

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTÉ DE SANTÉ**

**ANNÉE 2023**

**2023 TOU3 1605**

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

**Présentée et soutenue**

**publiquement par**

**Viviane LEGUY**

le 02 Octobre 2023

**Hospitalisation psychiatrique après un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental :  
durée et facteurs associés  
via une étude rétrospective en Haute-Garonne sur la période 2011-2021.**

**Directrices de thèse : Dr Anne-Hélène MONCANY & Dr Clémence BICHET**

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Norbert TELMON	Assesseur
Madame la Docteure Clémence BICHET	Assesseur
Madame la Docteure Anne-Hélène MONCANY	Assesseur
Monsieur le Docteur Olivier TELLIER	Suppléant
Monsieur le Docteur Louis RICHAUD	Invité

**Hospitalisation psychiatrique après un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental :  
durée et facteurs associés  
via une étude rétrospective en Haute-Garonne sur la période 2011-2021.**

---

**RESUME :**

A l'interface des systèmes sanitaire et judiciaire, les hospitalisations en psychiatrie faisant suite à un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental (article 122-1 du Code de Procédure Pénale) mobilisent des enjeux complexes.

Dans l'objectif d'apporter aux psychiatres un éclairage sur la trajectoire de ces patients, notre étude rétrospective repose sur l'analyse des dossiers médicaux de 79 patients dont la mesure d'hospitalisation en Haute-Garonne sous cette modalité de soin a pris fin entre 2011 et 2021.

Majoritairement de sexe masculin, environ deux tiers des patients sont atteints d'un trouble psychotique. Âgés en moyenne de 34 ans au moment des faits, l'infraction est de nature criminelle pour un tiers d'entre eux. La durée médiane de l'hospitalisation est de 224 jours et la moyenne de 555 jours, dégageant une tendance -non systématisée- à des séjours plutôt longs. En identifiant les facteurs statistiquement associés à ces durées, nous remarquons que l'évaluation de la dangerosité et de la gestion du risque de récurrence sont centraux. La prise en charge pluridisciplinaire en hospitalisation puis en ambulatoire devra s'articuler autour de ces axes.

---

**MOTS-CLÉS :** psychiatrie légale, irresponsabilité pénale, article 122-1 Code Pénal, justice, trouble mental, hospitalisation, durée, dangerosité

**TITLE :** Psychiatric hospitalization of insanity acquitted : length of stay and associated factors through a retrospective study in a french department (Haute-Garonne) on 2011-2021 period.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique, psychiatrie

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse

37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directrice de thèse :** Dr Anne-Hélène MONCANY & Dr Clémence BICHET

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine  
2022-2023**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MACÉZEZ François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LANG Thierry	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SERRE Guy	

**FACULTE DE SANTE**

**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe  
M. ACCADBLED Franck (C.E)  
M. ALRIC Laurent (C.E)  
M. AMAR Jacques (C.E)  
Mme ANDRIEU Sandrine  
M. ARBUS Christophe  
M. ARNAL Jean-François (C.E)  
M. AUSSEIL Jérôme  
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)  
M. BERRY Antoine  
Mme BERRY Isabelle (C.E)  
M. BIRMES Philippe  
M. BONNEVILLE Nicolas  
M. BONNEVILLE Fabrice  
M. BROUCHET Laurent  
M. BROUSSET Pierre (C.E)  
Mme BURRA-RIVIERE Alessandra (C.E)  
M. BUREAU Christophe  
M. BUSCAIL Louis (C.E)  
M. CANTAGREL Alain (C.E)  
M. CARRERE Nicolas  
M. CARRIE Didier (C.E)  
M. CHAIX Yves  
Mme CHANTALAT Elodie  
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)  
M. CHAUFOUR Xavier  
M. CHAUVEAU Dominique  
M. CHAYNES Patrick  
M. CHOLLET François (C.E)  
M. CONSTANTIN Arnaud  
M. COURBON Frédéric (C.E)  
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)  
M. DAMBRIN Camille  
M. DE BOISSEZON Xavier  
M. DEGUINE Olivier (C.E)  
M. DELABESSE Eric  
M. DELOBEL Pierre  
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)  
M. DIDIER Alain (C.E)  
M. DUCOMMUN Bernard  
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)  
M. ELBAZ Meyer  
Mme EVRRARD Solène  
M. FERRIERES Jean (C.E)  
M. FOURCADE Olivier (C.E)  
M. FOURNIÉ Pierre  
M. GALINIER Michel (C.E)  
M. GAME Xavier (C.E)  
Mme GARDETTE Virginie  
M. GEERAERTS Thomas  
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)  
M. GOURDY Pierre (C.E)  
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)  
Mme GUIMBAUD Rosine  
Mme HANAIRE Hélène (C.E)  
M. HUYGHE Eric  
M. IZOPET Jacques (C.E)  
M. KAMAR Nassim (C.E)  
Mme LAMANT Laurence (C.E)  
M. LANGIN Dominique (C.E)  
Mme LAPRIE Anne

Pédiatrie  
Chirurgie Infantile  
Médecine Interne  
Thérapeutique  
Epidémiologie, Santé publique  
Psychiatrie  
Physiologie  
Biochimie et biologie moléculaire  
Hématologie, transfusion  
Parasitologie  
Biophysique  
Psychiatrie  
Chirurgie orthopédique et traumatologique  
Radiologie  
Chirurgie thoracique et cardio-vascul  
Anatomie pathologique  
Médecine Vasculaire  
Hépatogastro-Entérologie  
Hépatogastro-Entérologie  
Rhumatologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Anatomie  
Médecine d'urgence  
Chirurgie Vasculaire  
Néphrologie  
Anatomie  
Neurologie  
Rhumatologie  
Biophysique  
Histologie Embryologie  
Chir. Thoracique et Cardiovasculaire  
Médecine Physique et Réadapt Fonct.  
Oto-rhino-laryngologie  
Hématologie  
Maladies Infectieuses  
Cancérologie  
Pneumologie  
Cancérologie  
Thérapeutique  
Cardiologie  
Histologie, embryologie et cytologie  
Epidémiologie, Santé Publique  
Anesthésiologie  
Ophtalmologie  
Cardiologie  
Urologie  
Epidémiologie, Santé publique  
Anesthésiologie et réanimation  
Anatomie Pathologique  
Endocrinologie  
Chirurgie plastique  
Cancérologie  
Endocrinologie  
Urologie  
Bactériologie-Virologie  
Néphrologie  
Anatomie Pathologique  
Nutrition  
Radiothérapie

M. LARRUE Vincent  
M. LAUQUE Dominique (C.E)  
Mme LAURENT Camille  
M. LAUWERS Frédéric  
M. LE CAIGNEC Cédric  
M. LEVADE Thierry (C.E)  
M. LIBLAU Roland (C.E)  
M. MALVAUD Bernard (C.E)  
M. MANSAT Pierre (C.E)  
M. MARCHEIX Bertrand  
M. MARQUE Philippe (C.E)  
M. MAS Emmanuel  
M. MAURY Jean-Philippe (C.E)  
Mme MAZEREEUW Juliette  
M. MAZIERES Julien (C.E)  
M. MINVILLE Vincent  
M. MOLINIER Laurent (C.E)  
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)  
M. MUSCARI Fabrice  
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)  
M. OLIVOT Jean-Marc  
M. OSWALD Eric (C.E)  
M. PAGES Jean-Christophe  
M. PARIENTE Jérémie  
M. PAUL Carle (C.E)  
M. PAYOUX Pierre (C.E)  
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)  
M. PERON Jean-Marie (C.E)  
Mme PERROT Aurore  
M. RASCOL Olivier (C.E)  
Mme RAUZY Odile  
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)  
M. RECHER Christian (C.E)  
M. RITZ Patrick (C.E)  
M. ROLLAND Yves (C.E)  
M. RONCALLI Jérôme  
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)  
M. ROUX Franck-Emmanuel  
M. SAILLER Laurent (C.E)  
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)  
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)  
M. SANS Nicolas  
Mme SELVES Janick (C.E)  
M. SENARD Jean-Michel (C.E)  
M. SERRANO Elie (C.E)  
M. SIZUN Jacques (C.E)  
M. SOL Jean-Christophe  
M. SOLER Vincent  
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia  
M. SOULAT Jean-Marc (C.E)  
M. SOULIE Michel (C.E)  
M. SUC Bertrand  
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)  
M. TELMON Norbert (C.E)  
Mme TREMOLLIÈRES Florence  
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)  
M. VAYSSIERE Christophe (C.E)  
M. VELLAS Bruno (C.E)  
M. VERGEZ Sébastien

