i>	<i>22</i>
<i>Seconde partie. Les limites rencontrées par le juge de l'application des peines dans la prise en compte du trouble mental.....</i>	<i>39</i>
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	50
Table des matières.....	54
Annexes.....	55
Annexe n° 1.....	55
Annexe n° 2.....	60

Liste des principales abréviations

<i>AJ Pénal</i>	<i>Actualité juridique Pénal</i> (Dalloz)
al.	Alinéa
art.	Article
<i>Bull. crim.</i>	<i>Bulletin des arrêts de la Cour de cassation, chambre criminelle</i>
CAP	Commission de l'application des peines
CHAP	Chambre de l'application des peines
Cons. const.	Conseil constitutionnel
CPP	Code de procédure pénale
CRP	Crédit de réduction de peine
Crim.	Chambre criminelle de la Cour de cassation
CSP	Code de la santé publique
<i>Dr. pén.</i>	<i>Droit pénal</i> (LexisNexis)
éd.	Édition
<i>Gaz. Pal.</i>	<i>Gazette du Palais</i> (Lextenso éditions)
JAP	Juge de l'application des peines
JLD	Juge des libertés et de la détention
<i>JO</i>	<i>Journal officiel</i>
L.	Loi
<i>op. cit.</i>	<i>Opere citato</i> (« dans l'ouvrage cité »)
p.	Page
<i>RID pén.</i>	<i>Revue internationale de droit pénal</i>
<i>RSC</i>	<i>Revue de science criminelle et de droit pénal comparé</i> (Dalloz)
RSP	Réduction supplémentaire de peine
SME	Sursis avec mise à l'épreuve
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TAP	Tribunal de l'application des peines
TGI	Tribunal de grande instance
V.	Voir

Rapport de stage

Dans le cadre du stage obligatoire de fin d'études prévu par le Master II Contentieux privé de l'Université du Maine, je souhaitais découvrir davantage les fonctions de magistrat et le fonctionnement d'une juridiction. À la suite d'une candidature spontanée au Tribunal de Grande Instance d'Alençon, Monsieur RIALLAND, Vice-président chargé de l'application des peines (et également en charge du service des stages), a accepté de m'accueillir au sein de ce tribunal pour une durée de neuf semaines.

Le TGI est la juridiction de droit commun en première instance : il connaît des litiges qui ne sont pas spécialement attribués à une autre juridiction. Par ailleurs, il dispose de compétences spéciales dont certaines sont exclusives (état des personnes, droit familial ou droit immobilier par exemple).

Bien que le TGI d'Alençon soit une petite juridiction comptant une dizaine de magistrats, Alençon étant la plus grande commune du département et la préfecture de l'Orne, il a à connaître d'affaires aussi importantes qu'intéressantes. Par exemple, la cour d'assises de l'Orne siège à Alençon.

À ma demande, mon stage s'est orienté vers la matière pénale. Monsieur RIALLAND a ainsi proposé que j'intègre le service de l'application des peines, ce qui était pour moi très attrayant puisqu'il s'agissait d'une découverte, ne connaissant que très peu le domaine de l'application des peines et ne l'ayant pas étudié lors de mon cursus universitaire.

Le cabinet de l'application des peines d'Alençon compte deux magistrats : Monsieur Hugo RIALLAND, Vice-président chargé de l'application des peines, et Madame Aurélie BAIL, juge de l'application des peines. Tous deux sont assistés de deux greffiers, Madame BOTHÉ et Monsieur MAUPIN.

J'ai appris au cours de ce stage que le rôle du JAP consiste essentiellement à superviser la manière dont une peine prononcée à l'encontre d'une personne va être appliquée, c'est-à-dire qu'il fixe les modalités d'exécution et contrôle son déroulement. Ce contrôle ne se limite pas aux peines d'emprisonnement, mais il concerne aussi d'autres types de peines, comme le suivi socio-judiciaire, le travail d'intérêt général, les mesures de sursis avec mise à l'épreuve, entre autres. Le JAP est également compétent pour octroyer, contrôler et sanctionner les mesures de placement sous surveillance électronique, de placement à l'extérieur, de semi-liberté et de libération conditionnelle, qui sont des aménagements de peine.

Il s'agit d'une fonction relativement récente et bien souvent méconnue des étudiants, et peut-être même parfois des professionnels du droit, ce qui semble regrettable, tant elle est utile et tant les possibilités pour le condamné sont multiples lorsqu'elles sont utilisées à bon escient (réduction de peine au maximum légal, confusion de peines, relèvement de période de sûreté, levée du statut du Détenu Particulièrement Signalé, etc.).

Concernant le fonctionnement de l'application des peines, l'article 712-5 du Code de Procédure Pénale dispose que « *sauf en cas d'urgence, les ordonnances concernant les réductions de peine, les autorisations de sorties sous escortes et les permissions de sortir sont prises après avis de la Commission de l'Application des Peines* ». La CAP est présidée par le JAP et comprend le procureur de la République, le chef d'établissement, ainsi que des membres du personnel de surveillance et du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation.

La loi du 9 mars 2004¹ a supprimé la Juridiction Régionale de la Libération Conditionnelle, la remplaçant par le Tribunal de l'application des peines. Il existe ainsi au moins un TAP par cour d'appel (article 712-3 du CPP). Cette création répond à deux objectifs : instaurer une juridiction collégiale pour le traitement des mesures d'individualisation des condamnés à de longues peines et inscrire cette juridiction dans l'organisation judiciaire de droit commun. Celle-ci est conçue comme une juridiction de premier degré, compétente pour les matières strictement déterminées par les textes (en fonction de la peine initialement prononcée et du reliquat restant à subir), composée de trois juges des TGI (JAP, juges ou vice-présidents) et appliquant, sauf exceptions, la même procédure que celle prévue pour le JAP. Le ministère public y est représenté par le procureur de la République du lieu où se tient le débat, et le TAP est doté d'un greffe particulier².

Depuis cette réforme de 2004, les procédures d'appel en matière d'application des peines ont été uniformisées et confiées à une juridiction de la cour d'appel, qui est la Chambre de l'application des peines.

Il convient de noter qu'en matière de terrorisme, l'article 706-22-1 du CPP prévoit une compétence dérogatoire au droit commun en ce que le JAP, le TAP et la CHAP de Paris ont une compétence exclusive pour toute décision à l'égard d'une personne condamnée pour acte de terrorisme, quel que soit son lieu de détention ou de résidence.

Pour ce qui est de la détention, j'ai découvert qu'il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires, selon le régime de détention et les catégories de condamnation, classés en deux grandes catégories : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine. Les maisons d'arrêt

1 L. n° 2004-204, 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO 10 mars 2004.

2 ENM, *Mémento de l'application des peines*, 2016 [intranet de l'ENM].

reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire (en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive), ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans. Les établissements pour peine, eux, sont divisés en maisons centrales (pour les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques), centres de détention (pour les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion), centres de semi-liberté, en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

À Alençon, il existe un centre pénitentiaire situé à Condé-sur-Sarthe, ce qui signifie qu'il s'agit d'un établissement mixte, comprenant au moins deux quartiers différents. Ce dernier est composé d'un quartier maison centrale et d'un quartier « courtes peines ». La centrale d'Alençon – Condé-sur-Sarthe, ouverte en 2013, est connue pour être la prison la plus sécurisée de France. Elle prend en charge des détenus condamnés à de longues peines, et dont les affaires ont parfois connu un retentissement médiatique important, ou des détenus difficiles, souvent exclus des autres établissements en raison de leur comportement en détention.

Pendant ce stage, j'ai eu le privilège de visiter cet établissement qui s'étend sur 35 hectares, entouré de quatre miradors et de trois murs impressionnants, surplombé d'un filet anti-évasion, composé de trois bâtiments tout à fait étanches et dont les cellules sont fermées presque continuellement.

Le JAP d'Alençon s'occupe donc de dossiers complexes en ce qu'il peut s'agir de condamnés pour des crimes particulièrement graves, de détenus parfois difficiles à encadrer, ou à l'inverse, qui sont éligibles à un aménagement de peine et qui attendent du JAP une chance de pouvoir évoluer et passer à autre chose. Ce sont notamment ces profils, aussi diversifiés que délicats, qui rendent les fonctions de JAP, à mon avis, pour le moins intéressantes.

Il y a quelques années, Monsieur RIALLAND avait écrit³ que l'« *on dit classiquement des JAP (et même des juges en général) qu'ils sont laxistes. Ce n'est pas tout à fait cela. Pour être juge et surtout JAP, il faut sans doute être humaniste. Cela ne signifie pas que l'on fasse des cadeaux aux condamnés. Cela signifie que l'on est optimiste sur la nature humaine (et pourtant nous sommes souvent les mieux placés pour ne pas l'être) et que l'on croit dans la possibilité pour les condamnés d'évoluer positivement, c'est-à-dire d'intégrer la dissuasion, d'assumer la réparation et finalement de réintégrer la société* ». Et en effet, j'ai pu observer que la « politique » des deux JAP d'Alençon consiste d'abord à favoriser l'aménagement de peine lorsque ceci est possible, afin d'accompagner le

3 RIALLAND H., « L'aménagement des sanctions par le juge d'application des peines » in *Paroles de juge - Le blog de Michel Huyette (et de quelques autres)* [en ligne], 20 juin 2011, disponible sur : <http://www.huyette.net/article-l-amenagement-des-sanctions-par-le-juge-d-application-des-peines-77270737.html>. Consulté le 05/07/2016.

condamné dans la durée et d'adapter la sortie pour la faire se réaliser dans les conditions les plus favorables à la réinsertion et à la prévention de la récidive.

En pratique, j'ai eu l'occasion d'assister les magistrats pendant deux mois dans la totalité de leurs interventions : j'ai ainsi participé à des débats contradictoires, à des auditions de condamnés ou de victimes dans le cadre des mesures de milieu ouvert (sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général) et à des entretiens sur les aménagements de peine avant incarcération (article 723-15 du CPP). J'ai également suivi les juges dans leurs interventions en détention (Commission de l'Application des Peines, Tribunal de l'Application des Peines, entretiens avec les détenus) et leurs réunions partenariales (avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, la direction de l'établissement, le personnel soignant).

Je me suis en outre exercée à différents exercices de rédaction ou de préparation confiés par les magistrats du service. Dans ce cadre, j'ai notamment formalisé de nombreuses décisions de permission de sortie rendues en urgence, rédigé des jugements d'aménagement de peine hors débat contradictoire, tout en me familiarisant avec l'application « APPI » (fichier application des peines, probation et insertion)⁴ dont se servent les JAP. J'ai également eu pour mission de rédiger des courriers à l'attention de victimes ou d'avocats après un recensement des victimes, et d'effectuer des recherches sur différentes questions de droit ou sur les parcours de condamnés à la suite de requêtes en confusion de peines.

Ce stage a également été l'occasion d'observer des audiences correctionnelles (à juge unique ou collégiales) et d'assises, ainsi qu'un déferrement suite à une Comparution sur Reconnaissance Préalable de Culpabilité devant le juge pour homologation de l'accord.

Découvrir le métier de magistrat, et plus particulièrement celui de juge de l'application des peines, à Alençon fut pour moi une grande opportunité car j'y étais accompagnée de magistrats réellement passionnés par leur métier, et qui transmettent cette passion et leur savoir de manière à la fois pédagogique et bienveillante. Je m'estime chanceuse d'avoir pu passer du temps avec des personnes aussi compétentes que généreuses dans l'exercice de leur métier.

J'ai également pu observer d'un peu plus près le métier de greffier. En somme, ce stage fut une expérience enrichissante au regard de ma formation puisqu'il m'a permis d'enrichir mes connaissances en droit et sur le fonctionnement du service de l'application des peines. Cette expérience m'a d'ailleurs motivée pour la suite et surtout confortée dans mes perspectives et désirs professionnels.

4 « APPI : fichier application des peines, probation et insertion » *in CNIL* [en ligne], 7 avril 2014, disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/appi-fichier-application-des-peines-probation-et-insertion>. Consulté le 05/07/2016.

Enfin, pour ce qui concerne le sujet de mon mémoire, suite aux conseils de mon directeur de master, et après avoir consulté et recueilli l'avis de mon professeur référent, j'ai choisi comme thème « Le trouble mental et le juge de l'application des peines », ayant pu remarquer que de nombreux condamnés pouvaient être atteints en pratique de tels troubles, et ayant observé qu'il s'agissait d'un sujet qui préoccupait mon maître de stage, en ce sens que celui-ci cherche à trouver des solutions afin de remédier aux difficultés qui en découlent.

Ce thème m'a inspirée en ce qu'il fait intervenir à la fois un côté psychique, humaniste et également un côté juridique. Il s'agit d'examiner la prise en compte, au moment de l'application des peines, du trouble mental du condamné, afin de ne pas appliquer le droit les yeux fermés et de manière totalement impersonnelle.

LE JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES ET LE TROUBLE MENTAL

Introduction

Définition du trouble mental. Le site de l'Organisation Mondiale de la Santé explique que les troubles mentaux, qui recouvrent des problèmes divers et dont les symptômes diffèrent, se caractérisent par une combinaison de pensées, d'émotions, d'attitudes et de rapports aux autres anormaux⁵. La formule générique « *trouble psychique ou neuropsychique* » est « *utilisée par le législateur pour désigner, en droit pénal, toutes les formes d'aliénation mentale* »⁶.

On distingue classiquement les troubles psychotiques, qui qualifient un état dans lequel le sujet a perdu contact avec la réalité (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, etc.) et les troubles névrotiques (phobies ou troubles obsessionnels compulsifs)⁷.

Le concept de trouble mental fait ainsi référence à une altération des facultés mentales qui atteint l'intelligence ou la volonté, lorsque celui de malade mental renvoie davantage aux personnes affectées par un tel trouble, c'est-à-dire une fois que le diagnostic est posé.

Origines du trouble mental. Le trouble mental peut avoir différentes origines : pathologique ou toxicologique principalement. Précisons que nous choisirons d'écarter ici les troubles d'origine toxicologique (ivresse alcoolique ou emprise de stupéfiants), ainsi que les origines du trouble qui sont plus marginales, comme l'hypnose ou encore le somnambulisme, pour nous concentrer sur les troubles mentaux dont l'origine est plutôt pathologique.

Concernant le trouble psychique ou neuropsychique évoqué par le Code pénal, « *il peut s'agir d'une affection de l'intelligence, aussi bien congénitale (imbécillité, idiotie), qu'acquise par l'effet d'une maladie (démence précoce), d'une psychose (par exemple schizophrénie) ou d'une folie spécialisée (par exemple la folie de persécution)* »⁸.

Le trouble mental, cause d'irresponsabilité pénale. En pratique, on observe que le droit pénal appréhende le trouble mental davantage au regard de ses conséquences sur la responsabilité

5 « Troubles mentaux » in *Organisation Mondiale de la Santé* [en ligne], disponible sur : http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/. Consulté le 11/06/2016.

6 GUINCHARD S., DEBARD T., *Lexique des termes juridiques*. 19e éd., Dalloz, 2012. 918 p.

7 LAMANDA V., « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », rapport à M. le Président de la République, 30 mai 2008.

8 BOULOC B., MATSOPOULOU H., *Droit pénal général et procédure pénale*. 19e éd., Sirey, 2014. 676 p.

pénale, qu'au regard de ses causes⁹. La personne atteinte d'un trouble mental est envisagée par le droit pénal comme un auteur particulier dont la capacité pénale, c'est-à-dire la faculté à tirer profit de la sanction, est amoindrie, voire inexistante¹⁰. Aussi, bien que répressif, le droit pénal peut également s'avérer protecteur, en ce qu'il tiendra compte de cet état mental de l'auteur de l'infraction.

L'ancien Code pénal prévoyait, en son article 64, une cause de non-imputabilité pour le prévenu « *en état de démence au temps de l'action* ». En posant une telle irresponsabilité du dément, le Code pénal consacrait alors une solution pour le moins inhabituelle, puisque sous l'Ancien Droit, les aliénés, considérés comme possédés du démon, pouvaient faire l'objet de sanctions sévères. C'est notamment suite aux travaux et explications des aliénistes de la fin du XVIII^{ème} siècle, dont font partie les très célèbres PINEL et ESQUIROL, que le Code pénal de 1810 a proclamé ce principe d'irresponsabilité des fous¹¹. En effet, dès la naissance de la clinique psychiatrique française, la modification radicale du regard qui est jeté sur le malade mental aura pour conséquence une « *opposition encore très actuelle entre malade mental irresponsable, relevant de soins psychiatriques, et criminel, responsable donc puni* »¹².

L'article 122-1 du Code pénal consacre désormais, en son alinéa premier, le principe de l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes au moment des faits d'un « *trouble psychique ou neuropsychique* » ayant aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes. La loi du 15 août 2014¹³ est venue modifier le second alinéa de ce texte, posant cette fois un principe d'atténuation de la peine prononcée en cas d'altération du discernement au moment des faits. À présent, la peine sera réduite du tiers lorsqu'une peine privative de liberté est encourue, et ramenée à trente ans en cas de crime puni de la réclusion ou de la détention criminelle à perpétuité. Toutefois, il est prévu que la juridiction pourra décider de ne pas appliquer cette diminution de peine (par décision spécialement motivée en matière correctionnelle), et s'assurer que la peine permette la mise en place de soins adaptés, sous certaines conditions.

Avant cela, la loi du 25 février 2008¹⁴ avait déjà institué une procédure particulière de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, permettant au juge d'instruction ou à la chambre de l'instruction qui constate l'irresponsabilité, d'une part, de se prononcer sur la

9 BONIS-GARÇON É., « Troubles psychiques - Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale* [en ligne], 2013. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 11/06/2016.

10 MERLE R., VITU A., *Traité de droit criminel - Problèmes généraux de la science criminelle*, t. 1. 7e éd., Cujas, 1997, n° 617.

11 BOULOC B., *Droit pénal général*. 24e éd., Dalloz, coll. Précis, 2015. 748 p.

12 MANZANERA C., SENON J.-L., « L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat », *AJ Pénal*, p. 66, [en ligne], 2006. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 17/07/2016.

