

N° 434

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 5 mai 2010

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (2), par le **groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions (3)**,*

Par M. Gilbert BARBIER, Mme Christiane DEMONTÈS, MM. Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL,

Sénateurs.

(1) *Cette commission est composée de :* Mme Muguette Dini, *présidente* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. Nicolas About, François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juillard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; M. Alain Vasselle, *rapporteur général* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, Claire-Lise Campion, MM. Jean-Pierre Cantegril, Bernard Cazeau, Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mme Sylvie Desmarescaux, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Adrien Giraud, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-Louis Lorrain, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, François Vendasi, René Vestri, André Villiers.

(2) *Cette commission est composée de :* M. Jean-Jacques Hiest, *président* ; M. Nicolas Alfonsi, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Patrice Gélard, Jean-René Lecerf, Jean-Claude Peyronnet, Jean-Pierre Sueur, Mme Catherine Troendle, M. François Zocchetto, *vice-présidents* ; MM. Laurent Bêteille, Christian Cointat, Charles Gautier, Jacques Mahéas, *secrétaires* ; M. Alain Anziani, Mmes Éliane Assassi, Nicole Bonnefoy, Alima Boumediene-Thiery, MM. Elie Brun, François-Noël Buffet, Gérard Collomb, Pierre-Yves Collombat, Jean-Patrick Courtois, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, M. Yves Détraigne, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Pierre Fauchon, Louis-Constant Fleming, Gaston Flosse, Christophe-André Frassa, Bernard Frimat, René Garrec, Jean-Claude Gaudin, Mmes Jacqueline Gourault, Virginie Klès, MM. Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Mme Josiane Mathon-Poinat, MM. Jacques Mézard, Jean-Pierre Michel, François Pillet, Hugues Portelli, Bernard Saugéy, Simon Sutour, Richard Tuheiaiva, Alex Türk, Jean-Pierre Vial, Jean-Paul Virapoullé, Richard Yung.

(3) *Ce groupe de travail est composé de :* M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontès, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. UN CONSTAT ALARMANT : UN GRAND NOMBRE DE DÉTENUS SOUFFRENT DE TROUBLES MENTAUX SANS ÊTRE PRIS EN CHARGE DANS DE BONNES CONDITIONS	11
A. LE CADRE JURIDIQUE : L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE EN RAISON DE L'ABOLITION DU DISCERNEMENT	11
1. <i>Un principe ancré dans l'histoire du droit</i>	11
a) Un principe ancien.....	11
b) L'article 64 du code pénal de 1810 : un système du « tout ou rien » rapidement tempéré par la pratique	12
c) L'émergence du discours sur la défense sociale	15
d) La mise en place progressive de soins psychiatriques en prison.....	17
2. <i>Le droit en vigueur : l'article 122-1 du code pénal</i>	17
a) L'inscription des notions d'abolition et d'altération du discernement dans le code pénal.....	17
b) La procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale	18
B. UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA PEINE N'A PAS DE SENS	22
1. <i>Une surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux en prison</i>	23
2. <i>Des évolutions difficiles à mesurer</i>	27
C. DES CAUSES MULTIPLES ET DÉBATTUES	28
1. <i>La réévaluation nécessaire des effets de l'article 122-1 du code pénal</i>	28
a) La portée relative de la réduction des décisions d'irresponsabilité pénale.....	29
b) L'aggravation de la peine en raison de l'altération du discernement	30
2. <i>Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie et les limites de son organisation territoriale actuelle</i>	31
a) Désinstitutionnalisation et responsabilisation	31
b) Les limites de l'organisation actuelle de la psychiatrie	34
3. <i>Le rôle central de l'expertise</i>	35
a) Le cadre juridique de l'expertise.....	36
b) Le jeu des mécanismes judiciaires	39
c) Un dépistage insuffisant.....	41
d) Des contradictions liées parfois à des a priori théoriques.....	42
4. <i>Les risques propres à l'incarcération</i>	43
D. UNE PRISON QUI S'EST ADAPTÉE SANS POUVOIR FAIRE FACE À L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE	43
1. <i>Des malades mentaux de mieux en mieux pris en charge en prison</i>	44
a) L'intervention du secteur hospitalier et les SMPR	44
b) La prise en charge des personnes détenues non consentantes : l'hospitalisation d'office.....	44
c) Une adaptation empirique : Château-Thierry	47
2. <i>Les limites des soins en prison</i>	52
a) Les insuffisances de la prise en charge médicale.....	52

b) L'aggravation de certaines pathologies et le risque suicidaire.....	54
c) L'absence d'articulation entre le milieu carcéral et la prise en charge à l'issue de la peine	54
3. Une tentative débattue pour concilier peine et soins : les UHSA	54
II. LES LEÇONS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES	60
A. LA DÉFENSE SOCIALE EN BELGIQUE.....	60
1. La loi de défense sociale	61
2. La prise en charge des internés.....	64
3. Un système en suspens	66
B. L'EXEMPLE SUISSE	68
1. Les dispositions du code pénal relatives aux « mesures »	68
2. La prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux	70
3. Le projet Curabilis	73
C. QUELQUES ENSEIGNEMENTS DES EXEMPLES SUISSE ET BELGE.....	74
III. LES VOIES D'UNE ÉVOLUTION.....	75
A. CONSERVER LA DISTINCTION ENTRE ABOLITION ET ALTÉRATION DU DISCERNEMENT, QUI RESTE PERTINENTE, MAIS PRÉVOIR EXPLICITEMENT L'ATTÉNUATION DE LA PEINE EN CAS D'ALTÉRATION.....	75
1. La pertinence de la distinction entre abolition et atténuation du discernement	75
a) Une formulation parfois contestée	75
b) Un cadre juridique adapté	76
c) Des garde-fous procéduraux à la responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux.....	76
2. Articuler l'atténuation de la peine avec une obligation de soins effective	77
a) Reconnaître l'altération du discernement comme une cause légale d'atténuation de la peine	77
b) Une contrepartie dans une prise en charge médicale renforcée	79
B. ENGAGER LA RÉVISION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE ET LA RÉFORME DE LA LOI DU 27 JUIN 1990.....	81
C. RENFORCER LA FORMATION DES PSYCHIATRES	85
D. AMÉLIORER LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE.....	87
E. DISPOSER D'UNE PALETTE LARGE D'OUTILS POUR PRENDRE EN CHARGE LES MALADES MENTAUX AYANT COMMIS DES INFRACTIONS	88
TRAVAUX DES COMMISSIONS	95
GLOSSAIRE	113
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES.....	115
LISTE DES DÉPLACEMENTS	119

Mesdames, Messieurs,

Le législateur, dans le cadre de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, définissait pour la première fois le sens de la peine privative de liberté : « *le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de prévenir la commission de nouvelles infractions* ».

Or, il existe, au sein des prisons françaises, une proportion importante de personnes atteintes de troubles mentaux tels que la peine ne peut revêtir pour elles aucun sens.

L'objectif de réinsertion, inhérent à l'exécution de la peine, implique, en effet, une prise de conscience des motifs ayant justifié la condamnation, un retour sur soi, une capacité à se réintégrer dans une vie « normale ». Ces évolutions sont-elles compatibles avec des pathologies psychiatriques parfois très lourdes ? On peut en douter.

Sans doute les patients peuvent-ils être traités en prison. La prise en charge médicale a en effet accompli de réels progrès au cours des deux dernières décennies. Toutefois, la prison n'est pas un lieu de soins. Le milieu carcéral peut aggraver les pathologies quand il ne les suscite pas. En outre, la cohabitation des détenus atteints de troubles mentaux avec d'autres qui en sont exempts est source de tensions et de violences.

En tout état de cause, le quantum de peine prononcé ne correspond en aucune manière à l'évolution d'une pathologie. Dans bien des cas, la personne quittera la prison aussi malade qu'elle y est entrée - voire davantage.

Si le trouble mental a été à l'origine de l'infraction, le risque de récidive apparaît probable.

Aussi de nombreuses voix s'élèvent-elles pour dénoncer une situation qui ne répond ni aux exigences de la sécurité, ni à celle de l'éthique médicale, ni à nos valeurs démocratiques.

La présence en prison de personnes atteintes de troubles mentaux résulte-t-elle de l'application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal qui, si elles excluent la responsabilité pénale des personnes dont le discernement était aboli au moment des faits, la prévoient, au contraire, lorsque ce discernement est seulement altéré ? Faut-il mettre en cause le système psychiatrique dans son ensemble, marqué par la réduction drastique en un quart de siècle du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet dédiés à la psychiatrie, faisant apparaître la prison comme le seul lieu où des soins peuvent être prodigués dans des conditions de sécurité satisfaisantes ? Au-delà, ce phénomène traduit-il, en écho à la souffrance des victimes, un mouvement difficilement réversible du corps social en faveur de la responsabilisation ?

Ces interrogations sont liées au débat, plus large, sur la dangerosité des personnes atteintes de troubles mentaux, sur les conditions de leur prise en charge et les rôles respectifs, en cette matière, de la Justice et de la Santé. Sans doute, le sujet n'est-il pas nouveau. Il a animé de vifs débats depuis le début du XIX^e siècle. La succession, dans la période récente, de plusieurs rapports en manifeste l'actualité, aiguisée encore par la surpopulation pénale ainsi que par les débats autour de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité mentale pour cause de trouble mental.

En 2005, la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin, ancien procureur général près la Cour de cassation, préconisait la création de centres fermés de protection sociale destinés à accueillir, après l'exécution de leur peine, les personnes considérées comme toujours dangereuses¹ - proposition reprise par Jean-Paul Garraud dans le rapport sur les réponses à la dangerosité qui lui avait été confié par le ministère de la justice et le ministère de la santé².

Ces réflexions ne portaient cependant pas spécifiquement sur les personnes atteintes de troubles mentaux même si elles entretenaient parfois certaines ambiguïtés (ainsi le placement dans un centre de protection sociale envisagé par le « rapport Burgelin » pouvait intervenir à l'issue d'une peine d'emprisonnement ou d'une hospitalisation d'office prononcée après l'application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal).

Elles ont contribué à l'instauration d'une rétention de sûreté par la loi du 25 février 2008, mécanisme de contrôle applicable, après l'exécution de leur peine, aux criminels les plus dangereux, atteints de troubles de la personnalité, pour une durée d'un an renouvelable sans limite.

¹ *Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive, commission Santé-Justice, ministère de la justice et ministère des solidarités, de la santé et de la famille, juillet 2005.*

² *Réponses à la dangerosité par Jean-Paul Garraud, député, ministère de la justice et ministère de la santé et des solidarités, 2006.*

Voici cinq ans, le cas particulier des personnes souffrant de troubles mentaux et ayant commis des infractions a fait l'objet d'une analyse par la commission des lois du Sénat, avec la mission d'information sur les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux confiée à Philippe Goujon et Charles Gautier¹.

Leur rapport suggérait la prise en charge médicale des personnes condamnées atteintes de troubles mentaux au sein de structures de soins spécifiques le temps nécessaire à leur stabilisation, le cas échéant, au-delà de la durée de la peine prononcée. Ces unités totalement médicalisées et sécurisées auraient pu être adossées aux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002. Mais, plutôt que de tenir pour un fait acquis la forte présence de personnes atteintes de troubles mentaux en prison, ne convenait-il pas de pousser plus avant encore la réflexion et de s'interroger sur la justification de cette situation et des perspectives alternatives ?

Une telle démarche impliquait le regard croisé des commissions des affaires sociales et des lois. Un groupe de travail composé de Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel pour la commission des lois et de Gilbert Barbier et Christiane Demontès pour la commission des affaires sociales a donc été constitué. Il s'est efforcé d'établir un diagnostic de la situation présente et de tracer les **voies d'un équilibre** pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, qui tiennent compte à la fois des préoccupations liées aux soins, à la sécurité et aux libertés.

Afin de l'éclairer dans son analyse, ce groupe de travail a procédé à l'audition de près de cinquante personnalités couvrant un large éventail de sensibilités parmi les magistrats, les médecins, les chercheurs ou encore les représentants des administrations concernées.

Il s'est également rendu dans deux pays, la Belgique et la Suisse, qui, malgré leur proximité géographique et linguistique avec la France, ont adopté des systèmes de prise en charge très différents mettant en œuvre les principes de la défense sociale, dont il est utile de méditer les enseignements.

Le groupe de travail a cherché à prendre la mesure de la complexité d'un sujet qui reste parfois l'objet de formulations hâtives. Il a entendu se défier de certaines simplifications et souhaite, en préambule du présent rapport, rappeler certaines distinctions.

• D'abord, la **dangerosité ne se confond pas avec la maladie mentale**. Bien que celle-ci soit souvent associée au risque de violence, cette stigmatisation est injustifiée. Au contraire, comme l'a souligné Jean-Louis Senon, professeur de médecine à l'Université de Poitiers, lors de son audition

¹ [Rapport d'information n° 420](#) (2005-2006) « Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ? » Philippe Goujon et Charles Gautier au nom de la commission des lois.

par le groupe de travail, le trouble mental expose celui qui en souffre à **être victime de violences** dans une proportion dix-sept fois supérieure à la moyenne.

Selon les données disponibles pour les pays industrialisés, les troubles mentaux graves seraient responsables de 0,16 cas d'homicides pour 100 000 habitants. Le taux d'homicides étant compris entre un et cinq pour 100 000 habitants, les malades mentaux représenteraient, selon les pays, entre un criminel sur vingt et un criminel sur cinquante.

Dans tous les cas, le risque de passage du malade mental à l'acte violent est surdéterminé par l'âge (adolescents et jeunes adultes), le sexe (masculin), le statut socio-économique (surreprésentation de la pauvreté, du chômage et de la marginalisation), l'abus d'alcool et de drogues et les antécédents de violence précoce.

Comme le rappelle souvent le docteur Christiane de Baurepaire, ancien responsable du service médico-psychologique régional (SMPR) de Fresnes, un malade mental n'est pas plus enclin au comportement dangereux que la population non psychiatrique. Encore faut-il le traiter et le suivre.

La « **dangerosité psychiatrique** » (entendue comme la « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* ») demeure ainsi un phénomène très spécifique qu'il convient de distinguer de la « **dangerosité criminologique** »¹. L'état de dangerosité peut également évoluer dans le temps et fluctuer en fonction de l'environnement de l'individu. En outre, la maladie mentale est elle-même très diverse. Il va de soi que la psychose caractérisée « *à un moment ou un autre de son évolution par une activité délirante* »² peut présenter une dangerosité que ne comporte pas la névrose. Il est donc impératif de se défier de toute assimilation entre dangerosité et maladie mentale.

• Il apparaît en deuxième lieu nécessaire de **distinguer les maladies mentales des troubles de la personnalité** - communément appelés psychopathies - caractérisés principalement par trois types de défaillance : défaillance narcissique, défaut de maîtrise comportementale et défaillance du contrôle émotionnel. Les pervers, dont la personnalité se caractérise par une « *anomalie fondamentale de l'affectivité* »³ entrent dans cette catégorie - « *ce qui paraît caractériser leur personnalité, c'est moins la recherche du plaisir* »

¹ Définitions extraites des recommandations de la commission d'audition sur l'expertise psychiatrique pénale, fédération française de psychiatrie, janvier 2007.

² Edouard Zarifian, *les jardiniers de la folie*, Odile Jacob, 2000, page 111 : « on oppose sur ce point névrose à psychose. Il n'y a jamais de délire dans les névroses, c'est-à-dire que les patients ont conscience de leur trouble, répriment leur souffrance et demandent à être aidés. Un délirant n'a pas conscience de son trouble puisqu'il vit son délire comme s'il s'agissait de la réalité. Il ne peut critiquer ou reconnaître comme illusoire ses hallucinations auditives ; il ne peut donc en toute lucidité comme le ferait le névrosé, exprimer sa souffrance et réclamer des soins ». L'auteur ajoute d'ailleurs : « les catégories actuelles de maladies mentales auraient besoin d'être nuancées, les diagnostics assouplis et les frontières entre névroses, psychoses et normalité sont sans doute plus mouvantes qu'elles ne le paraissent actuellement ».

³ Raymond Garsin, *criminologie*, Dalloz, 6^e édition.

sexuel dans le viol que la jouissance attachée à la domination de leurs victimes »¹. La psychopathologie trouve cependant une illustration beaucoup plus commune dans la petite et moyenne délinquance marquée par le parcours chaotique de personnes dont le rapport à la loi - en raison souvent d'une forte carence éducative - est difficile.

Bien que le sujet suscite des controverses, la plupart des médecins ne considèrent pas la psychopathologie, en l'état des connaissances actuelles, comme une maladie mentale. Elle suscite des réponses largement expérimentales d'un pays à l'autre, contrairement aux troubles mentaux pour lesquels existent des traitements codifiés reconnus à l'échelle internationale.

Le groupe de travail a, quant à lui, entendu centrer sa réflexion sur les personnes souffrant de troubles mentaux qui seules lui paraissent relever du champ d'application de l'article 122-1 du code pénal.

• Enfin, si l'effroi qu'il suscite au sein de la conscience collective conduit parfois à identifier l'acte criminel à un acte de folie, il importe de rappeler que **toute personne dangereuse n'est pas atteinte de troubles mentaux** : « *Ce qui sépare un comportement « normal » d'un passage à l'acte grave, c'est le poids des conditionnements culturels et sociaux, c'est l'autocensure de l'individu et du groupe, c'est la peur d'être pris, le sens de la faute, la crainte du remords (...). Tout homme « normal » porte en lui le germe de la folie, tout homme, sans exception, peut, à la seconde, basculer dans un autre monde* »².

Attentifs à ces considérations, vos rapporteurs se sont d'abord efforcés de clarifier les termes du débat en soumettant à l'examen certaines idées reçues sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux détenues et sur les facteurs de leur responsabilisation pénale.

Après avoir analysé les expériences suisse et belge de défense sociale, le groupe de travail a souhaité, dans un deuxième temps, formuler des propositions articulées autour de trois lignes force :

- la **continuité des soins** en ambulatoire ainsi qu'entre la prison et le milieu ouvert afin de prévenir le risque d'infraction ou de récidive ;

- l'**atténuation effective de la peine** lorsque le discernement est altéré au moment de l'acte, conformément à l'esprit du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal, avec, en contrepartie, un renforcement du dispositif de prise en charge sanitaire tant en détention qu'à l'issue de la peine privative de liberté ;

- l'**utilisation plus efficace des moyens actuels de la psychiatrie** pour accueillir, pour des durées éventuellement longues, dans des conditions de sécurité adaptées, des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions graves et susceptibles de présenter encore une forte dangerosité. Le

¹ *Ibidem.*

² *Edouard Zarifian, op cit., page 73.*

groupe de travail a estimé que la diversification des structures devrait être privilégiée et a placé au cœur de sa réflexion les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), qui doivent prochainement entrer en fonctionnement, et les unités pour malades difficiles (UMD), en recherchant les moyens d'infléchir une tendance à la responsabilisation pénale de personnes qui n'ont pas leur place en prison, mais pour lesquelles la détention semble, par défaut, la seule solution.

I. UN CONSTAT ALARMANT : UN GRAND NOMBRE DE DÉTENUS SOUFFRENT DE TROUBLES MENTAUX SANS ÊTRE PRIS EN CHARGE DANS DE BONNES CONDITIONS

A. LE CADRE JURIDIQUE : L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE EN RAISON DE L'ABOLITION DU DISCERNEMENT

1. Un principe ancré dans l'histoire du droit

Suivant l'héritage du droit romain et du droit canonique, l'Ancien droit reconnaissait l'irresponsabilité pénale des personnes présentant des troubles mentaux.

a) Un principe ancien

Sous l'Ancien régime, les malades mentaux ayant commis des infractions étaient déclarés irresponsables de leurs actes, comme l'illustre la coutume du Beauvaisis aux termes de laquelle ils « *ne sont pas jugés comme les autres, car ils ne savent pas ce qu'ils font* ».

Au Moyen-âge, lorsqu'un meurtrier était jugé et condamné à mort, sa famille pouvait introduire une demande de procès en « rémission », en invoquant la folie. Si cette demande était accueillie, la sentence n'était pas exécutée, mais le criminel était enfermé, non pas à titre de peine mais à titre de mesure de sûreté. Néanmoins, lorsque le crime était jugé trop lourd pour la société (en cas de blasphème, de crime de lèse-majesté ou de parricide par exemple), la question de la responsabilité du fou n'était pas posée et le criminel était mis à mort : à travers le coupable, c'est le crime qu'il convenait de punir de façon spectaculaire¹.

A l'âge classique, cette procédure s'affine peu à peu :

- d'une part, la reconnaissance de la démence est réservée aux parlements, et n'est donc possible qu'au stade de l'appel ;

- d'autre part, les crimes contre le roi, contre la religion et contre l'Etat ne peuvent donner lieu à une information pour démence. En dehors de ces hypothèses, les meurtriers reconnus irresponsables sont d'abord condamnés à mort avant d'être reconnus fous puis enfermés à vie².

Dans la pratique, la situation des malades mentaux ayant commis des infractions diffère peu sous l'Ancien régime de celle de l'ensemble des « fous », qui font l'objet d'un rejet global de la part de la société médiévale. A partir du XVII^e siècle, les fous sont placés à l'hôpital général, aux côtés des vagabonds, des enfants abandonnés, des infirmes et des malades. Dans un tiers

¹ Claude Quétel, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*, Tallandier, 2009, page 67.

² Claude Quétel, *op. cit.*, page 137.

des cas, l'internement d'un insensé est décidé par voie de justice : tel est le cas, notamment, lorsque celui-ci est dans les mains de la justice après avoir causé une infraction. A la fin du XVII^e siècle, les hôpitaux généraux du royaume comptent environ 5 % d'insensés (cette proportion atteignant jusqu'à 10 % à Paris à la fin du XVIII^e siècle, tandis que les hôpitaux généraux de province semblent en moyenne plus réticents à accueillir des malades mentaux).

La Révolution française ne remet pas en cause le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Néanmoins, aucun texte ne vient en définir le régime. En effet, **ni le code pénal de 1791, ni celui du 3 brumaire an IV** (22 août 1795), ne mentionnent la situation des malades mentaux ayant commis des infractions¹.

Dans le silence des textes, les juges appliquent la jurisprudence de l'Ancien droit : le juge d'instruction qui doute de la santé mentale de l'accusé peut requérir l'avis d'un ou plusieurs médecins ou chirurgiens-jurés afin de déterminer s'il peut être déclaré responsable de ses actes. Comme sous l'Ancien Régime, l'individu déclaré irresponsable n'est pas condamné mais il peut faire l'objet d'une procédure de séquestration pour sauvegarder l'ordre public.

b) L'article 64 du code pénal de 1810 : un système du « tout ou rien » rapidement tempéré par la pratique

Le code pénal de 1810 met un terme au vide juridique issu de la Révolution.

L'article 64 du code pénal de 1810 énonce qu'il n'y a « *ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ».

L'adoption de ces dispositions s'inscrit dans le contexte de la naissance de la psychiatrie. Le docteur Philippe Pinel, auteur d'un Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie (1800-1801) considère, dans l'héritage du mouvement philanthropique, que le malade mental est un être raisonnable, qui est atteint d'un trouble qu'il convient avant tout de soigner, par le recours à un « traitement moral » de la maladie. Pour Philippe Pinel comme pour Jean-Etienne Esquirol, son principal élève, si l'aliéné est responsable de son premier élan de folie et s'il peut toujours user partiellement de sa raison, il est avant tout un malade et ne peut être puni : toute déraison partielle doit entraîner l'irresponsabilité totale². Ces conceptions transparaissent d'ailleurs dans le code civil de 1804, dont l'article 489 disposait que « *le majeur qui est dans un état d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides* ».

¹ Ce qui tend à démontrer que le principe de leur irresponsabilité ne prêtait pas à discussion.

² Marc Renneville, *Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, 2003, page 51.

Ce faisant, le code pénal, qui repose sur le postulat, hérité des Lumières, selon lequel les hommes sont libres de leurs actes et maîtres de leur volonté, établit une nette séparation entre le criminel et le malade mental¹.

L'article 64 de l'ancien code pénal instaure donc une alternative :

- soit le criminel est conscient de ses actes, et il en est alors déclaré coupable et responsable, et doit être puni en conséquence ;

- soit son état de démence est reconnu et, à la différence de ce qui prévalait sous l'Ancien régime, **il ne peut être jugé**². Toutefois, s'il constitue une menace pour l'ordre public ou la sûreté des personnes, il peut être remis à l'autorité administrative qui décide de son placement d'office dans un établissement pour aliénés.