Neurologie  
Médecine d'Urgence  
Anatomie Pathologique  
Chirurgie maxillo-faciale  
Génétique  
Biochimie  
Immunologie  
Urologie  
Chirurgie Orthopédique  
Chirurgie maxillo-faciale  
Médecine Physique et Réadaptation  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Dermatologie  
Pneumologie  
Anesthésiologie Réanimation  
Epidémiologie, Santé Publique  
Cancérologie  
Chirurgie Digestive  
Gériatrie  
Neurologie  
Bactériologie-Virologie  
Biologie cellulaire  
Neurologie  
Dermatologie  
Biophysique  
Hématologie  
Hépatogastro-Entérologie  
Physiologie  
Pharmacologie  
Médecine Interne  
Psychiatrie Infantile  
Hématologie  
Nutrition  
Gériatrie  
Cardiologie  
Radiologie  
Neurochirurgie  
Médecine Interne  
Chirurgie Infantile  
Pédiatrie  
Radiologie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Pharmacologie  
Oto-rhino-laryngologie  
Pédiatrie  
Neurochirurgie  
Ophtalmologie  
Gériatrie et biologie du vieillissement  
Médecine du Travail  
Urologie  
Chirurgie Digestive  
Pédiatrie  
Médecine Légale  
Biologie du développement  
Anatomie Pathologique  
Gynécologie Obstétrique  
Gériatrie  
Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier  
Mme BONGARD Vanina  
M. BOUNES Vincent  
Mme BOURNET Barbara  
Mme CASPER Charlotte  
M. CAVAINAC Etienne  
M. CHAPUT Benoit  
M. COGNARD Christophe  
Mme CORRE Jill  
Mme DALENC Florence  
M. DE BONNECAZE Guillaume  
M. DECRAMER Stéphane  
Mme DUPRET-BORIES Agnès  
M. EDOUARD Thomas  
M. FAGUER Stanislas  
Mme FARUCH BILFELD Marie  
M. FRANCHITTO Nicolas  
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio  
Mme GASCOIN Géraldine  
M. GUIBERT Nicolas  
M. GUILLEMINAULT Laurent  
M. HERIN Fabrice  
M. LAIREZ Olivier  
M. LEANDRI Roger  
M. LOPEZ Raphaël  
M. MARTIN-BONDEL Guillaume  
Mme MARTINEZ Alejandra  
M. MARX Mathieu  
M. MEYER Nicolas  
Mme MOKRANE Fatima  
Mme PASQUET Marlène  
M. PIAU Antoine  
M. PORTIER Guillaume  
M. PUGNET Grégory  
M. REINA Nicolas  
M. RENAUDINEAU Yves  
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline  
Mme SAVAGNER Frédérique  
M. SAVALL Frédéric  
M. SILVA SIFONTES Stein  
Mme SOMMET Agnès  
M. TACK Ivan  
Mme VAYSSE Charlotte  
Mme VEZZOSI Delphine  
M. YRONDI Antoine  
M. YSEBAERT Loïc

Chirurgie infantile  
Epidémiologie, Santé publique  
Médecine d'urgence  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Chirurgie orthopédique et traumatologie  
Chirurgie plastique  
Radiologie  
Hématologie  
Cancérologie  
Anatomie  
Pédiatrie  
Oto-rhino-laryngologie  
Pédiatrie  
Néphrologie  
Radiologie et imagerie médicale  
Addictologie  
Chirurgie Plastique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Pneumologie  
Médecine et santé au travail  
Biophysique et médecine nucléaire  
Biologie du dével. et de la reproduction  
Anatomie  
Maladies infectieuses, maladies tropicales  
Gynécologie  
Oto-rhino-laryngologie  
Dermatologie  
Radiologie et imagerie médicale  
Pédiatrie  
Médecine interne  
Chirurgie Digestive  
Médecine interne  
Chirurgie orthopédique et traumatologique  
Immunologie  
Rhumatologie  
Biochimie et biologie moléculaire  
Médecine légale  
Réanimation  
Pharmacologie  
Physiologie  
Cancérologie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Hématologie

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie Généraliste et spécialisée
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CURROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*Au moment d'être admis à exercer la médecine,  
en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.  
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous  
les éléments physiques et mentaux, individuels, collectifs et sociaux.  
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune  
discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

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

*J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs  
conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des  
circonstances pour forcer leurs consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai  
influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.*

*Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers  
et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances, je ne prolongerai pas abusivement les agonies.  
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.*

*Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.*

*Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les  
perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,  
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

Au **Professeur Christophe Arbus** de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Votre bienveillance et disponibilité font l'unanimité auprès des internes.

Au **Professeur Norbert Telmon** d'apporter votre regard sur cette thèse de psychiatrie. L'expérience acquise auprès des victimes lors du semestre au sein de votre service de médecine légale enrichira ma pratique.

Au **Docteur Clémence Bichet** de m'avoir accordé ta confiance pour mener la suite de ton travail.

Au **Docteur Anne-Hélène Moncany** pour avoir dirigé cette thèse dans un gant de velours.

Au **Docteur Olivier Tellier** de partager votre expérience clinique auprès d'auteurs de violences atteints de trouble mental.

Au **Docteur Louis Richaud** pour avoir facilité, aux côtés de Docteur Etienne Very, l'inclusion dans cette étude des patients que vous avez pris en charge à l'UF1.

A la **FERREPSY**, et en particulier Soukaina Chouiba et Alexandrine Salis, pour votre précieux et réactif soutien.

Au **Centre Hospitalier Gérard Marchant** de proposer des conditions de formation et de travail optimales aux internes.

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b> .....	<b>p1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>p2</b>
Cadre législatif	
Enjeux contradictoires	
Durée d'hospitalisation	
Objectifs de l'étude	
<b>MATERIEL &amp; METHODE</b> .....	<b>p5</b>
Population	
Variables	
Analyses statistiques	
Ethique	
<b>RESULTATS</b> .....	<b>p7</b>
Caractéristiques socio-démographiques	
Parcours judiciaire et pénitentiaire	
Hospitalisation suite au prononcé d'irresponsabilité pénale	
Objectifs secondaires	
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>p15</b>
Toxiques	
Durée d'hospitalisation	
Facteurs statistiquement associés à la durée d'hospitalisation	
Evaluation de la dangerosité	
Programmes de soins	
Forces et limites de l'étude	
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>p19</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>p20</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>p22</b>

# **Hospitalisation psychiatrique après un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental : durée et facteurs associés via une étude rétrospective en Haute-Garonne sur la période 2011-2021.**

## **RESUME**

A l'interface des systèmes sanitaire et judiciaire, les hospitalisations en psychiatrie faisant suite à un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental (article 122-1 du Code de Procédure Pénale) mobilisent des enjeux complexes.

Dans l'objectif d'apporter aux psychiatres un éclairage sur la trajectoire de ces patients, notre étude rétrospective repose sur l'analyse des dossiers médicaux de 79 patients dont la mesure d'hospitalisation en Haute-Garonne sous cette modalité de soin a pris fin entre 2011 et 2021.

Majoritairement de sexe masculin, environ deux tiers des patients sont atteints d'un trouble psychotique. Âgés en moyenne de 34 ans au moment des faits, l'infraction est de nature criminelle pour un tiers d'entre eux. La durée médiane de l'hospitalisation est de 224 jours et la moyenne de 555 jours, dégageant une tendance -non systématisée- à des séjours plutôt longs. En identifiant les facteurs statistiquement associés à ces durées, nous remarquons que l'évaluation de la dangerosité et de la gestion du risque de récurrence sont centraux. La prise en charge pluridisciplinaire en hospitalisation puis en ambulatoire devra s'articuler autour de ces axes.

*Mots-clé : psychiatrie légale, irresponsabilité pénale, article 122-1 du Code Pénal, justice, trouble mental, hospitalisation, durée, dangerosité*

# INTRODUCTION

## ***Cadre législatif***

Depuis 1994, le cadre législatif français indique, via le premier alinéa de l'article 122-1 du Code Pénal, qu'une personne auteur d'infraction "n'est pas pénalement responsable" si elle "était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes". Cette mesure concerne environ 200 personnes par an en France [1].

L'article L.3213-7 du Code de Santé Publique précise que si les autorités judiciaires estiment que l'état mental de la personne ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, alors le représentant de l'Etat peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

De plus, depuis la loi du 25 février 2008 [2], la chambre d'instruction peut ordonner des mesures de sûreté à l'encontre de cette personne. Il s'agit de mesures restrictives de liberté, comme par exemple une interdiction de rentrer en contact avec la victime, de paraître dans un lieu ou de porter une arme. Il peut également s'agir d'une admission en soins psychiatriques sous forme d'une hospitalisation complète "s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public" [3]. Le représentant de l'Etat est immédiatement avisé de la décision d'admission, alors nommée "hospitalisation judiciaire".

Au cours de l'hospitalisation sans consentement, il est attendu du psychiatre d'établir les certificats d'évaluation de la nécessité du maintien de celle-ci selon le calendrier prévu par la loi. Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) évalue également régulièrement le bien-fondé de cette mesure.

La levée de l'hospitalisation complète peut résulter d'une décision préfectorale ou du JLD, après avis psychiatrique et/ou d'un collègue pluridisciplinaire dont les modalités sont dûment définies. Le préfet en sa qualité d'autorité de police administrative, peut également considérer que le trouble à l'ordre public persiste et refuser une demande de levée d'hospitalisation [4].

La loi du 5 juillet 2011 [5] étend les modalités de soins sans consentement aux soins ambulatoires à travers les programmes de soins. Les formes de prises en charge possibles à la levée d'hospitalisation complète après un prononcé d'irresponsabilité pénale ne diffèrent pas des autres types d'hospitalisation sans consentement. Cependant pour les infractions les plus graves, à savoir les faits punis d'au moins cinq ans en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans en cas d'atteinte aux biens, la transformation de l'hospitalisation en programme de soins nécessitera l'avis d'un collègue pluridisciplinaire. Si le représentant de l'Etat est en désaccord avec la proposition, il doit demander une expertise psychiatrique qui se prononcera en faveur ou non du passage en programme de soins [6].