13 L. n° 2014-896, 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, *JO* 17 août, p. 13647, art. 17, I.

14 L. n° 2008-174, 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, *JO* 26 février.

réalité des faits commis par la personne mise en cause à l'occasion d'une audience publique, et d'autre part, de décider de toute une série de mesures nécessitées par son état de santé, expressément qualifiées par le législateur de « *mesures de sûreté* » entraînant des « *restrictions et privations de liberté* ».

De la même manière, les juridictions de jugement prononcent à présent une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, et non plus une relaxe ou un acquittement. Cela permet à l'autorité judiciaire, nonobstant la déclaration d'irresponsabilité pénale, de décider d'une prise en charge médicale de l'intéressé alors que par le passé, elle aurait dû s'en remettre aux décisions de l'autorité administrative.

Les personnes atteintes de troubles mentaux ne peuvent certes faire l'objet de sanctions pénales en tant que telles, cependant, elles demeurent dangereuses pour l'ordre public ou la sûreté des personnes. C'est pourquoi il ne serait pas approprié de les laisser libres, d'autant que leur état d'aliénation recommande l'administration d'un traitement en conséquence. Le recours à un enfermement à caractère curatif a ainsi semblé répondre aux objectifs de traitement de l'intéressé et de lutte contre la récidive. À côté de l'hospitalisation d'office, il existe toute une série de mesures de sûreté (comme l'interdiction de rencontrer certaines personnes, de fréquenter certains lieux ou encore l'obligation de soins post-carcérale), qui pourront être prononcées et qui ont la particularité de ne pas avoir de coloration morale ; elles n'ont pas pour objectif de punir le délinquant pour ce qu'il a fait, mais de remédier à son état dangereux et d'éviter les infractions que cet état rend fort probables.

Il est à noter que cette réforme de 2008 avait pour but, principalement, de donner satisfaction aux victimes, pour qui le système judiciaire antérieur pouvait se révéler lacunaire¹⁵. En effet, l'ancien article 64 du CP de 1810 disposait qu'il n'y avait « *ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action* ». Cette rédaction pouvait ainsi laisser croire qu'aucune infraction n'avait été commise, voir même qu'il ne s'était rien passé, ce qui pouvait entraîner un sentiment d'injustice pour la victime et son entourage. Bien souvent, l'irresponsabilité pénale était constatée par le juge d'instruction, qui rendait une ordonnance de non-lieu spécialement motivée et susceptible d'appel par la partie civile devant la chambre de l'instruction. Les juridictions de jugement, quant à elles, prononçaient, selon qu'il s'agissait d'un délit ou d'un crime, une décision de relaxe ou d'acquittement. Et bien que sur le plan civil, la personne déclarée irresponsable pénalement demeurait responsable de ses actes (article 489-2 du Code civil), l'ancien dispositif ne

15 MATSOPOULOU H., « L'application des "peines", puis des "mesures de sûreté" aux personnes atteintes de troubles mentaux : l'incohérence jurisprudentielle et ses conséquences », *Dr. pén.* [en ligne], 2010. Disponible sur : <http://lexisnexis.fr>. Consulté le 03/05/2016.

mettait pas systématiquement en place une audience publique précédant la décision de la juridiction se prononçant sur l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Or, si les victimes ressentent ce besoin évident et légitime d'assister à des poursuites et à un jugement de celui qui reste l'auteur de l'infraction dont elles ont souffert, il paraît également utile pour ce dernier d'être jugé. En effet, il est important de déclarer que les faits reprochés, bien que commis sont l'emprise d'un trouble mental, ont effectivement eu lieu et sont constitutifs malgré tout d'une infraction. Un peu comme s'il fallait reconnaître officiellement que les faits existent bel et bien et qu'ils constituent en eux-mêmes un comportement punissable. Dans le cas inverse, l'intéressé se trouve dépourvu de repères ; il ne sait pas où se trouvent les limites à ne pas dépasser. Peut-être devient-il alors encore plus fou qu'il ne l'est déjà, car il peut avoir l'impression de ne rien faire de mal, de ne même pas avoir commis d'infraction puisqu'on ne le lui rappelle pas de manière explicite.

Aussi voit-on apparaître une sorte de paradoxe, en ce que les intérêts de chacun – société, victime, et même auteur de l'infraction – semblent converger vers la même nécessité : la mise en place d'un véritable procès, dans lequel le juge aura pour mission d'évaluer le degré de responsabilité applicable au mis en cause et partant, de déterminer l'importance de la réduction de peine, voire de reconnaître une irresponsabilité totale. Néanmoins, on peut penser qu'il s'agit malgré tout d'un résultat regrettable, puisqu'il aboutit à condamner les déficients mentaux à de courtes peines d'emprisonnement, qui n'ont alors ni valeur intimidante, ni valeur curative, mais qui peuvent s'avérer dangereuses car elles ne guériront pas le sujet, mais pourront au contraire avoir pour conséquence d'aggraver son état.

L'expertise psychiatrique, outil indispensable des magistrats pénalistes. L'article 156 du CPP offre à « *toute juridiction d'instruction ou de jugement* » la possibilité de requérir une expertise psychiatrique, « *dans le cas où se pose une question d'ordre technique* ». Il s'agit donc dans ce cas de requérir un expert de manière volontaire, lorsque le juge estime qu'il se trouve confronté à des questions auxquelles sa formation et ses connaissances ne permettent pas de répondre convenablement.

Dans certaines hypothèses, le législateur a par ailleurs rendu cette expertise obligatoire. D'abord, avant tout jugement au fond, l'article 706-47-1 du CPP impose une telle expertise pour les infractions mentionnées à l'article 706-47 du même code (crimes de meurtre ou d'assassinat commis sur un mineur, précédés ou accompagnés d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, ou en état de récidive légale, crimes de tortures ou d'actes de barbarie, crimes de viol, etc.). Ensuite, après la condamnation, la nécessité d'une expertise psychiatrique a été reconnue pour une décision de

placement sous surveillance électronique mobile, pour le prononcé d'une mesure de rétention de sûreté, ou pour la surveillance judiciaire, qui n'est admise que s'il existe un risque de récidive.

L'expertise psychiatrique éclaire le juge, puisqu'elle sert principalement à déterminer le degré de responsabilité, et également de dangerosité, de l'individu. Au-delà de ces considérations, la Justice a parfois besoin d'être éclairée sur le comportement du sujet en lui-même. Par exemple, on ne s'explique pas les crimes sans motif. Or l'institution judiciaire, et même sans doute les êtres humains en règle générale, s'attachent toujours à la rationalité du comportement. Citons comme exemple l'affaire Jean-Claude ROMAND, père de famille qui s'est fait passer aux yeux de tous pour un médecin qu'il n'était pas durant des années, et qui a fini par assassiner brutalement sa femme, ses enfants et ses parents ainsi que leur chien. L'institution judiciaire se réfère ainsi aujourd'hui aux psychiatres, afin qu'ils essaient de répondre à ses questions. Ainsi, l'expertise psychiatrique a fait l'objet d'un essor remarquable, et à présent, dans toutes les affaires criminelles ou correctionnelles importantes, les juges d'instruction désignent invariablement un expert psychiatre, dont l'expertise a été rendue presque indispensable du fait de l'importance de l'individualisation des peines et de la nécessité de fonder celles-ci notamment sur le degré de culpabilité du sujet.

Le juge a la possibilité de s'appuyer sur l'expertise psychiatrique lors de sa prise de décision, afin de la justifier de manière plus scientifique, souvent lorsque les autres éléments à sa connaissance ne permettent pas à eux seuls de fonder sa décision. Néanmoins, il faut préciser que le juge, même en cas d'expertise obligatoire, n'est jamais tenu par les conclusions de cette dernière ; il n'est en aucun cas lié par elle. On a par exemple vu quelques affaires dans lesquelles une expertise avait conclu à une abolition du discernement, mais où l'accusé a malgré tout été condamné. Parfois même, il peut exister des expertises contradictoires dans un même dossier, ce qui obligera le juge à trancher dans un sens ou dans l'autre.

Le juge de l'application des peines. Dans une vision traditionnelle, le juge judiciaire prononce une décision de nature judiciaire et pénale, puis le JAP et les services de l'application des peines l'exécutent. Instituée en 1958, la fonction de JAP fut d'abord conçue comme une activité confiée à n'importe quel magistrat du siège du TGI, et ce magistrat fut dans un premier temps considéré soit comme un juge rapporteur auprès du tribunal correctionnel (emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve), soit comme délégué d'un pouvoir administratif (pour les mesures concernant les condamnés détenus). Même s'il a vu ses pouvoirs s'accroître à la fin du XX^{ème} siècle, le JAP, en tant que magistrat, n'était que très peu reconnu par l'institution judiciaire, sa mission étant considérée comme relevant plutôt du domaine socio-éducatif.

À partir de 1986, le statut du JAP fut consolidé par la création de postes budgétaires en

raison d'un besoin de spécialistes, puis les lois du 15 juin 2000¹⁶ et du 9 mars 2004¹⁷ ont élargi ses attributions et transformé les procédures applicables par lui : désormais, le JAP est une juridiction du premier degré appliquant des procédures juridictionnelles (débats, décision motivée, recours). La situation de ce magistrat du siège s'est nettement améliorée et il se voit dorénavant confier des fonctions d'une grande diversité : missions de conseil, de contrôle, de juge mandant, de juge homologuant, de juge d'instruction, de juge de premier degré, de juge exécutant, et encore de juge requérant.

En matière d'application des peines, les peines sont aménagées avant leur mise à exécution ou en cours d'exécution, si la personnalité et la situation matérielle, familiale et sociale du condamné ou leur évolution, qui sont évaluées régulièrement, le permettent. L'individualisation des peines doit, chaque fois que cela est possible, permettre le retour progressif du condamné à la liberté et éviter une remise en liberté sans aucune forme de suivi judiciaire (article 707 du CPP).

En pratique, le JAP est par exemple chargé du suivi des peines restrictives de liberté (article 712-1, al. 1er du CPP), comme de celui de l'exécution des aménagements de peine. Il peut également être amené à prendre des mesures conservatoires (en décernant des mandats, en décidant d'une incarcération provisoire, ou encore en demandant à la police d'appréhender un condamné) ou à prononcer des sanctions (retrait d'un aménagement de peine, rejet d'une demande d'aménagement, intensification ou prolongation du contrôle, etc.)¹⁸. Le JAP est compétent pour les condamnés majeurs, les mineurs relevant de la compétence spéciale du juge des enfants, quelle que soit la peine en cause.

Quand le juge de l'application des peines rencontre le trouble mental. D'abord, il ne faut pas perdre de vue que le rôle principal du JAP est de superviser la manière dont la peine va être appliquée à une personne condamnée, ce dont il faut déduire qu'il interviendra automatiquement après le prononcé d'une peine (à l'exception de certaines peines, comme les amendes).

Le JAP peut être amené à rencontrer le trouble mental dans plusieurs hypothèses : lorsque le trouble mental est survenu antérieurement à la commission de l'infraction, mais qu'il n'a pas eu pour conséquence d'abolir le discernement de l'intéressé, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'une altération du discernement, puisque dans le cas inverse, il s'agirait d'un cas d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, et ce serait alors, comme le prévoit l'article 706-137 du CPP, le JLD qui serait compétent pour ordonner la modification ou la levée des éventuelles mesures de sûreté. Il peut également s'agir

16 L. n° 2000-516, 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, *JO* 16 juin et rectific. *JO* 8 juill.

17 L. n° 2004-204, 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, *JO* 10 mars 2004.

18 HERZOG-EVANS M., *Droit de l'exécution des peines*. 4e éd., Dalloz Action, 2012. 1387 p.

de l'hypothèse dans laquelle le trouble est survenu après la commission de l'infraction (au cours de l'instruction ou au moment du jugement), mais là encore il s'agira alors d'une altération, et non d'une abolition totale du discernement. Reste enfin l'hypothèse où le trouble interviendrait après le jugement, et donc souvent pendant une incarcération.

Lorsque le JAP croise ainsi le chemin du trouble psychique ou neuropsychique, il s'agit nécessairement de cas « limites » et complexes, dès lors qu'un individu aura forcément été condamné, et partant déclaré responsable (au moins en partie), alors même que l'on constatait l'existence d'un trouble mental ou que celui-ci est apparu lors de l'exécution de la peine. Dans tous les cas, la situation sera donc délicate : le judiciaire aura à tenir compte d'un phénomène qui relève de l'ordre du médical.

Milieu fermé, milieu ouvert. Le milieu dit « fermé » désigne l'ensemble des établissements pénitentiaires ; il s'agit de l'exécution de la peine d'emprisonnement ou de réclusion telle qu'on l'entend ordinairement.

A contrario, le milieu dit « ouvert » (ou milieu libre) regroupe l'ensemble des mesures alternatives à l'incarcération, sous le contrôle du JAP, assisté du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Ce peut être le cas antérieurement au jugement (contrôle judiciaire), lors du jugement (sursis avec mise à l'épreuve), ou suite aux modalités d'exécution de la peine d'emprisonnement (semi-liberté, placements sous surveillance électronique, libération conditionnelle, etc.). À noter que certains auteurs préfèrent employer le terme de milieu « semi-ouvert » plutôt que milieu « ouvert », notamment parce que « *la liberté des condamnés n'y est que partielle, voire intermittente* »¹⁹. Selon ce point de vue, le terme de milieu « ouvert » correspondrait davantage au placement sous surveillance électronique statique et à la libération conditionnelle, plutôt qu'aux placements à l'extérieur et à la semi-liberté.

Lorsque le JAP intervient en milieu fermé, il est compétent pour retirer du crédit de réduction de peine, accorder des réductions supplémentaires de peine et octroyer des permissions de sortir. Il peut également être amené à prononcer des mesures d'aménagement de peine et peut ainsi décider d'un placement à l'extérieur, d'une semi-liberté, d'un fractionnement ou d'une suspension de peine, d'une libération conditionnelle ou encore d'un placement sous surveillance électronique statique ou mobile.

Pour ce qui concerne le milieu ouvert, le JAP s'assure, entre autres, de l'exécution d'un emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve, d'un ajournement du prononcé de la peine, d'un

¹⁹ HERZOG-EVANS M., *op. cit.*, p. 518.

travail d'intérêt général, d'une libération conditionnelle ou d'un suivi socio-judiciaire²⁰.

Le trouble mental en détention. On aurait pu craindre, avec la nouvelle distinction du Code pénal entre abolition et altération du discernement, qu'un mouvement de responsabilisation pénale n'apparaisse. Mais en réalité, si le nombre de non-lieux a diminué ces dernières années, la part de ceux motivés par l'article 122-1 est restée stable. L'évolution des dispositions législatives n'a donc pas, *a priori*, provoqué de diminution du nombre de reconnaissances d'irresponsabilité pénale en France.

Il n'en demeure pas moins que depuis 1987, le nombre de non-lieux pour irresponsabilité pénale, sur le total des personnes mises en examen dans les affaires terminées, représente moins de 1%. Par exemple, sur 51 411 affaires jugées en 2005 (crimes, délits ou contraventions), seulement 212 non-lieux pour irresponsabilité pénale ont été prononcés, dont 173 ont été suivis d'une hospitalisation d'office²¹.

Conséquemment, une enquête épidémiologique menée entre 2003 et 2004 a révélé qu'en milieu carcéral, environ 25% des détenus souffriraient de troubles psychiques (maniaco-dépression, paranoïa, troubles bipolaires, etc.), et que la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux les plus graves (schizophrénie ou autres formes de psychoses), pour lesquelles la peine n'a guère de sens, représenterait 10% de la population pénale²².

De plus, de l'avis concordant de magistrats et d'experts, l'altération du discernement, conçue par le législateur comme une cause d'atténuation de responsabilité, aurait constitué en réalité un facteur d'aggravation de la peine, en ce qu'elle allongerait la durée d'emprisonnement de personnes atteintes de troubles mentaux. Il est vrai qu'en pratique, l'on se rend compte que l'atténuation de la responsabilité est souvent liée à un allongement effectif de la durée des peines, notamment face au jury populaire de la cour d'assises, témoin d'une réaction sécuritaire cherchant à protéger les citoyens²³.

On s'aperçoit ainsi que de nombreux détenus sont atteints de troubles mentaux, peut-être en partie parce que les décisions d'irresponsabilité pénale pour trouble mental sont peu fréquentes. Il s'agit là d'une contradiction, puisque la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale en cas de trouble mental aurait dû avoir pour conséquence de faire diminuer le nombre de personnes incarcérées

20 « Juge de l'application des peines » in *Ministère de la Justice – Métiers* [en ligne], 2 janvier 2015, disponible sur : <http://www.metiers.justice.gouv.fr/magistrat-12581/le-metier-12582/juge-de-lapplication-des-peines-26214.html>. Consulté le 11/07/2016.

21 ROELANDT J.-L., « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique*, vol. 85. [en ligne], 2009. Disponible sur : <http://cairn.info>. Consulté le 26/06/2016.

22 BARBIER G., DEMONTES C., LECERF J.-R. *et al.*, « Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? », *Doc. parl. S.*, rapport d'information n° 434, 2010.

23 MANZANERA C., SENON J.-L., *op. cit.*

lorsque celles-ci sont atteintes d'un tel trouble. La Haute Autorité de Santé et la Fédération française de psychiatrie ont ainsi été amenées à évoquer l'existence d'un « *phénomène de surreprésentation des malades psychiques dans les établissements pénitentiaires* »²⁴.

Soulignons par ailleurs que l'incarcération elle-même peut parfois développer des troubles (paranoïa, psychose carcérale, états dépressifs le plus fréquemment). La prison peut également faire ressortir le trouble mental préexistant d'un condamné, qui pouvait auparavant passer pour de la délinquance « classique ». Effectivement, étant donné que l'on contient la personne détenue dans son comportement antisocial, on peut s'apercevoir qu'elle est en réalité psychopathe par exemple. Inversement, la détention peut aussi contenir un détenu atteint d'un trouble mental, puisque l'isolement par rapport à l'environnement néfaste, l'éloignement des fréquentations habituelles, ou même simplement l'encadrement stricte et autoritaire quotidien peut être bénéfique à certains condamnés souffrant de troubles mentaux. Mais dans ce cas cependant, on ne fait que déplacer la problématique car une personne atteinte d'un tel trouble a besoin d'une prise en charge, de soins adaptés. Or lorsqu'il est incarcéré, le sujet peut ne pas créer de problème ; ne pas faire parler de lui, ce qui fait que l'on ne se préoccupe pas ou peu de son état. Mais la question de sa sortie va parfois s'avérer problématique puisqu'il aura fait l'objet d'une incarcération classique, malgré d'éventuelles hospitalisations, ce qui, la plupart du temps, n'aura pas suffi à l'aider à évoluer.