A ce titre, et en dépit des efforts poursuivis par la Révolution française pour soumettre à l'autorité judiciaire les décisions d'internement des malades mentaux considérés comme dangereux, la **loi du 30 juin 1838** confirme la **compétence de l'autorité administrative** pour statuer sur de telles questions, tandis qu'elle pose le principe du placement des malades mentaux dans des **établissements spécialisés**, bientôt appelés **asiles**. Le préfet reçoit les demandes d'internement émanant des familles ou procède lui-même à l'internement d'office. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. Comme sous l'Ancien Régime, aucune distinction n'est établie entre les malades mentaux ayant commis des infractions et les autres³, et seule la guérison, constatée par les médecins de l'établissement, peut justifier qu'il soit mis un terme à l'internement. Le nombre de ces internements, évalué à 10 000 en 1834, atteint 88 427 en 1931 puis 118 000 en 1969 avant d'entamer une décrue⁴.

L'article 64 du code pénal fait rapidement l'objet de critiques et de contestations. Alors que son dispositif repose sur une distinction nette entre le criminel, d'un côté, et le malade mental, de l'autre, à partir des années 1830-1840, des voix de plus en plus nombreuses s'attachent à contester l'étanchéité de cette frontière.

La philosophie politique, les sciences humaines et sociales puis, à partir de la fin du XIX^e siècle, la psychanalyse remettent en effet progressivement en cause le primat de l'absolue liberté de l'homme. Sous

¹ Comme l'écrit Joseph Louis Elzéar Ortolan : « La première condition de l'imputabilité, c'est la liberté. [...] Ce qu'il faut pour la responsabilité, et par conséquent pour l'imputabilité, c'est la connaissance du bien ou du mal, du juste ou de l'injuste de l'action » (*Eléments de droit pénal*, Paris, 1855, cité par Laurence Guignard et Hervé Guillemain, « Les fous en prison ? », *La Vie des idées*).

² Le malade doit alors bénéficier d'une ordonnance de non-lieu si la folie est constatée pendant l'instruction, ou d'une décision d'acquittement si cette constatation n'intervient qu'au cours de la procédure de jugement.

³ L'article 25 de la loi dispose à ce sujet que « les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis ».

⁴ Claude Quétel, *op. cit.*, page 312.

l'influence de l'école positiviste, l'idée qu'il existe un déterminisme du crime, y compris héréditaire, progresse. Au cours du XIX^e siècle se développe parallèlement l'idée que la folie résulte tout à la fois de facteurs physiologiques (le cas échéant, transmissibles à la descendance, avec l'idée qu'il existe une prédisposition héréditaire à la folie) et de l'influence du milieu dans lequel évolue l'individu. La distinction entre le criminel et le fou apparaît de plus en plus malaisée.

La notion de responsabilité est affectée par ces évolutions de la psychiatrie qui mettent en évidence l'existence d'une **gradation de la maladie mentale**¹. Or, l'article 64 du code pénal fait l'impasse sur la question du sort devant être réservé aux « demi-fous », ces individus présentant une affection mentale sans que, pour autant, leur capacité de discernement soit abolie.

De fait, le droit pénal français a progressivement pris en compte la situation de ces « demi-fous », également qualifiés d'« anormaux mentaux », sous l'influence du courant néoclassique qui considère que la liberté existe, mais de façon inégale, et qu'il faut essayer de doser la liberté individuelle pour juger l'homme².

Tout d'abord, la loi du 25 juin 1824 puis celle du 28 avril 1832 ont ouvert la possibilité aux juges de reconnaître des **circonstances atténuantes** dans certains crimes et délits, et d'adapter, en conséquence, la peine aux circonstances de l'espèce et à la personnalité et aux motivations de l'accusé.

Par la suite, **un arrêt de la Cour de cassation de 1885** a posé explicitement le principe de **l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement**. La Cour a considéré qu' « *il n'y a pas violation de l'article 64 du code pénal dans un arrêt qui condamne un prévenu, tout en constatant, pour justifier la modération de la peine, qu'il ne jouit pas de la somme ordinaire de jugement que caractérise un complet discernement des choses, et qu'il y a en lui un certain défaut d'équilibre qui, sans annuler sa responsabilité, permet cependant de la considérer comme limitée* »³.

Enfin, le 20 décembre 1905, le garde des Sceaux Joseph Chaumié adresse aux parquets généraux une circulaire (dite « **circulaire Chaumié** ») qui pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental : « *à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures*

¹ Laurence Guignard, « L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX^e siècle, entre classicisme et défense sociale », *Champ pénal*, juillet 2005.

² Jean-Louis Senon, « Troubles psychiques et réponses pénales », *Champ pénal*, 15 septembre 2005.

³ *Bulletin des arrêts de la Cour de cassation rendus en matière criminelle*, tome 90, n° 170, année 1885, 1887, page 285.

l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé ». A cette fin, il est attendu du juge d'instruction qu'il demande systématiquement à l'expert, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du code pénal), mais également de lui faire préciser « *si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité* ».

c) L'émergence du discours sur la défense sociale

La pratique consistant à atténuer la peine des personnes présentant un trouble mental partiel est néanmoins rapidement contestée car elle n'apporte aucune solution, ni au traitement médical dont ont besoin ces individus, ni au risque de récidive qu'ils pourraient présenter (un « anormal mental » pouvant être plus dangereux qu'un délinquant sain d'esprit tout en encourageant pourtant une peine inférieure pour une infraction équivalente).

Dès la fin du XIX^e siècle, sous l'influence de l'école positiviste¹, nombreux sont ceux qui se prononcent en faveur du remplacement de la notion de responsabilité par celle de « **dangerosité** ». La notion de responsabilité morale est en effet remise en cause et un accord semble se dégager au sein du corps médical pour considérer que le critère de dangerosité est le seul à pouvoir s'y substituer rationnellement. Sur le plan juridique, il s'agit de mettre en place des **mesures de sûreté** pour les « anormaux mentaux » et les multirécidivistes, en se fondant sur la personnalité et le passé médical et judiciaire de l'accusé, et non sur la nature de l'infraction et la part de responsabilité qu'a eue son auteur dans sa commission.

Présentant en 1890 un projet de loi visant à modifier la loi de 1838 sur les aliénés, le député Joseph Reinach affirme ainsi : « *que le criminel soit ou non un malade et un infirme, que le crime doive ou non être considéré comme un simple symptôme de pathologie sociale ou comme un simple effet d'anomalies individuelles, que l'homme, pour élever le problème, soit ou non philosophiquement libre, il est évident que le droit de défense qui appartient à la société organisée, parce qu'il est la condition même de son existence, reste le même dans l'une comme dans l'autre hypothèse* »².

C'est dans ce contexte que plusieurs Etats adoptent **des systèmes dits « de défense sociale »**. La Belgique adopte en avril 1930 une loi de défense sociale, qui autorise notamment l'internement des récidivistes et des « anormaux » pour une durée indéterminée³. Le nouveau code pénal argentin, adopté la même année, permet quant à lui aux tribunaux de moduler la peine en fonction de la dangerosité du délinquant et d'interner les « anormaux

¹ Notamment Cesare Lombroso (1835-1909) et Enrico Ferri (1856-1929).

² Marc Renneville, *op. cit.*, page 264.

³ Voir *infra* p. 60 et suivantes.

psychiques » dans des établissements de soins pendant le temps nécessaire à leur guérison ou à la disparition de leur état dangereux¹.

En France, les critiques adressées au dispositif de l'article 64 du code pénal se concentrent sur le fait que le malade mental, auteur d'une infraction et considéré comme irresponsable, échappe totalement, une fois remis en liberté, au contrôle du juge pénal.

De ce fait, et alors que la loi du 30 juin 1838 n'établit pas de différence entre les aliénés qui ont commis des infractions et les autres, tous pouvant faire l'objet d'un internement sur décision de l'autorité administrative, à partir du milieu du XIX^e siècle, des aliénistes réclament l'ouverture d'asiles spécialisés pour accueillir exclusivement des criminels, sur décision des tribunaux.

En 1933, un avant-projet de réforme du code pénal prévoit dans son article 122 que le prévenu « *qui était en état de démence au temps de l'action* » doit être exempté de peine. En complément, des **mesures de sûreté** pourraient être prises à son encontre :

- l'article 72 de l'avant-projet dispose que « *tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé. Les conditions dans lesquelles sera prononcé cet internement, et sa durée, seront déterminées par le code d'instruction criminelle* » ;

- en outre, son article 73 prévoit que « *toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une maladie mentale grave, qui a commis un crime ou un délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée à l'expiration de sa peine dans une maison spéciale de santé, pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique. La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être mis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au code d'instruction criminelle* ».

Déposé sur le Bureau de la Chambre des députés en juin 1938, le texte issu de ce projet de loi ne sera jamais examiné.

En 1954, un avant-projet de loi élaboré par le Centre français de défense sociale propose de permettre au juge pénal de condamner l'anormal mental à une mesure « d'internement de défense sociale », comportant l'application d'un traitement médico-répressif tendant à l'amélioration de son état mental, à sa rééducation morale et à sa réadaptation sociale, pour une durée de six mois à dix ans.

¹ Marc Renneville, *op. cit.*, pages 355 et suivantes.

Enfin, l'article 40 de l'avant-projet de code pénal de 1978 prévoyait de permettre à l'autorité judiciaire d'ordonner le placement puis la sortie de la personne atteinte d'un trouble mental ayant aboli son discernement.

De telles solutions ont néanmoins été contestées, au motif qu'elles aboutissaient à **confondre le rôle du juge et le rôle du médecin** : la durée du traitement d'un malade mental dont l'état est par nature évolutif dépend de l'autorité médicale, et non de l'autorité judiciaire dont les décisions sont, une fois les voies de recours épuisées, rendues à titre définitif. A ce jour, la prise en charge des auteurs d'infractions reconnus irresponsables de leurs actes continue donc à relever exclusivement du corps médical, sous le contrôle de l'autorité administrative, qui les considère avant tout comme des malades dont l'état de santé justifie des soins.

d) La mise en place progressive de soins psychiatriques en prison

La prise en charge psychiatrique des détenus présentant des troubles mentaux s'organise à partir de la fin du XIX^e siècle au sein même des établissements pénitentiaires. Ainsi, en mai 1876, l'administration pénitentiaire ouvre une annexe asilaire à la maison centrale de Gaillon, dans l'Eure, afin d'accueillir les prisonniers reconnus aliénés ou épileptiques au cours de leur détention. Un premier système national de tri des condamnés (le centre national d'orientation de Fresnes) et le centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes de Château-Thierry sont ouverts en 1950. Les premiers centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) voient le jour en 1977, avant d'être transformés en 1986 en services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et rattachés à un hôpital public. Enfin, l'ensemble de la prise en charge médicale des détenus est transférée au secteur public hospitalier par la loi du 18 janvier 1994.

L'avant-projet de réforme du code pénal de 1978 prévoyait dans son article 36 que le délinquant « *atteint, au moment de l'infraction, d'un trouble psychique qui, sans abolir son discernement ni le contrôle de ses actes, était de nature à influencer son comportement* », devrait être déclaré responsable mais soumis à un **régime d'emprisonnement médico-psychologique** subi dans **un établissement pénitentiaire spécialisé**.

Toutefois, un tel régime spécifique d'emprisonnement ne verra pas le jour.

2. Le droit en vigueur : l'article 122-1 du code pénal

a) L'inscription des notions d'abolition et d'altération du discernement dans le code pénal

Si l'article 122-1 du nouveau code pénal modernise les conditions dans lesquelles peut être reconnue l'irresponsabilité pénale d'un malade mental ayant commis une infraction, son dispositif s'inscrit dans la continuité des évolutions précédemment décrites.

L'article 122-1 dispose ainsi que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

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

Cette nouvelle rédaction tend ainsi à remplacer les termes, juridiquement ambigus, « *il n'y a ni crime ni délit* »¹, par ceux prévoyant que le malade mental dont le discernement est aboli « *n'est pas pénalement responsable* »².

Sur le plan médical, cet article substitue par ailleurs à la notion de « *démence* », critiquée depuis longtemps au motif qu'elle n'inclut pas l'ensemble des troubles mentaux susceptibles d'affecter la capacité de discernement d'un individu, par ceux, scientifiquement plus précis et plus larges, de « *trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli [le] discernement ou le contrôle [des] actes* »³.

Sur le fond, l'article 122-1 distingue désormais explicitement deux situations :

- l'**irresponsabilité** de la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble mental ayant *aboli* son discernement ou le contrôle de ses actes ;

- la **responsabilité atténuée** de la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble mental ayant *altéré* son discernement ou *entravé* le contrôle de ses actes. La juridiction doit tenir compte de cette circonstance pour la détermination du quantum et du régime de la peine.

b) La procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale

Le premier alinéa de l'article 122-1 du nouveau code pénal reprend, sur le fond, le dispositif de l'article 64 de l'ancien code pénal. Comme par le passé, la personne déclarée irresponsable de ses actes **ne peut donc pas être jugée**.

¹ Cette rédaction pouvait en effet laisser entendre que l'infraction n'avait pas été matériellement commise.

² La jurisprudence et la doctrine admettaient que la démence exonérait également le délinquant en matière de contraventions. Voir Roger Merle et André Vitu, *Traité de droit criminel, Problèmes généraux de la science criminelle. Droit pénal général*, quatrième édition, 1981, page 714.

³ L'article 40 de l'avant-projet de code pénal de 1978 prévoyait déjà de substituer au terme de démence la référence à un « *trouble psychique ayant aboli [le] discernement ou le contrôle de ses actes* ».

Toutefois, elle demeure civilement responsable de ses actes, en application de l'article 414-3 du code civil¹.

Les modalités de constatation et de déclaration de l'irresponsabilité pénale, que n'avait pas modifiées l'entrée en vigueur du nouveau code pénal, ont été profondément réformées par **la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale**.

Jusqu'alors, la personne déclarée irresponsable en raison d'un trouble mental devait faire l'objet, selon l'étape de la procédure à laquelle était constatée l'affection mentale ayant aboli son discernement, d'un **classement sans suite** par le procureur de la République, d'une ordonnance de **non-lieu** rendue par le juge d'instruction, d'un jugement de **relaxe** prononcé par le tribunal de police ou le tribunal correctionnel, ou d'un arrêt d'**acquiescement** prononcé par la cour d'assises.

De telles modalités faisaient depuis longtemps l'objet de critiques. D'une part, elles tendaient à mêler, dans une même catégorie procédurale, les personnes dont l'innocence était établie et celles qui, bien qu'ayant commis les faits constitutifs d'une infraction, devaient néanmoins être reconnues irresponsables pénalement en raison d'un trouble mental². D'autre part, la possibilité dont disposait le juge d'instruction de prononcer un non-lieu en l'absence d'un véritable débat était controversée, en particulier par les associations de victimes. Comme l'écrit Louis Althusser, déclaré irresponsable après le meurtre de son épouse en 1980, dans son autobiographie, « *le destin du non-lieu, c'est en effet la pierre tombale du silence* »³.

Avant l'adoption de la loi du 25 février 2008, le législateur avait tenté de répondre en partie à ces critiques :

- l'article 199-1 du code de procédure pénale, inséré par la loi n° 95-125 du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure civile, pénale et administrative⁴, a prévu que l'appel de l'ordonnance de non-lieu rendue par le juge d'instruction devrait, si la partie civile le demandait, être examiné par la chambre de l'instruction en présence de la personne mise en examen et au cours d'une séance publique, à condition que l'état de cette dernière le permette et que la publicité des débats ne nuise pas à l'ordre public ou aux bonnes mœurs ;

- l'article 349-1 du code de procédure pénale, résultant de la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, a prévu quant à lui que, devant la cour d'assises, l'imputabilité des faits et l'éventuelle irresponsabilité de l'accusé feraient l'objet de deux questions distinctes ;

¹ Depuis la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

² Frédéric Desportes, Francis Le Gunehec, *Droit pénal général, Economica, quinzième édition, 2008, pages 605 et suivantes.*

³ Louis Althusser, *L'avenir dure longtemps, Stock.*

⁴ Cet article a été abrogé par la loi du 25 février 2008.

- enfin, la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité a modifié l'article 177 du code de procédure pénale afin de prévoir que la motivation d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu pour cause de trouble mental devrait expressément préciser s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés.

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale, qui a inséré dans le code de procédure pénale un nouveau titre intitulé « *de la procédure et des décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental* »¹, a entièrement revu la procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale :

- désormais, le juge d'instruction rend une « **ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** », et non plus une ordonnance de non-lieu ;

- toutefois, si les parties ou le parquet le demandent, le juge d'instruction qui considère que l'état mental de la personne mise en examen justifie qu'il soit déclaré irresponsable de ses actes est tenu de **transmettre son dossier à la chambre de l'instruction**, sans pouvoir clôturer sa procédure par une ordonnance d'irresponsabilité pénale ;

- dans ce cas, la chambre de l'instruction procède à **une audience publique et contradictoire**, au cours de laquelle la personne mise en examen, qui comparait si son état le lui permet, peut être interrogée. Les experts et, le cas échéant, les témoins sont entendus, et un débat sur la matérialité des faits commis peut avoir lieu ;

- à l'issue de l'audience, si la chambre de l'instruction estime qu'il n'existe pas de charges suffisantes contre le mis en examen, elle déclare qu'il n'y a pas lieu de poursuivre. Si elle estime qu'il existe des charges suffisantes et que l'état mental de ce dernier ne relève pas du premier alinéa de l'article 122-1, la chambre de l'instruction ordonne le renvoi de la personne devant la juridiction de jugement compétente ;

- dans les autres cas, la chambre de l'instruction rend un « **arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** » par lequel elle déclare tout d'abord qu'il existe des charges suffisantes contre la personne d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés, avant de déclarer la personne irresponsable pénalement² ;

- la chambre de l'instruction peut ensuite renvoyer l'affaire devant le tribunal correctionnel, à la demande de la partie civile, afin que celui-ci se prononce sur la responsabilité civile et statue sur les demandes de dommages et intérêts ;

¹ Composé des articles 706-119 à 706-140.

² Jusqu'alors, seule la cour d'assises se prononçait sur l'imputabilité des faits avant de déclarer la personne poursuivie irresponsable sur le plan pénal (article 349-1 du code de procédure pénale).

- enfin, lorsque l'abolition du discernement est constatée au stade du jugement devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises, la juridiction de jugement déclare tout d'abord que la personne a bien commis les faits qui lui sont reprochés, avant de rendre un jugement ou un arrêt « **portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** » et de se prononcer, le cas échéant, sur les demandes de dommages et intérêts formées par la partie civile¹.

Dans toutes ces hypothèses, la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale de la personne mise en cause met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.

Néanmoins, depuis l'adoption de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, l'autorité judiciaire est tenue, lorsqu'une personne a été déclarée irresponsable pénalement et qu'il apparaît qu'elle pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, **d'aviser immédiatement le représentant de l'Etat dans le département** afin que celui-ci prenne toute mesure utile et prononce, le cas échéant, **l'hospitalisation d'office** de cette personne dans un établissement psychiatrique².

La loi du 25 février 2008 précitée a renforcé ce dispositif :

- tout d'abord, la chambre de l'instruction, le tribunal correctionnel et la cour d'assises disposent désormais, également, de la possibilité **d'ordonner eux-mêmes l'hospitalisation d'office** de la personne jugée irresponsable, 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. Comme dans le cas des hospitalisations d'office prononcées par le préfet, il ne pourra être mis un terme à cette mesure que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République, en application de l'article L. 3213-8 du code de la santé publique. Ces deux décisions, qui doivent résulter de deux examens séparés et concordants, doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui ;

- enfin, la loi du 25 février 2008 a reconnu à la chambre de l'instruction, au tribunal correctionnel et à la cour d'assises la possibilité de prononcer, à l'encontre de la personne reconnue irresponsable, **une ou plusieurs mesures de sûreté**, pour une durée ne pouvant excéder dix ans en matière correctionnelle et vingt ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement (interdiction d'entrer en relation avec la victime, de paraître dans certains lieux, de détenir ou porter une arme, d'exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles, par exemple).

¹ La cour d'assises se prononce sur ce point sans l'assistance du jury.

² Article L. 3213-7 du code de la santé publique.

Selon les informations communiquées par le ministère de la Justice, entre le 15 septembre 2008 et le 20 juillet 2009, 44 décisions d'irresponsabilité pénale ont été rendues :

- 23 ont été prononcées par les chambres de l'instruction (dont 8 par la seule chambre de l'instruction de Paris) ;

- 13 l'ont été par des tribunaux correctionnels (dont 4 par le seul tribunal correctionnel de Mulhouse) ;

- seule la cour d'assises de Cahors a rendu une décision d'irresponsabilité pénale, pour des faits d'homicide volontaire ;

- enfin, 7 ordonnances d'irresponsabilité pénale ont été prises par des juges d'instruction.

Sur ces 44 décisions, un peu plus d'un quart (27,3%) concernaient des affaires de meurtres, 15,9 % des faits de violences et 11,4% des affaires de vols.

Sur les 44 personnes ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale, une seule était mineure au moment des faits.

20 d'entre elles ont fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office décidée par la juridiction (18 sur décision d'une chambre de l'instruction, 2 sur décision du tribunal correctionnel).

12 ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de sûreté. Parmi ces 12 personnes, 9 ont subi à la fois une mesure d'hospitalisation d'office et au moins une mesure de sûreté.

Source : Ministère de la Justice, rapport sur l'application 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

B. UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA PEINE N'A PAS DE SENS

Selon des estimations reprises par les pouvoirs publics, il y aurait près de **25 % de personnes atteintes de troubles mentaux en prison**. En outre, d'après les personnes intervenant dans les établissements pénitentiaires, cette proportion aurait beaucoup **augmenté** dans la période récente. Ces deux affirmations appellent pour le moins des nuances.

Que doit-on d'abord entendre par troubles mentaux ? Les chiffres avancés englobent parfois des pathologies de gravité variable allant du syndrome dépressif lié au choc carcéral à la schizophrénie.

En outre, les statistiques apparaissent lacunaires et leurs bases méthodologiques parfois critiquables.

Le défaut de données sur la moyenne durée interdit en particulier de prendre la mesure des évolutions qui, le cas échéant, se seraient produites.

Ces insuffisances ont laissé le champ libre à des approximations ou des affirmations parfois péremptoires et excessives. Sur la base des rares statistiques disponibles interprétées à la lumière des observations et des témoignages de ses interlocuteurs, votre groupe de travail s'est donc efforcé de réunir les éléments d'appréciation les moins contestables, quitte à mettre en cause certaines idées reçues.

1. Une surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux en prison

Trois recherches récentes ont permis de mieux évaluer le taux de détenus souffrant de troubles mentaux.

- Après la mise en place des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), une première enquête a été réalisée en 2001 par la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur la santé mentale des détenus concernant, d'une part, l'ensemble des entrants pour un mois donné (juin 2001) dans les établissements dotés d'un SMPR, d'autre part, l'ensemble des patients suivis par les SMPR au cours de ce même mois¹. L'entretien d'accueil a permis de recueillir les résultats suivants :

- au moins un trouble psychiatrique de gravité plus ou moins importante a été repéré chez 55 % des entrants ;

- un entrant sur cinq a déjà été suivi dans un secteur de psychiatrie ;
- un suivi psychiatrique est préconisé pour la moitié des entrants ;
- les troubles psychotiques concerneraient 8 % des patients suivis.

- En 2003, une seconde étude de la Drees², fondée sur l'exploitation des rapports d'activité des SMPR, met en évidence un taux de recours des détenus aux soins psychiatriques de 271 pour 1 000, soit un taux dix fois supérieur à celui observé en population générale auprès des seuls secteurs de psychiatrie générale (25 pour 1 000 en 2000 pour les personnes âgées de vingt ans et plus). Comme l'a observé Annie Kensey, chef du bureau des études et de la prospective à la direction de l'administration pénitentiaire, cette forte différence doit s'expliquer en partie par des facteurs tendant à l'incarcération elle-même : l'isolement affectif, la promiscuité peuvent en effet provoquer une demande de soins. En outre, la disponibilité des soins influe aussi sur cette demande. Ainsi, le taux de recours aux soins au sein d'un établissement doté d'un SMPR s'élève à 430 pour 1 000 contre 144 pour 1 000 dans ceux qui en sont dépourvus.

¹ Drees, *Etudes et Résultats*, n°181, juillet 2002.

² Drees, *Etudes et résultats*, n° 181, juillet 2002.