## ***Enjeux contradictoires***

Comme le discutaient Bichet&Moncany dans le travail de synthèse du cadre juridique préliminaire à cette étude, ces concepts mobilisent des enjeux complexes à articuler [6].

D'une part, la prise en charge des auteurs d'infractions bénéficiant d'une irresponsabilité pénale est confiée aux psychiatres. Ceux-ci se voient alors confier, en plus de leur mission sanitaire, une mission

de protection de la société. C'est ce que Jean-Louis Senon appelle la "rétention sanitarisée" [7]. Cela soulève des questions déontologiques et éthiques lorsque le patient est maintenu en hospitalisation non plus pour lui prodiguer des soins, mais pour prévenir le passage à l'acte et la récurrence [8].

D'autre part, du point de vue médical et au nom de la préservation des droits fondamentaux des patients, les soins psychiatriques librement consentis sont à privilégier tandis que les soins sans consentement doivent rester une exception. De plus, des pressions politiques et institutionnelles amènent à faire rechercher une réduction du temps d'hospitalisation afin de pouvoir assurer les missions du secteur dans un contexte de fermeture des lits d'hospitalisation au profit de la promotion des structures de soins ambulatoires et à temps partiel [9].

### ***Durée d'hospitalisation***

Pour pouvoir faire cohabiter ces impératifs contradictoires, il semble essentiel de se questionner sur la durée de privation de liberté que représente l'hospitalisation en milieu psychiatrique des patients concernés par ces dispositions juridiques, durée qui n'est pas légalement déterminée contrairement à celle d'une peine.

Dans le milieu sanitaire, la durée d'hospitalisation de ces patients est réputée longue, voire supérieure à celle des autres patients admis en hospitalisation sans consentement.

Mentionnons d'abord ce travail sur le devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal dans l'Ouest de la France entre 2015 et 2019. La moitié des individus pour qui l'abolition du discernement a été proposée par les experts psychiatres ont par la suite été orientés en hospitalisation psychiatrique. Parmi cet échantillon au moment de l'analyse des résultats en 2020, les effectifs sont répartis de manière quasi-égale entre hospitalisation en cours, suivi ambulatoire en programme de soins et mesure de soins sans consentement levée. Les patients hospitalisés sont plus souvent psychotiques et/ou auteurs de crime. En revanche, cette étude n'apporte pas d'information temporelle [10].

A notre connaissance, une seule étude s'intéressant à la durée d'hospitalisation en psychiatrie à la suite d'un prononcé d'irresponsabilité pénale en France a été publiée. L'équipe de Fovet & al retrouve, après analyse des données de Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques (PMSI) de 2466 patients sortis d'hospitalisation temps plein entre 2011 et 2020, une durée médiane de 13 mois (IC95=[2;48] mois) soit 390 jours [11]. Cette étude présente l'atout d'une méthodologie à l'échelle macroscopique mais, de par la nature médico-administrative de la base de données source, n'apporte que des informations minimales sur les caractéristiques cliniques de ces patients.

Une étude suédoise menée entre 1999 et 2005 sur des registres de patients de psychiatrie légale (n=125) retrouve une valeur médiane de 951 jours. Les auteurs ont retenu que l'indice de violence criminelle et les sorties sans autorisation seraient prédictifs d'une hospitalisation plus longue, tandis que les troubles de l'humeur tendraient vers une hospitalisation plus courte [12]. Ces résultats dépendants d'un cadre législatif différent du système français nécessitent d'être interprétés précautionneusement.

Il apparaît donc nécessaire d'étayer les connaissances sur cette population particulière, en particulier en mettant en lien la durée d'hospitalisation avec une description approfondie de leurs profils et parcours.

## **Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est la mesure de la durée d'hospitalisation à temps complet des personnes admises en soins psychiatriques à la suite d'un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

Les objectifs secondaires sont :

- décrire les caractéristiques sociales et cliniques de ces patients
- décrire leur parcours judiciaire et carcéral
- étudier les modalités de soin définies pour leur sortie
- explorer l'influence de ces facteurs sur les durées de séjour

## MATERIEL & METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique reposant sur l'analyse des dossiers des patients hospitalisés en psychiatrie selon l'article 3213-7 du Code de la Santé Publique après avoir bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale et sortis d'hospitalisation complète entre 2011 et 2021.

Cette étude a été promue par la Fédération de Recherche en Psychiatrie et santé mentale Occitanie (FERREPSY Occitanie) dans deux centres : le Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse.

Les dossiers des patients répondant aux critères de sélection ont été identifiés par les Départements d'Information Médicale des établissements et les données ont été recueillies par le biais d'une analyse du dossier médical des patients. La fiche de recueil est présentée en Annexe.

### **Population**

La population incluse dans cette étude comprend l'ensemble des patients majeurs ayant été hospitalisés dans l'un des deux centres de l'étude, après avoir bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale et d'une hospitalisation selon l'article 3213-7 du code de la santé publique dont la sortie d'hospitalisation temps plein a été effective après le 1er août 2011 (date d'effet de la loi du 5 Juillet 2011 qui réforme les modalités de soins en psychiatrie définies dans le code de la santé publique) et avant le 31 Décembre 2021 (date de fin d'inclusion), et ne s'étant pas opposés au traitement de leurs données dans le cadre de cette étude.

### **Variables**

Les variables recueillies ont été sélectionnées de manière nécessaire et pertinente afin de répondre aux objectifs, principal et secondaires.

Il s'agit de données :

- socio-épidémiologiques : sexe, âge, niveau d'étude, emploi, situations familiales et sociales
- d'anamnèse et cliniques : diagnostic psychiatrique, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, comorbidités addictologiques
- concernant le parcours judiciaire et pénitentiaire : antécédent d'incarcération, antécédent de prononcé d'irresponsabilité pénale, incarcération associée au prononcé d'irresponsabilité pénale et à l'hospitalisation étudiée, existence d'une prise en charge psychiatrique durant l'incarcération et sa durée totale, mesures de sûreté associée au prononcé d'irresponsabilité pénale
- concernant le déroulé et le maintien de l'hospitalisation (maintien et levée) : motifs de maintien de l'hospitalisation, nombre de permissions, évènement indésirable au cours de permission, durée de séjour en hospitalisation complète
- concernant les modalités médico-légales de levée de l'hospitalisation : nombre de certificat de demande de levée, motif de refus du préfet, arguments du psychiatre sur la demande de levée acceptée
- concernant les modalités de soins définies pour la sortie d'hospitalisation complète : traitement à la sortie, dont existence d'un traitement à action prolongée, existence d'un programme de soin, modalités de prise en charge

### ***Analyses statistiques***

Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel XLSTAT2021.

Des statistiques descriptives ont été faites pour caractériser la population.

Concernant les objectifs secondaires, des analyses par régression linéaire ont été réalisées pour déterminer les variables pouvant expliquer en partie la durée d'hospitalisation.

Les variables quantitatives sont décrites avec la médiane (min - max).

Les variables qualitatives sont décrites en fréquence (pourcentage) et IC95%.

### ***Ethique***

Conformément à la réglementation portant sur les recherches n'impliquant pas la personne humaine (recherche sur données existantes), l'étude DHIP a été enregistrée sur le portail Health DataHub.

L'étude a reçu un avis favorable de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) le 30/04/2021 (DDR-2021-135).

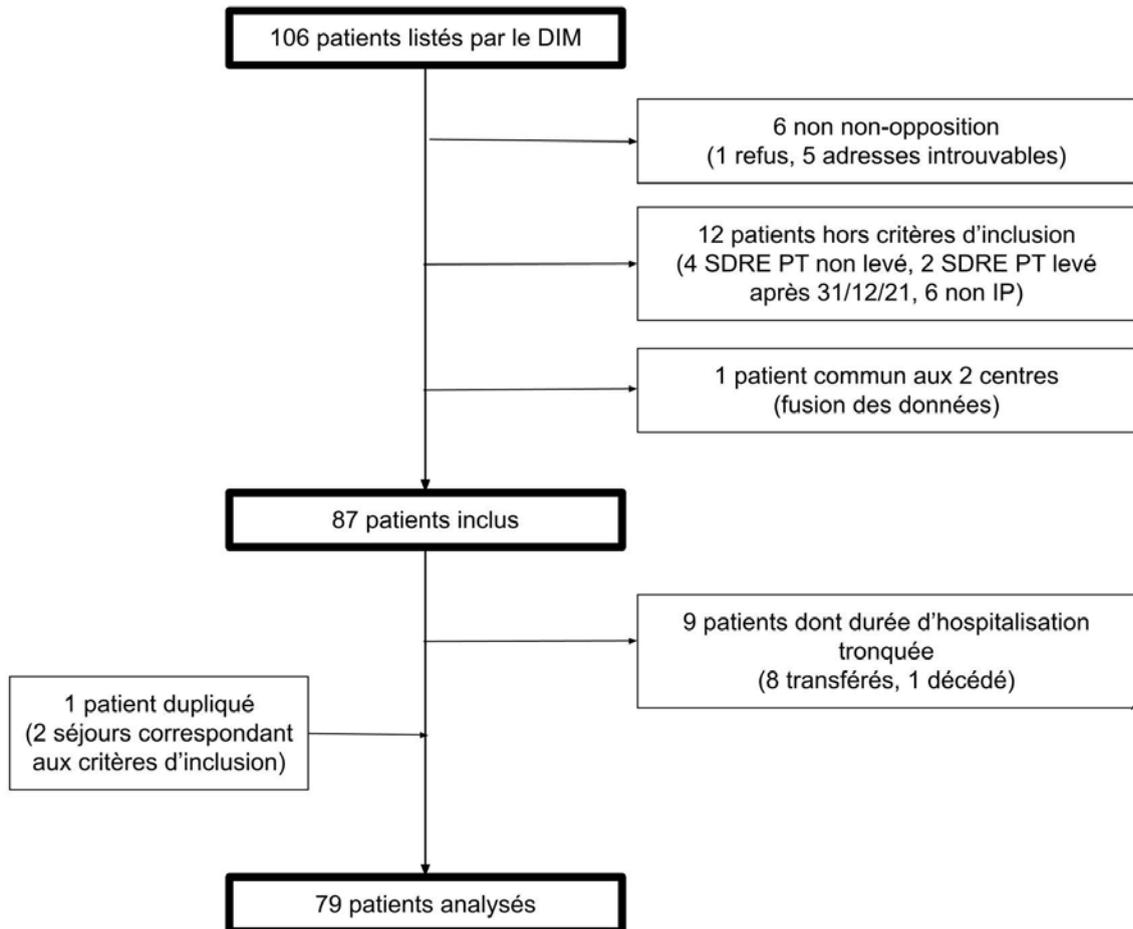
Les patients ont été informés par l'envoi par voie postale d'une notice d'information et de l'utilisation de leurs données à des fins de recherche en l'absence d'opposition de leur part (et le cas échéant, de leur tutelle).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Aucune source extérieure de financement n'a été sollicitée pour cette étude.