On peut ainsi en conclure que l'incarcération est tout à la fois en mesure de contenir un trouble mental, de le révéler, de l'intensifier ou même de le créer.



À travers ces développements, on voit que l'on est passé, depuis le début du XIX^{ème} siècle, d'une justice objective, qui était attachée au fait criminel exclusivement, à une justice subjective, se préoccupant aussi de la personnalité du criminel. Effectivement, l'imputabilité est indéniablement partie intégrante de l'élément moral de toute incrimination²⁵. Là où il n'existe ni volonté ni discernement, il ne peut exister de délit ou de crime, ce qu'a rappelé le célèbre arrêt Laboube²⁶ : « *toute infraction, même non intentionnelle, suppose [...] que son auteur ait agi avec intelligence et volonté* ».

Dans cette perspective subjective, la Justice peut alors avoir recours à une ou plusieurs expertises psychiatrique et psychologique. Nonobstant, il apparaît que, paradoxalement, les prisons

24 LIARAS B., « Psychiatrie et incarcération : le cercle vicieux n'est pas brisé », *Dedans Dehors*, n° 76, 2012, p. 15-17.

25 DELAGE P.-J., « La dangerosité comme éclipse de l'imputabilité et de la dignité », *RSC*, p. 797, [en ligne], 2007. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 17/07/2016.

26 Crim. 13 déc. 1956, n° 55-05.772, *Bull. crim.*, n° 840.

renferment encore une grande partie de condamnés pourtant atteints de troubles mentaux. L'avancée qui s'est produite sur le plan législatif n'a donc peut-être pas connu les répercussions pratiques escomptées.

Le trouble mental semble ainsi relativement bien pris en compte par le juge pénal lors de l'instruction et du jugement du prévenu ou de l'accusé, malgré le nombre de déclarations d'irresponsabilité pénale pour trouble mental encore bas. Cette réalité que constitue le trouble mental s'impose cependant également lors de la phase de l'application de la peine. Une personne qui a été condamnée malgré la présence d'un trouble mental l'affectant se retrouvera nécessairement devant le JAP par la suite. Si le trouble mental n'a pas permis de prononcer une déclaration d'irresponsabilité, ce sera quand même au JAP qu'il reviendra la tâche de suivre le condamné.

On peut ainsi s'interroger sur le point de savoir s'il appartient réellement au JAP de traiter le trouble mental, c'est-à-dire de le prendre en charge pour tenter de le faire disparaître, ou tout au moins de l'atténuer autant que possible, afin de limiter au maximum le risque de récidive du sujet. En effet, son rôle ne se limite-t-il pas à celui « d'orienteur », en ce qu'il tiendrait uniquement à articuler l'application de la peine et l'intervention des différents intervenants, dont notamment le personnel médical ? La fonction du JAP consiste à fixer « *les principales modalités d'exécution des peines privatives de liberté ou de certaines peines restrictives de liberté en orientant et en contrôlant les conditions de leur exécution* » (article D.49-27 du CPP). Un éventuel traitement du condamné mis en place par le JAP n'est donc pas prévu.

La société – en tant que groupe social organisé formé d'individus – semble pourtant souhaiter une telle prise en charge du trouble psychique par le JAP, ce dernier étant essentiellement chargé de prendre les décisions les plus à même de faciliter la prévention de la récidive par la réinsertion des condamnés. De surcroît, le JAP est regardé comme étant potentiellement le mieux placé pour prendre en charge une telle responsabilité, étant donné qu'il est sans doute l'acteur principal de l'application des peines. Il est vrai qu'aucun texte ne préconise expressément au JAP de prendre en compte et de traiter le trouble mental du condamné. Cependant, l'article 707 du CPP dispose que « *le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions* », or préparer l'insertion ou la réinsertion et éviter la récidive exigent nécessairement de traiter autant que faire se peut le trouble mental affectant la personne condamnée.

Dans ce cas, comment articuler l'exécution d'une peine avec la mise en place d'un suivi psychiatrique et psychologique pertinent ? Comment le juge de l'application des peines peut-il faire se côtoyer efficacement sanction et traitement du trouble mental ?

Par conséquent, la question que nous nous poserons est celle de savoir si le juge de l'application dispose aujourd'hui des moyens permettant une prise en compte effective et efficace du trouble mental affectant le condamné.

D'un côté, il faut souligner que le JAP dispose de divers moyens lui permettant de prendre en compte le trouble mental du condamné (**Première partie**). De l'autre côté malgré tout, ce dernier rencontre également des obstacles qui subsistent et qui peuvent entraver cette prise en considération du trouble mental (**Seconde partie**).

Première partie. Les moyens permettant la prise en considération du trouble mental par le juge de l'application des peines

Le juge de l'application des peines a à sa disposition divers moyens lui permettant de prendre en compte le trouble mental affectant la personne condamnée. Outre la présence des acteurs habituels que sont le conseiller chargé de l'application des peines ou les membres du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (directeur du SPIP et travailleurs sociaux), le JAP peut s'appuyer sur d'autres collaborateurs **(A)**. Il peut également compter sur différents outils juridiques mis à sa disposition **(B)**.

A/ Les moyens humains

Dans chaque département est institué un SPIP, service déconcentré de l'administration pénitentiaire, qui assiste le JAP (article D.49-27 du CPP) et qui est principalement chargé du suivi des personnes condamnées, incarcérées ou non, confiées par l'autorité judiciaire. Il est investi de diverses missions : suivi individuel, préparation à la sortie, enseignement, formation, travail, accès aux droits, proposition de soins, contribution aux activités sportives, lutte contre la toxicomanie ou l'alcoolisme. Ainsi, le SPIP peut avoir un rôle à jouer à la fois dans la découverte d'un trouble mental dont pourrait être atteint un condamné, et également dans sa prise en charge, en collaboration avec le JAP.

Il existe cependant des « collaborateurs » du JAP en relation directe avec le trouble mental : l'expert psychiatre **(1)** et le médecin coordonnateur **(2)**.

1. L'intervention de l'expert

Il s'agit de traiter ici de l'expertise que l'on peut nommer post-sentencielle, puisque nous l'avons vu en introduction, les autres expertises ne concernent pas l'application des peines, et donc le JAP. Nous choisirons de nous pencher ici essentiellement sur l'expert psychiatre, car bien que les expertises psychiatrique et psychologique aient leur place en procédure pénale comme dans l'application des peines, l'on retrouve l'expertise psychiatrique systématiquement et plus fréquemment.

La mission confiée à l'expert au moment de l'application des peines diffère diamétralement de celle qui lui est confiée lors de la période pré-sentencielle. Ces expertises en matière d'application des peines, portent généralement sur le risque de récidive, la dangerosité et l'accessibilité aux soins. L'efficacité de la sanction et des soins lorsque la peine est déjà avancée se

pose également pour le JAP : on évoque l'évolution par rapport à la sanction dont le sujet a fait l'objet, et l'efficacité de celle-ci par rapport aux soins dont il a pu bénéficier.

Il est précisé à l'article 158 du CPP que la mission de l'expert, qui « *ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre technique* », doit être définie dans la décision qui le désigne. L'article D.49-24 dudit code définit la mission du ou des experts, qui doivent se prononcer sur la dangerosité de la personne, les risques de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction et le point de savoir si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement, dans le cas où la personne pouvait encourir le suivi socio-judiciaire. Mise à part cette disposition, le juge est ainsi libre de délimiter la mission de l'expert, ce qui paraît opportun dans la mesure où chaque affaire et chaque individu sont par définition différents.

C'est ainsi que l'ordonnance du JAP fixant la mission confiée aux experts peut poser des questions telles que : « A-t-il évolué favorablement depuis son incarcération ? », « Le sujet est-il curable ou réadaptable ? », « Existe-t-il un risque de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction ? »²⁷.

Concrètement, une expertise psychiatrique consiste en un examen clinique complet de psychiatrie. D'abord, il s'agit du recueil d'une biographie du sujet, qui permet d'appréhender son histoire et sa personnalité. S'ensuit un examen clinique à proprement parler, qui comporte la recherche d'éventuels éléments évoquant un trouble mental. Il s'agit de rechercher une pathologie via un examen classique de psychiatrie. L'expert interroge également le condamné à propos des faits à l'origine de la condamnation. Enfin, la mission de l'expert se termine par la rédaction d'un rapport afin de communiquer ses conclusions au JAP²⁸.

L'expertise peut être facultative comme obligatoire. Lorsqu'elle n'est pas obligatoire, l'expertise demeure possible en tant que mesure d'instruction générale, comme le prévoit l'article 712-16 du CPP. Il existe plusieurs sortes d'expertises : l'expertise psychiatrique, psychologique ou médicale.

Les expertises médicales sont obligatoires dans le cadre de la procédure tendant à l'octroi d'une suspension médicale de la peine ; deux expertises médicales distinctes sont alors nécessaires mettant en évidence soit que le condamné est atteint d'une pathologie engageant le pronostic vital, soit que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention (article 720-1-1 du CPP). Elles sont également imposées pour les demandes de relèvement ou de réduction de la période de sûreté s'appliquant à un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité (article 720-4 du

27 V. Annexe n° 2.

28 V. Annexe n° 1.

CPP), en cas de surveillance judiciaire (article 723-31 du CPP) ou en cas de placement sous surveillance électronique mobile (article 763-10 du CPP).

Le champ d'application des expertises psychiatriques obligatoires est quant à lui bien plus large. Selon l'article 712-21 du CPP, toutes les mesures prises par le JAP, à l'exception des réductions de peines n'entraînant pas de libération immédiate et des autorisations de sortie sous escorte « *ne peuvent être accordées sans une expertise psychiatrique préalable à une personne qui a été condamnée à un suivi socio-judiciaire* ». Le deuxième alinéa précise que « *cette expertise détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement* ». Ces expertises ont donc pour objectif d'établir si le condamné peut faire l'objet d'un traitement et, depuis la loi du 24 novembre 2009²⁹, elles doivent en outre se prononcer sur le risque de récidive du sujet lorsqu'elles concernent un individu condamné pour les infractions violentes ou de nature sexuelle mentionnées à l'article 706-47 du CPP³⁰.

Ensuite, il existe, en matière d'application des peines comme en droit commun pénal, des règles à suivre quant à la désignation de l'expert. Ainsi, aux termes de l'article 157 du CPP, « *les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation ou sur une des listes dressées par les cours d'appel* ». Cependant, l'article 160 du CPP envisage qu'un expert qui ne figure pas sur une liste officielle puisse être désigné, mais il devra alors prêter serment. La Cour de cassation a ajouté que les magistrats qui désignent ainsi un expert dans le cadre de l'article 160 devront le faire par décision motivée, à peine de nullité³¹. Les règles relatives à l'expertise sont d'ordre public et édictées dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice. Rigoureuse sur cette exigence de désignation de l'expert sur l'une des listes officielles de l'article 157, sauf à ce que la décision désignant un expert qui n'y figure pas soit motivée, il apparaît que la chambre criminelle est cependant peu regardante sur la motivation elle-même, se contentant parfois d'une « *motivation de forme* »³².

L'expertise pénale, et en particulier l'expertise psychiatrique, est aujourd'hui indispensable à la Justice, afin de détecter les auteurs de crimes et de délits malades mentaux, et dans le but de leur donner les soins appropriés à leur état. Cette intervention est devenue à ce point importante en la matière que des auteurs ont pu souligner qu' « *au stade de l'application des peines, l'expert est devenu le principal auxiliaire de justice* »³³. Avant d'envisager un projet de réadaptation notamment,

29 L. n° 2009-1436, 24 nov. 2009 pénitentiaire, JO 25 nov. 2009.

30 BONIS-GARÇON É., PELTIER V., *Droit de la peine*. 2e éd., LexisNexis, 2015. 707 p.

31 Crim. 25 oct. 1983, n° 83-93.824, *Bull. crim.*, n° 267.

32 MARON A., « Qu'importe qu'il soit compétent s'il n'est pas inscrit », *Dr. pén.* [en ligne], 2004, comm. 165. Disponible sur : <http://www.lexisnexis.fr>. Consulté le 17/07/2016.

33 DANET J., SAAS C., « Le fou et sa "dangerosité", un risque spécifique pour la justice pénale », *RSC*, p. 779, [en ligne], 2007. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 17/07/2016.

il est important pour le JAP de vérifier la qualité de la stabilisation psychique du sujet.

Pour autant, les experts sont aujourd'hui sur-sollicités par la multiplication des situations dans lesquelles une expertise est requise par le législateur, ce qui nous fait constater une augmentation considérable du nombre d'expertises ces dernières années. Mais les experts sont à présent de moins en moins nombreux sur la liste des cours d'appel, ce qui fait craindre à certains auteurs spécialisés en la matière de constater dans les années à venir « *un non-renouvellement des experts partant à la retraite* »³⁴.

La grande difficulté est que les experts inscrits sur les listes officielles, ou qui acceptent de faire des expertises, se font toujours plus rares et les JAP n'ont plus assez d'experts à leur disposition sur leur ressort. Si le législateur avait pour objectif de multiplier les expertises, c'est le mouvement inverse qui se produit finalement, puisque le juge fait face à une véritable « pénurie » d'experts.

Comme nous l'avons souligné, il existe des cas où l'expertise est obligatoire. Cependant, en raison de ce manque d'experts, on voit apparaître nombre de dérogations posées par le législateur, ce qui le fait revenir sur son objectif premier. Ainsi par exemple, comme nous l'avons vu précédemment, depuis 2014, l'article 712-21 du CPP, qui prévoit les cas d'expertise obligatoire en matière d'application des peines, impose une telle expertise dans tous les cas où le JAP serait amené à prendre une décision en matière d'application des peines au sujet d' « *une personne qui a été condamnée à un suivi socio-judiciaire* », alors que la version antérieure de ce texte envisageait l'hypothèse où une personne avait été condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire était *encouru* seulement. Cette modification textuelle diminue fortement le recours imposé à l'expertise en matière d'application des peines, et ce pour une raison qui semble indépendante de la volonté du pouvoir législatif, et qui se justifie donc par des considérations pratiques : la pénurie d'experts a pour conséquence de ralentir considérablement la prise de décision des JAP.

De la même façon, le pouvoir réglementaire, conscient de ces difficultés, multiplie les exceptions aux dispositions en vigueur, ce qui a pour effet de rendre le droit positif plus compliqué. On peut citer le cas de l'article D.49-23 du CPP, qui prévoit une dispense d'expertise, « *par ordonnance ou jugement motivé* » du JAP ou du TAP lorsque « *figure au dossier du condamné une expertise datant de moins de deux ans, y compris si celle-ci a été réalisée avant la condamnation* ».

Le JAP se voit effectivement confier l'intégralité du dossier du condamné après sa condamnation, ce qui lui permet d'avoir accès à toutes les pièces qui le constitue, comme le

34 MANZANERA C., SENON J.-L., *op. cit.*

réquisitoire définitif du ministère public, ou les expertises psychiatrique et psychologique qui ont été réalisées. Ces expertises fournissent des indications parfois très utiles au JAP, qui peut ainsi mesurer l'évolution du sujet, et elles peuvent désormais également, lorsqu'elles ne datent pas de plus de deux années, éviter de procéder à une nouvelle expertise. Au regard d'une bonne administration de la Justice, cette solution est certainement louable, dans la mesure où les expertises qui se succèdent à des intervalles restreints aboutissent souvent aux mêmes conclusions. Mais ceci peut malgré tout interroger, puisqu'il est possible que le condamné ait évolué depuis la dernière expertise.

Il en va de même, selon l'alinéa 2 de cet article, et sauf pour certaines infractions³⁵, lorsque le JAP, avec l'accord du procureur de la République et par ordonnance motivée, souhaite accorder une permission de sortir ou prendre toute autre décision d'aménagement de peine, lorsqu'il est fait état de « *la non-nécessité d'une expertise au regard des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur* ».

L'une des autres difficultés dans le domaine de l'expertise, selon certains experts psychiatres, semble être le statut administratif de l'expert, qui n'est pas légalement défini et encadré.

Ces difficultés rencontrées par les experts psychiatriques paraissent dorénavant s'ériger en véritables obstacles et ce, aux dépens de la Justice, et par voie de conséquence, des justiciables. En effet, il est permis de relever une certaine baisse de la qualité générale des expertises due à la recherche effrénée de nouveaux experts en raison de ce besoin de spécialistes. Les conditions permettant d'accéder au statut d'expert psychiatre ont ainsi été revues à la baisse ces dernières années, amenant de très jeunes psychiatres à effectuer des expertises sans réelle expérience³⁶. Ainsi, certains remarquent, concernant l'expertise psychiatrique pénale en règle générale, que « *faute de praticiens qui consentent à travailler dans de telles conditions, on remplace les experts chevronnés par des médecins sans expérience, des psychologues, voire des généralistes* »³⁷.

L'expert, et notamment l'expert psychiatre, peut donc être compté parmi les « alliés » du JAP, d'une part parce qu'il est celui qui a la faculté de confirmer l'existence un trouble mental qui persiste, d'en découvrir un qui n'existait pas, ou d'apprécier l'évolution mentale du sujet. D'autre part, l'expert peut conseiller le juge quant aux mesures à envisager afin d'accompagner le sujet au mieux dans son traitement.

35 Sauf pour une infraction mentionnée à l'article 706-47 du CPP (infractions de nature sexuelle et mineurs victimes) ou pour un meurtre ou un assassinat commis sur un mineur ou en récidive légale.

36 V. Annexe n° 1.

37 ZAGURY D., « L'expertise psychiatrique pénale : une honte française », *Gaz. Pal.*, p. 12, [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://www.lextenso.fr>. Consulté le 26/06/2016.