• Les résultats à ce jour les plus complets ont été établis par l'enquête épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison conduite entre 2003 et 2004 à la demande du ministère de la justice et du ministère chargé de la santé¹ sur un échantillon de mille personnes détenues tirées au sort en tenant compte des différents types d'établissements. Cette enquête, publiée en 2006, a permis de dresser les constats suivants :

- **35 % à 42 % des détenus** sont considérés comme **manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades** (selon l'échelle d'évaluation de la gravité de l'état de la personne - CGI) ;

- **42 % des hommes et la moitié des femmes** détenus en métropole présentent des **antécédents personnels et familiaux** d'une gravité manifeste ;

- **38 % des détenus** incarcérés depuis moins de six mois présentent une **dépendance aux substances illicites** (trois quarts dans les DOM) et **30 % une dépendance à l'alcool** ;

- enfin, **un entretien sur cinq** (22 %) a débouché sur une procédure de **signalement auprès de l'équipe soignante** de l'établissement, en accord avec la personne détenue sauf en cas d'urgence.

L'étude a permis de préciser les différentes pathologies en rappelant cependant, d'une part, la marge d'incertitude avec laquelle le diagnostic a été établi, d'autre part, les différents degrés de gravité des troubles constatés.

¹ Etude conduite sous la direction scientifique de Bruno Falissard avec Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani.

**Prévalence et intervalle de confiance des troubles psychiatriques actuels
selon le consensus du binôme d'enquêteurs, après prise en compte de l'effet établissement
(Enquête transversale-hommes hors DOM)**

	Enquête transversale
	N° 799
Troubles thymiques	
Syndrome dépressif	39,2 % [29,8 % - 48,5 %]
Dépression endogène - Mélancolie	7 % [3,2 % - 10,9 %]
Etat dépressif chronique	8 % [4,7 % - 11,3 %]
Manie / hypomanie	7,3 % [4,4 % - 10,1 %]
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	2 % [1,1 % - 2,9 %]
Troubles anxieux	
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7,9% [5 % - 10,8 %]
Agoraphobie	16,6 % [11,3 % - 22 %]
Phobie sociale	15,4 % [9,5 % - 21,2 %]
Névrose obsessionnelle	8,8 % [5 % - 12,5 %]
Névrose traumatique	21,5 % [11,3 % - 31,8 %]
Anxiété généralisée	31,2 % [23,6 % - 38,7 %]
Dépendance aux substances	
Abus / dépendance à l'alcool	18,4 % [12 % - 24,8 %]
Abus / dépendance aux substances	26,5 % [19 % - 34,1 %]
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	23,9 % [13,2 % - 34,6 %]
Schizophrénie	8 % [4,1 % - 11,9 %]
Bouffée délirante aiguë	0,1 % [0 % - 3,8 %]
Schizophrénie dysthymique	2,6 % [0,7 % - 4,5 %]
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa...)	8 % [4 % - 12 %]

**Prévalence des principaux diagnostics psychiatriques
en fonction de l'échelle de gravité CGI**

	Catégorisation sur l'échelle de gravité CGI		
	Manifestement malade	Gravement malade	Parmi les patients les plus malades
Syndrome dépressif	39,3 %	22,8 %	8,5 %
Manie/hypomanie	7,3 %	4,5 %	1,8 %
Attaques de panique/névrose d'angoisse	7,9 %	4,8 %	2,1 %
Agoraphobie	16,6 %	9,8 %	4 %
Névrose traumatique	21,6 %	13,9 %	5,4 %
Anxiété généralisée	31,1 %	16,2 %	5,8 %
Abus/dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	18,5 %	9,5 %	3,8 %
Abus/dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	26,7 %	12,6 %	4,8 %
Schizophrénie	8 %	6,7 %	3,8 %
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa...)	8 %	5,4 %	1,6 %

L'importance des intervalles de confiance dans les diagnostics établis ainsi que les nuances introduites par l'évaluation de la gravité des troubles conduisent à pondérer les enseignements de cette étude. Une double observation peut cependant être formulée :

- si une part importante de la population pénale présente une vulnérabilité justifiant des soins et un suivi psychiatrique, une minorité seulement souffre des troubles mentaux les plus graves. En effet, les syndromes dépressifs provoqués par le choc carcéral, l'anxiété liée aux conditions de détention ou encore les différentes addictions repérées au début de l'incarcération peuvent s'atténuer ou disparaître à la condition qu'une attention particulière leur soit apportée. Ils ne sauraient être confondus avec les états plus durables et plus handicapants pour les personnes ;

- ensuite, bien que l'intervalle de confiance pour les troubles psychotiques oscille dans une proportion importante, leur **prévalence apparaît plus élevée que dans la population générale**. Tel est le cas, en particulier, de la schizophrénie -le taux de prévalence de ce trouble en France, bien qu'il n'ait jamais été étudié avec une méthodologie comparable à celle de l'étude de 2004, étant de l'ordre de 1 %.

Comme l'a observé le professeur Jean-Louis Senon lors de son audition, la forte prévalence des troubles psychiatriques est un problème commun à tous les pays industrialisés. Ainsi une étude internationale¹ relève

¹ Etude dirigée par Senna Fazel et John Danesh, Lancet, 2002.

quatre à dix fois plus de pathologies psychiatriques dans les établissements pénitentiaires que dans la population générale même si les taux de prévalence - chez les hommes incarcérés (3,7 % de psychoses chroniques, 10 % de troubles dépressifs caractérisés) - apparaissent inférieurs à ceux constatés par l'étude épidémiologique française de 2006¹.

A la lumière des travaux de 2004 et des constats plus empiriques livrés par les responsables des SMPR entendus par les rapporteurs, la proportion des personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves - schizophrénie ou autres formes de psychose – pour lesquelles la peine n'a guère de sens, pourrait être estimé à **10 % de la population pénale**.

2. Des évolutions difficiles à mesurer

Le constat d'une forte présence de personnes atteintes de troubles mentaux en prison n'est pas nouveau. Le professeur Jean-Louis Senon rappelle² qu'une succession de rapports avait dénoncé l'accumulation de malades mentaux, qu'ils aient été méconnus des experts ou « responsabilisés » tout en ayant été malades mentaux reconnus (par exemple les rapports Vingtrinier en 1853, Parchappe en 1865, Bailleul en 1890, Pactet en 1891, Garnier en 1892, Monod en 1894, Taty et Mabilie en 1896). En 1902, Henri Colin, médecin en chef de l'asile spécial de l'ancienne maison centrale de Gaillon (Eure), dénonçait le chiffre « énorme » de 36,7 % de malades mentaux méconnus dans la population carcérale³.

Cette proportion a-t-elle augmenté au cours des dernières décennies ?

¹ Selon les conclusions de l'étude, ces différences peuvent trouver au moins deux interprétations liées d'une part aux particularités de la population carcérale française et, d'autre part, plus probablement, aux conséquences de la méthode d'évaluation utilisée. « On constate d'ailleurs relèvent les auteurs - qu'en limitant les diagnostics aux formes présentant une certaine gravité (...) les prévalences se rapprochent des valeurs trouvées dans la littérature internationale. Ce point est essentiel dans l'interprétation des résultats de la présente étude. Il ne faut pas voir la prévalence d'un trouble mental comme une valeur numérique inamovible (...). En effet, en milieu carcéral, la notion épidémiologique de trouble mental doit être relativisée. Les résultats observés montrent qu'un pourcentage élevé de détenus est en état de souffrance psychique. Dans un contexte d'emprisonnement (privation de liberté, de l'environnement familial, de sexualité, etc.), cette souffrance psychique ne relève cependant pas nécessairement d'un état pathologique. Ce résultat est évident pour les troubles anxio-dépressifs, mais, plus curieusement, il s'applique aussi aux troubles psychotiques. En effet, la perte de contact avec la réalité est un élément central de tout trouble psychotique. Or la vie carcérale est un facteur de risque majeur de déréalisation. Pour prendre en compte cette difficulté, la méthode d'évaluation diagnostique utilisée dans l'étude a éclaté le cadre nosographique des troubles psychotiques en de nombreuses entités (...). Les cliniciens ont ainsi pu limiter le recours à la catégorie « schizophrénie » pour les patients les plus caractéristiques ; les autres catégories, en particulier les « types de psychose non précisée » font référence généralement à des modalités de fonctionnement mental d'allure psychotique, mais pas nécessairement à un trouble mental cliniquement avéré. »

² Jean-Louis Senon, *Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994*, 1998.

³ Henri Colin, *Les aliénés dans les prisons (aliénés, méconnus et condamnés)*.

Lors de son audition, Laurent Ridet, sous-directeur de l'administration pénitentiaire a relevé un nombre plus élevé d'agressions ou de tentatives de suicide difficilement explicables alors que les incidents pénitentiaires plus « classiques » comme les mouvements collectifs ou les évasions auraient tendance à diminuer. Les personnels de l'administration pénitentiaire sont en général d'accord pour souligner la forte croissance de personnes atteintes de troubles mentaux en prison.

Faute de statistiques, ce sentiment ne peut toutefois pas s'appuyer sur des données objectives.

Jean Danet, maître de conférence en droit privé et sciences criminelles à l'université de Nantes, a rappelé les différentes précautions méthodologiques dont devrait s'accompagner toute appréciation sur cette question et la nécessité de prendre en considération des facteurs tels qu'une meilleure détection du trouble psychiatrique en détention, l'éventuelle augmentation de personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la population générale, l'évolution du rapport entre l'augmentation de la population pénale et la croissance en son sein des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Il paraît toutefois assuré que **plusieurs facteurs concourent à une plus grande responsabilisation pénale des personnes atteintes de troubles mentaux**. Le groupe de travail a souhaité mieux évaluer le poids respectif de ces évolutions, qui reste encore très débattu.

C. DES CAUSES MULTIPLES ET DÉBATTUES

La réflexion sur la présence d'une forte proportion de personnes atteintes de troubles mentaux est ancienne. Déjà, Emmanuel Régis, dans son Précis de psychiatrie (1909), s'interrogeant sur l'incarcération d'aliénés criminels qui, en vertu de l'article 64 du code pénal, auraient dû être reconnus irresponsables, évoquait parmi les causes de cette méconnaissance « *une trop grande précocité du jugement par le tribunal des flagrants délits ; (...) le défaut d'expertise (...); le rejet des conclusions de l'expert (...); le refus d'ordonner une expertise (...); les erreurs d'expert* ». Certaines de ces raisons ont conservé toute leur actualité. D'autres sont apparues. Il importe de mesurer l'influence de chacune d'entre elles dans un possible accroissement de la population pénale atteinte de troubles mentaux.

1. La réévaluation nécessaire des effets de l'article 122-1 du code pénal

Le rôle joué par l'évolution du cadre juridique - la substitution de la rédaction de l'article 122-1 du code pénal à celle de l'ancien article 64 - n'a peut-être pas toujours été apprécié à sa juste mesure. Ainsi, la réduction du nombre de décisions d'irresponsabilité pénale ne semble pas liée à la

distinction introduite par les deux alinéas de cet article entre abolition du discernement et simple altération. En revanche, l'altération du discernement qui aurait dû, en principe, jouer comme un motif d'atténuation de la peine a, au contraire, généralement constitué une circonstance aggravante allongeant la durée d'emprisonnement de personnes atteintes de troubles mentaux.

a) La portée relative de la réduction des décisions d'irresponsabilité pénale

Spontanément, les magistrats interrogés par le groupe de travail inclinent à penser que l'irresponsabilité pénale fondée sur le trouble mental, à quelque stade qu'elle soit reconnue (classement sans suite, ordonnance de non-lieu, relaxe, acquittement), a beaucoup diminué au cours des années suivant la réforme du code pénal et l'introduction de l'article 122-1.

Les éléments statistiques les plus complets concernent les **ordonnances de non-lieu**¹.

Il est vrai, comme le montre le tableau reproduit ci-dessous, que le nombre de non-lieux fondés sur le trouble mental s'est contracté entre 1989 et 2006, passant de 611 à 196. Toutefois, cette évolution doit être relativisée au regard du nombre total, d'une part, des mises en examen, d'autre part, des non-lieux :

- le non-lieu est décidé par le juge d'instruction à la suite d'une **mise en examen**. Or le nombre des mises en examen s'est beaucoup réduit en raison de la préférence donnée depuis deux décennies aux procédures rapides de jugement. Ainsi, rapportée à l'ensemble des personnes mises en examen, la part des non-lieux pour cause de trouble mental est passée entre 1989 et 2006 de **0,8 % à 0,4 %** ;

- le non-lieu peut être motivé par d'autres raisons que l'abolition du discernement - le nombre des non-lieux motivés par l'article 64 puis l'article 122-1 restant marqué par une certaine stabilité (autour de 5 %).

¹ Les statistiques du classement sans suite comportent une rubrique « irresponsabilité de l'auteur » sans distinguer les motifs de cette irresponsabilité (trouble mental, légitime défense, contrainte, etc.) et une rubrique « état mental déficient » qui n'implique pas cependant qu'un réexamen psychiatrique ait été diligenté. Par ailleurs, il n'existe pas de séries statistiques pour les relaxes. Quant aux arrêts des cours d'assises, ils ne sont pas, jusqu'à maintenant, motivés et se fondent uniquement sur le verdict rendu qui lui-même n'est constitué que par les réponses affirmatives ou négatives aux questions posées.

	Inculpés/ mis en examen	Ordonnance de non-lieu	Art. 64 puis Art. 122-1	Autres non-lieu	% 122-1/mis en examen	% 122-1/ non-lieu
1989	76 485	7 950	611	7 339	0,8 %	7,7 %
1990	73 649	8 186	424	7 762	0,6 %	5,5 %
1991	72 412	8 207	372	7 835	0,5 %	4,5 %
1992	68 481	7 728	493	7 235	0,7 %	6,4 %
1993	60 067	7 112	370	6 745	0,6 %	5,2 %
1994	68 353	8 458	350	8 108	0,5 %	4,1 %
1995	63 942	7 801	295	7 506	0,5 %	3,8 %
1996	71 143	9 220	309	8 911	0,4 %	3,4 %
1997	68 593	9 736	190	9 546	0,3 %	2,0 %
1998	65 860	9 377	211	9 166	0,3 %	2,3 %
1999	63 129	9 423	286	9 137	0,5 %	3,0 %
2000	57 826	7 698	287	7 411	0,5 %	3,7 %
2001	51 420	6 483	299	6 184	0,6 %	4,6 %
2002	47 655	5 282	285	4 997	0,6 %	5,4 %
2003	47 370	3 902	233	3 669	0,5 %	6,0 %
2004	50 076	3 850	203	3 647	0,4 %	5,3 %
2005	51 411	9 940	212	3 728	0,4 %	5,4 %
2006	49 167	3 940	196	3 744	0,4 %	5,0 %

Source : *Annuaire statistique de la justice, la documentation française, Ministère de la justice*

b) L'aggravation de la peine en raison de l'altération du discernement

Le deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal ne prévoit pas expressément que l'altération du discernement constitue une cause légale de diminution de la peine¹. Il rappelle seulement que la juridiction tient compte de cette circonstance pour prononcer la peine et en déterminer le régime.

Comme l'a observé le professeur Jean Pradel lors de son audition, cette rédaction interdit au président de la cour d'assises de poser une question spécifique sur l'application de ces dispositions.

Jean-Pierre Getti, président de chambre de la cour d'appel de Versailles, ancien président de cour d'assises de Paris, a indiqué au groupe de travail que la détection d'un trouble mental chez l'accusé suscitait le plus souvent l'inquiétude du jury. Celui-ci, convaincu que l'emprisonnement ne permettra pas l'amendement du condamné, est paradoxalement tenté d'en

¹ *Ce qui a conduit la Cour de cassation à considérer que les dispositions du second alinéa de l'article 122-1 « ne prévoient pas une cause légale de diminution de la peine » : Cass. Crim., 5 septembre 1995 ; 1^{er} octobre 1997 ; 28 janvier 1998 ; 31 mars 1999 ; 20 octobre 1999.*

allonger les effets pour retarder une éventuelle récidive. Cette position est encore renforcée par le sentiment, également partagé par les magistrats, que la prison est le lieu le plus sûr pour se prémunir de la dangerosité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Comme le relevait le rapport de la commission Santé-Justice en 2005, « *ce n'est pas le moindre des paradoxes que de constater que les individus dont le discernement a été diminué puissent être plus sévèrement sanctionnés que ceux dont on considère qu'ils étaient pleinement conscients de la portée de leurs actes* »¹.

2. Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie et les limites de son organisation territoriale actuelle

a) Désinstitutionnalisation et responsabilisation

Au cours du XX^e siècle, la psychiatrie a connu une transformation sans précédent, souvent mentionnée parmi les causes vraisemblables de la présence d'un nombre accru de malades mentaux en prison.

Le XIX^e siècle avait vu s'imposer les idées selon lesquelles les aliénés devaient être soignés dans des lieux les isolant du reste de la société. Pour Jean-Etienne Esquirol, à l'origine de la création des asiles, « *une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales* ».

Sur le fondement de ces thèses, la loi du 30 juin 1838, première à reconnaître aux aliénés un droit à une assistance spécialisée et à des soins, a notamment défini les modalités d'internement des malades mentaux et prévu des dispositions de protection des biens. De manière très significative, son article premier prévoyait que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés* ». Les décennies suivantes ont donc vu la construction de nombreux asiles, qui n'ont cependant pas tardé à faire l'objet de multiples critiques portant sur le traitement réservé aux malades.

En 1939, alors que dix-huit départements étaient encore dépourvus de tout équipement, on recensait cent établissements psychiatriques accueillant 115 000 malades environ. Près de 40 000 d'entre eux seraient morts avant la fin de la guerre, du fait de la malnutrition.

A la fin de la guerre, dans le contexte de prise de conscience de l'horreur concentrationnaire, de plus en plus de psychiatres remettent en cause l'idée selon laquelle l'internement du malade mental est le seul instrument thérapeutique pertinent. Certains d'entre eux mettent sur pied des centres de traitement et de réadaptation sociale alliant les nouvelles méthodes

¹ Rapport précité, page 49.

biologiques aux méthodes de rééducation pour la réadaptation sociale des internés.

Comme l'écrivent les auteurs d'un ouvrage sur le secteur psychiatrique, « *il se passe alors une conjoncture historique inouïe : des moyens plus importants attribués à ces services, une pensée nettement plus libérale chez les psychiatres, ce qui compte tout autant que les neuroleptiques qui inaugurent l'ère psychopharmacologique* »¹. Cette triple conjonction provoque une augmentation du nombre des sorties des malades hospitalisés, puis des entrées, à cause des rechutes. Il s'ensuit un mouvement des malades n'existant pas jusqu'alors.

Ce mouvement « désaliéniste », marqué par le développement de l'hospitalisation libre et de la délivrance des soins en ambulatoire, est à l'origine de la création du « secteur », intervenue en 1960. La mise en place de cette unité territoriale et la nouvelle organisation de la prise en charge de la maladie mentale ne s'est pas traduite en France par un rejet de l'hospitalisation, mais celle-ci est devenue une modalité de soins parmi d'autres. Dans un contexte de diminution du nombre d'hospitalisations et de difficultés budgétaires, le nombre de lits et places a progressivement diminué, particulièrement au cours des vingt-cinq dernières années. **Dans la période 1985-2005, concomitante à la révision du code pénal qui a donné lieu à la création de l'article 122-1 et à la consécration législative de la distinction entre abolition et altération du discernement, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale est passée de 129 500 lits et places à 89 800 lits et places.**

Dans un avis rendu en 2008 sur la maladie mentale et les droits de l'homme, la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a mis en évidence la manière dont l'humanisation de la psychiatrie s'est accompagnée d'une réduction de certaines capacités de prise en charge :

« Aujourd'hui, en effet, l'alternative n'est plus, pour un individu souffrant d'une pathologie mentale, d'être enfermé ou de ne pas l'être. Les soins sont très divers, le plus souvent dispensés en ambulatoire : centre médico-psychologique, cabinet libéral, hôpital de jour, centre d'accueil à temps partiel, appartement thérapeutique, atelier thérapeutique, etc. (...) Il va sans dire que ces modalités de soins supposent d'importants moyens, en personnel infirmier notamment, qui se sont pourtant érodés ces dernières années, mettant en péril le principe sur lequel elles étaient fondées : elles sont en effet directement liées à la politique dite « de secteur », mise en place en France dans les années 1970 dans le prolongement du mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie ; ce modèle cherchait à sortir les malades des hôpitaux, à les réinsérer dans la cité ; il est aujourd'hui manifestement en crise. Le secteur psychiatrique a en effet connu un mouvement d'« humanisation », d'ouverture, qui s'est traduit par une

¹ Marie-Claude George et Yvette Tourne, « Le Secteur psychiatrique », PUF, 1994, page 28.

réduction des moyens, notamment du nombre de lits, la prise en charge des malades les plus difficiles s'en trouvant affectée ».

Cette désinstitutionnalisation suivie d'une diminution forte du nombre de lits en psychiatrie est, pour de nombreux experts entendus par le groupe de travail, l'une des raisons de la présence accrue de malades mentaux en prison, même si aucun élément statistique ne permet de l'affirmer avec certitude.

Certains psychiatres assument pleinement le fait que la « désaliénation » du malade emporte pour les experts des conséquences sur leur attitude au regard de la responsabilité des auteurs d'infractions, comme le montre l'exemple suivant.

Désinstitutionnalisation et responsabilité pénale

« J'illustrerai cette évolution profonde de la jurisprudence expertale par un cas qui me semble absolument archétypique : c'est celui d'un homme qui a mis le feu dans l'hôtel où il vit. Il est représentatif du mouvement de la psychiatrie française vers la désinstitutionnalisation. Voilà un homme qui a passé de longues années à l'hôpital psychiatrique et qui vit désormais à l'hôtel, bénéficiant d'une allocation adulte handicapé, d'un traitement neuroleptique retard, d'une mesure de protection des biens, d'un suivi régulier par l'équipe de secteur. Quand il a un coup de cafard, il boit. Il s'est disputé avec un autre client de l'hôtel et, dans un mouvement de colère, il a mis le feu. A tort ou à raison, j'ai estimé que son cas ne justifiait pas de conclure à l'abolition du discernement et j'ai retenu l'altération du discernement. Son acte n'était pas en rapport direct avec une activité délirante mais avec l'expression d'un trouble du caractère. Pourtant le diagnostic de psychose chronique est absolument indiscutable, conforté par son dossier psychiatrique. Un psychiatre des années soixante aurait certainement conclu sans hésitation à l'état de démence : cet homme serait resté dans un service hospitalier. A l'inverse, mon attitude me semble parfaitement logique, dans le mouvement de tout le travail fait dans le sens de la désaliénation, par trois générations de psychiatres depuis la guerre. Nous n'avons pas à rougir de cette évolution, comme le rapportait en termes forts et justes, notre collègue Denis Leguay : « Oui, nous avons évolué. Nous ne sommes peut-être plus prêts à accorder, sans plus de raison, le bénéfice d'un déterminisme psychologique à des personnes qu'hier, une histoire lourde, quelques symptômes, une structure « psychopathologique » nous auraient fait ranger dans la catégorie des irresponsables. Nous partageons d'ailleurs cette évolution avec les juges et les jurys populaires. Et d'ailleurs, n'est-ce pas aussi la conséquence des leçons de l'histoire (Hitler aussi a eu une enfance malheureuse !) et de la reconnaissance de la violence pour ce qu'elle est : un mal qui se combat et qui ne s'excuse que lorsque réellement des phénomènes absolument impérieux, intérieurs au sujet, se sont imposés à lui » ».

Daniel Zagury, « Irresponsabilité pénale du malade mental : le rôle de l'expert », Dalloz, Actualité juridique Pénal 2004

De manière beaucoup plus prosaïque et contestable, il semble également que certains experts renoncent à conclure à l'irresponsabilité de certains auteurs d'infractions afin d'éviter de mobiliser un lit d'hospitalisation dans un contexte de pénurie. En cas de déclaration d'irresponsabilité au titre

de l'article 122-1 du code pénal, le patient fait le plus souvent l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation d'office. La mesure d'hospitalisation d'office ne peut être levée qu'après avis concordants de deux experts psychiatres et ces mesures durent en pratique très longtemps, de sorte qu'il peut être tentant de conclure à l'altération du discernement, surtout à un moment où les soins dispensés aux détenus ont connu d'importants progrès.

b) Les limites de l'organisation actuelle de la psychiatrie

S'il n'entrait pas dans les missions du groupe de travail d'analyser le fonctionnement de la psychiatrie générale, il n'en reste pas moins que son organisation, notamment territoriale, n'est pas dépourvue de toute conséquence sur l'arrivée en prison de personnes atteintes de troubles mentaux. Selon une étude réalisée en 2003 et 2004, sur une cohorte d'environ mille détenus, « *les antécédents de problèmes psychiatriques sont également fréquents, en termes de consultation ou d'hospitalisation pour motifs psychiatriques (respectivement 32 % et 16 % des hommes de métropole de l'enquête transversale)* »¹. De tels chiffres suggèrent qu'un certain nombre de personnes arrivent en prison après un suivi par le secteur psychiatrique sans que celui-ci ait été en mesure d'assurer une continuité des soins suffisante pour éviter des passages à l'acte.