## RESULTATS

Les données analysées portent sur 79 hospitalisations (Figure 1).



**Figure 1 : Flowchart**

Les caractéristiques socio-démographiques des patients lors de l'entrée en hospitalisation sont présentées dans le Tableau 1.

	effectif (n=79)	%	IC95%
<b>Données socio-démographiques</b>			
âge au moment des faits, mediane	34	(20-67)	
sexe			
Femme	8	10,10	
Homme	71	89,90	
niveau d'étude			
Jamais scolarisé	1	1,30	[0 - 3,7]
Primaire	22	27,90	[18,0 - 37,7]
Secondaire	43	54,40	[43,4 - 65,4]
Universitaire	13	16,50	[8,3 - 24,6]
hébergement à l'entrée			
Non	21	26,60	[16,8 - 36,3]
Oui	58	73,40	[63,7 - 83,2]
statut conjugal			
Célibataire	63	79,70	[70,9 - 88,6]
En couple	16	20,30	[11,4 - 29,1]
enfants			
Non	53	67,10	[56,7 - 77,5]
Oui	26	32,90	[22,6 - 43,3]
mesure de protection			
Aucune	49	62,00	[51,3 - 72,7]
Curatelle	23	29,10	[18,0 - 41,5]
Tutelle	7	8,90	[2,6 - 15,1]
<b>Caractéristiques cliniques</b>			
Diagnostic évoqué à l'entrée en hospitalisation			
Trouble psychotique	51	64,60	[54,0 - 75,1]
Trouble bipolaire	5	6,30	[1,0 - 11,7]
Trouble de la personnalité	13	16,50	[8,3 - 24,6]
<i>Personnalité antisociale</i>	6	7,6	[1,8 - 13,4]
<i>Personnalité borderline</i>	3	3,8	[0 - 8,0]
<i>Personnalité paranoïaque</i>	4	5,1	[0,2 - 9,9]
Trouble du Spectre de l'autisme	3	3,80	[0 - 8,0]
Déficiência intellectuelle	4	5,10	[0,2 - 9,9]
Autre	7	8,90	[2,6 - 15,1]
Comorbidités addictives			
Alcool	26	33	[22,6 - 43,3]
Tabagisme	44	55,7	[44,7 - 66,6]
Cannabis	48	60,8	[50,0 - 71,5]
Cocaïne	16	20,2	[11,4 - 29,1]
Opiacés	4	5	[0,2 - 9,9]
Traitement Substitutif aux Opiacés	2	2,5	[0 - 6,0]
Autre	4	5,1	[0,2 - 9,9]
Antécédent d'hospitalisation psychiatrique			
aucun	17		
≥1 soins libres	23	29,1	[19,1 - 39,1]
≥ 1 soins sans consente	47	59,5	[48,7 - 70,3]
dont SDT	27	34,2	[23,7 - 44,6]
dont SDRE	29	36,7	[26,1 - 47,3]

**Tableau 1** : caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients à l'entrée en hospitalisation

Les données concernant le parcours judiciaire et pénitentiaire sont présentées dans le Tableau 2.

<b>Parcours judiciaire et pénitentiaire préalable</b>				
<b>antécédent d'incarcération</b>				
aucun	40	50,6	[39,6 - 61,7]	
1 ou 2	19	24,1	[9,8 - 38,3]	
≥5	7	13,9	[0,22 - 32,83]	
<b>antécédent de prononcé d'irresponsabilité pénale</b>				
	8			
<b>infraction ayant conduit au prononcé d'irresponsabilité pénale</b>				
crime contre les personnes	29	36,7	[26,1 - 47,3]	
dont femmes	4			
crimes contre les biens	1	1,3	[0 - 3,7]	
crimes contre la Nation, l'Etat et la	3	3,8	[0 - 8,0]	
délict	47	59,5	[48,7 - 70, 3]	
dont femmes	4			
<b>mesures de sureté prononcées</b>				
données manquantes	57	72,1		
interdiction d'entrer en relation avec				
des personnes	13	16,4		
interdiction de paraître en un lieu	14	17,7		
interdiction de porter une arme	9	11,4		

**Tableau 2** : Données concernant le parcours judiciaire et pénitentiaire

## Détention provisoire

67 patients soit 84,8% (IC95 : [76,90 - 92,72]%) ont été incarcérés avant le prononcé d'irresponsabilité pénale, 11 ne l'ont pas été. Cette donnée est manquante pour 1 patient.

L'ensemble des 11 patients n'ayant pas été incarcérés avant de bénéficier d'un prononcé d'irresponsabilité relèvent d'une infraction type "délict".

La durée médiane d'incarcération avant le prononcé d'irresponsabilité pénale est de 270 jours (min = 4 jours, max = 1210 jours, 1e quartile = 41 jours, 3e quartile = 519 jours). La durée moyenne est de 315 jours (IC95 [214 - 416] jours).

## Prise en charge psychiatrique au cours de l'incarcération

Les pourcentages du paragraphe ci-dessous sont exprimés sur l'effectif de patients détenus dont la nature de l'éventuelle prise en charge psychiatrique au cours de l'incarcération est connue (n=63).

5 patients (7,9%) n'ont bénéficié d'aucune prise en charge psychiatrique au cours de l'incarcération.

35 patients (soit 52%) ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique de niveau 1 pour une durée médiane cumulée de 50 jours (min = 4 jours, max = 719 jours, moyenne = 173 jours). 19 (30%) d'entre eux ont bénéficié exclusivement de prise en charge ambulatoire de niveau 1.

19 patients (30%) ont bénéficié d'une prise en charge de niveau 2 pour une durée cumulée médiane de 149 jours (min= 14 jours, max = 885 jours, moyenne 220 jours).

34 patients (54%) ont bénéficié d'une prise en charge de niveau 3 pour une durée cumulée médiane de 131 jours (min = 12 jours, max = 657 jours, moyenne 220 jours). 8 d'entre eux ont bénéficié exclusivement de prise en charge de niveau 3.

Parmi les 37 patients ayant bénéficié d'une prise en charge psychiatrique de niveau 2 et/ou 3, il s'agit en médiane de 80,3% de la durée totale de leur incarcération (min = 4,9%, max = 100%, moyenne 71,8%, IC95 [68,7 - 75,0]%).

16 d'entre eux (43%) en ont bénéficié pendant plus de 90% de leur incarcération.