Mais l'expert n'est pas le seul à accompagner le JAP dans sa prise en compte du trouble mental affectant le condamné ; le médecin coordonnateur a également un rôle à jouer.

2. L'intervention du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur a été créé par la loi du 17 juin 1998³⁸, qui a également institué l'injonction de soins en matière pénale. Son statut est régi par les articles L.3711-1 et suivants et R.3711-1 et suivants du Code de la santé publique. Il peut s'agir de psychiatres ou bien de médecins ayant suivi une formation appropriée (d'une durée de 100 heures et dispensée par l'université ou un organisme agréé de formation médicale continue). Le médecin coordonnateur est inscrit à sa demande sur une liste établie par le procureur de la République après avis du Conseil départemental de l'ordre des médecins et du préfet et il peut être inscrit sur les listes de plusieurs TGI. Il ne peut évidemment avoir de lien familial, d'alliance ou professionnel avec le condamné, ni être intervenu en qualité d'expert pendant la procédure judiciaire. Il reçoit du juge copie des pièces de la procédure, comme l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel, le réquisitoire définitif ou la décision de condamnation.

Le médecin coordonnateur est désigné au cas par cas par le JAP. Il assure un rôle d'interface entre la Justice et le médecin traitant qui prodigue les soins au sujet. Ainsi, le médecin coordonnateur oriente la personne condamnée vers le médecin traitant et/ou un psychologue traitant, joue un rôle de conseil auprès de ce dernier, et s'assure du suivi de la mesure. Il convoque également la personne *a minima* tous les trois mois pour réaliser un bilan de la situation, et enfin, il rédige au moins une fois par an (ou deux fois par an en cas de crime) un rapport dressant le bilan de la mise en œuvre de la mesure, dans le but de permettre au JAP de contrôler le respect de cette dernière. Le cas échéant, ce rapport comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins, ainsi que des propositions sur les modalités de la poursuite de la mesure. Il doit informer le JAP en cas de refus ou d'interruption du traitement par le sujet contre l'avis du médecin traitant.

Le médecin coordonnateur facilite le maintien de l'indépendance du soin face à la peine, qu'il est nécessaire de ne pas confondre. Bien que le soin soit utile à l'efficacité de la peine, cette dernière correspond à la confrontation de la loi à un acte donné, alors que le soin nécessite un engagement davantage personnel. Ainsi, le médecin coordonnateur favorise tout à la fois la préservation de la relation médecin/malade via la confiance que le sujet peut avoir en son médecin traitant, et le regard des autorités judiciaires sur le suivi de ces soins, indispensable à la réinsertion

38 L. n° 98-468, 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, JO 18 juin.

effective du condamné.

Ce partenaire du JAP intervient lorsqu'une injonction de soins a été prononcée. Mais tout d'abord, précisons qu'après avoir créé la peine incompressible de la réclusion à perpétuité pour apporter une réponse au problème de la récidive de la délinquance sexuelle concernant plus particulièrement les mineurs, le législateur a institué une peine complémentaire aux peines privatives de liberté criminelles, dénommée suivi socio-judiciaire³⁹. Celle-ci ne peut être prononcée que pour les infractions prévues par la loi : elle est applicable notamment en cas de meurtre ou d'assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, de faits de corruption de mineur, d'atteintes sexuelles à des mineurs, de diffusion de messages ou images à caractère pornographique ou encore d'actes de violence contre les personnes commis par le conjoint ou ex-conjoint ou le concubin ou ex-concubin de la victime ou le partenaire ou ex-partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité. L'article 131-36-7 du CP prévoit que cette mesure peut être prononcée comme peine principale en matière correctionnelle, mais elle ne peut être prononcée en même temps qu'une peine d'emprisonnement assortie en tout ou partie du sursis avec mise à l'épreuve.

Le suivi socio-judiciaire comporte des mesures de surveillance de l'article 132-44 du CP, des obligations particulières prévues à l'article 132-45 et, sauf décision contraire, une injonction de soins⁴⁰. En effet, depuis la loi du 10 août 2007⁴¹, le suivi socio-judiciaire comprend automatiquement une injonction de soins s'il est établi, après une expertise médicale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement, sauf décision contraire de la juridiction de jugement ou de la juridiction de l'application des peines (article 131-36-4 du CP). Au surplus, l'intéressé peut être condamné à des obligations spécifiques au suivi socio-judiciaire (comme s'abstenir de fréquenter certaines personnes ou de paraître dans certains lieux).

Pour en revenir à l'injonction de soins, soulignons d'abord que celle-ci doit être distinguée de l'obligation de soins, prévue à l'article 132-45 du CP, et mise en œuvre sans procédure particulière. Il s'agit d'une mesure générale, applicable avant ou après déclaration de culpabilité, et non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable. Quant à l'injonction de soins, bien qu'initialement attachée à la peine de suivi socio-judiciaire, elle est désormais également applicable, lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une

39 Peine régie par les articles 131-36-1 à 131-36-8, 221-9-1, 222-48-1 et 227-31 du Code pénal, 763-1 à 763-9 du Code de procédure pénale et L3711-1 à L3711-5 du Code de la santé publique.

40 BOULOC B., MATSOPOULOU H., *op. cit.*, p. 580.

41 L. n° 2007-1198, 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, JO 11 août 2007.

surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté⁴². Elle est destinée à faire cesser un état dangereux voué à perdurer si aucun traitement n'est offert au condamné, et en cela, elle a pu être qualifiée de « *mesure de sûreté par excellence* »⁴³.

En résumé, et pour tenter de simplifier cette explication, une mesure de suivi socio-judiciaire peut dans certains cas être prononcée sans être accompagnée d'injonction de soins, même si cette hypothèse se fait rare en pratique, et l'injonction de soins, bien que la plupart du temps attachée au suivi socio-judiciaire, peut malgré tout être prononcée dans un autre cadre. Seulement, le médecin coordonnateur n'interviendra que dans la mesure où le condamné aura été soumis à une injonction de soins.

Cette mesure suppose en effet l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d'un médecin coordonnateur qui, comme nous l'avons dit, fait le lien entre le médecin traitant et le JAP. Il est l'interface qui fait la jonction entre tous ces intervenants, puisque le médecin traitant ou le psychologue traitant peuvent aussi solliciter à tout moment le médecin coordonnateur pour une concertation, une question technique ou une difficulté. Cela peut conduire à une convocation de la personne condamnée par le médecin coordonnateur pour une évaluation et afin de déterminer les difficultés et les préconisations qui en découlent (signalement au JAP avec éventuelle demande d'expertise, rappel du cadre thérapeutique, etc.).

Par suite, on remarque que le médecin coordonnateur est également un collaborateur, et même un partenaire⁴⁴, important du JAP lorsqu'il s'agit de prendre en compte le trouble mental du condamné.

Cependant, il faut indiquer que cette fonction connaît, comme celle d'expert, son lot de contrariétés. Tout d'abord, un rapport du Sénat déposé en 2012 dresse « *un constat alarmant sur l'insuffisance de médecins coordonnateurs nécessaires à la mise en place des injonctions de soins* » et relève, comme pour les expertises pénales, « *l'inadéquation entre une législation inflationniste et la réalité des moyens* ». En effet, si le nombre de médecins coordonnateurs est presque stationnaire depuis 2008, en 2012 comme après, les carences demeurent inchangées en ce que « *17 départements sont [...] dépourvus de médecins coordonnateurs et le nombre d'injonctions de soins non suivies est évalué à 1 750 mesures* »⁴⁵.

La preuve en est le nombre de personnes soumises à une injonction de soins pouvant être

42 « Guide de l'injonction de soins », Ministère de la santé et des sports et Ministère de la Justice [en ligne], disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf. Consulté le 19/07/2016.

43 BONIS-GARÇON É., PELTIER V., *op. cit.*, p. 33.

44 V. Annexe 1.

45 BORVO COHEN-SEAT N., « Projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines », *Doc. parl. S.*, rapport n° 302, 2012.

suivies simultanément par le même médecin coordonnateur était initialement limité par le pouvoir réglementaire à 15. L'arrêté du 24 janvier 2008 relatif aux médecins coordonnateurs, dont les dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} mars 2008, a ensuite porté le nombre maximal de personnes suivies en même temps à 20. Le rapport précité du Sénat de 2012 rapportait malgré tout que « *le Gouvernement [indiquait] que 119 médecins coordonnateurs supplémentaires seraient nécessaires pour que toutes [les mesures d'injonction de soins] puissent être suivies, à raison de vingt personnes suivies par médecin, quel que soit le département de résidence du condamné* ». Mais toujours en manque d'effectifs, ce nombre maximum de personnes suivies par médecin coordonnateur est passé à 60 suite à l'arrêté du 8 décembre 2011, publié le 18 janvier 2012. On imagine la charge de travail importante qui doit peser sur les médecins coordonnateurs, incités à suivre simultanément le plus de condamnés possible, et par conséquent, la qualité du suivi qui en ressort, passant nécessairement moins de temps sur chaque cas.

D'autre part, d'autres critiques ont pu être formulées : un rapport de 2008⁴⁶ constate que « *nombre d'experts estiment que certains condamnés ne sont pas éligibles aux soins, soit parce qu'ils nient les faits, soit parce qu'ils refusent tout contrôle, si bien que l'on aboutit à une situation totalement paradoxale qui exclut l'injonction de soins pour certains condamnés particulièrement dangereux* ». Les députés reprennent aussi les propos du docteur COUTANCEAU, pour qui « *il serait préférable de confier cette mission à un nombre limité de praticiens expressément formés* ».

Corrélativement, des médecins coordonnateurs remarquent parfois que certains de leurs collègues ne distinguent pas correctement les mesures que sont l'injonction de soins et l'obligation de soins⁴⁷. Or l'obligation de soins est moins contraignante pour le condamné, qui peut avoir besoin d'un encadrement beaucoup plus rigoureux, et donc qui mériterait de se voir soumis à une injonction de soins. Inversement, des condamnés sont parfois suivis dans le cadre d'une injonction de soins alors qu'ils n'en ont pas réellement besoin et qu'une obligation de soins aurait suffi. Encore une fois, la pénurie de professionnels malgré le recours récurrent à ces mesures amène à un abaissement des exigences et à moins de rigueur de la part des praticiens.

Conclusion. On remarque d'ores et déjà que peine et soins convergent parfois vers les mêmes objectifs. Loin d'être antinomiques en pratique, ces deux domaines peuvent même s'avérer en quelques sortes complémentaires. Mais leur cohabitation n'est pas pour autant aisée et, comme cela a pu être souligné, « *pour donner sens à ce qui semble être une contradiction - punir en obligeant à se soigner -, il faudra engager une relation thérapeutique avec ces sujets qui, pour la*

46 GEOFFROY G., CARESCHE C., « Rapport d'information sur la mise en application de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs », *Doc. parl. AN.*, rapport d'information n° 1310, 2008.

47 V. Annexe n° 1.

plupart, ne demandent rien au cours de leur peine »⁴⁸. Allier peine et soins ne se fera pas sans une collaboration entre le JAP et les intervenants thérapeutiques, dont on peut dire que l'expert et le médecin coordonnateur font partie. Cette coopération est désormais bien amorcée, mais reste encore à trouver des solutions aux difficultés pratiques qui, comme nous l'avons constaté, s'immiscent dans ce travail d'entraide.

Ce partenariat qui existe entre le JAP et certains intervenants du domaine médical constitue l'un des moyens, que l'on peut appeler humains, pour ce magistrat de prendre en compte le trouble mental du condamné, dans le but de le réhabiliter.

À côté de ces moyens humains, en ce qu'ils font intervenir des « collaborateurs » du JAP, ce dernier dispose également de moyens qui peuvent être qualifiés de matériels.

B/ Les moyens matériels

Le JAP dispose d'un véritable panel de mesures, de décisions qui peuvent être prises afin de s'adapter à chaque situation. Or parmi ces mesures, il en existe qui permettent de prendre en compte le trouble mental du condamné. Ces moyens, que l'on peut qualifier de matériels puisqu'ils ne supposent pas, en tant que tels, l'intervention d'autres intervenants physiques, permettent au JAP soit d'intervenir en amont, c'est-à-dire d'inciter le condamné à se soumettre à des soins **(1)**, soit d'opérer en aval, en sanctionnant un sujet qui aurait refusé de tels soins **(2)**.

1. Les moyens incitant aux soins

Le JAP peut avoir recours à plusieurs mesures lui permettant d'obliger, ou plutôt à ce stade d'inciter, le condamné à se soumettre aux soins rendus nécessaires par son état psychique. On peut distinguer trois phases : l'exécution de la peine **(a)**, la détention **(b)** et le moment de la libération de la personne incarcérée **(c)**.

a) Au moment de l'exécution de la condamnation

Tout d'abord, l'obligation de soins peut parfois déclencher de véritables soins pour le condamné qui n'aurait pas eu l'initiative de le faire lui-même. L'obligation de soins peut également consister en une « injonction thérapeutique »⁴⁹ (pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcoolisées). Après la déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du CP, aux termes duquel « *la juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut*

48 GARAPON A., SALAS D., *La justice et le mal*, éd. Odile Jacob, 1997. 224 p.

49 Articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique.

imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : [...] 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation [...] ». Cette obligation particulière que constitue l'obligation de soins est prévue pour l'ajournement avec mise à l'épreuve, l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve, l'emprisonnement assorti du SME avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général, une mesure d'aménagement de peine, et pour la surveillance électronique de fin de peine⁵⁰.

Il convient de s'attarder sur la notion, fréquemment employée, de sursis avec mise à l'épreuve. L'objectif général du SME est d'écarter l'exécution des courtes peines d'emprisonnement, jugées plus néfastes qu'utiles. S'il est, comme le sursis simple, facultatif pour le juge, il peut être prononcé plus fréquemment car ses conditions d'application sont plus souples. En revanche, le régime sous lequel il est subi est plus contraignant pour le condamné, qui est soumis à un certain nombre d'obligations et est assisté par un délégué à la probation. Le juge doit fixer les conditions que comporte l'épreuve et sa durée. L'article 132-43 du CP prévoit que le régime de la mise à l'épreuve comporte pour le condamné l'observation de mesures de contrôle prévues par l'article 132-44, ainsi que l'observation de certaines obligations particulières, imposées spécialement par l'arrêt ou le jugement de condamnation, ou par une décision ultérieure du JAP sous le contrôle duquel l'intéressé est placé. L'épreuve va donc comporter deux séries de prescriptions : des prescriptions d'ordre général s'appliquant automatiquement, et des mesures particulières spécialement adaptées à la personne en question⁵¹.

On constate que le JAP peut, après le prononcé du SME, ajouter des obligations particulières à la charge du condamné, dont l'obligation de soins. Or cette faculté peut s'avérer utile dans la mesure où lors de l'audience correctionnelle, le juge ne dispose que de très peu d'éléments sur la personnalité du délinquant notamment, ce qui rend l'identification d'un éventuel trouble mental pour le moins ardue. Par suite, il peut arriver qu'un sujet atteint d'un trouble mental, même minime, ne se fasse pas remarquer et parvienne à être jugé sans que quiconque n'ait décelé quoi que ce soit. Lors de la phase de l'application des peines, ce trouble peut alors se manifester et le JAP devra donc en prendre compte. Pour cela, il pourra à ce moment soumettre l'infracteur à une obligation de soins, sous peine de révocation partielle ou totale du SME.

Le JAP peut donc ajouter l'obligation particulière de soins, qui n'aurait pas été prévue lors de l'entrée en condamnation, dans le cadre du SME. Mais ce magistrat, en ce qu'il est l'autorité chargée de présider à l'exécution de l'épreuve, a également la mission de mettre en œuvre cette obligation lorsqu'elle aura été prononcée, et le pouvoir d'aménager ou de supprimer cette obligation de soins.

50 « Guide de l'injonction de soins », *op. cit.*, p. 8.

51 BOULOC B., *op. cit.*, p. 609.

Un requérant devant la Cour de cassation avait avancé qu'en assortissant le sursis dont il avait bénéficié de l'obligation de « *suivre des soins médicaux adaptés à son état* » sans préciser de quels soins et de quel état il s'agissait, la cour d'appel n'avait pas défini cette obligation avec une précision suffisante, ce dont il résultait une insécurité juridique. Mais la Haute juridiction a rejeté cette argumentation, rappelant que cette obligation est prévue par l'article 132-45. 3° du CP et que « *ses modalités d'exécution doivent être déterminées par le juge de l'application des peines auquel l'article 739 du Code de procédure pénale donne le pouvoir de mettre en œuvre, aménager ou supprimer les obligations particulières auxquelles la juridiction de jugement a soumis le condamné* »⁵².

L'obligation de soins peut par conséquent déboucher sur une réelle mise en place de soins. D'ailleurs, les JAP remarquent parfois qu'il est même possible d'inciter le condamné à se soigner hors de toute obligation de soins, notamment tout simplement en communiquant et en échangeant lors d'un entretien avec lui, les juges ayant souvent cette force de persuasion et certains condamnés ayant pris conscience de l'altération de leur discernement et souhaitant y remédier.

b) Pendant la détention

L'article 717-1 A du CPP prévoit le placement de la personne condamnée pour l'une des infractions pouvant justifier une mesure de rétention de sûreté, pour une durée d'au moins six semaines, dans un « *service spécialisé permettant de déterminer les modalités de la prise en charge sociale et sanitaire au cours de l'exécution de sa peine* ». Ce placement doit avoir lieu dans l'année qui suit la condamnation définitive de l'infacteur. Au vu de cette évaluation, le JAP déterminera alors « *un parcours d'exécution de la peine individualisé* », définissant en particulier les modalités de la prise en charge médicale et sociale, et, « *si la personne souffre de troubles psychiatriques, sur indication médicale, elle [fera] l'objet d'une prise en charge adaptée à ses besoins, le cas échéant en hospitalisation* ».

Par ailleurs, en vertu de l'article 717-1 du même code, le JAP peut proposer à toute personne, condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, de « *suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement* ». Le médecin traitant du condamné délivre ensuite à ce dernier, au minimum une fois par trimestre, « *des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines* ».