Créés par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, les **secteurs psychiatriques** (SP) étaient au nombre de 830 en psychiatrie générale en 2007. Selon la formule du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, l'existence du secteur « *garantit à chaque habitant le recours à une équipe psychiatrique de référence et l'accès à une première palette de prises en charge adaptées allant du suivi ambulatoire au sein de structures de proximité à l'hospitalisation complète* ». Il s'agit de la gestion par une même équipe pluridisciplinaire de moyens hospitaliers et non hospitaliers de prise en charge des patients afin d'assurer la continuité des soins. Un secteur couvre en moyenne une population de 55 000 habitants.

Plusieurs études récentes ont montré la grande hétérogénéité des secteurs de psychiatrie générale au regard des moyens dont ils disposent et des populations qu'ils doivent prendre en charge. Le rapport établi par Alain Milon au nom de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps)² met en évidence l'apparition de véritables « zones blanches » sur le territoire national, sans accès au secteur.

Selon une autre étude récente, « *si le secteur psychiatrique constitue un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, la réalité des pratiques, la variabilité de l'engagement vers une psychiatrie communautaire - notamment dans le développement du travail en équipe pluridisciplinaire, des liens avec*

¹ Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani et Bruno Falissard, « *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison* ».

² « *La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe* », rapport n° 328, 8 avril 2009.

la communauté et des alternatives à l'hospitalisation temps plein -, comme la disparité des moyens (humains, matériels et financiers) mis à la disposition des secteurs psychiatriques, font de la sectorisation une politique territoriale de santé hétérogène »¹. Ainsi, les écarts entre secteurs vont de un à treize pour les lits et places en psychiatrie générale, tandis que la densité de psychiatres exerçant à l'hôpital varie de un à cinq selon les départements. Selon le rapport précité de l'Opeps, « la répartition territoriale des psychiatres est à l'image de celle des autres médecins, avec une prédominance marquée des centres urbains et une disparité forte entre trente départements disposant d'un psychiatre pour 3 333 habitants et un groupe de treize départements qui ne comptent qu'un psychiatre pour 8 473 habitants ».

Dans le même temps, le recours à la psychiatrie augmente de manière régulière et le nombre de patients pris en charge en secteur de psychiatrie générale a augmenté de 50 % depuis 1993.

Ces déséquilibres et difficultés d'organisation entretiennent des liens évidents avec la question des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux. Aux termes du rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » remis en janvier 2009 à la ministre de la santé, « on a pu se rendre compte à l'occasion d'événements dramatiques récents que l'aggravation de l'état pathologique est à la fois cause et effet d'un affaiblissement ou d'une perte du contact entre le patient et le dispositif de soins. La perte de contact a généralement pour effet des problèmes d'observance médicamenteuse et conduit souvent à une décompensation rendant nécessaire une nouvelle hospitalisation ».

Ce rapport a non seulement mis en évidence les déséquilibres existant dans l'organisation de la psychiatrie, mais également la nécessité de clarifier le rôle des différents professionnels de santé, des multiples structures sanitaires et de mieux coordonner les divers acteurs des soins et de la réinsertion sociale.

3. Le rôle central de l'expertise

La juridiction qui s'interroge sur l'état mental d'une personne mise en cause pour une infraction recourt en principe à l'aide d'un médecin. L'examen médical ou l'expertise **ne lie jamais le juge** mais il détermine néanmoins largement son choix. Trois types de situations peuvent expliquer la condamnation de personnes dont le trouble mental aurait pu pourtant justifier l'irresponsabilité pénale :

¹ M. Jean-Marie Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale », *Pratiques et organisation des soins*, volume 40 n° 3, juillet-septembre 2009.

- l'expertise fait défaut, comme tel est très souvent le cas dans le cadre de procédures de jugement rapides, et l'intéressé, faute d'une évaluation de son discernement au moment des faits, se verra condamné ;

- l'expertise est insuffisante ou contredit une expertise précédente et, face à ces incertitudes, le tribunal correctionnel ou la cour d'assises tendra à se prononcer en faveur de la responsabilisation ;

- l'expertise conclut résolument, pour des raisons théoriques ou pratiques, en faveur d'une responsabilisation pénale.

a) Le cadre juridique de l'expertise

Les autorités compétentes pour décider l'examen médical ou l'expertise

L'existence d'un trouble mental peut être constatée dans le cadre soit d'un « examen technique ou scientifique », soit d'une expertise.

- L'« **examen technique ou scientifique** » par des personnes qualifiées peut être décidé par l'officier de police judiciaire lors de l'enquête de flagrance (article 60 du code de procédure pénale) et par le procureur de la République lors de l'enquête préliminaire¹. Sauf si elles sont inscrites sur une liste d'experts prévue par l'article 157 du code de procédure pénale, les personnes qualifiées doivent prêter, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience ;

- l'**expertise** est ordonnée par le juge d'instruction lors de l'information (articles 156 à 169-1 du code de procédure pénale) dans le cas où se pose une question technique, soit à la demande du ministère public, soit d'office, soit à la demande des parties. Le ministère public ou la partie qui demande une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait poser à l'expert. Lorsque le juge d'instruction estime ne pas devoir faire droit à une demande d'expertise, il doit rendre une ordonnance motivée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande (article 156 du code de procédure pénale). L'article 167-1 prévoit certaines garanties particulières lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'application du premier alinéa de l'article 122-1. Dans ce cas, la notification des conclusions à la partie civile ne peut être effective que directement et non par lettre. En outre, la présence de l'expert ou des experts, toujours possible, est obligatoire en matière criminelle si l'avocat de la partie civile le demande. A la suite de la notification, la partie dispose d'un délai de quinze jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. Si une telle demande est formulée, la contre-expertise est de droit et doit être accomplie par au moins deux experts.

¹ Dans les deux hypothèses, la condition liée à l'urgence de ces constatations ou examens a été levée par la loi du 23 juin 1999.

Ainsi, contrairement à l'examen ordonné pendant l'enquête de flagrance ou l'enquête préliminaire, le déroulement de l'expertise dans le cadre de l'instruction est assorti de plusieurs garanties tant pour la partie civile que pour la défense. Sans-doute l'article 81 du code de procédure pénale (huitième alinéa) donne-t-il aussi au juge d'instruction la faculté de prescrire un « *examen médical ou psychologique* »¹ – la circulaire générale du 1^{er} mars 1993 précisant qu'il est procédé à un « *examen psychiatrique toutes les fois que l'attention du magistrat est appelée, notamment par l'examen médical ou psychologique ou par l'enquête sociale, sur l'existence possible de troubles psychiatriques. Confié à des médecins experts psychiatres, cet examen a pour objet de déterminer si les perturbations de la personnalité peuvent être situées dans l'ensemble des affections psychopathologiques connues* ». Ces examens entrent toutefois dans le champ de l'expertise et doivent répondre aux mêmes conditions dès lors qu'ils dépassent le stade de simples constatations techniques².

L'expertise médicale **avant jugement** n'est **obligatoire**, en vertu de l'article 706-47-1 du code de procédure pénale, que pour les infractions les plus graves ou celles présentant un caractère sexuel mentionnées par l'article 706-47 du même code :

- meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ;
- agressions ou atteintes sexuelles ;
- proxénétisme à l'égard d'un mineur ou recours à la prostitution d'un mineur ;
- meurtre ou assassinat commis avec tortures ou actes de barbarie et meurtres ou assassinats commis en état de récidive légale.

Par ailleurs, le code de procédure pénale détermine également un régime spécifique pour la protection juridique des majeurs. Aux termes de l'article 706-115³, toute personne majeure dont il est établi, au cours de la procédure, qu'elle a fait l'objet d'une mesure de protection juridique -tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future - doit être soumise avant jugement à une expertise médicale obligatoire afin d'évaluer sa responsabilité au moment des faits.

En pratique, l'expertise est **systématique en matière criminelle et ordonnée selon la nature du délit commis en matière correctionnelle**.

¹ Selon l'article D. 16 du code de procédure pénale, l'examen médical est versé au dossier de personnalité de la personne mise en examen. L'opportunité de requérir ou d'ordonner ces examens doit tenir compte, en principe (article D. 17 du code de procédure pénale), de plusieurs critères liés notamment à la nature du délit (coups et blessures volontaires, délits sexuels, incendie volontaire) et à l'état de récidive.

² Telle est d'ailleurs la position de la doctrine. Voir Frédéric Desportes et Laurence Lazerges-Cousquer, *Traité de procédure pénale, Economica*, 2008, page 1467.

³ Ces dispositions ont été introduites par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection juridique des majeurs.

Ces dispositions ne sont pas applicables dans le cadre des **procédures rapides de jugement**, qu'il s'agisse de la convocation par procès-verbal ou de la comparution immédiate.

Certes, la personne poursuivie selon la procédure de **comparution immédiate** doit obligatoirement faire l'objet, à l'initiative du procureur de la République, d'une enquête sociale. Cette enquête sociale n'implique pas cependant un examen psychiatrique dont les délais seraient, de toute façon, incompatibles avec ceux de la procédure de jugement. Le code de procédure pénale ménage cependant la possibilité pour le tribunal, d'office ou à la demande des parties, de commettre par jugement certains de ses membres ou certains juges d'instruction de la juridiction pour procéder à un supplément d'information comportant éventuellement un examen médico-psychologique (article 397-2 du code de procédure pénale). De même, si le prévenu ne consent pas à être jugé immédiatement ou si l'affaire ne paraît pas en état d'être jugée, le tribunal, après avoir recueilli les observations des parties et de leur avocat, peut renvoyer l'affaire à une audience qui doit avoir lieu dans un délai qui ne peut, en principe, être inférieur à deux semaines (article 397-1 du même code). Dans tous les cas de renvoi, le prévenu ou son avocat peut demander au tribunal d'ordonner tout acte d'information qu'il estime nécessaire à la manifestation de la vérité relatif aux faits reprochés ou à la personnalité de l'intéressé (article 397-1).

Plus en amont de la procédure, la personne aura-t-elle fait néanmoins l'objet d'un examen médical ? En vertu de l'article 63-3 du code de procédure pénale, toute personne placée en **garde à vue** peut, à sa demande, être examinée par un médecin une première fois au début de la garde à vue et une seconde fois en cas de prolongation. Par ailleurs, « *à tout moment, le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut d'office désigner un médecin pour examiner la personne gardée à vue* ». Selon une circulaire (C 63-3 du 1^{er} mars 1993), « *il convient de faire usage de cette disposition lorsque la personne fait état d'une souffrance physique ou d'un état de santé déficient, ou encore lorsqu'elle présente des troubles mentaux caractérisés* »¹. L'examen, en principe destiné à vérifier la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la garde à vue, peut cependant avoir un objet plus large, le médecin étant alors appelé à se prononcer dans les mêmes termes que ceux demandés lors de l'instruction - par exemple s'il s'agit d'une agression sexuelle et que la comparution doit être immédiate. Selon le docteur Michel David, « *il s'agit d'une expertise touchant le fond de l'affaire, bien difficile à mener en ce début d'enquête et dans les conditions matérielles de la garde à vue et sans que l'enquête policière ou de gendarmerie soit avancée* »².

¹ Cette disposition n'entre pas dans le champ des articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale : les médecins désignés n'ont donc pas à prêter serment.

² Michel David, *L'expertise psychologique pénale*, l'Harmattan, 2006.

D'autres médecins soutiennent que, dès lors que le psychiatre requis est un expert, il peut se livrer à une véritable mission expertale *a fortiori* en cas de flagrance où il est le mieux à même d'analyser la corrélation entre les troubles mentaux et les faits commis : d'après le docteur Pierre Delpla, psychiatre expert près la cour d'appel de Toulouse, « *ce premier avis est d'autant plus précieux qu'il intervient avant que les soins - rendus nécessaires et urgents par la gravité de l'état mental - ne soient mis en œuvre et ne viennent abraser les symptômes et ainsi biaiser leur perception clinique rétrospective* »¹.

La conférence de consensus sur la garde à vue de décembre en 2004 a relevé qu' « *il n'existe pas de consensus entre experts quant à la possibilité d'effectuer une expertise psychiatrique de qualité et approfondie dans les conditions très particulières de la garde à vue. Il existe cependant un consensus sur la prudence qui doit présider à la présentation des conclusions d'un examen réalisé dans de telles conditions. Compte tenu de la gravité des décisions pénales susceptibles de suivre ce rapport d'expertise, le jury attire l'attention sur les limites d'une expertise psychiatrique réalisée dans le temps de la garde à vue et sur la prudence qui doit accompagner son interprétation* ».

b) Le jeu des mécanismes judiciaires

Deux phénomènes ont pu conduire à la condamnation des personnes atteintes de troubles mentaux graves sans expertise médicale préalable : la correctionnalisation des affaires d'une part, le développement des procédures rapides de jugement, d'autre part.

Le choix de la correctionnalisation² a pour effet, en pratique de rendre l'expertise facultative. Or, comme l'a relevé Caroline Protais, doctorante en sociologie et chargée de cours à la Fasse - Institut catholique de Paris³, le pourcentage d'affaires renvoyées devant le tribunal correctionnel a concerné 76 % des mis en examen en 2007 contre 68 % en 2001 –alors que ce taux était resté stable entre 1990 et 2001. Selon les travaux de sociologie de Danielle Bourcier et Monique Debmis qu'elle a cités, les magistrats, lorsque l'opportunité d'en décider leur est laissée, n'ordonnent pas l'expertise dans tous les cas où les médecins l'auraient pourtant jugée nécessaire.

¹ Pierre-André Delpla - *Dans quel cadre procédural et à quelles fins le psychiatre peut-il être réquisitionné par la justice ?* in *Expertise psychiatrique pénale, Audition publique*, 25 et 26 janvier 2007, John Libbey, 2007, page 121. L'auteur note que « *pas moins de 25 % des gardés à vue que nous avons examinés consécutivement sur une période de six mois, relevaient, au terme de notre évaluation, d'une hospitalisation d'office à la fois par la gravité des troubles mentaux présentés et par la nature psychiatrique de la dangerosité déjà exprimée ou potentielle* ».

² Cette technique procédurale conduit le ministère public et le juge de jugement à négliger délibérément un élément constitutif ou une circonstance aggravante d'un crime avec pour effet de requalifier le crime en délit.

³ Le sujet de thèse porte sur « *l'appréhension de la responsabilité pénale des malades mentaux par les experts psychiatres, 1950-2007* ».

Les procédures rapides de jugement et, en particulier, la comparution immédiate ont été présentées par plusieurs des intervenants devant le groupe de travail comme l'une des voies privilégiées de responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux.

Or, le nombre de prévenus jugés en comparution immédiate est passé de 5,71 % en 2001 à 10,8 % en 2006.

Selon Catherine Glon, membre du Conseil national des barreaux, il n'existe aujourd'hui aucun moyen de détecter réellement les difficultés des personnes qui comparaissent selon cette procédure.

L'enquête de personnalité peut comporter exceptionnellement une expertise psychiatrique dans les cas de personnes manifestement « désadaptées », ce qui ne paraît pas recouvrir toutes les hypothèses de trouble mental. Or, ces procédures de jugement rapides semblent concerner par priorité une population précarisée, en rupture de soins. Selon le docteur Christiane de Beaurepaire, la moitié des personnes vivant dans la rue serait des psychotiques. Lorsque la drogue et l'alcool viennent suppléer la médication, le risque de commission d'actes violents s'élève. En situation de récidive et en l'absence d'expertise psychiatrique, la condamnation à une peine d'emprisonnement paraît assurée sur le fondement, en particulier, des « peines plancher » introduites par la loi du 10 août 2007 sur la récidive des majeurs et des mineurs.

Par ailleurs, d'après le docteur Philippe Carrère, psychiatre et membre du conseil d'administration de l'observatoire international des prisons, même lorsque une instruction est engagée, le jeu des expertises et contre expertises peut conduire la personne à rester pendant deux ans en détention provisoire avant qu'il ne soit statué sur sa responsabilité pénale. En effet, conformément aux termes de l'article 167-1 du code de procédure pénale, lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'application des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal prévoyant l'irresponsabilité pénale en raison d'un trouble mental, la partie civile dispose d'un délai de quinze jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. La contre-expertise demandée par la partie civile est de droit et doit être accomplie par au moins deux experts.

Si la détention provisoire peut expliquer le maintien en détention de personnes qui devraient *a priori* relever d'une décision d'irresponsabilité, il est, en revanche, plus délicat de mesurer l'impact de cette mesure sur l'évolution du nombre de détenus atteints de troubles mentaux.

En effet, la part des prévenus au sein des personnes incarcérées n'a cessé de se réduire au cours des dernières années pour ne plus représenter qu'un quart environ de la population pénale. Néanmoins, comme le relevait le dernier rapport de la commission de suivi de la détention provisoire - dont les travaux ont été malheureusement suspendus après la nomination de son président, Jean-Marie Delarue, comme contrôleur général des lieux de

privation de liberté - sur la base de constats opérés en 2007, la « *baisse des entrées en détention provisoire s'accompagne de l'augmentation continue de la durée de celle-ci, qui efface les effets de la baisse des flux* ». La durée de la détention provisoire demeure largement tributaire de l'organisation de la justice pénale - et en particulier de l'allongement des durées d'instruction et des délais qui l'encadrent.

Si l'absence d'expertises ou la complexité des procédures judiciaires peuvent expliquer la présence, voire l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison, l'expertise ne constitue pas par elle-même la garantie que des personnes susceptibles d'une déclaration d'irresponsabilité ne s'y trouvent pas. Deux cas de figure doivent ici être envisagés : l'insuffisance de l'expertise ou les dissensions entre experts qui conduisent le plus souvent au choix de la responsabilisation.

c) Un dépistage insuffisant

Dans certains cas, l'expertise a bien été ordonnée mais n'a pas permis de déceler le trouble mental. L'étude qu'elle a consacrée à la maison centrale de Château Thierry qui accueille une grande majorité de psychotiques a permis à Caroline Protais de relever deux causes principales de non détection d'un trouble grave par l'expert psychiatre.

En premier lieu, il convient de rappeler la difficulté d'un diagnostic portant sur une phase débutante de processus psychotique qu'il n'est pas toujours aisé de rattacher à l'infraction.

A ces incertitudes cliniques s'ajoutent les difficultés liées au déroulement de l'expertise elle-même. Un expert passerait, en matière criminelle, de trois quarts d'heure à une heure auprès de la personne expertisée. Pour les délits, cette durée peut être ramenée à un quart d'heure. Ces temps impartis à l'expertise sont insuffisants.

Par ailleurs, l'expert manque souvent d'éléments complémentaires pour élaborer un diagnostic tel que le dossier médical de l'intéressé ou, le cas échéant, des expertises complémentaires. Il arrive, comme les rapporteurs ont pu en avoir le témoignage, que, sous couvert du secret médical, l'équipe de soins en milieu pénitentiaire donne peu d'éléments cliniques à l'expert. Comme l'a relevé Caroline Protais « *l'expert se trouve parfois face à un individu dont l'aspect clinique est totalement transformé par rapport au moment de la commission de son crime (si l'expertisé est sous traitement par exemple, sans que l'expert le sache). Ceci biaisera son interprétation clinique* ».

Le professeur Daniel Sechter, chef du service de psychiatries adultes au CHU de Besançon, a rappelé que le principe d'une expertise établie par deux experts avait été abandonné en 1985. Elle permettait pourtant de conforter le diagnostic. En outre, en raison du mode de composition de ce binôme - un professionnel expérimenté, un interne - elle favorisait la diffusion des connaissances.

d) Des contradictions liées parfois à des a priori théoriques

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur les pathologies susceptibles de provoquer une abolition du discernement. Ainsi le docteur Daniel Zagury, médecin à l'établissement public spécialisé en santé mentale de Ville-Evrard, a observé qu'il n'y avait pas de jurisprudence commune aux experts. Sans doute cette situation peut-elle s'expliquer, comme l'a signalé le docteur Roland Coutanceau, par des diagnostics plus pointus, liés aux progrès de la connaissance médicale. L'éventail plus large des diagnostics ouvrirait aussi la voie à une plus grande diversité d'appréciation chez les experts.

Ces dissentiments s'expliquent aussi par certains partis pris théoriques. La reconnaissance de la responsabilité permettrait de placer le malade face à la réalité de ses actes et constituerait ainsi le premier jalon d'une thérapie.

A la question posée par l'article 122-1 du code pénal (le discernement était-il aboli au moment des faits ?), l'expert répond ainsi en fonction de considérations étrangères à la stricte analyse des faits.

Cette position, difficilement compatible avec la mission assignée à l'expert par l'article 122-1, est désormais contestée parmi les psychiatres eux-mêmes. Plusieurs des interlocuteurs ont évoqué une discipline expertale en crise et profondément divisée.

La contradiction des expertises joue quasi-systématiquement en faveur de la responsabilisation pénale. Ainsi, Jean-Pierre Getti a observé que, dans le doute, la juridiction tendait non seulement à reconnaître la responsabilité pénale mais aussi à prononcer des peines lourdes.

Le choix de la responsabilisation s'accorde en effet à une double aspiration : le souhait, souvent relevé par les magistrats, des familles des victimes qu'une peine soit prononcée et l'exigence de sécurité - la prison offrant un cadre plus sûr que l'hôpital psychiatrique pour neutraliser le malade mental ayant commis une infraction.

Alain Boulay, président de l'association d'aide aux parents d'enfants victimes a toutefois nuancé la position prêtée aux victimes et à leurs proches : selon lui, les victimes sont surtout désireuses, d'une part, d'« accéder à la vérité » avec la volonté que la procédure judiciaire puisse se poursuivre jusqu'à l'identification de l'auteur des faits, d'autre part, de bénéficier de garanties quant au contrôle de la personne, que ce contrôle s'exerce en milieu carcéral ou hospitalier. En outre, les nouvelles modalités de reconnaissance de l'irresponsabilité pénale par la loi du 25 février 2008 ont permis, dans une large mesure, de répondre aux préoccupations des familles en interdisant l'intervention prématurée d'un non-lieu.

4. Les risques propres à l'incarcération

Les conditions de détention constituent par elles mêmes un facteur pathogène.

Il convient de distinguer, à l'instar de Jean-Marie Delarue, lors de son audition par le groupe de travail, les maisons d'arrêt des établissements pour peine. Dans les premières, la vétusté des lieux, la promiscuité imposée par un encellulement collectif, l'oisiveté contrainte par le manque d'activités conduisent souvent à des phénomènes de décompensation.

Si les nouveaux établissements pénitentiaires réalisés dans le cadre du dernier programme « 13 200 places » ont permis des améliorations matérielles incontestables, ils sont aussi critiqués en raison d'une certaine « déshumanisation », la systématisation des procédures de contrôle électronique accroissant la distance entre les détenus et les personnels de surveillance.

Au sein des établissements pour peine, les personnes condamnées bénéficient en principe d'une cellule individuelle ainsi que d'un travail ou d'une formation. Néanmoins, la longueur de la peine peut être dommageable pour la santé mentale.

Certains psychiatres évoquent ainsi une « psychose carcérale ». Tout en soulignant l'absence de consensus sur la définition de cette notion, les docteurs Florence Macheret-Christe et Bruno Gravier¹ observent que cette pathologie peut revêtir plusieurs formes : « *abattement dépressif chez un jeune délinquant primaire, syndrome hallucinatoire ou début d'apparition progressive à thème de revendication et de persécution* ». Ces auteurs relèvent que l'on ne peut que souligner la diversité de tels symptômes qui ne se distinguent que par le fait qu'ils surviennent de manière préférentielle chez des délinquants primaires, qu'ils sont transitoires et curables et qu'ils apparaissent chez des personnalités vulnérables, pour lesquelles les traumatismes liés à l'incarcération et à l'isolement qui en découle agissent comme des catalyseurs.

D. UNE PRISON QUI S'EST ADAPTÉE SANS POUVOIR FAIRE FACE À L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

Au cours des dernières décennies, la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux a connu des progrès considérables, qui ne peuvent occulter la difficulté de prendre en charge des maladies mentales particulièrement graves dans le cadre carcéral. La création en cours des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) marque une tentative, contestée avant même d'être mise en œuvre, pour améliorer la prise en charge des malades incarcérés.

¹ Florence Macheret-Christe et Bruno Gravier, « Schizophrénie, psychose et prison », lettre de la schizophrénie, n° 23, juin 2001.