## Durée d'hospitalisation temps plein suite au prononcé d'irresponsabilité pénale

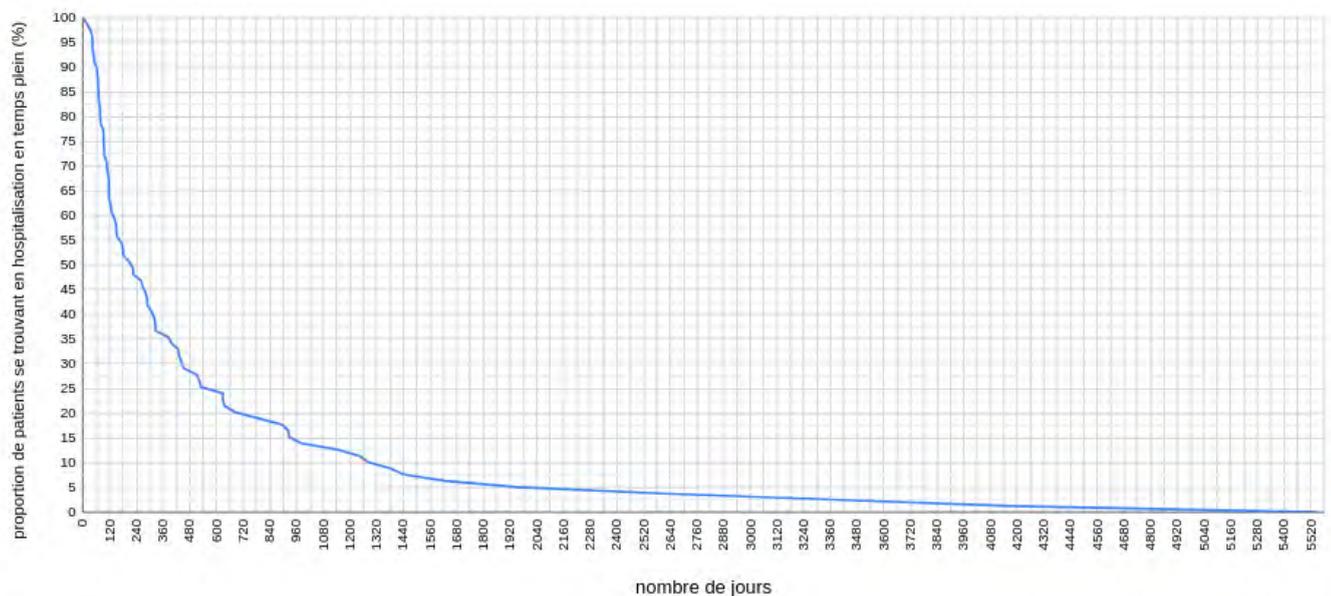
La durée d'hospitalisation a été définie comme étant la période entre le jour du prononcé d'irresponsabilité pénale et la levée de la mesure d'hospitalisation temps plein régie par l'article 3213-7 du code de la santé publique.

La durée médiane est de 224 jours soit environ 7 mois (min = 18 jours, max = 5545 jours soit 15 ans et 2 mois).

Le premier quartile est de 94 jours, le 3e quartile de 579 jours (soit 1 an et 7 mois).

La moyenne est de 555 jours (1 an et 6 mois).

La Figure 2 permet de visualiser la répartition des durées de séjour en hospitalisation à temps plein.



**Figure 2** : représentation du pourcentage de patients hospitalisés en temps plein en fonction du temps écoulé depuis le début de l'hospitalisation

## **Permissions**

4 patients (5,0%) n'ont bénéficié d'aucune permission avant la sortie.

20 patients (25,3%) ont bénéficié de moins de 10 permissions, 32 patients (40,5%) entre 10 et 49 permissions, 13 patients (16,5%) entre 50 et 99 permissions, 3 patients (3,7%) plus de 100 permissions d'au maximum 48h.

Les données sont manquantes pour 7 patients (8,8%).

Parmi les 56 patients pour qui cette donnée est disponible, 24 patients (43,0%) se sont vu refuser au moins une permission par l'autorité compétente. Dans la plupart de ces situations, il s'agit de la première demande de permission non accompagnée, en particulier lorsqu'aucune permission accompagnée par un membre de l'équipe soignante n'a été réalisée auparavant.

Au cours de l'hospitalisation, il n'est retrouvé aucun incident pour 36 patients (45,5%).

26 patients ont réalisé au moins une sortie sans autorisation (32,9% des patients).

Nous retrouvons également 1 passage à l'acte hétéro-agressif, 1 trouble à l'ordre public et 4 consommations de toxiques.

## **Certificats**

Le Tableau 3 décrit les arguments indiqués par les psychiatres dans les certificats de maintien en hospitalisation et sur le certificat de demande de levée acceptée.

	effectif (n=79)	%	IC95%
<b>Arguments du psychiatre sur les certificats de maintien en hospitalisation</b>			
<i>pathologie non stabilisée</i>	66	83,5 %	[75,4 - 91,7]
<i>inobservance du traitement/absence d'adhésion aux soins</i>	36	45,6 %	[34,5 - 56,2]
<i>hétéro-agressivité</i>	13	16,4 %	[8,3 - 24,6]
<i>dangerosité</i>	6	7,6 %	[1,8 - 13,4]
<i>auto-agressivité</i>	1	1,3 %	[0 - 3,7]
<i>risque suicidaire</i>	6	7,6 %	[1,7 - 13,4]
<i>consommation de toxiques (autre que le tabac)</i>	29	36,7 %	[26,1 - 47,3]
<i>absence (ou en attente) de logement/structure d'accueil à la sortie</i>	10	12,7 %	[5,3 - 20,0]
<i>absence de revenu établi pour la sortie</i>	1	1,3 %	[0 - 3,7]
<i>absence de projet de soin à la sortie</i>	8	10,1 %	[3,5 - 16,8]
<b>Arguments du psychiatre sur le certificat de demande de levée acceptée (n=74)</b>			
<i>pathologie stabilisée</i>	70	94,6 %	[87,6 - 100,0]
<i>observance du traitement/adhésion aux soins</i>	65	87,8 %	[79,4 - 96,2]
<i>absence d'hétéro-agressivité</i>	16	21,6 %	[12,8 - 30,4]
<i>absence de dangerosité</i>	6	8,1 %	[2,3 - 13,8]
<i>absence d'auto-agressivité</i>	4	5,4 %	[0,5 - 10,2]
<i>absence de risque suicidaire</i>	1	1,3 %	[0 - 3,7]
<i>sevrage des toxiques (autres que le tabac)</i>	20	27,0 %	[17,4 - 36,6]
<i>projet de logement/structure d'accueil à la sortie</i>	31	41,9 %	[31,2 - 53,2]
<i>présence de revenu établi pour la sortie</i>	4	5,4 %	[0,5 - 10,2]
<i>projet de soin à la sortie</i>	55	74,3 %	[64,1 - 84,5]
<b>Nombre émis de certificat de demande de levée</b>			
0	5	6,3 %	[1,0 - 11,7]
1	29	36,7 %	[26,1 - 47,3]
2	34	43,0 %	[32,1 - 54,0]
3	2	2,5 %	[0 - 6,0]
4	1	1,2 %	[0 - 3,7]
<i>données manquantes</i>	8	10,0 %	[2,6 - 18,8]

**Tableau 3** : arguments dans les certificats de maintien en hospitalisation et sur le certificat de demande de levée acceptée

Les motifs de refus du préfet ne sont retrouvés que pour 3 patients : “ambiguïté de l’expertise”, “risque de trouble à l’ordre public”, “s’assurer de la stabilisation compte-tenu des faits d’une particulière gravité”.

## Diagnostic de sortie

Le diagnostic évoqué entre l’entrée en hospitalisation et la sortie diffère sur au moins un diagnostic pour 30 patients (38,0%).

Pour 14 d’entre eux, il s’agit d’un ajout de diagnostic de trouble de la personnalité. Pour 6 d’entre eux, ce nouveau diagnostic remplace un diagnostic de trouble schizophrénique.

Pour 2 patients, il s’agit d’une modification de diagnostic de trouble schizophrénique vers un trouble schizo-affectif ou trouble bipolaire de l’humeur.

Pour 14 patients, il s’agit d’ajouts de “autres” (ajout TDAH ou diagnostic addictologique).

## Modalités de prise en charge à la sortie

Un programme de soins a été instauré pour 60 patients soit 75,9% (IC95 : [66,5 - 85,4] %).

Le projet de soins et le projet social sont présentés dans le Tableau 4.

Les traitements à la sortie sont présentés dans le Tableau 5.

### Modalités de prise en charge à la sortie

<i>Hôpital de jour ou de semaine</i>	26	32,9 %	[22,5 - 43,3]
<i>CMP</i>	56	70,9 %	[60,9 - 80,9]
<i>CATTP</i>	16	20,2 %	[11,4 - 29,1]
<i>Libéral</i>	1	1,3 %	[0 - 3,7]
<i>Autre (USLD, CSAPA)</i>	13	16,4 %	[8,3 - 24,6]

### Projet de logement

<i>Structure sanitaire</i>	8	10,1 %	[3,5 - 16,8]
<i>Structure médico-sociale</i>	27	34,2 %	[23,7 - 44,6]
<i>Structure sociale</i>	1	1,3 %	[0 - 3,7]
<i>Logement personnel ou hébergé</i>	43	54,4 %	[43,4 - 65,4]
<i>Pas de logement</i>	2	2,5 %	[0 - 6,0]

### Source de revenus prévue

<i>AAH</i>	62	78,5 %	[68,0 - 90,2]
<i>Salaires</i>	7	8,9 %	[2,6 - 15,1]
<i>RSA</i>	8	10,1 %	[3,5 - 16,8]
<i>Chômage</i>	2	2,5 %	[0 - 6,0]
<i>Autres</i>	2	2,5 %	[0 - 6,0]
<i>Aucune</i>	4	5,1 %	[0,2 - 9,9]

**Tableau 4** : projet de soins et projet social

### Traitement à la sortie

<i>Antidépresseur</i>	8	10,1 %	[3,5 - 16,8]
<i>Antipsychotique</i>	71	89,9 %	[83,2 - 96,5]
<i>Thymo-régulateur</i>	19	24 %	[14,6 - 33,4]
<i>traitement substitutif aux opiacés</i>	5	6,3 %	[1,0 - 11,7]
<i>autres</i>	6	7,6 %	[1,8 - 13,4]
<i>aucun</i>	0	0 %	
<i>traitement à action prolongée</i>	51	64,6 %	[54,0 - 75,1]

**Tableau 5** : traitements à la sortie

## Concernant les objectifs secondaires :

Il existe une association statistiquement significative entre la durée d'hospitalisation et les variables suivantes, présentées dans le Tableau 6.