Ce dispositif datant de 2008 institue une procédure qui doit intervenir deux ans avant la date

⁵² Crim. 13 nov. 2001, n° 00-88.128, *Bull. crim.*, n° 235.

prévue pour la libération d'un condamné qui est en détention et qui est susceptible, à sa libération, de faire l'objet d'une rétention de sûreté⁵³. Cette procédure consiste dans une convocation obligatoire par le JAP, qui établit à cette occasion le bilan des traitements que le condamné a pu recevoir en détention, ce dernier devant justifier des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé en application des dispositions du texte précité. Au regard de ce bilan, le JAP pourra lui suggérer de suivre un traitement dans un « *établissement pénitentiaire spécialisé* ». L'objectif de ce dispositif semble être de prévenir l'éventuel placement en rétention de sûreté par des soins adaptés et une prise en charge pendant l'exécution de la peine⁵⁴. C'est pourquoi la Commission régionale de la rétention de sûreté devra vérifier, avant de prononcer une rétention, si l'intéressé a effectivement été mis en mesure de bénéficier, pendant l'exécution de sa peine, de la prise en charge et des soins adaptés au trouble dont il souffre, comme l'a affirmé le Conseil constitutionnel à travers une décision du 21 février 2008 dans une réserve d'interprétation.⁵⁵

c) Lors de la libération

L'article 706-136-1 du CPP, issu de la loi du 15 août 2014, confère au JAP le pouvoir, sous certaines conditions, d'ordonner « *une obligation de soins* » au condamné au discernement altéré, à sa libération, et donc après l'exécution de la peine privative de liberté. Ceci démontre qu'il s'agit dans ce cas d'une mesure de sûreté. C'est d'ailleurs ainsi que le chapitre III du livre IV du CPP, dans lequel a été inséré cet article, a été intitulé : « *Mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou en cas de reconnaissance d'altération du discernement* ».

Le prononcé par le JAP d'une telle obligation de soins à la libération du condamné est soumis à certaines conditions. D'abord, il faudra que cette personne « *condamnée dans les circonstances mentionnées au second alinéa de l'article 122-1 du Code pénal* » n'ait pas été condamnée à un suivi socio-judiciaire. Ensuite, il faut que l'état de cette dernière le justifie et que le JAP ait recueilli au préalable un avis médical. Enfin, la durée de cette obligation ne pourra pas excéder cinq ans en matière correctionnelle ou dix ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement.

Le JAP contribue ainsi activement à l'individualisation de la peine, tout en ayant la possibilité de favoriser une mise en œuvre effective du traitement dont le condamné a besoin,

⁵³ Rétention de sûreté : V. *infra*.

⁵⁴ MATSOPOULOU H., « Le développement des mesures de sûreté justifiées par la "dangerosité" et l'inutile dispositif applicable aux malades mentaux - Commentaire de la 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 », *Dr. pén.* [en ligne], 2008. Disponible sur : <http://www.lexisnexis.fr>. Consulté le 22/07/2016.

⁵⁵ Cons. Const., 21 fév. 2008, n° 2008-562 DC, Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, cons. 21.

principalement à la fin de la peine qu'il a subi⁵⁶. Et c'est bien à ce moment que le condamné se retrouve un peu désemparé ; ayant eu l'habitude d'être entouré, pour ne pas dire encadré, le but est justement de ne pas le laisser « livré à lui-même ». Qui plus est, l'effectivité des soins objet de cette obligation est garantie par la menace de répression pénale, l'article 706-139 du CPP y adjoignant une sanction s'élevant à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende, « *sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal* ».

2. Les moyens sanctionnant l'absence de soins

Lorsque le condamné refuse les soins qui lui ont été proposés, ou qu'il y met fin prématurément, le JAP a le pouvoir de le sanctionner soit en lui retirant du crédit de réduction de peine et en lui refusant des réductions supplémentaires de peine **(a)**, soit en modifiant les obligations d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un suivi socio-judiciaire **(b)**.

a) Le retrait de CRP et le refus de RSP

Jusqu'en 2004, les détenus pouvaient bénéficier de réductions de peine octroyées par le JAP. À présent, depuis le 1^{er} janvier 2005, chaque condamné bénéficie automatiquement d'un crédit de réduction de peine, calculé sur la durée de la condamnation prononcée, à hauteur de trois mois pour la première année, de deux mois pour les années suivantes et, pour une peine de moins d'un an ou pour la partie inférieure à une année pleine, de sept jours par mois⁵⁷. L'article 721, alinéa 1 du CPP ajoute que « *pour les peines supérieures à un an, le total de la réduction correspondant aux sept jours par mois ne peut toutefois excéder deux mois* ».

Le même article 721 poursuit en posant que le JAP peut ordonner le retrait, à hauteur de trois mois maximum par an et de sept jours par mois, de cette réduction de peine « *lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical [...]. Il en est de même lorsque le juge de l'application des peines est informé [...] que le condamné ne suit pas de façon régulière le traitement qu'il lui a proposé. Il peut également ordonner, après avis médical, le retrait lorsque la personne condamnée dans les circonstances mentionnées à la première phrase du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal refuse les soins qui lui sont proposés* ».

Il s'agit donc en quelques sortes de pénaliser les condamnés qui refusent de suivre le

56 MÉSA R., « L'étrange régime répressif de l'anormal mental », *Gaz. Pal.*, p. 5, [en ligne], 2014. Disponible sur : <http://www.lextenso.fr>. Consulté le 22/07/2016.

57 BOULOC B., *op. cit.*, p. 667.

traitement qui leur a été proposé pendant leur détention. Cependant, il ne faut pas se méprendre sur la nature de cette mesure. En effet, dans un arrêt récent⁵⁸, la chambre criminelle de la Cour de cassation, renvoyant à une décision en date du 11 juillet 2014⁵⁹ dans laquelle le Conseil constitutionnel avait déclaré que la privation de liberté qui résulte du retrait ne constitue pas une nouvelle peine, mais une simple exécution d'une partie de la peine initialement prononcée en répression de l'infraction pénale commise, a repris implicitement cette solution. Il est donc désormais acquis que le retrait de CRP ne constitue ni une peine, ni une sanction ayant le caractère d'une punition⁶⁰. Dans un arrêt du 15 avril 2015⁶¹, la chambre criminelle analyse expressément le CRP comme « *un avantage que le condamné ne peut espérer conserver malgré son mauvais comportement et qui n'entraîne, pour celui-ci, aucune privation de liberté distincte de la peine en cours d'exécution* ».

Le retrait de CRP constitue donc un acte positif du JAP qui retire ainsi lui-même une partie du CRP à un condamné qui n'a pas investi les soins proposés. Dans le même but, mais d'une toute autre manière, le JAP peut refuser d'octroyer des réductions supplémentaires de peine, ou les limiter. Ainsi, il est prévu que le JAP peut accorder une RSP (qui ne peut excéder trois mois par année d'incarcération ou sept jours par mois lorsque la durée d'incarcération restant à subir est inférieure à une année) aux condamnés qui, notamment, suivent « *une thérapie destinée à limiter les risques de récidive* » (article 721-1 du CPP). Cet article prévoit néanmoins que « *sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines [...]* ». Ici aussi, il en sera de même lorsque le JAP sera informé que le condamné ne suit pas de façon régulière le traitement, ou qu'une personne dont le discernement était altéré lors de la commission de l'infraction refuse les soins qui lui sont proposés.

Il est donc question ici d'autoriser le retrait de CRP et/ou la limitation du montant ou le refus de RSP susceptible d'être accordée à des condamnés lorsque ceux-ci refusent de suivre le traitement qui leur est proposé pendant leur détention. S'il s'agit bien d'une sanction (non pas dans le sens d'une mesure répressive, mais davantage d'une punition), cette mesure peut également consister en un moyen d'incitation aux soins, puisque n'importe quelle punition comporte intrinsèquement un côté dissuasif.

58 Crim., 4 mars 2015, n° 14-84.714, non publié au *Bull.*

59 Cons. Const., 11 juill. 2014, n° 2014-408 QPC, cons. 7.

60 BONIS-GARÇON É., PELTIER V., « Un an de droit pénal (janvier – décembre 2015) », *Dr. pén.* [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://www.lexisnexis.fr>. Consulté le 25/07/2016.

61 Crim., 15 avr. 2015, n° 14-80.417, *Bull. crim.*, *Dr. pén.* 2015, comm. 104, note Bonis-Garçon É.

Il en va de même du refus d'aménagement de peine qui peut être opposé par le JAP à un condamné qui refuse de suivre un traitement pendant son incarcération, et qui ne sera ainsi pas considéré comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale. L'article 729, alinéa 4 du CPP dispose en ce sens que la personne condamnée pour une infraction qui faisait encourir un suivi socio-judiciaire ne pourra obtenir de libération conditionnelle si elle a refusé les soins qui lui étaient proposés au cours de sa détention.

b) La modification des obligations d'un SME ou d'un suivi socio-judiciaire

Au cours de l'exécution d'un sursis avec mise à l'épreuve, le JAP a, comme nous l'avons remarqué, la possibilité d'ajouter ou de modifier les obligations pesant sur le condamné. De plus, l'inexécution de l'obligation de soins ou de l'injonction de soins, dont la durée est celle du délai d'épreuve lui-même, fait encourir la révocation du SME, et donc l'incarcération du condamné. En effet, en matière de SME, existent deux types de sanction du mauvais comportement du condamné : la modification des obligations et la révocation, lorsque le condamné n'a pas satisfait aux mesures de contrôle et aux obligations particulières qui lui étaient imposées (articles 132-47, 132-48, et 742 du CPP). Lorsque la révocation intervient en raison de la violation des mesures particulières mises à la charge du probationnaire, elle est prononcée par le JAP⁶².

Il ressort de l'article 763-3 du CPP que le JAP « *peut, après audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter* » les mesures auxquelles le condamné a été soumis dans le cadre du suivi socio-judiciaire. Le JAP peut ainsi non seulement moduler les obligations mises à la charge de l'infacteur, en les aggravant ou en les allégeant, mais il dispose également de la possibilité, en cas d'inobservation des obligations, de sanctionner cette inobservation par le prononcé d'un emprisonnement immédiat en ordonnant la mise à exécution de l'emprisonnement prononcé par la juridiction de jugement.

En conclusion, on s'aperçoit que le JAP dispose de moyens plus ou moins efficaces d'incitation aux soins. On en déduit que les condamnés dont le discernement est altéré ont donc à leur portée la possibilité de se faire aider et d'être accompagnés dans le traitement. Ces facultés ont ainsi été mises à la disposition des détenus, mais plus que des facultés, il s'agit davantage de fortes incitations puisqu'en cas de refus, il existe également des moyens de « sanction ». Le consentement aux soins n'est donc *a priori* pas la priorité dans ces hypothèses.

62 HERZOG-EVANS M., *op. cit.*, p. 886.



Il apparaît clairement que le juriste, comme le remarque M. TCHERKESSOFF, « *se trouve pourvu par le législateur de ces quarante dernières années de textes de lois où le soin [...] est devenu partie complémentaire, sinon intégrante, de la peine prononçable* »⁶³. Peine et soins sont à présent indiscutablement liés et même, sans aucun doute, complémentaires dans la prise en charge des troubles mentaux et dans la lutte contre la récidive. Cette complémentarité est à ce point poussée que désormais, on peut tirer comme constat que « *le soin a intégré la peine, ou la peine est devenue soin* »⁶⁴.

Justement, on peut cependant s'interroger sur le point de savoir s'il s'agit bien là du rôle de la peine. On a, au fil du temps, assigné énormément de fonctions à la peine : celles de prévention, de réparation, de rétribution, mais également une fonction socio-pédagogique⁶⁵. On ajoute désormais à cette liste celles de réinsertion, qui implique elle-même une fonction de soins. Il est difficile de savoir si la peine remplit correctement toutes ces missions, mais on peut estimer que le JAP, pierre angulaire de l'application des peines, dispose de plusieurs moyens lui permettant de prendre en compte le trouble mental et donc de tenter de remplir cette fonction de réadaptation.

Cependant, il existe certainement encore aujourd'hui quelques obstacles qui se dressent sur le chemin du JAP dans sa prise en compte du trouble mental du condamné.

63 *Incriminer et protéger*, Essais de philosophie pénale et de criminologie, vol. 11, Dalloz, 2014, 204 p.

64 *Ibid.*, p. 10.

65 KERCHOVE (van de) M., « Les fonctions de la sanction pénale. Entre droit et philosophie », *Informations sociales*, n° 127 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cairn.info>. Consulté le 25/07/2016.

Seconde partie. Les limites rencontrées par le juge de l'application des peines dans la prise en compte du trouble mental

On a vu que la Justice, et lors de l'application des peines le JAP, s'attachent à prendre en compte autant que possible le trouble mental de l'infracteur. Dans cette optique, le JAP est aidé de collaborateurs et dispose de certains outils. Néanmoins, cette prise en compte du trouble psychique n'est toujours pas exhaustive dans la mesure où le JAP rencontre des limites d'ordre médical d'abord (A), et d'ordre juridique ensuite (B).

A/ Les limites médicales

On peut qualifier ces limites de médicales en ce qu'il s'agit d'obstacles découlant avant tout de la collaboration des autorités sanitaires avec les autorités judiciaires. On l'aura compris, il ne s'agit évidemment pas d'évoquer les limites de la science telles qu'on peut les entendre en règle générale c'est-à-dire en tant que capacités actuelles.

D'abord, on s'aperçoit que le secret médical demeure un obstacle à la collaboration du personnel soignant et du JAP (1), ensuite, que la question de l'hospitalisation d'office échappe au regard du JAP (2).

1. Le secret médical

Les professionnels du corps médical reprochent communément aux autorités judiciaires « *d'intervenir dans leur domaine de compétence en se faisant notamment prescripteurs de soins* »⁶⁶. Globalement, il leur est reproché de ne pas respecter la déontologie de leur profession en portant atteinte au secret médical et ainsi, à la relation de confiance établie avec le patient, si chère aux personnels de santé. Les magistrats, de leur côté, regrettent que les professionnels de santé s'opposent à leur contrôle en se retranchant derrière le secret médical.

L'article 4 du Code de déontologie médicale et l'article R.4127-4 du Code de la santé publique proclament que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* » et que « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ».

En tant que médecins, ces professionnels sont ainsi tenus à « *une obligation de secret absolu, qui paraît difficilement compatible avec des objectifs de sécurité publique et le partage*

66 CORNIER K., « Les soins pénalement ordonnés », *Les tribunes de la santé* [en ligne], 2007. Disponible sur : <http://www.cairn.info>. Consulté le 26/07/2016.

d'informations avec les autorités judiciaires et pénitentiaires »⁶⁷. Le secret médical du personnel soignant, pourtant institué dans l'intérêt du patient, rend la coopération entre les différents intervenants plus compliquée en ce qu'il dresse des barrières devant le JAP pour ce qui concerne l'appréhension de la situation effective du condamné, la compréhension de ses éventuelles pathologies et donc également de ses chances de guérison et de réinsertion. Mais l'inverse peut également être vrai puisque les professionnels de la santé peuvent aussi avoir besoin des juges. Par exemple, la fin de l'incarcération ne signifie pas forcément arrêt des soins. Or les juges ont un certain pouvoir de contrainte, ou tout au moins d'incitation, qui permet d'organiser la suite des soins, le relais après l'incarcération, et qui nécessite donc une certaine collaboration entre les deux autorités judiciaire et médicale.

Ainsi, est-ce vraiment dans l'intérêt du condamné atteint d'un trouble mental que ce secret médical est opposé au JAP ? Une réelle et efficace collaboration, dans le respect dû aux exigences déontologiques, entre le judiciaire et le médical ne serait-elle pas préférable à ce sentiment de défiance ? Ordinairement, on perçoit aisément l'intérêt et la nécessité d'une telle protection contre la divulgation des informations, qui permet d'instaurer un climat de confiance et de sérénité entre le patient et son médecin. Mais en matière d'application des peines, certes cette relation doit ressembler autant que possible à ce que nous venons de décrire, mais sans pouvoir réellement l'être entièrement puisqu'il s'agit d'un contexte bien différent. Il s'agit d'un patient, qui doit être traité comme tel, mais d'un patient également condamné, ce qui doit être pris en compte afin de l'accompagner au mieux, et en ayant toutes les données en main. Le personnel soignant ne se cache-t-il pas en réalité derrière cette notion de secret médical lorsqu'il s'agit de l'application des peines ? Sans tirer de conclusions trop hâtives, peut-être que le secret médical constitue davantage, devant le JAP, une sorte de rempart derrière lequel se murent les médecins pour échapper à une quelconque responsabilité médicale. Il est nécessaire de garder à l'esprit que le secret médical n'a pas pour vocation de protéger le médecin mais bien le patient, et uniquement le patient.

Le juge quant à lui, a certes pour mission de préserver et de protéger les intérêts de la société et des victimes, mais également ceux de la personne du condamné, qui fait partie de cette même société. Apparaît ainsi une convergence des intérêts entre le judiciaire et le médical : pour protéger la collectivité, il est nécessaire de prendre en charge les condamnés atteints de troubles mentaux, afin de leur proposer un traitement adapté et qui leur offre une chance de réadaptation. Les patients, quels qu'ils soient, ont besoin d'évoluer entourés d'une équipe légitime et efficace et pour cela, crédible et coopérante.

⁶⁷ LAMANDA V., *op. cit.*, p. 29.

Par ailleurs, le secret médical ne semble pas tout à fait incompatible avec une coopération entre le personnel soignant et le JAP. Nous l'avons vu, l'injonction de soins organise la nécessaire collaboration entre les autorités judiciaires et les professionnels de santé, d'autant que l'injonction de soins prononcée dans le cadre du suivi socio-judiciaire a la particularité de ne pouvoir être prononcée qu'après une expertise médicale établissant que la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement. La décision du juge est donc en quelques sortes subordonnée à l'avis médical, ainsi qu'au consentement de la personne concernée, même si le refus de soins est sanctionnable (article 131-36-4 du CP). Dans ce dispositif, le secret médical est protégé par l'instauration du médecin coordonnateur, qui fait l'interface entre le médecin traitant et le juge. C'est à lui de transmettre au juge les éléments nécessaires au suivi de la mesure et la relation entre le médecin traitant et son patient s'en trouve ainsi préservée. C'est également ce médecin coordonnateur qui transmet au médecin traitant certaines pièces du dossier pénal nécessaires à son information, dont les expertises médicales. Enfin, il est garant de la qualité de la prise en charge du condamné en intervenant en tant que référant du médecin traitant, qui peut d'ailleurs lui demander conseil⁶⁸. Cet intervenant, investi d'une mission d'intermédiaire, paraît donc justement avoir été institué dans le dessein de préserver le secret médical indispensable à la relation médecin traitant-patient.