1. Des malades mentaux de mieux en mieux pris en charge en prison

a) L'intervention du secteur hospitalier et les SMPR

La prise en charge de la santé mentale des détenus a été confiée au service public hospitalier par le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Le dispositif actuel repose à la fois sur les secteurs de psychiatrie générale et sur des secteurs spécifiques au milieu pénitentiaire :

- les **secteurs de psychiatrie générale** (et de psychiatrie infanto-juvénile lorsque cela se justifie) interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa). Ils assurent les soins courants dans les établissements pénitentiaires relevant de leur zone géographique ;

- les **secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire** sont chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Créés en 1986, ils suivent un découpage pénitentiaire par région et leur structure de base est le service médico-psychologique régional (SMPR). Rattachés à un établissement de santé, ces services sont situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt ou des centres pénitentiaires. Ils sont animés par une équipe pluridisciplinaire associant psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux et travailleurs éducatifs. Ils exercent principalement trois missions : recevoir systématiquement toutes les personnes arrivant dans l'établissement pénitentiaire d'implantation, assurer le suivi au cours de l'incarcération et préparer la mise en place du suivi post-pénal. Ils mettent en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins au bénéfice de la population incarcérée dans l'établissement où ils sont implantés ou en provenance des établissements pénitentiaires relevant de leur secteur.

Il existe vingt-six SMPR, dont dix-huit rattachés à des maisons d'arrêt et huit dans des centres pénitentiaires, c'est-à-dire des établissements comportant au moins deux régimes de détention différents (maison d'arrêt d'une part, centre de détention ou maison centrale d'autre part). Certains SMPR ont installé des antennes dans d'autres établissements du secteur ou y interviennent sans y avoir de locaux et de personnels spécifiques.

Les SMPR comportent actuellement 360 lits environ et assurent essentiellement une prise en charge de jour. Seuls deux d'entre eux, ceux de des établissements de Fresnes et des Baumettes à Marseille, disposent d'une présence paramédicale nocturne.

b) La prise en charge des personnes détenues non consentantes : l'hospitalisation d'office

Les détenus ne peuvent recevoir de soins psychiatriques en détention qu'avec leur consentement.

Dans ces conditions, dans les situations nécessitant une prise en charge thérapeutique intensive à temps complet ou en cas de crise, la seule voie possible est celle de l'hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique sur le fondement de l'article D. 398 du code de procédure pénale. aux termes duquel *« les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique¹ ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité (...). Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation »*.

Il est intéressant de noter que la règle de l'absence de garde policière en cas d'hospitalisation d'office d'un détenu est une survivance datant de l'époque où les hôpitaux psychiatriques étaient fermés et où une telle mesure de sécurité paraissait inutile.

En pratique, l'hospitalisation d'office peut être demandée par un psychiatre de SMPR ou un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire et concerner un condamné ou un prévenu. Lorsque cela est nécessaire, l'hospitalisation peut être réalisée au sein d'une unité pour malades difficiles.

Les unités pour malades difficiles (UMD)

Le rôle des UMD a été défini par le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Ces unités, à vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé, assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.

L'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des UMD précise que l'hospitalisation dans ces structures est réservée à des patients nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté particulières et présentant en outre un état dangereux majeur, certain et imminent. L'entrée en UMD n'est possible que sous le régime de l'hospitalisation d'office par le biais d'un arrêté préfectoral pris à la demande d'un praticien de service de secteur avec l'accord du praticien de l'UMD. Une commission du suivi médical, composée de trois praticiens n'appartenant pas à l'UMD et d'un médecin inspecteur, formule un avis sur le maintien et la sortie des personnes hospitalisées dans l'unité. Elle doit obligatoirement statuer tous les six mois sur le dossier de chaque patient.

¹ C'est-à-dire ceux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

La sortie d'UMD fait l'objet d'un arrêté préfectoral pris sur la base d'un certificat médical d'un praticien de l'unité attestant la disparition de l'état dangereux, après avis de la commission du suivi médical. Lorsque le patient est un détenu, la levée de l'hospitalisation d'office entraîne sa remise à la disposition de la justice.

La France compte aujourd'hui seulement cinq UMD pour une capacité totale de 427 places selon les informations disponibles.

La capacité des UMD

	Hommes	Femmes	Total
Villejuif	54	15	69
Montfavet	55	17	72
Cadillac	86	–	86
Sarreguemines	160	–	160
Plouguernevel	40	–	40
Capacité totale	395	32	427

Au cours de ses travaux, le groupe de travail a visité l'UMD Henri Colin, installée au sein de l'établissement public de santé Paul Guiraud de Villejuif. La structure est composée de quatre unités :

- une unité « entrants », destinée au soin intensif et à l'évaluation, en vue d'obtenir la compliance du patient et une réduction du comportement violent. Cette unité, prise en charge par une équipe infirmière masculine, fonctionne selon des règles particulièrement sécurisées ;

- une unité intermédiaire, dont l'objectif est l'adaptation aux soins sous contrainte au moyen d'un assouplissement progressif de la règle institutionnelle ;

- une unité « pré-sortants », destinée à préparer la sortie et le retour dans le secteur psychiatrique. Cette unité permet notamment un travail sur les affects, la compréhension des faits et de la maladie ;

- une unité réservée aux femmes.

Le tarif des prestations journalières au sein de l'UMD s'élevait à 1 022,99 € en 2008.

En 2008, la durée moyenne de séjour à l'UMD de Villejuif était de 310 jours. L'UMD a comptabilisé soixante-cinq entrées et soixante-neuf sorties ; elle accueillait onze détenus hospitalisés au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Les responsables des UMD ont fait état d'une augmentation des demandes d'hospitalisation au sein de l'unité émanant des SMPR ou des Ucsa.

c) Une adaptation empirique : Château-Thierry

« Prison de fous » mais aussi exemple d'un établissement pénitentiaire où le premier contact entre le détenu et le surveillant prend la forme d'une poignée de main, Château-Thierry apparaît à bien des égards comme une structure hors normes.

L'établissement, construit en 1850 avec la vocation d'une maison d'arrêt ordinaire, est devenu cent ans plus tard un centre d'observation spécialisé dans l'observation des personnes de sexe masculin condamnées à de longues peines et atteintes « *de troubles mentaux qui ne permettent pas leur maintien dans un établissement ordinaire ou qui nécessitent des soins spéciaux* »¹. Cette évolution avait été considérée comme indispensable en raison de l'augmentation des détenus dits « anormaux » dans les établissements pénitentiaires, les « aliénés » devant pour leur part relever des hôpitaux psychiatriques. L'établissement acquiert dès lors une vocation de structure-relais destinée à rendre plus aisé le fonctionnement des établissements ordinaires une fois les détenus difficiles et auteurs de troubles transférés à Château-Thierry. « Maison centrale sanitaire » en 1986, l'établissement retrouve la qualification classique de centre pénitentiaire avec la réforme sanitaire de 1994 tout en conservant sa spécificité.

Le centre pénitentiaire est constitué d'un quartier « centre de détention », d'une capacité de trente-trois places (regroupées au sein de douze dortoirs), accueillant des détenus courtes peines généralement affectés au sein du service général de l'établissement, ainsi que d'un quartier « maison centrale » de 101 places (à la date de la visite du groupe de travail - - 2 juillet 2009 -, il accueillait cinquante et un détenus).

• **Une population pénale fortement perturbée**

Le quartier « maison centrale » se distingue des autres établissements relevant de la même catégorie dans la mesure où sa vocation sanitaire prévaut sur la dimension sécuritaire. En décembre 2007, une mission d'appui et d'expertise avait conclu que **85 % des détenus** étaient **psychotiques**.

La décision d'affectation dans cette structure relève de la direction centrale de l'administration pénitentiaire² et se fonde sur trois critères :

- un critère relevant strictement du champ pénal : le reliquat de peine au moment de l'affectation doit être supérieur ou égal à dix-huit mois ;

- un critère médico-psychiatrique : le détenu ne doit relever ni d'une hospitalisation en SMPR ni d'une hospitalisation d'office - ce qui doit être attesté par un psychiatre - ;

¹ Circulaire AP 22, Santé, du 13 novembre 1950.

² Les décisions d'affectation au quartier « centre de détention » incombent, en revanche, au directeur interrégional des services pénitentiaires de la ville.

- un critère relevant de la gestion pénitentiaire : le détenu « *n'arrive pas à s'intégrer à un régime de détention classique* ». Selon la note du 5 mars 2001 relative à la modification de la procédure d'affectation des condamnés au quartier maison centrale du centre pénitentiaire de Château-Thierry, « *ce lieu est destiné à permettre à un détenu, qui rencontre des sérieuses difficultés pour s'intégrer à un régime de détention classique ou qui est resté longtemps en isolement, de restaurer des liens sociaux et de se réadapter à la détention ordinaire après un séjour temporaire dans cet établissement* ».

L'établissement accueille des détenus « psychopathes » et « psychotiques ». D'après un document des Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques¹, les « psychotiques » présenteraient entre autres « *des comportements de malpropreté morbide, anorexie et prostration, pouvant se mettre à hurler indéfiniment, entendre des voix, etc.* » ; quant aux « psychopathes », ils relèvent « *plus précisément en langage pénitentiaire des "cas disciplinaires"* ». Le 24 juin 2008, l'état-major sécurité de l'administration pénitentiaire a relevé la non-adaptation de la structure à l'accueil de psychopathes indemnes de pathologies psychiatriques, ces profils déstabilisant par ailleurs les détenus psychotiques accueillis. Il n'est cependant pas toujours évident de distinguer ces deux catégories.

Le « profil type » des détenus correspond à un homme majeur dont l'âge moyen est compris entre vingt-cinq et quarante ans, généralement condamné à une lourde peine pour des atteintes contre les personnes.

Selon l'étude statistique précitée des Cahiers pénitentiaires, les auteurs d'infractions sexuelles, s'ils sont représentés en plus forte proportion que dans les autres maisons centrales (25,9 % contre 21,5 %) sont moins nombreux que les auteurs d'homicide volontaire (43,4 % contre 50,1 % pour les autres maisons centrales).

¹ Cahier d'études pénitentiaires et criminologiques, Décembre 2008, n° 28, Ana-Maria Falconi, *Quelques caractéristiques des détenus affectés au quartier maison centrale de Château-Thierry.*

**Infractions commises par les détenus en maison centrale
et au quartier maison centrale de Château-Thierry**

	Avec passage au qMC de Château-Thierry		Sans passage au qMC de Château-Thierry		Ensemble	
	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Homicide volontaire	43,4	82	50,1	1 013	49,6	1 095
Viol ou agression sexuelle	25,9	49	21,5	435	21,9	484
Autres atteintes contre les personnes	22,2	42	14,9	301	15,5	343
Atteintes contre les biens	5,8	11	9,9	200	9,55	211
Autres infractions	2,7	5	3,6	72	3,5	77
Ensemble	100	189	100	2 021	100	2 210

Source : Fichier national des détenus présents entre le 7 juin 2005 et le 7 juin 2008

40 % des détenus sont affectés pour des séjours allant de six mois à moins d'un an et 24 % pour des séjours de moins de six mois. Les séjours dépassant cinq ans sont très minoritaires (quatorze individus sur 189), trois personnes seulement étant écrouées à Château-Thierry depuis plus de dix ans. Les personnes incarcérées sont souvent, alors, dans un état de « sur-adaptation » à la structure et incapables de se réinsérer dans une structure de détention classique.

Originaires de l'ensemble du territoire national, ces condamnés se caractérisent généralement par leur isolement. Leur famille étant soit éloignée, soit absente, seule une dizaine d'entre eux bénéficient de parloirs. Près d'un cinquième est condamné à la réclusion criminelle à perpétuité. La perspective d'un aménagement de peine est généralement limitée pour ne pas dire exclue - en effet, la pathologie psychiatrique de ces détenus engendre généralement une dangerosité sociale qui entraîne une prise en charge en milieu fermé, l'hôpital psychiatrique constituant souvent la seule alternative à l'incarcération.

• Des conditions particulières de prise en charge

Les particularités de la population pénale ont conduit les autorités de la santé, de concert avec l'administration pénitentiaire, à renforcer l'encadrement médical dont bénéficie Château-Thierry par rapport aux autres maisons centrales. Tel n'a pas toujours été le cas. Lors de leur visite effectuée le 23 mai 2006 dans le cadre de la mission sénatoriale d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses, Philippe Goujon et Charles Gautier relevaient la présence d'une psychiatre « pendant deux jours seulement par semaine (soit la moitié d'un équivalent temps plein) », ce qui ne paraissait « pas à la mesure des besoins d'un tel établissement ». Ils rappelaient d'ailleurs que la psychiatre avait « regretté qu'il n'y ait aucun homme parmi les infirmiers (six) ou les psychologues (deux) alors que les situations de violence pourraient justifier une telle présence ».

La situation s'était encore aggravée avec le départ en congé maladie de la psychiatre alors en place - l'établissement étant privé de psychiatre entre août 2006 et septembre 2007, même si certaines vacances avaient permis de garantir un niveau minimal de consultations.

Au terme d'une intense concertation entre les ministères de la justice et de la santé, un praticien a pu être nommé en janvier 2008. De nouveaux protocoles de soins ont été signés en octobre 2008. Désormais, la maison centrale bénéficie d'une présence médicale renforcée avec la création d'une unité psychiatrique dotée d'une autonomie fonctionnelle (UMPA). Un psychiatre à temps plein et un psychologue à temps partiel, notamment, y exercent leurs fonctions.

Si la prise en charge médicale a pu connaître des aléas au cours des années passées, la volonté d'un traitement individualisé de la part de l'administration pénitentiaire semble, au contraire, avoir été une constante, l'attention et le sens des responsabilités des personnels de surveillance ayant, pour partie, suppléé au vide laissé par le départ du médecin psychiatre en 2006.

Si la dimension de la structure, à échelle humaine, favorise cette individualisation, le principal atout de Château-Thierry tient dans les pratiques tout à fait originales développées par l'administration pénitentiaire dans cet établissement.

Le ratio personnel de surveillance/détenus est de l'ordre de 0,7, ce qui autorise une disponibilité réelle des agents et la connaissance de chaque détenu, particulièrement précieuse pour éviter les incidents.

Les personnels pénitentiaires sont dans leur grande majorité volontaires et le groupe de travail a pu constater leur très forte mobilisation. Leur mode d'intervention dans un établissement aussi particulier est pour l'essentiel issu d'un savoir-faire empirique. Cependant, progressivement, un effort de formation a été engagé : une semaine de tutorat pour tout nouvel agent sous la responsabilité d'un agent plus ancien, ainsi que, depuis 2006, différents modules de formation psychopathologique, en particulier en collaboration avec l'hôpital psychiatrique de Prémontré (une convention a été signée avec cette structure afin de permettre en 2009 des stages de découverte à l'intention des surveillants au sein de l'unité fermée de l'hôpital de rattachement).

**Le travail du personnel de surveillance à Château-Thierry :
pour une dynamique relationnelle avec les personnes détenues**
(extrait du mémoire de Geoffrey Clochez et Jean Miotto¹)

« Contrairement à la pratique courante dans les établissements classiques, la poignée de main entre gardant et gardé n'est pas écartée à Château-Thierry. Généralement, ce geste est utilisé entre personnels pénitentiaires pour se saluer. Or au quartier « maison centrale », le principe est identique avec les détenus. La poignée de main n'est pas une attente du détenu à l'origine, mais une initiative du surveillant. Elle inaugure une relation propice au dialogue. Cependant, en dépit de sa portée symbolique, ce geste ne résume pas la prise en charge du personnel pénitentiaire. Le commandant pénitentiaire et chef de détention définit ce geste par ces mots : « *c'est une marque de respect, pas d'amitié* ». Autrement dit, cela reste un geste professionnel.

Cette poignée de main scelle une relation de respect déclenchant une confiance, la personne détenue se sentant considérée avec humanité. Ainsi, pour les agents les plus récemment nommés au quartier « maison centrale », « *ce geste aide dans le côté relationnel, mais n'est pas possible dans une grande structure où les distances entre détenus et surveillants sont plus importantes** ».

L'entrée en matière au moment du transfert débute généralement lorsqu'un surveillant de Château-Thierry demande à ce qu'on lui ouvre la cellule où le détenu est en attente. Il entre seul, se présente, lui serre la main et s'assoit afin de discuter. Le détenu est déstabilisé face à ce comportement inaccoutumé : il n'a pas l'habitude qu'un surveillant s'assoie à ses côtés et, encore moins, que ce dernier lui tende la main.

Cette façon de faire est volontaire, elle vise à désamorcer une situation de crise grâce à une approche en rupture avec la gestion des établissements d'origine.

Quelquefois, les détenus à transférer sont des anciens pensionnaires de Château-Thierry qui n'ont pas réussi à s'intégrer à la détention classique. »

* *Propos recueillis lors de la réunion de travail du 11 mai 2009.*

Le groupe de travail a pu constater que les personnels de surveillance travaillaient en bonne entente avec l'équipe médicale. Ils effectuent un travail de repérage permettant de signaler des comportements inhabituels et bénéficient en retour de la forte réactivité des personnels de soins.

L'établissement dispose d'un jardin intra-muros destiné à aider les détenus dont certains refusent habituellement à quitter leur cellule, à atténuer leur claustration. Il propose plusieurs activités destinées à favoriser la réadaptation des personnes détenues, notamment dans le cadre d'ateliers jardinage, buanderie et pâtisserie.

¹ *Le travail du personnel de surveillance à Château-Thierry : pour une dynamique relationnelle avec les personnes détenues, Geoffrey Clochez et Jean Miotto. Mémoire pour l'obtention du diplôme de « santé publique en milieu pénitentiaire », Université de Paris Descartes, Faculté des sciences pharmaceutique et biologique de Paris.*

Le groupe de travail a pu constater que l'établissement remplissait sa mission en permettant une stabilisation effective des personnes incarcérées.

Le nombre d'incidents demeure limité. Le nombre de suicides se situe très en-deçà de la moyenne observée dans les établissements pénitentiaires, alors même que l'établissement accueille une population à risque. Si le dernier cas déploré remonte à 2008, seuls deux autres suicides auraient été rapportés au cours des vingt dernières années. Le bilan doit être cependant nuancé, les actes d'auto agression demeurent élevés (36 en 2004, 19 en 2007). Il reste également fragile : l'année 2006 avait ainsi été marquée par une triple agression sur les personnels pénitentiaires.

• Certaines limites

Malgré des aspects positifs évidents, les conditions de prise en charge de la population pénale à Château-Thierry présentent aussi de réelles limites.

L'organisation des soins, d'abord, ne semble pas à la mesure des besoins d'une population dont une partie importante souffre de troubles psychiatriques très graves. Il n'est pas nécessaire de revenir ici sur une implication médicale marquée par bien des vicissitudes : les pouvoirs publics paraissent désormais pleinement conscients des particularités de l'établissement et les effectifs médicaux sont stabilisés. L'offre de soins rencontre les limites inhérentes au système carcéral et à l'ancienneté de l'infrastructure (exiguïté des cellules, faiblesse des installations collectives).

Quant aux pratiques spécifiques développées par l'administration pénitentiaire, elles sont issues d'un savoir-faire empirique, et donc susceptibles d'être fragilisées par le départ à la retraite des surveillants les plus expérimentés. L'effort de formation ainsi que la procédure d'accueil des nouveaux agents - accompagnés dans un premier temps par un surveillant plus ancien pour se familiariser avec le fonctionnement de l'établissement - visent à conjurer les effets de telles perspectives.

2. Les limites des soins en prison

a) Les insuffisances de la prise en charge médicale

La prise en charge au sein des SMPR, si elle a constitué un progrès considérable, connaît certaines limites difficiles à surmonter :

- les moyens en personnels médicaux demeurent insuffisants malgré les progrès importants réalisés au cours des dernières années. Au 31 décembre 2008, les SMPR comptaient 105 postes à temps plein pourvus de médecins, 238 postes d'infirmiers et 85 postes de psychologues. Ces effectifs élevés doivent cependant être rapprochés des besoins de la population concernée. Les études précitées de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ont en effet montré que le recours aux soins de santé mentale est, en détention, dix fois supérieur à celui observé en population générale. Par ailleurs, selon les éléments transmis au Sénat par la direction de

l'hospitalisation et de l'offre de soins du ministère de la santé à l'occasion de l'examen de la loi pénitentiaire adoptée en 2009, les effectifs médicaux et soignants n'ont progressé depuis 1997 que de 21,45 % (42,68 % pour les médecins et 15,3 % pour les soignants) en psychiatrie alors qu'ils augmentaient de 108,3 % pour les soins somatiques (53 % pour les médecins et 126,4 % pour les soignants). En outre, les effectifs sont très inégalement répartis entre SMPR, variant pour les médecins de 0,3 (Chalons en Champagne) à 10,05 équivalents temps plein (Fresnes).

L'inégale répartition des psychiatres sur le territoire a non seulement des effets sur l'organisation des secteurs de psychiatrie générale, qui n'assurent pas toujours un suivi suffisant de leurs patients, mais rend également très difficile l'attribution des postes au sein des SMPR ou des Ucsa, compte tenu du peu d'attrait de ces médecins pour une activité réputée difficile ;

- pour des raisons évidentes liées aux contraintes de déplacement des détenus, les SMPR accueillent prioritairement les détenus de l'établissement où ils sont situés. Ainsi, une étude de 2005 portant sur le recours aux soins des détenus en 2003 a montré que 430 détenus sur 1 000 incarcérés dans un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR ou d'une antenne SMPR ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique supérieure à une fois dans l'année, contre 144 pour les établissements non dotés d'un SMPR.

Or, les SMPR sont principalement localisés dans les maisons d'arrêt, ce qui présente des avantages incontestables pour la réalisation d'évaluations à l'entrée en détention, mais néglige le fait que certains établissements pour peines, en particulier les maisons centrales, accueillent des **détenus condamnés à de très longues peines et souffrant parfois de troubles mentaux majeurs ;**

- l'hospitalisation au SMPR est pour l'essentiel une hospitalisation de jour, compte tenu de l'absence de personnel soignant la nuit dans la plupart des cas et de l'impossibilité d'y accueillir des détenus sans leur consentement. En outre, comme l'a montré l'étude précitée, *« les conditions d'hospitalisation au SMPR ne sont pas réellement comparables à celles des services hospitaliers, les chambres d'hospitalisation ne se différenciant pas des cellules de détention dans dix-sept SMPR. Ces locaux non différenciés peuvent poser problème pour une prise en charge en termes de soins ; notamment en ce qui concerne l'existence de systèmes de réanimation de premier niveau, les risques liés aux lits métalliques en cas de crise, ou la présence de systèmes d'alerte ».*

Mais l'aspect le plus critiquable de la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux est sans aucun doute la manière dont ils sont accueillis au sein des hôpitaux psychiatriques lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Réalisée sans leur consentement, cette hospitalisation se déroule le plus souvent, pour des raisons de sécurité, en chambre d'isolement, le détenu étant parfois entravé sans que son état médical le justifie. Dans ces conditions,

les durées d'hospitalisation sont particulièrement brèves, ne dépassant souvent pas deux à trois jours, et ne permettent pas la stabilisation attendue de l'état du patient.

Quant à la prise en charge au sein des UMD, elle demeure particulièrement difficile compte tenu du nombre de places très insuffisant dans ces structures.

b) L'aggravation de certaines pathologies et le risque suicidaire

Comme l'a souligné l'avis rendu en 2006 par le comité consultatif national d'éthique sur la santé et la médecine en prison, l'incarcération peut être source d'aggravation des troubles mentaux de certains détenus sous le double effet de l'insuffisance des soins dispensés déjà mentionnée et des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires (promiscuité, troubles du sommeil...). Cette situation met en danger ces personnes, qui peuvent porter atteinte à elles-mêmes (automutilations, suicides) ou au personnel pénitentiaire et à leurs codétenus. Le rapport établi en 2009 par le docteur Louis Albrand sur la prévention du suicide en milieu carcéral montre en particulier que la dépression, lorsqu'elle n'est pas prise en charge, est la première cause de suicide en prison.

c) L'absence d'articulation entre le milieu carcéral et la prise en charge à l'issue de la peine

L'insuffisance de la prise en charge se manifeste enfin au moment de la sortie de prison. Hors les cas où les détenus libérés font l'objet de mesures telles que le suivi socio-judiciaire ou l'injonction de soins, ils sont bien souvent remis en liberté sans qu'aucun suivi particulier soit prévu. Même si, selon l'étude précitée sur la prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, 85 % des SMPR déclaraient avoir une activité post-pénale pour les détenus suivis pendant leur incarcération qui nécessitaient une poursuite des soins en milieu ouvert, 1 400 patients seulement avaient été vus par les équipes des SMPR, à domicile ou dans une structure extérieure à la prison, soit 4 % de la population suivie plus d'une fois dans l'année.