	$\alpha$	SE	p-value	IC95%	R <sup>2</sup>
Mesure de protection : aucune	-0,473	0,186	<b>0,013</b>	[-0,8 ; -0,1]	0,136
Nature infraction : crime contre les personnes	0,421	0,105	<b>&lt;0,001</b>	[0,2 ; 0,6]	0,178
Durée incarcération	0,832	0,121	<b>0,037</b>	[ 0,1 ; 1,6]	0,066
Existence de sortie(s) sans autorisation	0,312	0,148	<b>0,039</b>	[0,1 ; 0,6]	0,132
<b>Dans les certificats de maintien</b>					
non mentionné : Dangereusité	-0,423	0,1	<b>&lt;0,0001</b>	[-0,6 ; -0,2]	
non mentionné : Hétéro-agressivité	-0,264	0,107	<b>0,016</b>	[-0,5 ; -0, 1]	0,348
non mentionné : Consommation de toxiques (autre que le tabac)	-0,255	0,1	<b>0,013</b>	[-0,5 ; -0,1]	
<b>Dans les certificats de levée</b>					
non mentionné : Pathologie stabilisée	0,551	0,095	<b>&lt;0,0001</b>	[0,4 ; 0,7]	0,452
non mentionné : Absence d'hétéro-agressivité	0,239	0,112	<b>0,037</b>	[0,1 ; 0,5]	

**Tableau 6** : variables statistiquement associées à la durée d'hospitalisation

Quand l'infraction est de nature criminelle, la durée médiane d'hospitalisation est de 523 jours (moyenne : 1036 jours). Pour les délits, la durée médiane d'hospitalisation est de 116 jours (moyenne : 238 jours).

## DISCUSSION

La majorité des infractions criminelles commises par des personnes irresponsabilisées pénalement impliquent des hommes ayant un diagnostic de trouble schizophrénique. Ce résultat correspond aux données retrouvées dans la littérature [10-17].

Afin de lutter contre la stigmatisation, il est néanmoins important de rappeler que les individus atteints de trouble mental sont plus souvent victimes de délinquance qu'elles n'en sont auteurs et que plus de 90% des personnes atteintes de trouble psychiatrique ne commettront jamais de passage à l'acte violent au cours de leur vie [18].

### ***Toxiques***

L'usage de toxiques a pu être retenu comme diagnostic principal dans l'expertise psychiatrique ayant conduit au prononcé d'irresponsabilité pénale pour certains patients de notre étude et pour 2% des ceux inclus dans l'étude de l'Ouest de la France [10]. Or, avant la loi du 24 janvier 2022 [19], l'article 122-1 du CPP ne distinguait pas l'origine de trouble psychique ayant conduit à l'abolition du discernement. Dorénavant, un délit d'intoxication volontaire est applicable pour les personnes déclarées pénalement irresponsable qui auraient "consommé volontairement (...) des substances psychoactives en ayant connaissance du fait que cette consommation est susceptible de la conduire à mettre délibérément autrui en danger, lorsque cette consommation a entraîné un trouble psychique ou neuropsychique temporaire sous l'empire duquel elle a commis" une infraction. En fonction du dommage causé, les peines varient de 2 à 10 ans d'emprisonnement (15 ans si récidive) [20].

### ***Durée d'hospitalisation***

La courbe de survie est d'allure exponentielle décroissante. Le premier quartile (94 jours) démontre que les séjours ne sont pas systématiquement longs, contrairement aux idées largement répandues sur ces patients considérés comme des "bedblockers". Les quelques séjours extrêmement longs contribuent à l'allongement de la valeur moyenne (555 jours), mesurée au double de la valeur médiane (224 jours). Environ un quart seulement des patients ont une durée d'hospitalisation supérieure à la moyenne.

Nous devons mettre en perspective nos résultats sur cette population spécifique avec la population générale de psychiatrie.

Toutes modalités de soins confondues, la durée moyenne de séjour en hospitalisation psychiatrique à temps plein en France est de 54 jours [21], dont environ 75% de séjours en soins libres [22] représentant les séjours les plus courts. Les hospitalisations à la demande d'un directeur d'établissement seraient plus courtes que celles à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE), du fait d'un profil clinique différent de ces groupes [14].

Une étude conduite au CHU de Nice retrouve une moyenne de 236 jours (n=66) entre 2014 et 2018 [23]. Cet autre travail basé sur les données RIM-P (Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie) dans 4 régions françaises (n=995) entre 2009 et 2012 retrouve une moyenne de 129 jours et une médiane de 36 jours [24].

Coûteuses et particulièrement délétères pour la socialisation des patients, des études se sont intéressées spécifiquement aux hospitalisations longues en psychiatrie, définies par des séjours de plus de 292 jours. Coldefy&al estiment ainsi en 2011 que cela concernait 0.8% des patients

hospitalisés en psychiatrie en France toutes modalités et tous établissements confondus [25], tandis que Plancke&al retrouvent une proportion de 2,3 % sur la période 2011-2013 en Nord-Pas-De-Calais [26]. Dans notre échantillon, le chiffre est largement supérieur avec environ 60% des patients qui ont un séjour long selon cette définition.

Sous cet éclairage, il semblerait que les durées de séjour soient effectivement plus longues après un prononcé d'irresponsabilité pénale que pour d'autres modalités de soins sans consentement.

Il aurait été intéressant de mesurer le délai entre le premier certificat de demande de levée et l'acceptation de la levée. Cette information permettrait d'estimer pour quelle durée il existe une divergence d'évaluation de la nécessité du maintien en hospitalisation complète entre le corps médical et l'autorité préfectorale. Cette information pourrait être une piste d'explication sur la durée plus longue d'hospitalisation, notamment pour les patients ayant commis des crimes.

A l'international, les données sont d'interprétation délicate car les spécificités du cadre législatif et de l'organisation du système de soins sont déterminantes. En Virginie (USA), les patients "not guilty by reason of insanity" sortis d'hospitalisation entre 2007 et 2010 (n=127) ont passé en moyenne 61 mois (environ 1830 jours) en hospitalisation [27]. Une étude suédoise menée entre 1999 et 2005 sur des registres de patients de psychiatrie légale (n=125) retrouve une valeur médiane de 951 jours [12]. L'équipe de Tomlin&al a recherché les durées moyennes d'hospitalisation des patients relevant de psychiatrie légale pour 12 pays européens en 2013, avec des estimations allant de 1 année en Slovaquie jusqu'à 10 années aux Pays-Bas [28]. La France ne figure pas dans cette étude, mais pourrait éventuellement trouver sa place parmi les durées moyenne de séjour parmi les moins longues d'Europe ?

### ***Facteurs statistiquement associés à la durée d'hospitalisation***

La durée d'incarcération préventive est associée à un allongement de la durée d'hospitalisation. Il peut s'agir d'un facteur de confusion par l'intermédiaire d'une procédure d'instruction volontiers plus longue pour les faits les plus graves. En effet, la nature criminelle de l'infraction apparaît déterminante dans notre étude, comme l'était l'"index crime factor" en Suède [12].

Cette étude rappelle que les incidents au cours des permissions sont rarissimes. En revanche, les sorties sans autorisation sont fréquentes. Leur association statistique à un allongement de la durée d'hospitalisation peut refléter les difficultés d'adhésion aux soins ou des caractéristiques cliniques telles que l'impulsivité. Il peut également s'agir d'un facteur de confusion au travers du risque cumulé d'incidence tout au long du séjour. Enfin on peut faire l'hypothèse que plus l'hospitalisation est longue, moins elle est supportée par le patient qui s'octroie le droit de sortir, sans concertation avec l'équipe soignante.

Le lien entre consommation de toxiques et risque de violence est bien connu [29-31]. La prise en charge addictologique de ces patients pendant l'hospitalisation est donc un enjeu majeur. De façon concrète, ce résultat devrait inciter le praticien à ne pas oublier de mentionner l'absence de consommation de toxiques le cas échéant.

## ***Evaluation de la dangerosité***

Nous remarquons que la plupart des variables associées à la durée d'hospitalisation relèvent de critères développés dans les échelles d'évaluation de la dangerosité psychiatrique. Cette constatation est tout à fait cohérente, objectivant le raisonnement clinique préalable aux décisions des psychiatres. Dans l'échelle HCR-20 par exemple, outre les indices Historiques et Cliniques actuels, le troisième volet s'intéresse au contexte de vie futur du patient, dans une démarche de gestion des Risques [32]. Ce point est particulièrement pertinent dans notre problématique puisque l'enjeu médico-légal majeur de l'après-hospitalisation est le risque de récurrence.

Dans notre étude, l'absence de logement à l'entrée en hospitalisation ou l'absence de projet de logement mentionné dans le certificat de levée ne sont pas associés statistiquement à une durée d'hospitalisation supérieure.

Pourtant dans l'étude longitudinale conduite dans le Maryland (USA) en 2007-2009 auprès de 356 "insanity acquittees" suivis pendant 3 ans après leur sortie d'hospitalisation, une récurrence d'infraction est retrouvée pour 14% d'entre eux, les auteurs retenant la non-compliance au traitement et le non-respect de la modalité de logement comme facteurs prédictifs d'une nouvelle admission en psychiatrie légale, alors qu'à l'inverse un logement stable serait prédictif de l'absence de réadmission [33].