Si la notion de « secret partagé »⁶⁹ n'est certes pas opportune, celle de secret médical doit tout de même être mesurée en certaines circonstances. Par exemple, le secret médical ne permet pas de vérifier le réel respect d'une obligation de soins. Peut-être devrait-on sortir du secret médical *stricto sensu* car celui-ci recouvre tout. Il est même régulièrement opposé aux experts dans leur mission d'expertise, ce qui oblige le juge, lorsque sa consultation paraît importante, à procéder à la saisie du dossier médical du condamné. Cette saisie fait perdre du temps à l'expert et donc au JAP dans le prononcé de sa décision. L'autre solution pour le JAP consiste à demander à ce que le dossier médical soit confié à un tiers digne de confiance afin que ce dernier transmette lui-même les informations nécessaires à l'expert psychiatre. Dans les deux cas, le secret médical opposé au JAP par le personnel de santé complique la tâche du juge et ralentit la procédure, alors que le résultat sera le même.

Des initiatives locales ont par ailleurs permis un partenariat renforcé pour une meilleure coopération. À Alençon, les JAP mettent ainsi régulièrement en place des réunions avec le personnel soignant du centre pénitentiaire notamment. D'autres initiatives du même genre ont vu le

68 CORNIER K., *op. cit.*

69 « Secret partagé ou partage d'information à caractère secret ? » in *SecretPro.fr* [en ligne], 27 juillet 2014, disponible sur : <http://secretpro.fr/secret-professionnel/fiches-par-theme/secret-partage-ou-partage-information>. Consulté le 27/07/2016.

jour spontanément en France, notamment dans le cadre de l'injonction de soins⁷⁰, mais ces dernières sont apparemment loin de faire l'unanimité sur l'ensemble du territoire et ne sont encrées ni dans la pratique ni dans la législation actuelle. Tant que les deux grands domaines du médical et du judiciaire n'auront pas trouvé un meilleur terrain d'entente pour ce qui concerne le secret médical, leur collaboration ne sera pas pleine et efficace, et c'est, de notre point de vue, la société qui en pâtit la première.

2. L'hospitalisation d'office du condamné

Depuis la loi dite Esquirol de 1838⁷¹, il existe deux types d'hospitalisation forcée, à savoir les soins ayant pour finalité de protéger la personne à l'égard d'elle-même (anciennement « placement volontaire », qui fut appelé par la suite « hospitalisation à la demande d'un tiers ») ou bien à l'égard d'autrui (hospitalisation à la demande des autorités publiques). Ce schéma légal a été conservé par le droit positif⁷².

L'hospitalisation d'office (aujourd'hui appelée l'Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État) du détenu, c'est-à-dire sans le consentement de l'intéressé, est prévue par l'article L.3214-3 du CSP, qui dispose que « *lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète [...]* ».

Elle est donc prononcée exclusivement par le préfet de police à Paris et par le préfet de département ailleurs, et ce, au regard d'un certificat médical, qui ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Il s'agit donc d'une décision avant tout médicale car il apparaît qu'un médecin psychiatre doit en avoir eu l'initiative. Si l'article 706-135 du CPP confie désormais à la chambre de l'instruction et à la juridiction de jugement le pouvoir de décider d'une hospitalisation d'office en avisant immédiatement le préfet d'une telle décision, ce n'est pas le cas du JAP, à qui cette décision échappe totalement, celui-ci ne pouvant la prononcer, et « subissant » ainsi en quelques sortes le transfert du condamné.

70 « L'injonction de soins, entre santé et justice » in *La gazette SantéSocial.fr* [en ligne], 14 octobre 2014, disponible sur : <http://www.gazette-sante-social.fr/14264/injonction-de-soins-entre-sante-et-justice>. Consulté le 27/07/2016.

71 L. n° 7443, 30 juin 1838 dite « Loi des aliénés ».

72 FRIOURET L., « L'antagonisme entre les exigences médicales et juridiques révélé par les conséquences de l'irrégularité des soins forcés », *L'information psychiatrique*, vol. 91, p. 449-454 [en ligne], 2015. Disponible sur : <http://cairn.info>. Consulté le 08/08/2016.

L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est une pratique récente qui, dans tous les pays industrialisés, est à l'origine de la fermeture des hôpitaux-asiles au profit d'une prise en charge ambulatoire⁷³. À noter qu'en 1994⁷⁴, le législateur confie au ministère de la Santé l'organisation des soins dans les établissements pénitentiaires. Mais déjà depuis 1986, le secteur public hospitalier est responsable de la prise en charge de la santé mentale des détenus, principalement à travers les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés au sein des établissements pénitentiaires. L'hospitalisation d'office, pour les situations nécessitant une prise en charge thérapeutique à temps complet, s'effectue dans un établissement psychiatrique, le cas échéant dans une unité pour malades difficiles (UMD). Il a été décidé en 2002 de mettre en place, pour compléter ce système, des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), au nombre de huit à ce jour, qui sont installées au sein de l'hôpital et qui ont pour vocation l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux⁷⁵. Ces dernières font intervenir les professionnels de santé et les professionnels de l'administration pénitentiaire, sans que le JAP n'interfère.

L'article 720-1-1 du CPP exclut du bénéfice de la suspension médicale de peine les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement, ce qui peut se comprendre dans la mesure où ces détenus bénéficient déjà de modalités particulières d'exécution de leur peine en ce qu'ils ont quitté l'établissement pénitentiaire pour purger leur peine au sein d'unités spécialement aménagées. Par conséquent, leur détention ne saurait être analysée comme étant incompatible avec leur état de santé puisque ceci a été pris en compte pour aménager les conditions d'exécution de la peine⁷⁶. À l'inverse, l'hospitalisation d'office pour les condamnés placés en milieu ouvert a pour effet de suspendre l'exécution de la peine en raison de l'incompatibilité entre la peine et le trouble.

Conclusion. À travers l'hospitalisation d'office, on voit que le JAP se trouve limité dans sa prise en compte du trouble mental du condamné, notamment parce qu'il ne maîtrise pas cette mesure, confiée finalement en grande partie au personnel soignant. Comme nous l'avons également développé, ce même personnel soignant dresse devant le JAP un véritable rempart : le secret médical.

Il ne s'agit pas là des seuls obstacles rencontrés par le JAP dans cette prise en considération du trouble psychique, puisqu'il existe également plusieurs limites que l'on peut qualifier de

73 LOPEZ G., TZITZIS S., *Dictionnaire des sciences criminelles*, Dalloz, 2004, p. 762.

74 L. n° 94-43, 18 janv. 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *JO* 18 janv. 1994.

75 ROUMIER W., « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? », *Dr. pén.* [en ligne], 2010. Disponible sur : <http://www.lexisnexis.fr>. Consulté le 27/07/2016.

76 BONIS-GARÇON É., PELTIER V., *op. cit.*, p. 562.

juridiques.

B/ Les limites juridiques

Le JAP rencontre également des limites d'ordre juridique, puisque son pouvoir de contrainte s'avère en pratique limité (1), et que certains aspects lui échappent totalement (2). Devant ces difficultés, on peut proposer une solution : la pluridisciplinarité (3).

1. Le relatif pouvoir de contrainte du JAP

Plus que jamais, la satisfaction de la volonté individuelle semble l'avoir emporté sur toute autre considération. Le droit médical n'en est pas en reste, on peut même dire qu'il en est l'un des principaux domaines de prédilection. Du paternalisme médical, nous sommes ainsi passés à des principes d'autonomie et de transparence, supports de la relation plus équilibrée entre les professionnels de la santé et les patients. Le consentement est ainsi devenu la condition *sine qua non* de régularité dans le domaine du soin.

La reconnaissance du principe du consentement du patient s'est progressivement imposée en France au cours du XX^{ème} siècle, d'abord sous l'influence de la jurisprudence, avec l'arrêt Mercier⁷⁷. Le Code de déontologie médicale devait ensuite indiquer en son article 36 que « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ». La loi du 4 mars 2002⁷⁸ inséra l'article L.1111-4 du CSP, qui impose l'assentiment de la personne malade quel que soit le cadre structurel de sa prise en charge, public ou privé. Initialement considérée comme une condition contractuelle, l'exigence du consentement est par la suite devenue en droit médical une condition que la loi impose dorénavant dans la relation de soins de manière large puisqu' « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* », consentement qui peut par ailleurs être retiré à tout moment (article L.1111-4, al. 4).

Dans ces conditions, la rencontre entre un droit médical, focalisé sur l'exigence de consentement, et un droit pénal, orienté vers la sanction de comportements répréhensibles et la prévention, paraît pour le moins difficile à organiser. Le droit pénal, « *droit de direction et non consensualiste* »⁷⁹ se heurte en effet ici directement au droit médical lorsqu'il permet le recours à un acte médical ou de soins pour faire face à la délinquance.

Le fait de demander aux médecins d'imposer un traitement va à l'encontre de plusieurs articles du Code de déontologie : l'article 5 (indépendance professionnelle), l'article 6 (libre choix)

⁷⁷ Civ., 20 mai 1936, DP 1936.

⁷⁸ L. n° 2002-303, 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO 5 mars 2002.

⁷⁹ MISTRETTA P., « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », RID pén. [en ligne], 2011. Disponible sur <http://www.cairn.info>. Consulté le 28/07/2016.

ou encore l'article 8 (liberté de prescription).

Le JAP ne dispose pas non plus de moyens lui permettant de contraindre le condamné à accepter et à participer aux soins. En détention, ces soins sont soumis à la volonté du détenu ; son consentement est nécessaire. Le juge ne peut pas forcer un condamné à aller voir le psychologue par exemple, il ne peut que le lui proposer. D'ailleurs, forcer une personne atteinte d'un trouble mental n'est sans doute pas une solution car les soins ne seront pas investis de manière efficace. Mais parfois, les sujets n'ont pas conscience du mal qui les ronge et sont réfractaires à toute aide extérieure. À ce moment, des moyens d'incitation relativement influents peuvent s'avérer très utiles, pour ne pas dire indispensables. La seule possibilité, nous l'avons déjà noté, est de retirer du CRP, refuser des RSP ou des aménagements de peine, et, dans les cas les plus extrêmes, le recours à l'hospitalisation d'office sera envisagé, mais cette décision ne relèvera pas du JAP. Les outils à la disposition du JAP ne sont donc que des moyens de persuasion. Et même dans ce cas, on a pu souligner qu'il n'est pas certain qu'un tel « *chantage à la réduction de peine* » permette d'aboutir à des soins psychiatriques et psychologiques efficaces ou produisant les effets escomptés sur celui qui en fait l'objet, celui-ci pouvant alors être « *plus intéressé par les perspectives de sortie anticipée que par les perspectives de guérison ou d'amélioration de son état de santé mentale* »⁸⁰.

Le JAP ne possède donc pas en la matière de réel pouvoir de contrainte, même s'il peut fortement inciter des détenus qui seraient sensibles à d'éventuels réductions de peine ou aménagements de peine. Ceci étant, un détenu qui aurait décidé, pour quelle que raison que ce soit, de ne suivre ni traitement ni soins, et qui ne présenterait pas un état de santé mentale incompatible avec la poursuite de sa détention, restera en détention pendant plusieurs années, sans bénéficier d'aucun suivi sur son état mental et sans réel espoir de progression et donc de réinsertion.

2. Les aspects échappant à la compétence du JAP

Certains aspects de l'application des peines, lorsqu'il s'agit de prendre en compte le trouble mental, échappent parfois au JAP. Par exemple, dans le cadre de l'obligation de soins, qui se déroule sans médecin coordonnateur, le JAP n'est pas maître du contenu de la mesure lors de son exécution, mesure qui aura d'ailleurs été prise après « *avis médical* », qui lie donc le JAP dans sa décision.

Il existe également dans notre système judiciaire des mesures de sûreté. À l'instar de ce qui avait été mis en œuvre dans un certain nombre de législations étrangères (Angleterre, Canada, Allemagne, Belgique, etc.), le législateur français a en effet développé des mesures ayant pour finalité de protéger la société contre tous ceux qui, du fait de leur psychologie ou de la pathologie

80 MÉSAR., *op. cit.*

dont ils souffrent, peuvent se révéler dangereux. Notamment, la loi du 17 juin 1998⁸¹ a institué la peine complémentaire de suivi socio-judiciaire, pouvant comprendre une injonction de soins, qui répond à cette notion de mesure de sûreté. Celle du 12 décembre 2005⁸² met en place la surveillance électronique mobile « à titre de mesure de sûreté ». Elle a, par ailleurs, institué une nouvelle mesure : la surveillance judiciaire pour les personnes dangereuses, qu'elle a qualifiée de « mesure de sûreté »⁸³.

La loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, promulguée en 2008⁸⁴ suite à l'affaire Francis EVRARD ayant défrayé la chronique, a pour but de proposer de nouvelles solutions à la récidive d'individus jugés particulièrement dangereux, parce qu'ils sont des criminels en fin de peine atteints de troubles graves de la personnalité et d'une particulière dangerosité, ou parce qu'ils sont atteints de troubles mentaux.

La rétention de sûreté est instituée dans le but de placer dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté, au terme de la peine d'emprisonnement, une personne dont il est établi, à l'issue de l'examen de sa situation psychologique un an avant la date prévue pour sa libération par une commission pluridisciplinaire des mesures de sûretés, qu'elle présente une particulière dangerosité par une probabilité élevée de récidive en raison d'un trouble grave de la personnalité. Elle ne pourra être prononcée que si la cour d'assises a expressément prévu dans sa décision de condamnation que la situation de l'intéressé sera réexaminée à la fin de sa peine, en vue d'un éventuel placement en rétention de sûreté.

La surveillance de sûreté peut être prononcée après la cessation d'une mesure de rétention de sûreté, auquel cas elle apparaît comme une alternative à cette dernière. Cependant, si les obligations imposées dans le cadre de la surveillance de sûreté se trouvent méconnues, il est permis d'avoir recours à une procédure d'urgence pouvant justifier à nouveau l'application de la rétention de sûreté. La surveillance de sûreté peut également recevoir application suite à une surveillance judiciaire (qui consiste en un ensemble de mesures de contrôle et d'obligations s'appliquant à la libération et s'exécute en milieu ouvert pendant la durée correspondant au crédit de réduction de peine octroyé) ou à un suivi socio-judiciaire. Cette mesure de sûreté qu'est la surveillance de sûreté comporte des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire (article 723-30 du CPP). Il peut s'agir en particulier de l'injonction de soins et du placement sous surveillance

81 L. n° 98-468, 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, JO 18 juin 1998.

82 L. n° 2005-1549, 12 déc. 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, JO 13 déc. 2005.

83 MATSOPOULOU H., *op. cit.*

84 L. n° 2008-174, 25 fév. 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JO 26 fév. 2008.

électronique mobile⁸⁵.

Le JAP est compétent notamment pour prononcer une surveillance judiciaire. Mais pour ce qui est des mesures de rétention et de surveillance de sûreté, à l'instar de la procédure mise en place par la loi sur le placement sous surveillance électronique mobile, la loi prévoit une articulation entre une juridiction et une commission des mesures de sûreté. La loi a ainsi créé une juridiction *ad hoc*, soustrayant de ce fait la compétence concernant la rétention et la surveillance de sûreté au JAP. La juridiction régionale de la rétention de sûreté est composée d'un président de chambre et de deux conseillers de la cour d'appel et est saisie par le procureur général, sur proposition de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté (présidée par un magistrat, président de chambre à la cour d'appel et composée du préfet de la région, du directeur interrégional des services pénitentiaires, d'un expert psychiatre, d'un expert psychologue, d'un avocat et d'un représentant d'une association nationale d'aide aux victimes).

Bien que cette juridiction régionale de la rétention de sûreté soit gage de respect des droits et libertés fondamentaux en ce qu'il s'agit d'une juridiction collégiale en raison des vives critiques qui consistent principalement à affirmer que la rétention de sûreté « *revient à priver de leur liberté des personnes pour des crimes qu'elles n'ont pas encore commis mais dont on juge qu'elles pourraient les commettre* »⁸⁶, on voit que le JAP n'en fait pas partie et qu'il n'entre pas davantage dans ses attributions de la saisir. De même, le JAP ne fait pas partie de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté. Certes, les mesures de sûreté sont toujours opposées à la peine, qui est par nature chargée d'un blâme⁸⁷, et se déroulent en réalité après l'application de la peine. Pourtant, le JAP demeure l'autorité qui aura fait procéder à l'application de la peine du condamné et qui connaîtra le mieux, en dehors du SPIP, le dossier de l'intéressé.

3. La pluridisciplinarité : une solution ?

La notion de pluridisciplinarité consiste à aborder un sujet à travers la juxtaposition de différents regards spécialisés et complémentaires. Cette pluridisciplinarité pourrait s'avérer être un atout dans le domaine de l'application des peines, permettant d'avoir une vue d'ensemble sur la situation, les problématiques en jeu et les solutions envisageables. La contrainte pénale (article 131-4-1 du CP), surnommée le « super SME », se rapproche de ce fonctionnement en ce qu'une évaluation de la situation du condamné est effectuée par le SPIP afin que le JAP fixe les obligations

85 MATSOPOULOU H., *op. cit.*

86 DAGORN G., JACQUIN J.-B., « La rétention de sûreté, un dispositif peu appliqué et toujours très contesté » in *Le Monde.fr* [en ligne], 05 nov. 2015, disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/11/05/la-retention-de-surete-un-dispositif-peu-applique-et-toujours-tres-conteste_4804242_4355770.html. Consulté le 30/07/2016.

87 LOPEZ G., TZITZIS S., *op. cit.*

et les interdictions auxquelles le condamné sera soumis⁸⁸.