Le passage de relais au secteur psychiatrique général n'apparaît qu'imparfaitement assuré et **certaines des personnalités entendues par le groupe de travail ont souligné le manque de structures intermédiaires susceptibles d'accueillir des sortants de prison pour ménager une transition entre la prison et une prise en charge ambulatoire.**

3. Une tentative débattue pour concilier peine et soins : les UHSA

Après qu'une telle solution a été préconisée par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) relatif à « l'organisation des soins aux détenus » et publié en 2001, la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9

septembre 2002 a prévu la création d'**unités d'hospitalisation spécialement aménagées** (UHSA), sur le modèle des UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales), qui permettent déjà d'accueillir à l'hôpital des détenus pour des hospitalisations programmées au titre des soins somatiques. Aux termes de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, « *l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée* ».

L'objectif affiché de ces nouvelles structures est de compléter l'offre de soins accordée aux détenus, afin que ceux-ci puissent bénéficier d'une prise en charge psychiatrique réellement équivalente à celle qui prévaut en dehors du milieu carcéral.

En principe, les personnes hospitalisées dans ce cadre bénéficient des mêmes droits que l'ensemble des patients hospitalisés souffrant de maladie mentale, « *sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu* » (article L. 3214-2).

L'article L. 3214-3 définit les conditions d'une hospitalisation sans consentement en UHSA : « *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'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée (...)* ».

Le programme de construction des UHSA porte sur la création de 17 unités pour une capacité totale de 705 lits. Une première tranche de neuf unités doit en principe être achevée en 2012.

Première tranche de construction des UHSA

Région	Localisation	Capacité	Date prévue de mise en service
Ile de France	Paul Guiraud (Villejuif)	60	Novembre 2012
Rhône-Alpes	CH Le Vinatier (Bron)	60	Avril 2010 ⁶⁴
Nord-Pas de Calais	CH Seclin	60	Septembre 2012
PACA	CH Edouard Toulouse (Marseille)	60	Juillet 2012
Centre	CH Georges Daumezon (Orléans-Fleury les Aubray)-	40	Mars 2012
Lorraine	Centre psycho-thérapeutique de Nancy-Laxou (Laxou)	40	Novembre 2011
Midi-Pyrénées	CH Gérard Marchand (Toulouse)	40	Septembre 2011
Aquitaine	CHS Cadillac (Cadillac sur Garonne)	40	Septembre 2012
Bretagne	CH Guillaume Régnier (Rennes)	40	Juin 2012

Le projet de circulaire interministérielle relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA, dont le groupe de travail a pu avoir communication, définit les conditions de fonctionnement de ces unités. Il prévoit notamment que les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation de l'établissement de santé et que leur fonctionnement repose sur deux principes fondamentaux :

« - la primauté du soin, même si la personne détenue demeure sous écrou pendant son hospitalisation et se trouve, de ce fait, soumise à des règles particulières restreignant sa liberté d'aller et de venir et de communiquer ;

« - une double prise en charge, à la fois sanitaire et pénitentiaire, afin d'assurer un accès aux soins adapté, dans un cadre sécurisé ».

Le projet de circulaire, qui ne mentionne aucune durée indicative de séjour en UHSA, prévoit que les admissions en UMD restent possibles, de même que l'hospitalisation sans consentement dans les établissements de santé de proximité au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale, *« dans l'attente de l'ouverture de toutes les unités des deux tranches de construction prévues, lorsque l'UHSA territorialement compétente n'est pas encore ouverte ou lorsque cette unité n'a pas de places ».*

⁶⁴ L'ouverture de l'UHSA Le Vinatier d'abord prévue en 2009, a été reportée à février, puis mars 2010 et n'a toujours pas eu lieu à la date de publication du présent rapport.

Une convention spécifique à chaque UHSA doit être établie et signée par le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA, le cas échéant le directeur de l'établissement de santé auquel est rattaché le SMPR, le directeur de l'établissement pénitentiaire de proximité, le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires du ressort et le préfet du département dans lequel est située l'UHSA. La convention précisera notamment les modalités d'hospitalisation des personnes détenues dans l'UHSA, les moyens en personnels pénitentiaires nécessaires à la garde, l'escorte et le transport des personnes détenues hospitalisées dans l'unité, ainsi que les moyens en personnels hospitaliers nécessaires au fonctionnement de l'unité.

L'UHSA de Lyon

L'UHSA du centre hospitalier Le Vinatier à Lyon sera la première à entrer en fonctionnement. L'un des rapporteurs du groupe de travail a pu visiter la structure et rencontrer les responsables médicaux et pénitentiaires.

L'UHSA, à vocation interrégionale, permettra l'hospitalisation de personnes détenues de tous les établissements pénitentiaires de la direction interrégionale de Rhône Alpes Auvergne, mais aussi des établissements situés dans le Jura et le Doubs, ainsi que des établissements de Côte d'Or et de Saône et Loire.

En principe, les hospitalisations devront être programmées, mais l'UHSA sera organisée de façon à garantir un accueil vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept en cas d'urgence.

Les sorties de l'UHSA seront programmées par l'équipe médicale de l'unité en coordination avec le responsable pénitentiaire et le préfet du département pour les hospitalisations sans consentement. Le patient-détenu sous écrou sera alors orienté en principe vers son établissement pénitentiaire d'origine, mais pourra également être affecté en SMPR (avec son accord), en UMD ou vers des dispositifs d'aménagements de peine. Le patient-détenu dont la peine s'achève pendant son séjour à l'UHSA sera libéré directement à partir de l'unité, avec ou sans suivi ambulatoire organisé avec l'établissement sanitaire de son domicile, ou orienté en hospitalisation complète avec ou sans son consentement. **Le groupe de travail considère qu'aucun patient-détenu achevant sa peine en UHSA ne devrait être libéré sans qu'un suivi médical soit organisé.**

L'UHSA de l'hôpital du Vinatier comporte :

- une zone pénitentiaire comprenant le poste d'entrée, le chemin de ronde, le poste de contrôle des circulations et le bureau du greffe ;
- une zone hospitalière composée de trois unités d'hébergement de vingt places chacune (unité à sûreté renforcée, unité de soins individualisés, unité de vie collective), de plateaux de soins, de cours intérieures, d'un terrain de sport...

Les personnels pénitentiaires ne pénétreront dans la zone hospitalière qu'à la demande des personnels médicaux en cas de nécessité.

Les effectifs pénitentiaires affectés à l'UHSA sont composés de deux officiers, dix premiers surveillants et trente-cinq surveillants. Le nombre de personnels médicaux devrait s'élever à 121 postes. Le coût annuel de l'unité pour le ministère de la santé est évalué à 7 millions d'euros.

Les responsables de l'UHSA prévoient une ouverture progressive, deux unités devant entrer en fonctionnement au cours des deux prochains mois, la troisième un peu plus tard.

Au cours de sa visite, le **rapporteur du groupe de travail** a pu constater que l'UHSA est désormais prête à fonctionner et dispose de l'ensemble des personnels nécessaires. L'inauguration de l'établissement, d'abord prévue en 2009 a ensuite été envisagée en février puis en mars et n'a toujours pas eu lieu. Le décret nécessaire à l'ouverture de l'unité et la circulaire sur le fonctionnement des UHSA ne sont en effet pas publiés.

Une telle situation est préoccupante et comporte le risque de démotiver les personnels médicaux et pénitentiaires qui ont accepté de s'engager dans cette nouvelle structure sans équivalent jusqu'à présent. Il est donc plus que temps que l'UHSA de Lyon entre en fonctionnement.

Si le projet de circulaire relative au fonctionnement des UHSA prévoit une évaluation du dispositif, celle-ci ne sera cependant pas possible avant longtemps. Compte tenu des retards dans le programme, l'UHSA de Lyon sera la seule en fonctionnement jusqu'en septembre 2011 et la plupart des unités de la première tranche n'ouvriront qu'au deuxième semestre de 2012. Les premiers enseignements du fonctionnement des UHSA ne pourront donc être tirés au mieux qu'en 2013, ce qui est regrettable au regard des enjeux de ce programme.

Au cours de ses auditions, le groupe de travail a pu constater que le **concept des UHSA demeure controversé**. Incontestablement, ces unités permettront d'hospitaliser les détenus dans des conditions beaucoup plus favorables qu'actuellement et donc de mieux les prendre en charge. Ces structures ne constituent en aucun cas des unités pour malades difficiles réservées aux détenus, dès lors que les détenus atteints de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation ne sont pas nécessairement des « malades difficiles ». Leur statut de détenu implique cependant une hospitalisation dans des conditions sécurisées qui n'est pas assurée convenablement aujourd'hui et conduit trop souvent à placer ces malades en chambre d'isolement, voire à les entraver alors que leur état ne nécessite pas la mise en œuvre de ces mesures.

Néanmoins, les UHSA suscitent, avant même leur ouverture, de sévères critiques. Certains y voient les prémices d'un hôpital prison qui marquerait la naissance d'une nouvelle filière ségrégative permettant d'exclure les malades de la société. Une telle analyse néglige que ces personnes ont commis des infractions, sont incarcérées et souffrent de troubles que la prison ne parvient pas à prendre en charge sans que les centres hospitaliers de droit commun soient aujourd'hui en mesure de prendre le relais.

La création de ces structures soulève cependant d'autres interrogations pour l'avenir. Comme le souligne le docteur Michel David dans son livre consacré à « *L'expertise psychiatrique pénale* », la mise en place de ces unités présente « *le risque de voir la disparition complète des non lieux psychiatriques. Plus besoin de se poser des questions sur « l'abolition ou l'altération », un dispositif complet ségréatif pour condamné étant présent, il n'est plus nécessaire d'avoir d'état d'âme quant au problème de la responsabilité. Le délinquant ou le criminel sera condamné à une peine d'hospitalisation en psychiatrie. Il ne s'agira plus de confusion des peines mais de confusion du sens de la peine* »⁶⁵.

Il est clair que la création des UHSA aboutirait à une dénaturation des principes de la responsabilité si elle incitait experts psychiatres et juridictions à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale de certains auteurs d'infractions au seul motif que la condamnation pénale est le meilleur moyen d'assurer une prise en charge médicale sécurisée de ces personnes.

⁶⁵ Michel David, « *L'expertise psychiatrique pénale* », L'Harmattan, 2006, pages 136-137.

II. LES LEÇONS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

Pour compléter son information, le groupe de travail s'est penché sur les solutions apportées par deux pays voisins de la France, la Suisse et la Belgique, à la question de la prise en charge des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux. Ces deux systèmes sont riches d'enseignements sans pour autant constituer des modèles exempts de toute critique.

A. LA DÉFENSE SOCIALE EN BELGIQUE

Le concept de défense sociale est directement issu des travaux de l'école positiviste et plus particulièrement de certains de ses représentants, tels Lombroso, Ferri ou Garofalo, qui ont mis l'accent sur la nécessité de protéger la société à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des crimes et des délits. La reconnaissance de l'irresponsabilité d'un malade mental ne dispense pas la société de prendre des mesures pour se protéger du comportement de ce malade.

La Belgique a très tôt engagé une réflexion sur la mise en œuvre d'une législation reposant sur les principes de la défense sociale et permettant de distinguer les peines, qui seraient réservées aux individus doués de libre arbitre, des mesures de défense sociale applicables à la population mettant en échec la fonction d'amendement du système carcéral. Dès le début du XX^e siècle, le docteur Vervaeck, après avoir mené une enquête dans les prisons, préconise la création d'annexes psychiatriques dans les établissements pénitentiaires permettant l'observation des détenus sur lesquels pèse un soupçon de maladie mentale. En 1923, le Parlement examine un projet de loi tendant à confier le devenir des délinquants malades mentaux à une commission spécialisée constituée d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin.

C'est finalement en 1930 qu'est adoptée la **loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude**. Cette première loi a été profondément réformée par un nouveau texte de 1964, encore appliqué aujourd'hui. Dès sa mise en place, le régime de la défense sociale a suscité un vif intérêt dans les pays voisins, et notamment en France : en 1937, les sénateurs Eugène Lisbonne et Laurent Camboulives déposèrent ainsi une proposition de loi recopiant purement et simplement l'essentiel de la loi belge.

La défense sociale est aujourd'hui en passe de connaître de profondes évolutions avec l'adoption, en 2007, d'une loi appelée à entrer en vigueur en 2012.

1. La loi de défense sociale

Alors que le code pénal belge comporte un article relatif à la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux, similaire à l'ancien article 64 du code pénal français, les conséquences qui en sont tirées sont très différentes de celles qui prévalent en France. Les personnes atteintes de troubles mentaux et auteurs d'infractions entrent en effet dans le champ de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels. Cette loi est composée de huit chapitres :

- le chapitre premier porte sur la **mise en observation des inculpés** et dispose, dans son article premier, que : « *Lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est, soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, les juridictions d'instruction peuvent, dans les cas où la loi ordonne la détention préventive, décerner un mandat d'arrêt en vue de le placer en observation* ».

La mise en observation s'exécute dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire et peut être ordonnée à toutes les phases de la procédure jusqu'à la décision définitive. Le ministère public, comme l'inculpé ou son avocat, peuvent faire appel des décisions ordonnant ou refusant le placement en observation. La durée de ce placement est d'un mois au plus, mais celui-ci peut faire l'objet de prolongations dans la limite de six mois. A l'issue de la période d'observation, l'inculpé reste sous les liens du mandat d'arrêt et est placé dans une maison d'arrêt, à moins qu'un traitement ne soit ordonné ;

- le chapitre II est précisément consacré aux **décisions d'internement des inculpés en état de démence, débilité ou déséquilibres mentaux**. L'article 7 de la loi prévoit que les juridictions d'instruction, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit politique ou de presse, et les juridictions de jugement peuvent ordonner l'internement de l'inculpé qui a commis un fait qualifié crime ou délit et qui est atteint de troubles mentaux tels qu'ils sont définis dans l'article premier de la loi. Les juridictions de jugement ou d'instruction peuvent ordonner l'audition de témoins ou d'experts préalablement à la décision. Les décisions ordonnant ou refusant l'internement peuvent être frappées d'appel.

Il convient de noter que la loi de 1930 prévoyait l'internement pour des durées limitées, liées à la gravité de l'infraction, alors que la loi de 1964 ne mentionne plus aucune durée d'internement, celle-ci dépendant de l'évolution de l'état de la personne ;

- le chapitre III est consacré aux **commissions de défense sociale**. Il prévoit l'institution, auprès de chaque annexe psychiatrique des établissements pénitentiaires, d'une commission de défense sociale composée de trois membres : un magistrat en activité ou honoraire qui en est le président, un avocat et un médecin. Les membres des commissions sont nommés pour trois ans et ont des suppléants. Le président et ses suppléants sont choisis par le

premier président de la cour d'appel. L'avocat et ses suppléants sont choisis par le ministre de la justice sur deux listes de trois noms présentées, l'une par le procureur du roi et l'autre par le bâtonnier de l'ordre des avocats. Le médecin et ses suppléants sont désignés par le ministre de la justice.

Par ailleurs, l'article 13 de la loi prévoit la création d'une commission supérieure de défense sociale, composée elle aussi de trois membres : un magistrat en activité ou honoraire de la Cour de cassation ou d'une cour d'appel, qui en est le président, un avocat et le médecin directeur du service d'anthropologie pénitentiaire. Comme les membres des commissions de défense sociale, les membres de la commission supérieure, qui sont nommés pour six ans, ont des suppléants ;

• le chapitre IV porte sur **l'exécution des décisions d'internement**. Il revient à la commission de défense sociale de désigner l'établissement dans lequel sera exécuté l'internement. Celle-ci peut également d'office ou à la demande du ministre de la justice, du procureur du roi, de l'interné ou de son avocat, ordonner le transfert de l'interné dans un autre établissement. Elle peut admettre l'interné à un régime de semi-liberté dont les conditions et modalités sont fixées par le ministre de la justice.

Avant de statuer, la commission peut prendre l'avis d'un médecin de son choix appartenant ou non à l'administration. L'interné peut se faire examiner par un médecin de son choix et prendre l'avis de celui-ci. Le procureur du roi de l'arrondissement, le directeur ou le médecin de l'établissement de défense sociale ou de l'établissement approprié en fonction des mesures de sécurité et des soins à donner, l'interné et son avocat sont entendus ;

• le chapitre V est consacré à la **mise en liberté des inculpés** et prévoit dans son article 18 que « *la commission se tient informée de l'état de l'interné et peut à cet effet se rendre au lieu de son internement ou y déléguer un de ses membres. Elle peut, soit d'office, soit à la demande du procureur du roi, de l'interné ou de son avocat, ordonner la mise en liberté définitive ou à l'essai de l'interné, lorsque l'état mental de celui-ci s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies. Si la demande de l'interné ou de son avocat est rejetée, elle ne peut être renouvelée avant l'expiration d'un délai de six mois prenant cours à la date du rejet* ».

Les décisions de mise en liberté peuvent faire l'objet d'une opposition de la part du procureur du roi de l'arrondissement et sont alors soumises à la commission supérieure de défense sociale. *A contrario*, les décisions de rejet de la demande de mise en liberté peuvent donner lieu à appel de la part de l'interné auprès de la commission supérieure. Les décisions de la commission supérieure confirmant la décision de rejet ou estimant fondée l'opposition du procureur peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation par l'avocat de l'interné.

Lorsque l'interné est libéré à l'essai, il est soumis à une tutelle médico-sociale dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de mise en liberté. Si son comportement ou son état mental révèle un danger social, notamment s'il ne respecte pas les conditions qui lui ont été imposées, le libéré peut être réintégré dans une annexe psychiatrique d'établissement pénitentiaire en vue d'une nouvelle affectation d'internement ;

- le chapitre VI porte sur **l'internement des condamnés**. En effet, les condamnés pour crimes et délits qui, au cours de leur détention, sont reconnus en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actions, peuvent être internés en vertu d'une décision du ministre de la justice rendue sur avis conforme de la commission de défense sociale. Si, avant l'expiration de la durée prévue pour la peine, l'état mental du condamné est suffisamment amélioré pour ne plus nécessiter son internement, la commission le constate et le ministre de la justice ordonne son retour en centre pénitentiaire. A l'inverse, si son état ne s'est pas amélioré, il reste interné à l'issue de sa peine ;

- le chapitre VII contient les **dispositions relatives aux récidivistes** et prévoit la mise à la disposition du Gouvernement des récidivistes pendant une durée plus ou moins longue à l'issue de leur peine. Dans un tel cas, ils sont placés sous la surveillance du ministre de la justice qui peut les laisser en liberté sous les conditions qu'il détermine ou ordonner leur internement. L'internement peut être ordonné lorsque, à l'expiration d'une peine privative de liberté, la réintégration dans la société du condamné s'avère impossible ou lorsque son comportement en liberté révèle un danger pour la société. Dans un tel cas, le condamné peut demander chaque année sa mise en liberté ;

- enfin, le chapitre VIII de la loi contient des **dispositions générales** relatives notamment aux frais d'instruction des personnes internées et à la désignation éventuelle d'administrateurs provisoires chargés de gérer les intérêts des internés.

Les traits saillants de la loi de défense sociale belge sont donc les suivants :

- **possibilité d'interner, par décision des autorités judiciaires, sans durée prédéterminée, les auteurs d'infractions soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actions** ; l'internement est prononcé au moment où l'état pathologique est constaté et peut donc concerner des personnes reconnues responsables et condamnées ;

- **affectation, mise en semi-liberté, libération des internés sur décision d'une commission de défense sociale composée d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin.**

2. La prise en charge des internés

La loi de 1964 de défense sociale est particulièrement laconique sur les modalités de prise en charge des internés. Son article 14 précise seulement : *« l'internement a lieu dans l'établissement désigné par la commission de défense sociale. Celui-ci est choisi parmi les établissements organisés par le Gouvernement. La commission peut toutefois, pour des raisons thérapeutiques et par décision spécialement motivée, ordonner le placement et le maintien dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner (...). Au moment où l'internement est ordonné, si l'inculpé se trouve en observation, il est maintenu à l'annexe psychiatrique en attendant la désignation d'un établissement par la commission de défense sociale (...) ».*

L'internement peut en principe se dérouler :

- en établissement de défense sociale ;
- en établissement psychiatrique « classique » ;
- dans d'autres structures psychiatriques dans le cadre d'une libération à l'essai.

Il n'existe actuellement que **trois lieux de défense sociale** en Belgique :

- l'établissement de défense sociale de Paifve, dépendant du ministère de la justice, susceptible d'accueillir 205 internés et géré par l'administration pénitentiaire ;

- la section de défense sociale du centre régional de soins psychiatriques « Les Marronniers », dépendant de la région wallonne, dont la capacité d'accueil est de 376 internés. L'encadrement est exclusivement médical, la sécurité périmétrique étant déléguée à une structure privée ; l'établissement compte 215 équivalents temps plein de soignants (175 infirmiers ou éducateurs et quarante personnels paramédicaux et psychosociaux), ainsi que onze médecins (huit psychiatres et trois généralistes) ;

- la section de défense sociale du centre hospitalier psychiatrique du « Chêne aux Haies », dont la capacité d'accueil est de trente lits réservés aux femmes internées.

Les tableaux suivants retracent la répartition des internés en avril 2009.

Nombre total des internés

	Wallonie		Flandre		Belgique
Internés non libérés à l'essai	800	50 %	507	30 %	1 307
Internés libérés à l'essai	796	50 %	1 203	70 %	1 999
Total	1 596	100 %	1 710	100 %	3 306

Répartition des internés « non libérés à l'essai »

	Wallonie		Flandre		Belgique	
Internés incarcérés	343		505		848	
Prison		175		505		680
EDS Paifve		168		0		168
Internés placés	457		2		459	
EDS tournai		344		0		344
EDS Mons		30		0		30
Clinique psychiatrique générale et MSP		40		2		42
Homes, logements protégés, ambulatoire		43		0		43
Total	800		507		1 307	

Ces deux tableaux montrent que la distinction opérée par la loi de défense sociale entre la peine et l'internement est loin de conduire à une dichotomie aussi affirmée en ce qui concerne les modalités de prise en charge.

Ainsi, en avril 2009, sur les 1 307 internés ne faisant pas l'objet d'une libération à l'essai, 680 exécutaient cette mesure en prison (en pratique, dans les annexes psychiatriques de celles-ci). 542 étaient accueillis dans un établissement de défense sociale, que celui-ci soit placé sous l'autorité de l'administration pénitentiaire ou relève du ministère de la santé. Ces données relativisent quelque peu l'idée selon laquelle la défense sociale permet une prise en charge médicale véritablement personnalisée des malades en les soustrayant à la prison.

Lors de sa visite à la section de défense sociale du centre régional de soins psychiatriques « Les Marronniers », le groupe de travail a pu constater l'importance du travail pluridisciplinaire réalisé pour bâtir des parcours individualisés aux patients de l'établissement.

Les internés présentent des profils différents qui justifient des analyses approfondies pour la définition de leurs parcours de soins. Ces analyses reposent sur deux concepts :

- **le risque (« risk »)**, qu'il s'agisse du risque pour la société, du risque de récurrence de la maladie mentale ou du risque pour le personnel soignant et les autres patients.

Les éléments pris en compte pour évaluer ce risque sont les suivants : données insuffisantes concernant le patient, inadaptation du comportement dans un cadre défini, risque de récurrence, contexte social défavorable, non-stabilisation de la maladie mentale, aménagement psychopathique, comorbidités (par exemple schizophrénie - personnalité antisociale ou schizophrénie - troubles liés aux substances) ;

- **la prise en charge (« care »)**, qui s'entend dans une acception très large incluant soins médicaux, thérapies, travail social, situation économique du patient, rééducation, resocialisation. Les éléments pris en compte pour évaluer le niveau de prise en charge souhaitable sont les suivants : admission récente, contexte social défavorable, difficultés de réinsertion socio-professionnelle, comportement inadapté dans un cadre défini, confiance faible, comorbidité, maladie mentale non stabilisée, retard mental moyen à sévère.

Schématiquement, les internés classés « *high risk* » ont vocation à être admis en établissement de défense sociale ou en établissement pénitentiaire, les patients « *medium risk* » relèvent de projets pilotes de prise en charge pouvant se dérouler aussi bien en établissement de défense sociale qu'à l'extérieur, tandis que les patients « *low risk* » sont pris en charge par le réseau psychiatrique traditionnel sans encadrement particulier. La section de défense sociale du CHR de Tournai, visitée par le groupe de travail, comporte dix unités, dont quatre sont réservées aux patients « *high risk* » (158 lits au total) et six aux patients « *medium risk* » (238 lits).

D'après les informations recueillies par le groupe de travail, les internés accueillis dans la section de défense sociale du CHR « Les Marronniers », qui ne sont pas mélangés avec les autres patients de l'hôpital psychiatrique, passent en moyenne quatre ans dans l'établissement. Le taux de rotation y est cependant faible puisque trente-quatre libérations ont été prononcées en 2008 et trente-neuf en 2009. Le nombre de sorties temporaires, seules ou accompagnées, y est très élevé et le nombre de fugues très bas.