## ***Programmes de soins***

La date de début d'inclusion de cette étude correspond à la mise en application de la loi du 5 juillet 2011 qui instaure la possibilité de continuité des soins sans consentement en ambulatoire avec l'établissement d'un programme de soin [5]. Dans notre étude, environ trois quarts des levées d'hospitalisation temps plein sont assorties de cette modalité de soin. Il s'agit d'une proportion largement supérieure à celle de l'ensemble des patients sortants d'hospitalisation sans consentement estimée à 40% [1]. C'est également par le prisme de la gestion des risques que nous pouvons expliquer ce fréquent recours, puisque ce choix permet d'apporter des garanties quant à la poursuite du suivi psychiatrique, avec l'intention de minimiser ainsi le risque de récurrence. Senon&Manzanera incitent à un suivi particulièrement rapproché sur les 20 premières semaines suivant la sortie d'hospitalisation qui voient se concentrer la dangerosité des patients [34].

Dans son état des lieux des soins sans consentement en France, l'IRDES attribue la discrète augmentation de la file active de personnes déclarées pénalement irresponsables suivies en psychiatrie entre 2012 et 2021 au recours prépondérant de ce mode légal avec des suivis qui seraient "sur des durées plus longues" [1]. Cette assertion invite d'ailleurs à des travaux ultérieurs afin de mesurer la durée totale de soins sans consentement comprenant la durée du programme de soins.

La traçabilité des programmes de soin dans les dossiers médicaux apparaît perfectible, car il n'est pas toujours aisé de déterminer si une telle mesure est effective, et le cas échéant de connaître son contenu à jour. L'efficacité des programmes de soins sur la diminution du recours à l'hospitalisation et sur la diminution de la récurrence violente reste par ailleurs à évaluer [1].

## **Forces et limites de l'étude**

### ***Forces***

L'atout majeur de cette étude est de proposer une description détaillée des caractéristiques de ces patients et de leurs parcours.

Un autre point fort réside dans le relevé rigoureux des dates de début et de fin d'hospitalisation temps plein effective, permettant d'être plus proche de la réalité que les données brutes fournies par le Département d'Informatique Médicale [35]. En effet, la structure administrative des logiciels métiers ne reflète pas toujours strictement la réalité du parcours médical des patients, en créant administrativement un nouveau séjour lors de chaque transfert, intra-établissement ou inter-établissement. Les transferts inter-établissements, comme par exemple un séjour en Unité Malade Difficile (UMD), sont administrativement considérés comme une fin de prise en charge même si ce transfert n'était que temporaire.

En recueillant les données sur l'ensemble du département couvert par les deux établissements publics de psychiatrie répartis sur 8 secteurs, cette étude est exhaustive sur une unité territoriale.

D'après [11], sur approximativement la même période d'inclusion, 3020 patients sont entrés en hospitalisation après un prononcé d'irresponsabilité pénale en France. Notre effectif est donc en cohérence avec le nombre d'habitants de Haute-Garonne et de la population française.

### ***Limites***

Avec deux centres de recueil seulement, cette étude garde une portée locale, qui peut correspondre à des pratiques judiciaires, psychiatriques ou préfectorales spécifiques.

Par ailleurs, les autorisations d'accès et d'utilisation des données recueillies à des fins de recherche portant uniquement sur les dossiers médicaux des patients, de nombreuses données sont manquantes parmi les variables juridiques. Les mesures de sûreté en particulier sont rarement décrites et les chiffres retrouvés sont probablement largement sous-évalués.

Des difficultés ont également été rencontrées pour caractériser le contenu des échanges avec le Préfet. Les notifications de refus de levée de la mesure faisant suite à l'émission d'un certificat de demande de levée figuraient rarement dans les dossiers médicaux.

De la même manière, concernant les rejets de demande de permissions, la notification et le motif de refus émanant du Préfet n'étaient pas toujours accessibles, en particulier pour les séjours les plus anciens.

Enfin, cette étude s'intéressant uniquement à la population de patients ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale, son design ne permet pas de proposer une comparaison des variables étudiées avec une autre population de patients admis dans les mêmes centres (par exemple en SDRE non judiciaire).

## CONCLUSION

La population de patients ayant bénéficié d'un prononcé d'irresponsabilité pénale mobilise des enjeux complexes, sources de préjugés. Ce travail contribue à mieux connaître les caractéristiques de cette population. Il apparaît que les hospitalisations à temps complet de ces patients tendent effectivement vers des durées longues, mais nous démontrons également que dans un quart des cas l'hospitalisation est inférieure à 3 mois et que les séjours extrêmement longs restent exceptionnels. En identifiant les facteurs statistiquement associés à ces durées, nous remarquons que l'évaluation de la dangerosité et de la gestion du risque de récidive sont centraux. Les leviers d'action reposent donc en priorité sur ces axes, comme par exemple la prise en charge addictologique.

Des travaux ultérieurs pourront s'intéresser au devenir de ces patients après leur sortie. Un nouveau paradoxe se dessine puisque les longues hospitalisations sont vectrices de désocialisation, d'autant plus qu'ici souvent précédées d'une période d'incarcération, alors que l'insertion sociale est décrite dans la littérature comme facteur protecteur de ré-hospitalisation ou de récidives d'infraction médico-légales.

Concernant la trajectoire de soins, le recours aux Programmes de Soins étant particulièrement fréquent dans cette population et le suivi en découlant réputé parmi les plus longs, il serait intéressant de mesurer la durée totale de la mesure de soins sans consentement ambulatoire.

Enfin, une étude ayant pour objectif de comparer les durées d'hospitalisation de ces patients avec celles de patients admis sous d'autres modalités de soins sans consentement avec appariement des caractéristiques socio-cliniques pourrait être menée. De la même manière, il serait intéressant de mesurer la durée d'incarcération pour des infractions similaires chez des personnes n'ayant pas bénéficié d'une irresponsabilité pénale.

*Vu le président  
du jury le 6/09/23*



*le 11/09/2023*

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Coldefy M, Gandre C, Rallo S, Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Quest. Econ Santé* 2022; (269)
- [2] 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.
- [3] Article 706-135 du Code de Procédure Pénale
- [4] HAS, Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures. Rapport d'élaboration. Mars 2018.
- [5] Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- [6] Bichet C, Moncany AH, Le psychiatre face à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental : concepts, enjeux, perspectives. *L'information psychiatrique*, 2022 ; 98 (2) : 99-106
- [7] Senon JL, Jaafari N, La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? *L'Information psychiatrique*. 2008/6 Volume 84 | pages 511 à 518.
- [8] Rappart P. La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions françaises médico-légales. *L'information psychiatrique* 2009/8 Volume 85 | pages 759 à 768.
- [9] Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Rapport IGAS, Novembre 2017. N°2017-064R.
- [10] Moulia-Pelat E, Pons R, Nabhan-Abou N, L'article 122-1 et après ? Devenir des patients reconnus irresponsables sur le plan pénal, entre 2015 et 2019, dans l'Ouest de la France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2022 ; 180 (4) : 294-300
- [11] Fovet T, Baillet M, Horn M, Chan-Chee C, Cottencin O, Thomas P, Vaiva G, D'Hondt F, Amad A, Lamer A, Psychiatric Hospitalizations of People Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder in France: A Ten-Year Retrospective Study (2011-2020). *Frontiers in Psychiatry*, 2022 ; 13 : 812790
- [12] Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T, Hofvander B. Predictors of length of stay in forensic psychiatry: the influence of perceived risk of violence. *Int J Law Psychiatry*. 2014 Nov-Dec;37(6):635-42. doi: 10.1016/j.ijlp.2014.02.038. Epub 2014 Mar 14. PMID: 24631525.
- [13] Baratta A, Morali A, Halleguen O. La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. À propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas. *L'information psychiatrique* 2012;88:559.
- [14] Mesu R, Sauzeau D, Mugnier G., Fournis G., Garré JB, Gohier B. (2017). Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 176. 10.1016/j.amp.2017.02.015.
- [15] Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. *La Revue de Médecine Légale* 2015;6:70-7.
- [16] Adjorlolo S, Chan HCO, DeLisi M. Mentally disordered offenders and the law: Research update on the insanity defense, 2004-2019. *Int J Law Psychiatry*. 2019 Nov-Dec;67:101507. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101507. Epub 2019 Oct 21. PMID: 31785724.
- [17] Skipworth, J., Brinded, P., Chaplow, D., & Frampton, C. (2006). Insanity acquittee outcomes in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12),1003-1009.