La commission pluridisciplinaire unique, instituée auprès du chef de chaque établissement pénitentiaire pour cinq ans, est un exemple sans doute encore plus parlant. Outre le chef d'établissement, elle comprend, selon l'article D.90 du CPP, le directeur du SPIP, un responsable du secteur de détention, un représentant du service du travail, un représentant du service d'enseignement. Peuvent assister également aux réunions de cette commission, avec voix consultative, le psychologue en charge du parcours d'exécution de la peine, un membre du service de la protection judiciaire de la jeunesse, un représentant des équipes soignantes de l'unité de consultations et de soins ambulatoires ou du service médico-psychologique régional concerné.

S'inspirer d'une telle réunion de professionnels pourrait être un moyen de tenter de remédier aux difficultés que peut rencontrer le JAP dans sa prise en compte du trouble mental. Rassembler les professionnels de santé, judiciaires, sociaux notamment au cours de réunions ponctuelles pourrait ainsi constituer une proposition dont il serait possible de s'inspirer. Chaque intervenant resterait dans son propre domaine de compétences, chacun échangerait, mais tous seraient complémentaires. Le personnel médical pourrait apporter des informations techniques et médicales sur le sujet, son état mental et ses chances de progression. Les JAP rapporteraient un aspect plus « matériel » de la situation, comme le parcours du condamné, sa situation pénale et carcérale. Chaque domaine de compétences et de savoirs, chaque expérience pourraient alimenter un même objectif commun : la prise en charge du condamné atteint d'un trouble mental. Il s'agirait évidemment de se concentrer sur ses propres compétences, sur sa propre mission, sans empiéter dans la sphère de compétences des autres intervenants et en protégeant au mieux le secret médical.

Un tel système reposerait sur la confiance des intervenants entre eux, puisque sans confiance, lorsqu'il existe un sentiment de défiance, on finit par empiéter sur la mission des autres. Le condamné doit se trouver devant une équipe de professionnels, certes exerçant dans des domaines tout à fait distincts, mais qui sait communiquer, collaborer, et qui est ainsi cohérente, légitime et donc efficace, afin de rendre l'application de la peine compatible avec le traitement d'un trouble mental.

Peu importe les limites que le JAP peut se voir opposer dans sa prise en compte du trouble mental, il semble, à notre avis, que celles-ci puissent être surmontées par le biais d'une collaboration avec les intervenants lors de l'application de la peine.

88 BOULOC B., MATSOPOULOU H., *op. cit.*, p. 532.

Conclusion

Nous l'avons souligné au début de ce mémoire, une part trop importante encore de la population carcérale est atteinte de troubles mentaux parfois importants. Dans ce contexte, en prison comme en milieu ouvert, il est cependant nécessaire de prendre en compte ces troubles psychiques et de tenter de les restreindre.

Cependant, force est de constater que le trouble mental peut véritablement hypothéquer l'exécution de la peine. Par exemple, pour un sursis avec mise à l'épreuve et obligation d'accomplir un travail d'intérêt général, le trouble mental peut constituer un obstacle à la réalisation du travail d'intérêt général et donc à l'accomplissement de la peine. De même, nous l'avons remarqué, le trouble mental peut affecter les modalités de la peine (obligation de soins, injonction de soins, etc.). Ce trouble psychique a donc une répercussion évidente sur l'application de la peine, mais la peine doit aussi avoir un effet sur ce dernier en aménageant sa prise en compte.

Selon une synthèse des études réalisées sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques et le risque de récidive, les traitements pourraient être associés à une réduction de la récidive sexuelle variant de 17,3 % à 9,9 % et à une réduction de la récidive générale variant de 51 % à 32 %⁸⁹. Nonobstant, d'autres scientifiques aboutissent parfois à la conclusion contraire que l'efficacité du traitement des agresseurs sexuels notamment n'a jamais été démontrée.

Il apparaît que faire reposer les programmes de prévention de la récidive exclusivement sur la prise en charge médicale serait sans doute maladroit. Mais la dimension thérapeutique paraît malgré tout cruciale et indispensable. Cependant, elle doit s'inscrire au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dont la composition devrait varier selon les hypothèses, en faisant appel conjointement aux compétences d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un éducateur, d'un assistant social, d'un juge, principalement.

Citons, pour conclure, les mots très appropriés et judicieux de l'ouvrage *La Justice et le Mal*, tiré du séminaire de philosophie du droit de l'Institut des hautes études sur la justice : « *la dangerosité s'efface devant le lent travail de remise à jour d'une responsabilité ensevelie. Là est sans doute le nœud que doit dénouer l'action concertée de la justice et de la psychiatrie. Assigner une finalité thérapeutique à la peine n'a pas plus de sens que de donner un sens punitif à la thérapie. La peine a ici clairement une finalité de prévention des risques, mais il y a en elle un espace pour que l'autonomie du soin conduise vers la réhumanisation* ». Pour le condamné, « *la peine est le prix à payer pour son acte. Le soin est l'épreuve que lui impose la société* »⁹⁰.

⁸⁹ LAMANDA V., *op. cit.*, p. 30.

⁹⁰ GARAPON A., SALAS D., *op. cit.*

Bibliographie

I/ Ouvrages et manuels

- *Incriminer et protéger*, Essais de philosophie pénale et de criminologie, vol. 11, Dalloz, 2014, 204 p.
- BONIS-GARÇON É., PELTIER V., *Droit de la peine*. 2e éd., LexisNexis, 2015. 707 p.
- BOULOC B., *Droit pénal général*. 24e éd., Dalloz, coll. Précis, 2015. 748 p.
- BOULOC B., MATSOPOULOU H., *Droit pénal général et procédure pénale*. 19e éd., Sirey, 2014. 676 p.
- GARAPON A., SALAS D., *La justice et le mal*, éd. Odile Jacob, 1997. 224 p.
- GUINCHARD S., DEBARD T., *Lexique des termes juridiques*. 19e éd., Dalloz, 2012. 918 p.
- HERZOG-EVANS M., *Droit de l'exécution des peines*. 4e éd., Dalloz Action, 2012. 1387 p.
- LOPEZ G., TZITZIS S., *Dictionnaire des sciences criminelles*, Dalloz, 2004. 1013 p.
- MERLE R., VITU A., *Traité de droit criminel - Problèmes généraux de la science criminelle*, t. 1. 7e éd., Cujas, 1997, n° 617.

II/ Articles

- BONIS-GARÇON É., « Troubles psychiques - Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale* [en ligne], 2013. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 11/06/2016.
- BONIS-GARÇON É., PELTIER V., « Un an de droit pénal (janvier – décembre 2015) », *Dr. pén.* [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://www.lexisnexis.fr>. Consulté le 25/07/2016.
- CORNIER K., « Les soins pénalement ordonnés », *Les tribunes de la santé* [en ligne], 2007. Disponible sur : <http://www.cairn.info>. Consulté le 26/07/2016.
- DANET J., SAAS C., « Le fou et sa "dangerosité", un risque spécifique pour la justice pénale », *RSC*, p. 779, [en ligne], 2007. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 17/07/2016.
- DELAGE P.-J., « La dangerosité comme éclipse de l'imputabilité et de la dignité », *RSC*, p.797, [en ligne], 2007. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 17/07/2016.
- FRIOURET L., « L'antagonisme entre les exigences médicales et juridiques révélé par les conséquences de l'irrégularité des soins forcés », *L'information psychiatrique*, vol. 91, p. 449-454 [en ligne], 2015. Disponible sur : <http://cairn.info>. Consulté le 08/08/2016.
- KERCHOVE (van de) M., « Les fonctions de la sanction pénale. Entre droit et philosophie », *Informations sociales*, n° 127 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cairn.info>. Consulté le

25/07/2016.

- LIARAS B., « Psychiatrie et incarcération : le cercle vicieux n'est pas brisé », *Dedans Dehors*, n° 76, 2012, p. 15-17.
- MANZANERA C., SENON J.-L., « L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat », *AJ Pénal*, p. 66, [en ligne], 2006. Disponible sur : <http://www.dalloz.fr>. Consulté le 17/07/2016.
- MARON A., « Qu'importe qu'il soit compétent s'il n'est pas inscrit », *Dr. pén.* [en ligne], 2004, comm. 165. Disponible sur : <http://www.lexisnexus.fr>. Consulté le 17/07/2016.
- MATSOPOULOU H., « L'application des "peines", puis des "mesures de sûreté" aux personnes atteintes de troubles mentaux : l'incohérence jurisprudentielle et ses conséquences », *Dr. pén.* [en ligne], 2010. Disponible sur : <http://www.lexisnexus.fr>. Consulté le 03/05/2016.
- MATSOPOULOU H., « Le développement des mesures de sûreté justifiées par la "dangerosité" et l'inutile dispositif applicable aux malades mentaux - Commentaire de la 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 », *Dr. pén.* [en ligne], 2008. Disponible sur : <http://www.lexisnexus.fr>. Consulté le 22/07/2016.
- MÉSA R., « L'étrange régime répressif de l'anormal mental », *Gaz. Pal.*, p. 5, [en ligne], 2014. Disponible sur : <http://www.lextenso.fr>. Consulté le 22/07/2016.
- MISTRETTA P., « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *RID pén.* [en ligne], 2011. Disponible sur <http://www.cairn.info>. Consulté le 28/07/2016.
- ROELANDT J.-L., « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement », *L'information psychiatrique*, vol. 85. [en ligne], 2009. Disponible sur : <http://www.cairn.info>. Consulté le 26/06/2016.
- ROUMIER W., « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? », *Dr. pén.* [en ligne], 2010. Disponible sur : <http://www.lexisnexus.fr>. Consulté le 27/07/2016.
- ZAGURY D., « L'expertise psychiatrique pénale : une honte française », *Gaz. Pal.*, p. 12, [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://www.lextenso.fr>. Consulté le 26/06/2016.

III/ Jurisprudence

- Civ., 20 mai 1936, *DP* 1936.
- Crim., 13 déc. 1956, n° 55-05.772, *Bull. crim.*, n° 840.
- Crim., 25 oct. 1983, n° 83-93.824, *Bull. crim.*, n° 267.

- Crim., 13 nov. 2001, n° 00-88.128, *Bull. crim.*, n° 235.
- Crim., 4 mars 2015, n° 14-84.714, non publié au *Bull. crim.*
- Crim., 15 avr. 2015, n° 14-80.417, *Bull. crim.*, *Dr. pén.* 2015, comm. 104, note Bonis-Garçon É.
- Cons. Const., 21 fév. 2008, n° 2008-562 DC, Loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, cons. 21.
- Cons. Const., 11 juill. 2014, n° 2014-408 QPC, cons. 7.

IV/ Webographie

- RIALLAND H., « L'aménagement des sanctions par le juge d'application des peines » in *Paroles de juge - Le blog de Michel Huyette (et de quelques autres)* [en ligne], 20 juin 2011, disponible sur : <http://www.huyette.net/article-l-amenagement-des-sanctions-par-le-juge-d-application-des-peines-77270737.html>. Consulté le 05/07/2016.
- « APPI : fichier application des peines, probation et insertion » in *CNIL* [en ligne], 7 avril 2014, disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/appi-fichier-application-des-peines-probation-et-insertion>. Consulté le 05/07/2016.
- « Troubles mentaux » in *Organisation Mondiale de la Santé* [en ligne], disponible sur : http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/. Consulté le 11/06/2016.
- « Juge de l'application des peines » in *Ministère de la Justice – Métiers* [en ligne], 2 janvier 2015, disponible sur : <http://www.metiers.justice.gouv.fr/magistrat-12581/le-metier-12582/juge-de-l-application-des-peines-26214.html>. Consulté le 11/07/2016.
- « Secret partagé ou partage d'information à caractère secret ? » in *SecretPro.fr* [en ligne], 27 juillet 2014, disponible sur : <http://secretpro.fr/secret-professionnel/fiches-par-theme/secret-partage-ou-partage-information>. Consulté le 27/07/2016.
- « L'injonction de soins, entre santé et justice » in *La gazette SantéSocial.fr* [en ligne], 14 octobre 2014, disponible sur : <http://www.gazette-sante-social.fr/14264/linjonction-de-soins-entre-sante-et-justice>. Consulté le 27/07/2016.
- DAGORN G., JACQUIN J.-B., « La rétention de sûreté, un dispositif peu appliqué et toujours très contesté » in *Le Monde.fr* [en ligne], 05 nov. 2015, disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/11/05/la-retention-de-surete-un-dispositif-peu-applique-et-toujours-tres-conteste_4804242_4355770.html. Consulté le 30/07/2016.

V/ Rapports

- BARBIER G., DEMONTES C., LECERF J.-R. *et al.*, « Prison et troubles mentaux : Comment

remédier aux dérives du système français ? », *Doc. parl. S.*, rapport d'information n° 434, 2010.

- BORVO COHEN-SEAT N., « Projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines », *Doc. parl. S.*, rapport n° 302, 2012.
- GEOFFROY G., CARESCHE C., « Rapport d'information sur la mise en application de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs », *Doc. parl. AN.*, rapport d'information n° 1310, 2008.
- LAMANDA V., « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux », rapport à M. le Président de la République, 30 mai 2008.

VI/ Autres

- « Guide de l'injonction de soins », Ministère de la santé et des sports et Ministère de la Justice [en ligne], disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf. Consulté le 19/07/2016.
- ENM, *Mémento de l'application des peines*, 2016 [intranet de l'ENM].

Table des matières

Remerciements.....	2
Sommaire.....	4
Liste des principales abréviations.....	5
RAPPORT DE STAGE.....	6
LE JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES ET LE TROUBLE MENTAL.....	11
Introduction.....	11
<i>Première partie. Les moyens permettant la prise en considération du trouble mental par le juge de l'application des peines.....</i>	<i>22</i>
A/ Les moyens humains.....	22
1. L'intervention de l'expert.....	22
2. L'intervention du médecin coordonnateur.....	27
B/ Les moyens matériels.....	31
1. Les moyens incitant aux soins.....	31
a) Au moment de l'exécution de la condamnation.....	31
b) Pendant la détention.....	33
c) Lors de la libération.....	34
2. Les moyens sanctionnant l'absence de soins.....	35
a) Le retrait de CRP et le refus de RSP.....	35
b) La modification des obligations d'un SME ou d'un suivi socio-judiciaire.....	37
<i>Seconde partie. Les limites rencontrées par le juge de l'application des peines dans la prise en compte du trouble mental.....</i>	<i>39</i>
A/ Les limites médicales.....	39
1. Le secret médical.....	39
2. L'hospitalisation d'office du condamné.....	42
B/ Les limites juridiques.....	44
1. Le relatif pouvoir de contrainte du JAP.....	44
2. Les aspects échappant à la compétence du JAP.....	45
3. La pluridisciplinarité : une solution ?	47
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	50
Table des matières.....	54
Annexes.....	55
Annexe n° 1.....	55
Annexe n° 2.....	60

Annexes

Annexe n° 1. Entretien avec le docteur Florian Naveau, psychiatre hospitalier à Alençon

- Quel a été votre parcours professionnel pour accéder à ce métier ?

J'ai fait un baccalauréat, puis la faculté de médecine. Ça a un peu changé maintenant. On faisait 7 ans, puis on choisissait une spécialité pendant 4 ans, et j'ai choisi psychiatre. Je n'ai pas toujours voulu être psychiatre, c'est en dernière année, lorsque j'étais interne, que j'ai trouvé ça intéressant.

- En quoi consiste votre métier ?

Je suis psychiatre à temps plein dans un hôpital psychiatrique, ce qui veut dire qu'on soigne des patients à l'hôpital et en consultation ambulatoire dans des centres médico-psychologiques. Je fais également des expertises pour la Justice et je suis médecin coordonnateur.

- Êtes-vous sollicité pour des expertises psychiatriques durant l'enquête ou l'instruction pénales ? Si oui, quelles sont alors vos missions et les moyens mis à votre disposition afin de les remplir ?

Oui, plus souvent même que les autres expertises. Je dirais que les expertises en garde à vue sont très inconfortables car on a un sujet qui a été arrêté, qui est en garde à vue, qui n'a pas dormi, on le voit dans des conditions particulières, et il est parfois un peu dans la négation des faits par exemple. C'est donc quelque chose de particulier, également pour le psychiatre car on nous demande de voir la personne en urgence, avec la contrainte en plus que le magistrat veut rapidement le rapport, par exemple parce qu'il va s'agir d'une comparution immédiate. On peut alors faire des premières conclusions, mais un rapport n'est pas possible car il faut un temps de réflexion pour prendre de la distance et être objectif.

Les expertises demandées au psychiatre servent en général au moment du jugement, avec des questions classiques comme : « son discernement était-il aboli au moment des faits ? », « est-il curable, ré-adaptable ? », « son état nécessite-il une injonction de soins ? », etc. Les expertises en urgence se font plus rares désormais. Je suis davantage contacté par les gendarmeries qui font des gardes à vue programmées, ce qui est plus confortable.

Lorsque c'est possible, on me donne des pièces, comme les procès-verbaux d'audition des victimes. Mais parfois les gendarme n'en ont pas encore donc on récupère les éléments après. Cependant j'ai toujours accès aux pièces.

- À quelles occasions le juge de l'application des peines a-t-il recours à vos expertises ?

En tant qu'expert, je fais notamment des expertises à la centrale de Condé-sur-Sarthe. Mais je ne fais que l'expertise ; je reçois le document avec les questions, qui sont d'ailleurs bien différentes de celles posées lors de l'instruction (progression de l'état psychique, capacité à respecter une permission de sortir, etc.), mais je ne sais pas forcément pourquoi précisément j'interviens. Je pense que c'est soit pour des demandes de permissions, soit pour des aménagements de peine. Ça m'est arrivé aussi pour une demande de relèvement de la période de sûreté.

- Pour les différencier, j'ai noté qu'un problème psychologique renvoie à un problème d'ordre psychique, lié au mental, et traité par un psychologue. Alors qu'un problème psychiatrique relève de la médecine, est traité par un médecin spécialisé en psychiatrie, et se soigne par divers traitements. Ai-je bien compris ?

En effet, ce n'est pas faux. Mais je ne suis pas sûr que ça suffise à faire la différence entre les deux.