3. Un système en suspens

La loi de défense sociale de 1964 est aujourd'hui en suspens. Le 21 avril 2007, le Parlement belge a en effet adopté une loi « ***relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental*** » appelée à remplacer la loi de défense sociale et qui ne fait plus mention de ce terme dans son intitulé.

La nouvelle loi, dont la maturation a été très longue, est notamment issue des critiques formulées contre le système actuel, et en particulier contre les commissions de défense sociale, dont les décisions sont jugées

contradictoires ou stéréotypées. Certains faits divers ont accéléré le processus, en particulier le meurtre de deux enfants en 2006 pour lequel a été condamné à la prison à perpétuité un homme qui avait fait l'objet d'un internement pendant trois ans avant d'être libéré.

La loi du 21 avril 2007 apporte des modifications essentielles aux textes en vigueur :

- la **définition des troubles** justifiant un internement est substantiellement transformée. L'article 8 dispose en effet que *« les juridictions d'instruction, sauf s'il s'agit d'un crime ou d'un délit politique ou de presse, et les juridictions de jugement peuvent ordonner l'internement d'une personne :*

- « - qui a commis un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement et*

- « - qui, au moment du jugement, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et*

- « - pour lequel le danger existe qu'elle commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental » ;*

- la phase d'observation est remplacée par une **expertise psychiatrique** dont les contours sont très précisément définis puisque la loi elle-même dispose qu'elle est réalisée afin d'établir *« à tout le moins :*

- « 1. qu'au moment des faits et au moment de l'expertise, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;*

- « 2. qu'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;*

- « 3. que, du fait du trouble mental, la personne risque de commettre de nouvelles infractions ;*

- « 4. que la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réintégration dans la société » ;*

- les **commissions de défense sociale sont supprimées** et leurs missions confiées aux tribunaux de l'application des peines, à charge pour ceux-ci de s'entourer d'avis d'experts ;

- les différents **régimes permettant de quitter l'établissement d'internement** sont précisés (permissions de sortie, congés, détention limitée, surveillance électronique, libération à l'essai, libération définitive) et leurs conditions d'octroi sont définies de manière plus rigoureuse. Ainsi, les permissions de sortie ne peuvent être accordées que s'il n'existe pas de contre-indication concernant l'amélioration suffisante du trouble mental, le risque que l'interné se soustraie à l'exécution de l'internement, le risque qu'il

commette des infractions graves, le risque qu'il importune les victimes. Toutes les décisions de sortie relèvent du tribunal de l'application des peines.

La loi du 21 avril 2007 devait entrer en vigueur dix-huit mois après sa publication, mais cette échéance a été reportée au 1^{er} février 2012, compte tenu de l'ampleur des mesures d'application à prendre. L'une des difficultés réside en particulier dans l'insuffisance du nombre de places en établissement de défense sociale, qui conduit à ce que près d'un tiers des internés soient en fait maintenus dans les annexes psychiatriques des établissements pénitentiaires pendant des durées parfois très longues (la Belgique a d'ailleurs été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme pour ce motif). De nouveaux établissements de défense sociale pourraient ouvrir à Gand et Anvers.

Le système belge de prise en charge des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux est donc à la croisée des chemins, la défense sociale s'appêtant à subir une mutation importante dans les années à venir.

B. L'EXEMPLE SUISSE

La Suisse, comme la Belgique, opère une distinction entre « peines » et « mesures », l'autorité judiciaire pouvant recourir aux mesures en cas de trouble mental.

1. Les dispositions du code pénal relatives aux « mesures »

Le droit suisse des sanctions, issu du code pénal de 1937, profondément réformé en 2002, connaît le dualisme légal, c'est-à-dire que des peines et des mesures de sûreté coexistent dans la loi. Les « mesures » occupent une place importante dans le droit en vigueur et correspondent à des situations particulières justifiant qu'elles soient prises à la place ou en plus d'une peine.

Les principales dispositions relatives aux mesures sont rassemblées dans les articles 56 à 65 du code pénal.

• Les articles 56 à 58 énoncent les **principes généraux applicables aux mesures**. Ainsi, une mesure doit être ordonnée :

- si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions ;
- si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige.

Pour ordonner une mesure, le juge doit se fonder sur une expertise qui se détermine :

- sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement ;

- sur la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions et sur la nature de celles-ci ;

- sur les possibilités de faire exécuter la mesure.

Si plusieurs mesures s'avèrent appropriées, mais qu'une seule est nécessaire, le juge ordonne celle qui porte à l'auteur les atteintes les moins graves. Si plusieurs mesures s'avèrent nécessaires, le juge peut les ordonner conjointement. **Surtout, si les conditions sont remplies aussi bien pour le prononcé d'une peine que pour celui d'une mesure, le juge ordonne les deux sanctions.** L'exécution de certaines mesures impliquant des traitements médicaux prime chronologiquement l'exécution de la peine privative de liberté prononcée conjointement. La durée de la privation de liberté entraînée par l'exécution de la mesure est alors imputée sur la durée de la peine.

• Les **mesures pouvant être prononcées** sont définies aux articles 59 à 65 du code pénal :

- lorsque l'auteur d'une infraction souffre « *d'un grave trouble mental* », le juge peut ordonner un « **traitement institutionnel** » (article 59 du code pénal) aux conditions suivantes : l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble ; il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.

Le traitement institutionnel s'effectue dans un **établissement psychiatrique approprié** ou dans un **établissement d'exécution des mesures**. Il est réalisé en établissement fermé tant qu'il existe des risques de fuite ou de commission de nouvelles infractions. Il peut même être exécuté en **établissement pénitentiaire** si du personnel qualifié y exerce. La privation de liberté entraînée par le traitement ne peut en principe excéder cinq ans, mais le juge peut ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois ;

- lorsque l'auteur est « *toxico-dépendant ou qu'il souffre d'une autre addiction* », un traitement institutionnel peut également être ordonné, qui s'effectue dans un établissement spécialisé ou, si besoin est, dans un hôpital psychiatrique. La privation de liberté nécessitée par cette mesure ne peut excéder trois ans. Le juge peut ordonner une seule fois la prolongation d'un an de la mesure ;

- lorsque l'auteur est un **jeune majeur** (moins de vingt-cinq ans au moment de l'infraction) et qu'il souffre de graves troubles du développement de la personnalité, le juge peut ordonner un **placement** dans un établissement pour jeunes adultes, qui doit « *favoriser l'aptitude de l'auteur à vivre de façon responsable et sans commettre d'infractions* ». La privation de liberté entraînée par l'exécution de la mesure ne peut excéder quatre ans (six en cas de réintégration à la suite de la libération conditionnelle) et doit être levée lorsque l'auteur atteint l'âge de trente ans ;

- lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, est toxico-dépendant ou qu'il souffre d'une autre addiction, le juge peut ordonner un **traitement ambulatoire** au lieu d'un traitement institutionnel. Si la peine n'est pas compatible avec ce traitement, l'exécution de celle-ci peut être interrompue au profit du traitement ;

• l'article 64 du code pénal prévoit une mesure d'« **internement** » pour les auteurs d'infractions particulièrement graves si les conditions suivantes sont respectées :

- en raison des caractéristiques de la personnalité de l'auteur, des circonstances dans lesquelles il a commis l'infraction et de son vécu, il est sérieusement à craindre qu'il ne commette d'autres infractions du même genre ;

- en raison d'un grave trouble mental clinique et récurrent en relation avec l'infraction, il est sérieusement à craindre que l'auteur ne commette d'autres infractions du même genre et que le traitement institutionnel semble voué à l'échec.

Le juge peut également ordonner **l'internement à vie** si « *il est fortement probable que l'auteur commette à nouveau un de ces crimes* » ou si « *l'auteur est qualifié de durablement non amendable, dans la mesure où la thérapie semble, à longue échéance, vouée à l'échec* ». Cette dernière mesure, insérée dans le code pénal après l'adoption en 2004 d'une initiative populaire sur l'internement à vie des délinquants « extrêmement dangereux » a suscité d'importants débats et est entrée en vigueur en 2008.

2. La prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

Au cours de son déplacement en Suisse, le groupe de travail s'est successivement rendu au département de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève, puis à Lausanne pour visiter les établissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe. Il a pu constater que, si le droit pénal suisse distingue peines et mesures, cette distinction n'est qu'imparfaitement assurée en ce qui concerne la prise en charge, puisque un nombre important de personnes exécutent des mesures au sein des établissements pénitentiaires en l'absence d'établissements véritablement spécialisés.

• Depuis la restructuration des départements médicaux en 2007, les hôpitaux universitaires de Genève sont dotés d'un **centre de médecine pénitentiaire** intégrant une unité de psychiatrie pénitentiaire, une unité de médecine pénitentiaire ainsi qu'une unité de sociothérapie dénommée « La Pâquerette ».

L'unité de psychiatrie pénitentiaire (UPP) comprend :

- une **unité cellulaire psychiatrique** de sept lits accueillant des patients en détention nécessitant des soins psychiatriques soutenus ;

- une **consultation psychiatrique à la prison** préventive de Champ-Dollon ;

- une consultation psychiatrique dans l'établissement de « La clairière », qui accueille des mineurs incarcérés ;

- une **consultation ambulatoire externe** (consultation post-carcérale) comportant trois volets : suivi ambulatoire de personnes ayant une obligation de soins (notamment délinquants sexuels), transition avec le réseau de soins externe pour des personnes qui sortent de prison, suivi psychiatrique et psychologique pour les personnes en semi-liberté et en semi-détention ;

- une **unité d'hospitalisation ouverte** (le Seran) pour des patients faisant l'objet d'un traitement au titre du code pénal en établissement psychiatrique. Lors de la visite du groupe de travail, cette unité accueillait sept patients, dont six présentaient des troubles psychotiques (schizophréniques) et un souffrait de trouble grave de la personnalité. Six des sept patients étaient passés en milieu pénitentiaire pendant des durées variant de quelques mois à six ans avant d'accéder au traitement à l'hôpital. Pendant leur incarcération, tous avaient séjourné à l'unité cellulaire psychiatrique de l'hôpital.

Il est intéressant de constater qu'en Suisse, la médecine pénitentiaire est un service à part entière de l'hôpital psychiatrique général, comportant diverses unités, certaines implantées à l'hôpital, d'autres au sein de la prison. Ainsi, le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires du centre hospitalier universitaire vaudois doit non seulement répondre aux besoins en matière de prise en charge psychiatrique des détenus en préventive, condamnés ou astreints à une mesure thérapeutique, mais est également chargé d'améliorer la coordination avec les circuits de soins médicaux et sociaux extérieurs à l'institution pénitentiaire et de développer la formation et l'enseignement, tant au sein des équipes pénitentiaires qu'en milieu universitaire.

- **L'établissement pénitentiaire de la plaine de l'Orbe** visité par le groupe de travail dans le canton de Vaud est composé de deux entités distinctes :

- un pénitencier fermé de 140 places comportant plusieurs unités et régimes de détention : arrivants, évaluation, transition, sécurité renforcée, unité psychiatrique, régime ouvert à l'intérieur de l'établissement ;

- une colonie ouverte de 120 places, permettant l'exercice d'activités agricoles et destinée à accueillir des détenus purgeant une courte peine ou arrivés à mi-peine sans incident particulier. Ce régime de détention est actuellement en difficulté, compte tenu notamment de la présence d'un nombre très élevé d'étrangers en détention pour lesquels le risque d'évasion est particulièrement important.

Le groupe de travail a pu constater que les établissements pénitentiaires suisses connaissent les mêmes difficultés que les prisons françaises. Depuis quelques années, de plus en plus de personnes pour

lesquelles le lien entre maladie et commission de délits est évident sont incarcérés en établissement pénitentiaire, de sorte que ceux-ci doivent faire face à une forte augmentation des psychoses. En 2009, l'établissement accueillait trente-neuf détenus faisant l'objet d'une mesure de « traitement institutionnel » prononcée en raison même de leurs troubles mentaux et vingt-cinq relevant d'une mesure d'internement liée à un trouble pour lequel le traitement institutionnel ne paraît pas en mesure d'apporter une amélioration. Onze exécutaient une peine susceptible d'être ensuite convertie en internement.

Cette situation pose, comme en France, de graves difficultés à l'établissement, comme l'a relevé son directeur dans une publication récente : *« Avec l'augmentation du nombre de maladies psychiques graves, il y a lieu de se poser la question de la priorité à accorder. Il semble en effet difficile, voire impossible, de réinsérer professionnellement et socialement une personne qui est délirante, dans le refus de sa maladie et par conséquent d'un traitement qui lui permettrait de reprendre pied dans la société et de retrouver sa dignité et ses facultés. »*

« De plus en plus, le soin prime sur toute autre tentative de réhabilitation et de réinsertion car il constitue l'élément déterminant de la prise en charge. Ce travail prend souvent du temps, la rechute faisant souvent partie intégrante du traitement. Cette question avec le nombre de personnes sous mesure selon les articles 59 ou 64 du code pénal suisse ainsi qu'avec l'augmentation du nombre de cas psychiatriques met souvent en avant la mauvaise répartition ou l'absence de ressources. Les psychiatres et les structures de soins sont débordés par la demande et paradoxalement des ateliers cherchent des détenus pouvant occuper des postes de travail exigeants »⁶⁶.

A Lausanne, le groupe de travail a pu rencontrer l'ensemble des acteurs de l'application des peines, chargés notamment d'assurer le suivi des mesures. Le canton de Vaud a en particulier mis en place une **commission interdisciplinaire consultative concernant les délinquants nécessitant une prise en charge psychique**. Celle-ci a pour mission d'apprécier la dangerosité des condamnés, d'évaluer le suivi psychiatrique et d'aider les autorités et les soignants à choisir leurs orientations et à prendre leurs décisions.

Elle est composée :

- d'un psychiatre spécialiste dans la prise en charge des délinquants violents qui la préside ;
- d'un médecin directeur de secteur psychiatrique ;
- d'un psychologue ;
- d'un magistrat judiciaire en activité ou honoraire ;

⁶⁶ Sébastien Aeby, « Quelle place pour la réinsertion et la socialisation dans un établissement fermé ? », *Criminalité, justice et sanction*, 2009.

- d'un travailleur social ;
- du procureur général ou d'un représentant du ministère public ;
- du chef du service pénitentiaire ou d'un remplaçant désigné par lui.

Cette commission, contrairement aux commissions de défense sociale belges, n'a aucun pouvoir de décision propre, mais vient éclairer les choix des juges de l'application des peines. Elle permet un dialogue régulier entre magistrats et médecins.

D'une manière générale, le groupe de travail a constaté que les relations entre Justice et Santé, en particulier entre les personnels pénitentiaires et les médecins exerçant au sein des établissements pénitentiaires, étaient plus confiantes qu'en France. Le dialogue entre Justice et Santé paraît plus aisé que dans notre pays, sans que le secret médical fasse obstacle à des échanges approfondis sur la situation des personnes condamnées à des peines ou des mesures et souffrant de troubles mentaux.

3. Le projet Curabilis

Au cours des prochaines années, la Suisse romande se dotera d'un **établissement fermé spécialisé entièrement consacré à l'accueil d'auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux, baptisé Curabilis**, dont la première pierre a été posée à la fin de l'année 2009. En réalité, ce projet aurait dû être réalisé dès le début des années soixante-dix, mais sa construction a été différée pour des raisons budgétaires.

L'établissement sera implanté sur la même parcelle de terrain que la prison de Champ-Dollon, principal établissement pénitentiaire du canton de Genève. Il comportera quatre-vingt-douze places soit :

- soixante-deux places réparties en quatre unités pour l'exécution des mesures, qui permettront d'accueillir des personnes soumises à un « traitement institutionnel » en raison de leurs troubles mentaux ou des personnes soumises à un « internement » ;

- quinze places pour accueillir le centre de sociothérapie « la Pâquerette », aujourd'hui situé au sein même de la prison de Champ-Dollon ; ce centre accueille les personnes détenues en exécution de peines ou de mesures, atteintes de désordres graves de la personnalité ;

- quinze places pour une unité carcérale psychiatrique qui a vocation à prendre en charge des détenus-patients qui présentent une décompensation psychique aiguë ou des détenus-patients nécessitant une prise en charge ambulatoire intensive et brève.

L'établissement devrait être doté de 219 emplois, dont 146 postes médicaux et 73 postes pénitentiaires. Il devrait être livré en 2012. Le prix de journée moyen est évalué en première analyse à 1 089 francs suisses, soit environ 766 euros.

L'ensemble des personnes accueillies dans l'établissement auront vocation à bénéficier d'une évaluation individualisée portant sur leur situation psychique, le niveau de risque, le degré de motivation pour les soins... Elles pourront ensuite s'intégrer dans des programmes incluant des traitements psychiatriques, mais également des activités liées à leur réinsertion. Ce type d'établissement existe déjà en Suisse alémanique et doit conduire la Suisse romande à rattraper son retard en ce qui concerne la mise en place d'établissements spécialisés.

C. QUELQUES ENSEIGNEMENTS DES EXEMPLES SUISSE ET BELGE

Les visites du groupe de travail en Suisse et en Belgique permettent de tirer quelques enseignements de la manière dont les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux sont pris en charge :

- ces pays se distinguent de la France par l'existence de mesures d'internement ou de traitement en milieu fermé pouvant être prononcées et suivies par le juge à l'encontre de personnes pour lesquelles la peine ne paraît pas adaptée en raison de leur état psychique. Ces mesures, très différentes de l'hospitalisation d'office, peuvent être soit à durée limitée avec prolongation éventuelle, soit sans durée avec possibilité de réexamen régulier ;

- en ce qui concerne les modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures, la Suisse et la Belgique font preuve d'un pragmatisme extrême, dès lors qu'elles doivent faire face à des contraintes budgétaires fortes. Ainsi, les établissements réellement réservés aux personnes soumises à des mesures sont en nombre réduit (la Suisse romande attend un tel établissement depuis quarante ans), de sorte que les personnes concernées peuvent se trouver en hôpital psychiatrique ou en établissement pénitentiaire ;

- la Belgique, qui confiait à des commissions tripartites (magistrat - médecin - avocat) le soin d'affecter les personnes internées puis de prendre les décisions relatives à leurs permissions de sortie et leur libération, revient sur ce système en judiciarisant intégralement ces mesures ;

- en Belgique comme en Suisse, le travail commun entre magistrats et médecins paraît plus aisé et plus développé qu'en France.

III. LES VOIES D'UNE ÉVOLUTION

A. CONSERVER LA DISTINCTION ENTRE ABOLITION ET ALTÉRATION DU DISCERNEMENT, QUI RESTE PERTINENTE, MAIS PRÉVOIR EXPLICITEMENT L'ATTÉNUATION DE LA PEINE EN CAS D'ALTÉRATION

1. La pertinence de la distinction entre abolition et atténuation du discernement

A la lumière des auditions auxquelles il a procédé, le groupe de travail estime encore pertinente la distinction entre abolition et altération du discernement.

a) Une formulation parfois contestée

Sans doute, la rédaction de l'article 122-1 ne fait-elle pas l'objet d'un consensus parmi les psychiatres entendus par le groupe de travail. Les critiques portent principalement sur deux points.

- En premier lieu, la notion de discernement ne présenterait aucun caractère médical. Comme l'a indiqué le docteur Gérard Rossinelli, vice-président du syndicat des psychiatres des hôpitaux, ce concept revêt un caractère judiciaire, philosophique ou moral. Dès lors, selon Christiane de Beaurepaire, le discernement n'est pas mesurable et la distinction entre altération et abolition n'a pas de sens. Dans la contribution remise au groupe de travail, elle estime que « *le choix de telle ou telle affection psychiatrique comme " cause " d'irresponsabilité pénale est donc purement subjectif, voire culturel, et dépendant des théories personnelles de l'expert, sans aucun rapport avec le discernement et son état supposé. On voit par exemple actuellement que, seules certaines psychoses graves sont réputées " causes d'abolition du discernement ", et par conséquent lieu d'un amalgame entre gravité d'une affection psychiatrique et dangerosité prononcée du patient.* » Elle prône en conséquence la suppression du critère de discernement ainsi que de la distinction introduite par les deux alinéas de l'article 122-1 du code pénal.

- La référence à l'abolition ou à l'entrave du **contrôle des actes** a également suscité des réserves exprimées plutôt par des magistrats que par des médecins. Jean-Pierre Getti a rappelé la perplexité du jury pour se prononcer dans ce domaine alors même que l'expertise était généralement peu explicite sur l'effet du trouble mental sur le contrôle des actes. Ne se place-t-on pas alors en effet, s'est-il demandé, plus sur le terrain des affects que sur celui de la pathologie ?

b) Un cadre juridique adapté

Ces réserves sont restées minoritaires et n'ont pas paru devoir remettre en cause, aux yeux du groupe de travail, les critères utilisés par l'article 122-1 et les distinctions établies par les deux alinéas.

Afin de répondre aux objections sur le caractère « littéraire » du code pénal, faudrait-il fixer une liste de pathologies déterminant une abolition du discernement ? La définition en serait sans doute déterminée de manière très restrictive par le législateur au risque de réduire encore les cas d'irresponsabilité pénale.

Comme le relevait le docteur Daniel Zagury dans sa contribution à la commission d'audition sur l'expertise pénale⁶⁷ : « *il convient de tordre le cou à cette idée souvent énoncée aujourd'hui que seules les hallucinations impératives justifient l'abolition du discernement. Il existe bien d'autres occurrences médico-légales : bouffée délirante aiguë, état confusionnel, épilepsie, manie, mélancolie, paranoïa délirante ...* ».

Par ailleurs, l'expertise ne doit pas se réduire à l'établissement d'un diagnostic. Aussi bien, la grande majorité des psychiatres rencontrés par le groupe de travail ont estimé fondée la distinction entre abolition et altération du discernement et la possibilité d'établir - ou non - un lien direct et exclusif entre l'état mental aliénant au moment des faits et l'infraction commise.

Les deux alinéas de l'article 122-1 déterminent les principes directeurs de cette distinction dont les psychiatres reconnaissent la validité. Sa formulation, certes empruntée à la langue commune et conforme, à ce titre, à l'exigence de lisibilité du droit, laisse, comme l'a souligné le docteur Daniel Zagury, une latitude interprétative au clinicien.

c) Des garde-fous procéduraux à la responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux

Une utilisation abusive de l'article 122-1 du code pénal devrait, en principe, être prévenue par plusieurs dispositions procédurales.

Jean Danet a ainsi rappelé la jurisprudence de la Cour de cassation qui déduit des règles du procès équitable prévu par l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme et les principes prévus par l'article préliminaire du code de procédure pénale⁶⁸ que « *lorsque l'altération des facultés d'une personne mise en examen est telle que celle-ci se trouve dans l'impossibilité absolue d'assurer effectivement sa défense, il doit être sursis à son renvoi devant la juridiction de jugement* ».

⁶⁷ Daniel Zagury, *Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique*, op. cit., page 130.

⁶⁸ Article préliminaire, premier alinéa : « *la procédure pénale doit être équitable et contradictoire et préserver l'équilibre des droits des parties* ».

2. Articuler l'atténuation de la peine avec une obligation de soins effective

S'il n'a pas jugé souhaitable de remettre en cause la distinction entre abolition et altération du discernement, le groupe de travail estime en revanche qu'il est indispensable de réécrire le second alinéa de l'article 122-1 afin qu'y figure le fait que l'altération du discernement doit constituer une cause légale d'atténuation de responsabilité.

En effet, aujourd'hui, selon les témoignages concordants des acteurs de la chaîne judiciaire, l'altération du discernement se traduit quasi-systématiquement par le prononcé de peines plus lourdes - même si, une fois encore, l'absence de données statistiques ne permet pas de conforter ce sentiment largement partagé.

Le groupe de travail a déjà relevé les inconvénients liés à cette situation. Il lui paraît indispensable de modifier le code pénal afin de revenir à l'esprit initial du deuxième alinéa de l'article 122-1 tout en fixant, cependant, par cohérence, des conditions nouvelles relatives à la prise en charge médicale des personnes dont la peine serait réduite en raison d'une responsabilité atténuée.

a) Reconnaître l'altération du discernement comme une cause légale d'atténuation de la peine

Si la juridiction doit tenir compte de l'existence du trouble lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime, ce devrait être dans le sens d'une atténuation de la peine. Tel était bien l'esprit des travaux préparatoires du nouveau code pénal. Ainsi, le rapporteur pour le Sénat, Marcel Rudloff,⁶⁹ relevait que si, en l'état du droit antérieur à la réforme, « *la juridiction n'est jamais tenue de retenir les circonstances atténuantes, dans le texte de l'article 122-1, en revanche, la juridiction se voit soumise à une obligation légale d'atténuation de la responsabilité, susceptible d'un contrôle de la Cour de cassation* ». Au demeurant, ces dispositions trouvent leur place dans un chapitre du code pénal consacré aux causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité.