- [18] Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Med Psychol* 2015;173:348–51.
- [19] LOI n°2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure
- [20] Article 221-5-6 et article 222-18-4 du Code Pénal
- [21] Panoramas de la DREES, Sous la direction de Fabien Toutlemonde, Les établissements de santé, fiche 16, Les patients suivis en psychiatrie
- [22] Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Quest. Econ Santé* 2017;(222).
- [23] Bourdais C, Guivarch PH, Benoit M, Staccini P. (2020). Analyse des taux et des durées des mesures de soins à la demande du représentant de l'état des patients hospitalisés en psychiatrie au centre hospitalier universitaire de Nice. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 68. S7. 10.1016/j.respe.2020.01.012.
- [24] Baleige A. (2017). Hospitalisation d'Office et Soins sur Décision du Représentant de l'Etat, sévérité des troubles et paysage territorial (Diplôme Inter-Universitaire "Santé mentale dans la communauté", 2017). 10.13140/RG.2.2.36149.63202.
- [25] Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Quest Econ Santé* 2014;202. 8p
- [26] Plancke L, Amariei A, Les hospitalisations longues en psychiatrie, Volume 5278, Issue 1, 02/2016, Pages 1-98, ISSN 0398-7620, <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2016.10.058>
- [27] Vitacco MJ, Vauter R, Erickson SK, Ragatz L. Evaluating conditional release in not guilty by reason of insanity acquittees: a prospective follow-up study in Virginia. *Law Hum Behav*. 2014 Aug;38(4):346-56. doi: 10.1037/lhb0000071. Epub 2013 Dec 30. PMID: 24377912.
- [28] Tomlin J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Herrando VT, Barroso R, Castelletti L, Mirabella F, Scarpa F, Völlm B; experts of COST Action IS1302. Forensic mental health in Europe: some key figures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021 Jan;56(1):109-117. doi: 10.1007/s00127-020-01909-6. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32651594; PMCID: PMC7847441.
- [29] Fazel, Z., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence : Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6, e1000120. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>.
- [30] Serper, M. R., Goldberg, B. R., Herman, K. G., Richarme, D., Chou, J., Dill, C. A., et al. (2005). Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 121–127.
- [31] Elbogen, E. B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152–161.
- [32] Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S. *HCR-20 Assessing Risk for Violence*, version II. Simon Frazier University : Burnaby, 1997.
- [33] Marshall DJ, Vitacco MJ, Read JB, Harway M. Predicting voluntary and involuntary readmissions to forensic hospitals by insanity acquittees in Maryland. *Behav Sci Law*. 2014 Sep;32(5):627-40. doi: 10.1002/bsl.2136. PMID: 25328069.
- [34] Senon JL, Manzanera C, Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? 2005;163:870–7.
- [35] CHAPIREAU François, « Mesurer les durées d'hospitalisation : note méthodologique », *L'information psychiatrique*, 2012/5 (Volume 88), p. 381-384. DOI : 10.1684/ipe.2012.0930.

# ANNEXE

Identification	
Numéro de centre	
Numéro Patient	
Données socio-épidémiologiques	
Sexe	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Age :	Au moment des faits : A la sortie d'hospitalisation :
Niveau d'études	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire
Hébergement à l'entrée de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Emploi à la sortie d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> emploi <input type="checkbox"/> emploi protégé <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> retraite
Situation familiale à la sortie d'hospitalisation :	
Statut conjugal :	<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> célibataire
Enfant(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Situation sociale à la sortie d'hospitalisation :	
Projet de logement	<input type="checkbox"/> Structure sanitaire <input type="checkbox"/> Structure médico-sociale <input type="checkbox"/> Structure sociale <input type="checkbox"/> logement personnel ou hébergé <input type="checkbox"/> Pas de logement
Source de revenu prévue	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Salaire
	<input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Aucune
Mesure de protection	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> En cours
Anamnèse et clinique	
Diagnostic ayant justifié l'irresponsabilité pénale (selon le DSM5)	<input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Trouble schizo-affectif <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité : <input type="checkbox"/> personnalité limite <input type="checkbox"/> personnalité antisociales <input type="checkbox"/> personnalité paranoïaque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Autre
Comorbidités Addictologiques	<input type="checkbox"/> alcoolisme <input type="checkbox"/> tabagisme <input type="checkbox"/> cannabis <input type="checkbox"/> cocaïne <input type="checkbox"/> opiacés <input type="checkbox"/> autre
Antécédents d'hospitalisation(s) en psychiatrie : Modalités et nombre	<input type="checkbox"/> Hospitalisation libre : <input type="checkbox"/> SDT : <input type="checkbox"/> SDRE :
Données judiciaires et pénitentiaires	
Antécédent d'incarcération (nombre)	
Antécédent de prononcé d'irresponsabilité pénale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Type d'infraction associé au prononcé d'irresponsabilité pénale	<input type="checkbox"/> crime contre les personnes <input type="checkbox"/> crime contre les biens <input type="checkbox"/> crime contre la Nation, l'État et la paix publique <input type="checkbox"/> délit
Mesure de sureté associée au prononcé d'irresponsabilité	<input type="checkbox"/> Interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou avec certaines personnes

pénale ?	<input type="checkbox"/> Interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné <input type="checkbox"/> Interdiction de détenir ou de porter une arme <input type="checkbox"/> Interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée, sans faire préalablement l'objet d'un examen psychiatrique déclarant la personne apte à exercer cette activité <input type="checkbox"/> Suspension du permis de conduire <input type="checkbox"/> Annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis.	
Détention provisoire avant le prononcé d'irresponsabilité pénale ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Pris en charge psychiatrique durant l'hospitalisation + durée totale en mois	<input type="checkbox"/> niveau 1	Durée :
	<input type="checkbox"/> niveau 2	Durée :
	<input type="checkbox"/> niveau 3	Durée :
<b>Prise en charge en hospitalisation complète L3213-7</b>		
Durée		

Motifs de maintien d'hospitalisation dans les certificats mensuels :	<input type="checkbox"/> pathologie non stabilisée <input type="checkbox"/> non observance du traitement/absence d'adhésion aux soins <input type="checkbox"/> hétéro-agressivité <input type="checkbox"/> dangerosité <input type="checkbox"/> auto-agressivité <input type="checkbox"/> risque suicidaire <input type="checkbox"/> consommation de toxiques (autre que le tabac) <input type="checkbox"/> absence (ou en attente de) de logement/structure d'accueil à la sortie <input type="checkbox"/> absence (ou en attente de) de revenu établi pour la sortie <input type="checkbox"/> absence (ou en attente de) projet de soin à la sortie	
Nombre de certificats de demande de levée :		
Motif de refus du préfet		
Nombre de permissions	<input type="checkbox"/> accordée : <input type="checkbox"/> refusée :	
Évènement(s) indésirable(s) durant les permissions	<input type="checkbox"/> passage à l'acte auto-agressif <input type="checkbox"/> passage à l'acte hétéro-agressif <input type="checkbox"/> trouble à l'ordre public	

Arguments du psychiatre sur la demande de levée acceptée	<input type="checkbox"/> pathologie stabilisée <input type="checkbox"/> observance du traitement/absence d'adhésion aux soins <input type="checkbox"/> absence d'hétéro-agressivité <input type="checkbox"/> absence de dangerosité <input type="checkbox"/> absence d'auto-agressivité <input type="checkbox"/> absence de risque suicidaire <input type="checkbox"/> sevrage des toxiques (autres que le tabac) <input type="checkbox"/> projet de logement/structure d'accueil à la sortie <input type="checkbox"/> présence de revenu établi pour la sortie <input type="checkbox"/> projet de soin à la sortie	
Diagnostic à la sortie	<input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Trouble schizo-affectif <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> personnalité limite</li> <li><input type="checkbox"/> personnalité antisociales</li> <li><input type="checkbox"/> personnalité paranoïaque</li> <li><input type="checkbox"/> autre</li> </ul> <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Autre	

Traitement à la sortie	<input type="checkbox"/> Antidépresseur <input type="checkbox"/> Antipsychotique <input type="checkbox"/> Thymo-régulateur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> aucun	
Existence d'un traitement à action prolongée à la sortie	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui :	
Mesure de protection à la sortie	<input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle	
Existence d'un programme de soin	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Modalités de prise en charge à la sortie:	<input type="checkbox"/> Hôpital de jour ou de semaine <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> CATT <input type="checkbox"/> Libéral	

---

**Hospitalisation psychiatrique après un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental :  
durée et facteurs associés  
via une étude rétrospective en Haute-Garonne sur la période 2011-2021.**

---

**RESUME :**

A l'interface des systèmes sanitaire et judiciaire, les hospitalisations en psychiatrie faisant suite à un prononcé d'irresponsabilité pénale pour trouble mental (article 122-1 du Code de Procédure Pénale) mobilisent des enjeux complexes.

Dans l'objectif d'apporter aux psychiatres un éclairage sur la trajectoire de ces patients, notre étude rétrospective repose sur l'analyse des dossiers médicaux de 79 patients dont la mesure d'hospitalisation en Haute-Garonne sous cette modalité de soin a pris fin entre 2011 et 2021.

Majoritairement de sexe masculin, environ deux tiers des patients sont atteints d'un trouble psychotique. Âgés en moyenne de 34 ans au moment des faits, l'infraction est de nature criminelle pour un tiers d'entre eux. La durée médiane de l'hospitalisation est de 224 jours et la moyenne de 555 jours, dégageant une tendance -non systématisée- à des séjours plutôt longs. En identifiant les facteurs statistiquement associés à ces durées, nous remarquons que l'évaluation de la dangerosité et de la gestion du risque de récurrence sont centraux. La prise en charge pluridisciplinaire en hospitalisation puis en ambulatoire devra s'articuler autour de ces axes.

---

**MOTS-CLÉS :** psychiatrie légale, irresponsabilité pénale, article 122-1 Code Pénal, justice, trouble mental, hospitalisation, durée, dangerosité

**TITLE :** Psychiatric hospitalization of insanity acquitted : length of stay and associated factors through a retrospective study in a french department (Haute-Garonne) on 2011-2021 period.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique, psychiatrie

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse

37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directrice de thèse :** Dr Anne-Hélène MONCANY & Dr Clémence BICHET