Il y a souvent des patients qui me posent cette question. Vous l'avez dit, pour le psychiatre, c'est clair : c'est un médecin qui traite des pathologies avec des médicaments, de la psychothérapie, ou d'autres techniques encore, comme la thérapie institutionnelle à l'hôpital.

Le psychologue a une autre formation car après son baccalauréat, il fait des études de psychologie, et non de médecine. Ils apprennent surtout le fonctionnement psychique des personnes, que ce fonctionnement soit normal ou pathologique, ou pathologique sans forcément parler de maladie. Donc ils sont plutôt dans la compréhension d'un fonctionnement psychique. Ils n'ont pas de traitement médicamenteux à leur disposition. Par contre, ils font des traitements à travers des psychothérapies. Ensuite, c'est un peu compliqué car il y a différents concepts, c'est-à-dire qu'il n'y a pas une unicité de la compréhension de quelque chose. Il y a différentes écoles. La plupart des psychologues sont de l'école freudienne.

➤ Vous arrive-t-il de collaborer avec des psychologues ?

Oui. Lorsque je travaille avec un psychologue sur une expertise, on ne fait qu'une seule expertise, on ne remet qu'un rapport. Parfois on voit le sujet ensemble, mais la plupart du temps on le voit séparément, pour des raisons très pratiques (disponibilité). Je trouve que c'est mieux de voir le sujet séparément car c'est bien que chacun pose ses questions. Ensuite, l'un fait le rapport puis le transmet à l'autre qui le corrige ou apporte des compléments. En tant que psychiatre, je reste dans le côté psychiatrie, c'est-à-dire recherches de pathologies. Je laisse le psychologue évoquer la dimension psychologique, voire criminologique de ce qui s'est passé. Ça rend le rapport plus fiable.

La grande question concerne la dimension criminologique. C'est ce qu'attendent souvent les magistrats. Mais pour moi, le psychiatre n'y est pas formé du tout ; c'est un médecin qui regarde s'il y a une maladie ou pas, et c'est tout. L'aspect criminologique est bien plus large : c'est tout ce qui est psychologie, social, historique, etc. Ce n'est pas du domaine du psychiatre, même s'il a des compétences qui peuvent permettre de comprendre certaines choses, je dirais qu'il ne sait pas tout. Il y a des comportements qui posent problème mais qui ne relèvent pas de la psychiatrie, et je pense qu'il est important de l'entendre.

Concernant le risque de récidive, c'est compliqué car il existe toujours plus ou moins. Si c'est lié au fonctionnement psychique, ça ne change pas du jour au lendemain. D'autres fois c'est plus simple, par exemple, un alcoolique qui fait des passages à l'acte parce qu'il boit et qu'il est désinhibé, s'il ne boit plus, on va dire que le risque de récidive est extrêmement réduit. C'est plus compliqué pour les agresseurs sexuels. L'alcoolisme et la prise de toxiques font partie de la classification internationale des troubles mentaux. Le problème des addictions, à la base, est un trouble psychique. Il y a quelque chose d'organique certes, mais il y a des personnalités alcooliques.

➤ Comment se déroule une expertise ? Quelles en sont les différentes étapes ?

Faire une expertise, pour moi, c'est un examen clinique très complet, classique, de psychiatrie. C'est d'abord le recueil d'une biographie complète, pour retrouver des éléments d'enfance, d'histoire qui peuvent permettre de comprendre une pathologie ou des troubles de la personnalité. On recueille les antécédents quand il y en a.

Ensuite, c'est l'examen clinique au sens propre, c'est-à-dire qu'on recherche des éléments, comme un trouble de l'humeur, des signes de dépression, de psychose, de schizophrénie, de délires, d'hallucinations, etc. On cherche aussi tout ce qui est troubles de la personnalité (paranoïa, pathologie narcissique, etc.). On recherche d'abord une pathologie avec un examen classique.

Puis on nous demande souvent quelle est la relation entre les troubles que l'on a pu trouver et l'acte, donc on interroge également sur l'acte : que s'est-il passé ? Pourquoi ? On peut rajouter des éléments sur les faits, comme la compréhension des faits. Ça peut être important, notamment lorsqu'il y a eu des rapports d'audition des services de police ou de gendarmerie, comme ça on voit

si c'est cohérent. On peut aussi décrire la personne (si elle pleure, les mimiques, les mouvements).

On nous demande un rapport, donc il faut étayer. Habituellement, on se fait rapidement une idée. Mais lorsque l'on nous demande un rapport, ça implique d'argumenter son idée, donc d'être précis, d'autant que le problème de l'expertise, à mon sens, est que l'évaluation se fait généralement sur un seul temps. On peut voir le sujet une deuxième fois, mais c'est rare. Quand on est en pratique habituelle, on revoit la personne plusieurs fois, on complète ce qu'on a vu et on ne pose pas le diagnostic la première fois. Par exemple, pour la schizophrénie, il faut attendre un an ou deux pour confirmer de manière certaine le diagnostic. Parfois, au fil des entretiens, on change même d'avis sur le sujet. Ici, on ne voit le sujet qu'une fois, ce qui est plus ou moins difficile selon sa coopération. Parfois, ils disent un peu ce qu'ils ont envie de dire, contrairement à une intervention psychiatrique volontaire.

➤ *Êtes-vous délié de tout secret médical ?*

En tant qu'expert, oui, je suis totalement délié du secret médical car là, on n'est pas dans le soin. D'ailleurs, quand je vois quelqu'un, je commence par lui expliquer que je suis envoyé par le juge pour répondre à telles questions, puis je lui dis que ce qui sera échangé lui sera répété. J'ajoute que s'il y a quelque chose de très particulier, il faut signaler avant s'il ne veut pas que je donne cette information.

En tant que médecin coordonnateur, c'est plus compliqué. Il y a une part de secret médical car j'estime que je dois donner au JAP des informations sur le suivi, la qualité de la prise en charge, l'évolution de la personnalité, la question de savoir s'il s'investit dans le soin, et je préviens le sujet. Par contre, je pense que je n'ai pas à informer le juge sur tout ce que la personne fait. Je donne beaucoup d'éléments, mais pas ceux d'ordre personnel, car ce n'est pas utile. Souvent, les sujets se livrent, même s'ils ont bien repéré que le médecin coordonnateur travaille avec le juge !

➤ *Êtes-vous en relation avec le personnel médical qui suit le détenu ? Vous opposent-ils le secret médical lorsque vous avez besoin du dossier médical ?*

C'est rare car l'expertise judiciaire se fait à la prison, en garde à vue ou dans mon bureau (condamnés libres). Je n'ai donc pas d'information, en général, du personnel médical. Je sais qu'officiellement, en tant qu'expert, on peut demander à voir le dossier médical. Mais ça peut obliger, par exemple le magistrat instructeur, à saisir le dossier.

Le dossier médical peut être intéressant car si on a quelqu'un qui a un trouble de l'humeur important (comme un état maniaque), s'il est bien équilibré au niveau de sa pathologie, lors de l'examen, on ne voit plus rien du tout car il n'y a pas de symptôme résiduel. Le dossier peut donc être utile au diagnostic car le sujet ne dit pas toujours tout. Moi, ma pratique est d'abord de voir la personne sans dossier médical, et ensuite j'essaie de voir les éléments pour conforter ou autre.

➤ *Que pensez-vous que le juge de l'application des peines attende de votre intervention ?*

Concernant l'expertise, j'ai l'impression que beaucoup d'expertises sont un peu des pièces administratives, obligatoires pour aller au jugement (par exemple quand une personne est sous curatelle, il faut une expertise pour pouvoir la juger). Autre exemple, les détenus de la centrale ont souvent déjà eu beaucoup d'expertises et les juges ont la plupart du temps une très bonne connaissance de leur dossier, donc j'ai parfois l'impression qu'il s'agit un peu d'une pièce administrative. Dans un tel centre de détention, ce sont souvent des personnalités anti-sociales, psychopathiques, donc c'est « simple », je pense que le juge sait à l'avance dans ces cas là.

Pour ce qui est du médecin coordonnateur, j'ai l'impression d'être le partenaire du juge, et même le partenaire de chaque intervenant. J'apprécie cette fonction car je peux par exemple avoir des échanges avec le thérapeute, surtout qu'avec l'injonction de soins, il s'agit d'infractions graves. Et puis de l'autre côté, j'échange avec le juge, qui a ce désir que le sujet ne commette pas de nouvelle

infraction. Je pense que le JAP attend du médecin coordonnateur de veiller à ce que le soin soit de qualité et secondairement, à ce qu'il y ait une amélioration de la personne, ce que je trouve bien..

- *Que pensez-vous de l'injonction de soins ?*

L'injonction de soins a été rajoutée à côté de l'obligation de soins, qui était largement insuffisante : le juge n'avait qu'un papier qui disait si le sujet était venu ou pas au rendez-vous. La personne n'avait qu'à venir et c'était tout, même si elle ne s'investissait pas. Là, le JAP peut avoir des informations sur l'adhésion aux soins, l'implication et l'amélioration de la personne. Je pense que c'est important pour le juge qu'il ait ces informations. Il attend que la mesure décidée soit utile ; qu'il y ait un soin et que celui-ci permette d'aller mieux. Dans le département, je trouve que les juges sont dans la réalité, c'est-à-dire qu'on sent bien qu'ils n'attendent pas forcément qu'on guérisse la personne pour qu'elle ne commette plus d'infraction. Ça ne marche pas comme ça ; on ne peut pas demander à qui que ce soit de garantir une guérison. La plupart s'améliore, mais pour une partie, le risque de récidive même diminué va perdurer.

- *Quels sont les problèmes pratiques que vous rencontrez (rémunération, manque d'experts, etc.) ?*

Je ne pense pas que la rémunération soit trop faible. Peut-être que par rapport aux autres expertises devant les tribunaux, comme les architectes, ça peut paraître faible, mais je la trouve convenable. C'est vrai qu'une expertise à la centrale par exemple prend beaucoup plus de temps qu'en garde à vue, et les deux sont payées de la même manière. Pour une garde à vue, le rapport va souvent être rapide, je vais y passer deux heures rédaction comprise, alors que d'autres fois, comme à la centrale, je peux passer trois heures avec le détenu, plus ensuite le rapport à faire qui est très long. La rémunération n'est pas en soi le problème.

Pour moi, le réel problème est le statut administratif de l'expert. Quand je fais une expertise, qu'est-ce que je fais de ce que je gagne ? Je suis psychiatre hospitalier, employé à temps plein. Donc on s'adresse à qui pour payer les cotisations ? On est presque dans l'illégalité ! C'est pour cela que j'ai longtemps refusé de faire des expertises. Si on est installé en libéral, il n'y a pas de problème. Je pense qu'il y a peu d'expert en partie à cause de cela. Le statut administratif du médecin coordonnateur me paraît plus clair.

Par ailleurs, je trouve que la qualité des expertises a baissé. Il existe de mauvaises expertises. Quand je suis arrivé en 1990, pour être expert, il fallait justifier de 10 ans d'ancienneté et être titulaire de son poste, entre autres. Donc on demandait des garanties. Maintenant, n'importe qui peut se prévaloir d'être psychiatre, même s'il a eu son diplôme tout récemment. On est tellement à la recherche d'experts qu'on attribue cette qualité facilement, sans condition. J'ai même vu des experts psychiatres étrangers qui sortent de l'école et qui ne parlent pas très bien le français. Ça pose question.

Je pense qu'il y a également un problème avec l'injonction de soins. Elle est prononcée par le tribunal suite au rapport d'expertise. Et bien je connais certains collègues qui ne connaissent pas la différence entre une injonction de soins et une obligation de soins. Parfois, en tant que médecin coordonnateur, je me retrouve à suivre des sujets dans le cadre de l'injonction de soins alors qu'ils n'ont même pas de pathologie. Il faut penser aux collègues qui suivent derrière car dans l'injonction de soins, il faut que ce soit un « vrai » psychiatre [traitant], c'est-à-dire qu'il faut qu'il soit reconnu conseil de l'Ordre, donc les rendez-vous sont plus difficiles à avoir. Il y a donc un problème de qualité d'expertise.

- *Trouvez-vous que la prise en compte et la prise en charge du trouble mental du condamné par la Justice sont satisfaisantes ?*

Sans hésiter, je dirais oui. Les magistrats font ce qu'il faut d'après ce que j'ai pu voir.

Par contre, je reviendrai encore sur la question des expertises. J'ai été chef de service pendant 20

ans et j'avais la responsabilité du centre de détention d'Argentan. Or j'ai vu durant ma carrière des détenus qui étaient de véritables patients, pourtant condamnés, et qui ont été mis en prison, alors qu'il était évident que l'acte était celui d'un schizophrène, d'une personne délirante par exemple. Mais ce n'est pas un problème qui vient des magistrats ou de la Justice. Je pense que c'est le problème de quelques experts, qui ont une dynamique de responsabiliser le sujet. Parfois, on préfère que le sujet soit à la prison plutôt que dans le service hospitalier. Avant, je trouve qu'on écrivait plus facilement « irresponsable » et on hospitalisait en psychiatrie. Maintenant, ça arrive qu'on dise que la personne est schizophrène, mais quand même responsable de son acte. C'est un gâchis car la personne fait de la prison, entrecoupée d'hospitalisations, mais une fois qu'elle a fait sa peine, on la place à l'hôpital psychiatrique. Mais on a perdu plusieurs années de soins puisqu'en prison, les sujets décident donc s'ils ne le veulent pas, on ne peut pas les traiter. La prise en charge commence alors réellement à la fin de la peine d'emprisonnement.

EXTRAIT DES MINUTES DU GREFFE
DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE D'ALENÇON

REPUBLIQUE FRANCAISE

COUR D'APPEL DE CAEN

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE D'ALENCON
place du Maréchal Foch - CS 70355 - 61014 ALENCON CEDEX - 0233822500

CABINET DU JUGE DE L'APPLICATION DES PEINES

ORDONNANCE

Expertise médico-psychologique et psychiatrique

N° dossier:

Nous, Hugo RIALLAND, Vice-Président chargé de l'application des peines au Tribunal de Grande Instance d'Alençon,

Vu les articles 712-21, 712-16, 712-21, 723-31 et D 539 du code de procédure pénale,

Vu la situation pénale de

Né le :

Incarcéré au centre pénitentiaire d'ALENCON - CONDE SUR SARTHE

Condamné par :

- la Cour d'Assises du Maine-et-Loire à une peine de Réclusion criminelle pour des faits de TORTURE OU ACTE DE BARBARIE AYANT ENTRAINE LA MORT SANS INTENTION DE LA DONNER, ARRESTATION, ENLEVEMENT, SEQUESTRATION OU DETENTION ARBITRAIRE SUIVI DE MORT, NON ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER
- le Tribunal pour Enfants d'Angers à une peine de Emprisonnement délictuel Sursis simple total pour des faits de VOL A L'AIDE D'UNE EFFRACTION, DEGRADATION GRAVE DU BIEN D'AUTRUI COMMISE EN REUNION, MENACE DE MORT OU D'ATTEINTE AUX BIENS DANGEREUSE POUR LES PERSONNES A L'ENCONTRE D'UN DEPOSITAIRE DE L'AUTORITE PUBLIQUE, OUTRAGE PAR PAROLE, ECRIT, IMAGE A MAGISTRAT OU JURE DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS, sursis révoqué de plein droit par la décision sus-visée
- le Tribunal pour Enfants d'Angers à une peine de Emprisonnement délictuel Sursis simple total pour des faits de VOL A L'AIDE D'UNE ESCALADE, sursis révoqué de plein droit par la décision sus-visée

Commettons le Docteur _____ psychiatre, Monsieur _____ psychologue, lesquels après avoir pris connaissance du dossier pénal du condamné et notamment des précédentes expertises psychiatrique et médico-psychologique dont il a pu faire l'objet, et s'être entourés de tous renseignements utiles, procéderont à l'examen du condamné, la présente ordonnance tenant lieu le cas échéant de permis de communiquer ;

MISSION

Les experts prendront connaissance du dossier de l'intéressé, procéderont à son examen et répondront aux questions suivantes :

- Décrire la personnalité et les pathologies éventuelles de l'intéressé,
- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ?
Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- L'infraction sus-indiquée pour laquelle il a été jugé est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Préciser son évolution entre le moment des faits et aujourd'hui.
A-t-il évolué favorablement depuis son incarcération ?
- Rechercher si l'intéressé a pris conscience de la gravité des faits qu'il a commis.
A-t-il accédé ou peut-il accéder à un sentiment de culpabilité ?
- Quels sont ses sentiments et ses représentations à l'égard des victimes ?
- Quel est l'impact des faits et de la condamnation sur les relations intrafamiliales et l'environnement social de l'intéressé ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Doit-il être soumis à une surveillance ou suivre des soins psychiatriques ou médico-psychologiques ?
Dire si un suivi psychiatrique, médico-psychologique ou psychothérapeutique est actuellement utile en détention et lui sera nécessaire après sa libération, le cas échéant dans le cadre d'une injonction de soins,
- Dire si ce condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement et le cas échéant quel traitement apparaît le mieux adapté à sa personnalité et à son évolution ?
- Le sujet présente-t-il une dangerosité psychiatrique et/ou criminologique ?
- Dire si l'intéressé présente un état dangereux persistant ou une particulière dangerosité.
- Existe-t-il un risque de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction ?
- Dire si le risque de récidive est avéré.
- Serait-il capable de respecter les termes d'une permission de sortir ou d'un aménagement de peine?
- Un placement sous surveillance mobile serait-il indiqué ?

Plus généralement, l'expert procédera à toutes recherches sur les causes cliniques du comportement antérieur du sujet et de l'infraction (éventuellement des infractions) par lui commise(s) et l'inobservation éventuelle des obligations qui lui incombent en application de la décision susvisée et fera toutes remarques utiles.

Les experts Nous tiendront informés du développement de leurs opérations afin que nous soyons à même de prendre à tout moment toutes mesures utiles et nous remettront avant le **20 juillet 2015** un rapport détaillé contenant leurs avis motivés et l'attestation qu'il ont personnellement rempli la mission qui leur a été confiée et dont ils affirmeront le contenu sincère et véritable.

POUR COPIE CERTIFIÉE CONFORME
LE GREFFIER

Fait en notre cabinet le 18 mai 2015
Le juge de l'application des peines