Enfin, le Conseil constitutionnel a été appelé à préciser la portée du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal en 2007, dans sa décision relative à la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive⁷⁰. Il a en effet estimé « *que même lorsque les faits ont été commis une nouvelle fois en état de récidive légale, [les dispositions spéciales du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal] permettent à la juridiction de prononcer, si elle l'estime nécessaire, une peine autre que l'emprisonnement ou une peine*

⁶⁹ Rapport fait au nom de la commission des lois par Marcel Rudloff, n° 271, Sénat, 1988-1989, page 73.

⁷⁰ Conseil constitutionnel, décision n° 2007-554 DC du 9 août 2007.

inférieure à la peine minimale ». Ainsi, la juridiction peut déroger à l'application des peines minimales lorsque le discernement a été altéré.

La plupart des pays européens reconnaissent d'ailleurs le principe de cette responsabilité atténuée.

Tel est le cas en Espagne où les personnes dont la responsabilité est atténuée en raison d'une altération de la conscience ou de la volonté bénéficient d'une réduction de peine automatique (article 21 du code pénal). Il en est de même en Italie⁷¹.

Le groupe de travail estime que **deux types de modification du deuxième alinéa de l'article 122-1 sont possibles**. La première tendrait à reconnaître expressément l'altération du discernement comme une cause légale d'atténuation de la peine ; la seconde porterait sur le régime d'exécution de la peine.

- Si le code pénal ne fait plus référence aux circonstances atténuantes qui, sous l'empire du code pénal de 1810, permettaient de prononcer des peines inférieures aux minima prévus pour chaque infraction, il a maintenu dans certaines hypothèses des **causes légales de diminution de peines**. Il en est ainsi en cas de **dénonciation** par l'auteur ou le complice permettant de faire cesser les agissements incriminés et d'identifier les autres coupables (trafic de stupéfiants, article 222-43 - terrorisme, article 422-2 - fausse monnaie, article 442-10). Dans ce cas, la peine encourue est réduite de moitié. De même, les mineurs de plus de treize ans bénéficient en principe d'une cause légale de diminution de peine qui a aussi pour effet de diminuer de moitié le quantum maximal de peine prévu par le code pénal (article 20-2 de l'ordonnance du 2 février 1945).

Si la réduction de moitié de la peine peut apparaître trop systématique en cas d'altération du discernement, cette réduction pourrait être comprise entre le tiers et la moitié de la peine encourue.

Proposition

Compléter le second alinéa de l'article 122-1 du code pénal afin de prévoir que l'altération du discernement entraîne une réduction de la peine encourue comprise entre le tiers et la moitié de ce quantum.

Cette modification aurait pour effet d'**imposer au président de cour d'assises, comme tel est le cas pour les autres causes légales de diminution de la peine, de poser aux jurés une question spécifique sur l'application de ces dispositions.**

⁷¹ *L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, les documents de travail du Sénat, Série Législation comparée, n° L.132, février 2004.*

Jean Danet a suggéré que les auteurs de faits délictuels de faible gravité dont le discernement est altéré bénéficient d'un ajournement de peine ou d'alternatives à l'incarcération et soient soumis, en contrepartie, à une prise en charge non seulement médicale mais aussi socio-éducative renforcée assortie de mesures de sûreté. En effet, selon lui, une telle orientation apparaît mieux adaptée à des personnes souffrant de troubles mentaux qu'une peine d'emprisonnement exécutée au sein d'une maison d'arrêt.

- Le groupe de travail recommande, à ce stade, une évolution plus mesurée. Il serait précisé au 2^e alinéa de l'article 122-1 que lorsque la juridiction a constaté l'altération du discernement, la peine d'emprisonnement prononcée est assortie, pour une période comprise entre le tiers et la moitié de sa durée, d'un sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soins.

Proposition

Compléter le second alinéa de l'article 122-1 du code pénal afin de prévoir que lorsqu'une altération du discernement est constatée, la peine prononcée est exécutée pour une période comprise entre le tiers et la moitié de sa durée sous le régime du sursis avec mise à l'épreuve assorti d'une obligation de soins.

Il est possible de privilégier l'une de ces propositions à l'autre mais elles peuvent aussi se combiner.

b) Une contrepartie dans une prise en charge médicale renforcée

La diminution de la peine devrait avoir pour corollaire un renforcement de la prise en charge médicale pendant le temps de la peine ainsi qu'à l'issue de l'incarcération.

Lors de la discussion du nouveau code pénal, le Sénat avait proposé que les personnes relevant du second alinéa de l'article 122-1 puissent être affectées par la juridiction dans « *un établissement pénitentiaire spécialisé doté de services médicaux, psychologiques et psychiatriques permettant de procéder à tout examen, observation et traitement nécessaire* »¹. L'Assemblée nationale s'y était néanmoins opposée pour deux raisons développées par le rapporteur, Philippe Marchand² : « *D'abord, il faut noter que la confusion de la structure pénitentiaire et de la structure psychiatrique au sein d'une même unité n'est pas une bonne chose car l'équilibre serait sans doute difficile, voire impossible à établir entre les exigences de chacune d'elles. Ensuite, une*

¹ Rapport du Sénat précité, page 75.

² Rapport fait au nom de la commission des lois par Philippe Marchand, n° 896, Assemblée Nationale, 1989-1990.

d'elles. Ensuite, une telle solution ne permettrait pas de prendre en compte l'évolution ultérieure de l'état mental du condamné, après le jugement : devenu définitif, parce que prononcé par la juridiction, le placement dans un établissement spécialisé risquerait d'empêcher le transfert du malade en milieu hospitalier en cas d'aggravation de son état ou son retour en milieu carcéral ordinaire s'il présente des signes de guérison ».

Le groupe de travail n'entend pas revenir à la proposition initiale du Sénat - qui avait cependant une réelle cohérence dans le cadre d'un dispositif où la peine aurait été effectivement réduite. Il suggère de s'appuyer sur les dispositifs existants en les adaptant aux cas des personnes dont le discernement est altéré.

• Ainsi, s'agissant de **l'exécution de la peine** :

- les personnes relevant du deuxième alinéa de l'article 122-1 devraient obligatoirement être affectées dans un établissement comportant un SMPR ;

Proposition

Prévoir l'affectation systématique des personnes dont le discernement est altéré dans les établissements pénitentiaires comprenant un SMPR.

- les réductions de peine prévues par les articles 721 et 721-1 du code de procédure pénale pourraient systématiquement être retirées en cas de refus de soins. En l'état du droit, le juge de l'application des peines peut ordonner le retrait d'une partie du crédit de réduction de peine auquel le détenu a droit lorsque celui-ci, s'il a été condamné pour des crimes graves commis sur des mineurs, refuse de suivre le traitement qui lui a été proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical. Il en est de même s'agissant des réductions de peine supplémentaires.

Proposition

Prévoir le retrait systématique des crédits de réduction de peine prévus par l'article 721 du code de procédure pénale et des réductions de peine supplémentaires prévues par l'article 721-1 en cas de refus, par la personne dont le discernement a été déclaré altéré, des soins qui lui ont été proposés par le juge de l'application des peines après un avis médical.

- A leur **libération**, ces personnes pourraient faire l'objet d'une obligation de soins, éventuellement adaptée en fonction de leur état clinique, pendant la période correspondant à la durée comprise entre la libération de la personne et la limite de la durée de la peine encourue, comme le suggérait d'ailleurs le rapport de la commission d'audition sur l'expertise psychiatrique pénale.

Proposition

Prévoir qu'une obligation de soins s'applique pendant la période comprise entre la libération de la personne et le terme de la durée de la peine encourue.

Elles pourraient faire également l'objet des mesures de sûreté prévues par les articles 706-135 à 706-140 du code de procédure pénale, actuellement réservées aux personnes reconnues irresponsables.

Proposition

Permettre, à leur libération, aux personnes dont le discernement est altéré, l'application des mesures de sûreté réservées actuellement par les articles 706-138 à 706-140 du code de procédure pénale aux personnes irresponsables.

B. ENGAGER LA RÉVISION DE L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE ET LA RÉFORME DE LA LOI DU 27 JUIN 1990

• Revisiter l'organisation territoriale pour favoriser la continuité des soins

Même si ce sujet dépasse le cadre de ses travaux, le groupe de travail considère que la réforme de la psychiatrie générale, notamment en ce qui concerne son organisation territoriale, est devenue indispensable, comme l'ont montré le rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » établi par Edouard Couty et remis à la ministre de la santé en janvier 2009 et le rapport du sénateur Alain Milon « La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe » établi dans le cadre de l'Opeps en avril 2009.

La bonne organisation de la psychiatrie générale est un élément essentiel pour faire évoluer la situation concernant les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux : d'une part, les difficultés d'organisation territoriale de la psychiatrie générale se retrouvent dans la psychiatrie pénitentiaire, souvent dans des proportions plus graves compte tenu de la faible attractivité de ce type de postes, d'autre part la continuité des prises en charge en psychiatrie générale est une nécessité absolue pour éviter de retrouver en prison certains malades.

Les difficultés de la continuité des prises en charge selon le rapport Couty

« On a pu se rendre compte à l'occasion d'événements dramatiques récents que l'aggravation de l'état pathologique est à la fois cause et effet d'un affaiblissement ou d'une perte de contact entre le patient et le dispositif de soins. La perte de contact a généralement pour effet des problèmes d'observance médicamenteuse et conduit souvent à une décompensation rendant nécessaire une nouvelle hospitalisation. La perte de contact est toujours source de difficultés pour les familles ou l'entourage qui sont le plus souvent des partenaires actifs de la prise en charge.

« L'affaiblissement ou la perte du lien thérapeutique a souvent pour origine une perte de repères, des problèmes d'isolement social, des difficultés matérielles, en particulier de logement. La prise en charge des patients psychiatriques ne peut donc se concevoir sans une dimension d'organisation de la vie quotidienne des malades.

« (...) La continuité des prises en charge passe par la capacité de la psychiatrie à garder le contact avec les patients. Deux dispositifs peuvent y contribuer : la désignation d'un responsable du suivi individuel de chaque patient, chargé de faire des points réguliers sur la situation du patient (état de santé, situation sociale) et le développement d'une pratique de la visite à domicile.

« Plusieurs des personnalités auditionnées par la commission ont insisté sur la nécessité de clarifier le rôle des différents professionnels de santé, des différentes structures sanitaires et sur une bonne coordination des différents acteurs des soins et de la réinsertion sociale. Elles ont insisté sur le rôle clé des médecins généralistes qu'il est nécessaire de conforter.

« Par ailleurs, a été longuement débattue la question du bon niveau d'organisation de la continuité des prises en charge. Un lien de proximité avec les patients et avec leur entourage est nécessaire à l'efficacité des soins, mais aussi à la gestion des dispositifs - logement, travail, vie sociale - nécessaire à l'organisation de la vie quotidienne des patients.

« La coordination des soins et, plus globalement, des prises en charge se heurte à des réflexes professionnels et institutionnels bien ancrés. Les dispositifs de coordination sont loin d'exister sur l'ensemble du territoire et reposent sur des initiatives très intéressantes, mais dont le ressort est l'implication individuelle des personnes qui les ont initiés et qui les portent. Il est indispensable de trouver les leviers et les outils nécessaires à la généralisation de ces dispositifs qui doivent devenir partie intégrante de l'organisation des soins en psychiatrie ».

Sur la base de ces constats, le rapport Couty a préconisé de définir une organisation graduée des soins psychiatriques et de la santé mentale en mettant en particulier en place un premier niveau de proximité structuré par la création de **groupements locaux de coopération pour la santé mentale**.

De son côté, le rapport de l'Opeps a également conclu à la nécessité d'une adaptation du secteur psychiatrique : *« Toute évolution de la psychiatrie passe par une évolution du secteur qui a fait la preuve de son utilité mais doit être doté de moyens en accord avec les besoins de la population. Cette évolution ne saurait être imposée et doit faire l'objet d'une concertation avec les soignants, les associations de patients et l'ensemble des acteurs du champ social et médico-social concernés.*

« Il convient néanmoins de favoriser les évolutions. A ce titre, la mise en œuvre à titre expérimental, dans des départements pilotes, des groupements locaux pour la santé mentale proposés par le dernier rapport remis à la ministre de la santé dit « rapport Couty » peut permettre de mesurer l'intérêt et les éventuelles limites d'une structure réunissant l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux de la santé mentale pour l'exercice de la prévention, du dépistage, de la prise en charge et du suivi des patients.

« Il est nécessaire d'organiser des états généraux de la santé mentale pour tirer les leçons de ces expériences et de définir les modalités d'évolution du secteur psychiatrique ».

Dans ces conditions, le groupe de travail souhaite appuyer les propositions formulées par l'Opeps en avril 2009, et plus particulièrement celles relatives à l'organisation territoriale.

Propositions

- Organiser des états généraux de la santé mentale réunissant les professionnels concernés.

- Autoriser, dans le cadre d'expérimentations départementales, la mise en place des groupements locaux pour la santé mentale préconisés par le rapport Couty.

- A partir du résultat des états généraux et des expérimentations, présenter un projet de loi sur la santé mentale susceptible de permettre l'adaptation de l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population.

• Réformer la loi du 27 juin 1990

Par ailleurs, il y a maintenant plus de dix ans que la question de la mise en œuvre de soins ambulatoires sous contrainte est envisagée et discutée. En 2001, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ), consacré à l'organisation des soins aux détenus précisait déjà : *« Il est intéressant de noter que le ministère chargé de la santé envisage (...) une évolution de la loi du 27 juin 1990 permettant d'offrir la possibilité d'un soin contraint en dehors de l'hôpital (...) »*.

En mai 2005, à la demande des ministres de la santé et de la justice, l'Igas et l'IGSJ ont présenté des propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Ce rapport conclut à la nécessité de passer de la notion d'hospitalisation sous contrainte à celle de soin sous contrainte :

« S'agissant des modalités de soins sous contrainte, la mission recommande de passer du régime de l'hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte afin de dissocier l'obligation de se soigner de ses modalités, hospitalisation ou alternatives à l'hospitalisation. Cette proposition, qui concerne tant l'hospitalisation d'office que l'hospitalisation à la demande d'un tiers, vise à faciliter l'accès à toutes les solutions thérapeutiques pour les adapter à la situation du malade et faciliter le consentement de ce dernier. De la même manière, le tiers pourrait être rassuré de n'avoir à se prononcer que sur la nécessité du soin plutôt que sur celle de l'hospitalisation. Il reviendrait dès lors au médecin, grâce à cette clarification, de choisir la modalité de soin la plus adaptée, conformément à sa mission naturelle ».

Depuis lors, de nombreuses prises de position sont intervenues sur ce sujet, qui a été notamment évoqué dans l'étude sur la maladie mentale et les droits de l'homme réalisée en 2008 par la CNCDDH :

« (...) prévoir des soins ambulatoires sous la contrainte pour éviter toute rupture de soins serait important. L'objectif est ici de contraindre les malades à prendre les médicaments, sans être obligé de prononcer des hospitalisations d'office ou des hospitalisations à la demande d'un tiers, le problème étant que trop d'hospitalisations à la demande d'un tiers sont prononcées. Le contexte est en effet celui d'un débordement des urgences psychiatriques, qui accueillent une population marquée par une extrême précarisation et pour lesquelles le travail social est au moins aussi important que le travail psychiatrique. Pourtant, les difficultés prévisibles de la mise en place d'une obligation de soins pour les malades mentaux peuvent être déduites de celles qui sont observées lorsque l'obligation est prévue dans le cadre des suivis socio-judiciaires, contrôles judiciaires ou des sursis avec mise à l'épreuve. Les condamnés viennent le plus souvent chercher un certificat, imposent de passer avant les autres patients, etc. Ce n'est qu'à la

condition que des stratégies différentes de soins soient mises en place que les choses peuvent bien se passer »¹.

Selon les informations transmises par le ministère de la santé, un projet de loi modifiant la loi du 27 juin 1990 et prévoyant la possibilité d'ordonner des soins ambulatoires sous contrainte sera prochainement présenté au Parlement. Le groupe de travail estime que cette modalité de prise en charge, à condition qu'elle soit respectueuse des droits du patient et soit toujours décidée dans l'intérêt du malade, constitue un instrument important pour éviter les ruptures de soins.

Proposition

- Inscrire rapidement à l'ordre du jour du Parlement un projet de loi modifiant la loi du 27 juin 1990 et prévoir la possibilité d'une obligation de soins en ambulatoire dans l'intérêt du patient, dans le respect de ses droits et des prérogatives des médecins qui le prennent en charge.

C. RENFORCER LA FORMATION DES PSYCHIATRES

Un grand nombre d'experts entendus par le groupe de travail ont souligné l'insuffisance actuelle de la formation des psychiatres à la pratique médico-légale.

Certes, plusieurs diplômes universitaires ou diplômes interuniversitaires de psychiatrie médico-légale sont proposés dans les universités. Sur certains sites, ces diplômes, délivrés par les facultés de médecine, sont articulés avec des masters 2 professionnels ou de recherche de psychologie, psychopathologie ou psychocriminologie, de sociologie ou encore de droit et sciences criminelles.

Au cours de leur audition, les professeurs Jean-Luc Chopard et Daniel Sechter, chefs de service au CHU de Besançon ont remis au groupe de travail un projet de diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de psychiatrie médico-légale, en s'appuyant sur les constats suivants : *« La psychiatrie est née dans des rapports très étroits avec le droit, et notamment avec le droit pénal, les troubles mentaux pouvant exposer à des passages à l'acte au moment de l'instauration ou des poussées processuelles de la maladie. En dépit des progrès thérapeutiques en psychiatrie, ces passages à l'acte sont toujours à redouter d'autant que la priorité donnée aux prises en charge ambulatoires a éloigné le champ médico-légal des priorités du psychiatre, comme des institutions de soins (...) La pratique expertale devient plus complexe, imposant*

¹ Commission nationale consultative des droits de l'homme, *Étude sur la maladie mentale et les droits de l'homme*, juin 2008.

des bases de droit privé comme public et de solides connaissances de droit pénal. Elle est malheureusement désinvestie, par défaut de reconnaissance institutionnelle comme de formation des psychiatres (...) ».

De son côté, le professeur Jean-Louis Senon s'est prononcé pour la mise en place d'une formation de troisième cycle transversale : « (...) comment envisager un enseignement de criminologie pour le psychiatre ? La majorité des psychiatres l'envisage comme une formation de troisième cycle qui pourrait se faire sous la forme de diplômes de troisième cycle ouverts aux psychiatres titulaires du diplôme d'études spécialisées (DES) ou au cours de l'internat de psychiatrie. Ces diplômes pourraient être accessibles aux infirmiers ayant une pratique professionnelle dans des services spécialisés. Une formation transversale rapprochant juristes, socioéducatifs, psychologues et sociologues, et en faisant le pari d'un savoir partagé, pourrait générer un décloisonnement des pratiques comme une clarification des rôles indispensables à une criminologie moderne »¹.

Le groupe de travail estime particulièrement souhaitable le développement de formations communes aux juristes et aux psychiatres, afin de favoriser des échanges réguliers qui permettront de lever les incompréhensions persistantes plus sûrement que l'adoption de mesures législatives coercitives.

Par ailleurs, plusieurs intervenants ont regretté que la création d'un tronc commun de formation des infirmiers ait mis fin à l'existence du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique sans qu'aucune spécialisation ait parallèlement été mise en place. Il apparaît souhaitable aujourd'hui, comme l'a recommandé le sénateur Alain Milon dans le rapport de l'Opeps sur la psychiatrie en France, **de créer une spécialisation en psychiatrie de niveau master après le diplôme commun d'infirmier d'Etat**. Une telle spécialisation serait particulièrement utile aux infirmiers qui exercent en établissement pénitentiaire.

Propositions

- Renforcer la formation des psychiatres à la pratique médico-légale et à l'exercice de la médecine pénitentiaire, par exemple en créant un diplôme d'études spécialisées complémentaire en psychiatrie médico-légale comme il en existe un en addictologie.

- Développer les formations communes aux professionnels de la justice et de la santé appelés à intervenir auprès des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux.

- Créer une spécialisation de niveau master en psychiatrie pour les infirmiers.

¹ « De psychiatrie en criminologie : une formation de 3^e cycle transversale ».

D. AMÉLIORER LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE

Les difficultés rencontrées dans l'expertise psychiatrique pénale sont désormais bien connues et ont donné lieu à de multiples propositions d'évolutions jusqu'à présent peu suivies d'effets. Le groupe de travail ne peut en conséquence que reprendre à son compte des recommandations formulées à plusieurs reprises en insistant de nouveau sur la nécessité d'améliorer la formation des psychiatres concernés.

En 2007, la fédération française de psychiatrie a organisé, avec le partenariat méthodologique de la Haute Autorité de santé (HAS), une audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, à laquelle ont participé de nombreux experts parmi les plus reconnus. La commission d'audition a formulé des propositions importantes susceptibles de contribuer à une amélioration de la qualité de l'expertise et à un dépistage plus efficace des troubles mentaux. Elle a notamment préconisé :

- d'accorder une attention particulière à la clinique psychiatrique lors de l'examen médical de toute personne gardée à vue et susceptible d'être incarcérée et, en cas de besoin, de diligenter une réquisition d'un psychiatre qui répondrait à quelques questions simples facilitant la prise en charge ultérieure du gardé à vue ;

- d'actualiser et d'harmoniser au niveau national, sous l'égide des ministères concernés et après avis de la communauté scientifique et juridique, les questions types posées aux experts ;

- de revaloriser la rémunération des expertises psychiatriques pénales *« afin que les revenus des psychiatres qui acceptent de donner du temps à l'expertise psychiatrique pénale se situent au même niveau que les revenus qu'ils pourraient obtenir dans des pratiques institutionnelles réglementaires et en tenant compte de leurs responsabilités et des nécessités de formation complémentaire indispensable pour la pratique expertale ».*

Enfin, il convient d'être attentif à la première des recommandations de la commission d'audition réunie en 2007, suggérant *« d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique »*. Le présent rapport fait en effet le constat d'une forme de pénalisation de la psychiatrie, marquée par l'entrée en prison d'un grand nombre de patients atteints de troubles mentaux. Dans le même temps, se développe un phénomène consistant à considérer de plus en plus toute infraction comme résultant de difficultés psychologiques et psychiatriques. La multiplication des expertises ne peut que se traduire par une diminution de leur qualité et de leur portée dans un contexte de pénurie relative du nombre d'experts.

L'audition publique organisée en 2007 mériterait de ne pas rester une initiative isolée. Des rencontres régulières des experts paraissent souhaitables pour favoriser le développement de pratiques communes.

Enfin, le groupe de travail a été sensible aux observations du professeur Daniel Sechter, chef du service de psychiatrie adulte au CHU de Besançon, selon lesquelles l'expertise conjointe par deux experts, abandonnée en 1985, permettait de conforter le diagnostic et de favoriser la diffusion des connaissances en raison du mode de composition du binôme (un professionnel expérimenté, un interne).

Propositions

- **Actualiser et harmoniser au niveau national les questions types posées aux experts.**
- **Organiser régulièrement des échanges entre experts sur le modèle de l'audition publique de 2007.**
- **Revaloriser la rémunération des expertises pénales.**
- **Examiner la possibilité de rétablir l'expertise conjointe par deux experts dans certains cas.**

E. DISPOSER D'UNE PALETTE LARGE D'OUTILS POUR PRENDRE EN CHARGE LES MALADES MENTAUX AYANT COMMIS DES INFRACTIONS

Le nombre considérable des travaux et rapports consacrés directement ou indirectement à la prise en charge des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux depuis des décennies démontre qu'il n'existe pas de solution simple à ce problème. Il serait illusoire de vouloir établir une séparation étanche parmi les auteurs d'infractions entre ceux qui relèveraient exclusivement des soins et ceux qui ne relèveraient que de l'exécution d'une peine. La notion même d'altération du discernement, que le groupe de travail propose de conserver, montre qu'il existe un grand nombre de situations dans lesquelles peine et soin, incarcération et traitement doivent être conjugués.

Les déplacements en Suisse et en Belgique ont conduit le groupe de travail à constater que la distinction entre peines et mesures qui prévaut dans ces pays est associée à un grand pragmatisme, qui peut conduire à incarcérer en établissement pénitentiaire des personnes reconnues irresponsables et faisant l'objet d'un internement...

Dans ces conditions, le groupe de travail considère qu'il est souhaitable de disposer d'une palette d'outils de prise en charge permettant de faire face aux différentes situations.

• **Conforter les SMPR**

Les SMPR ont depuis longtemps prouvé leur efficacité mais ne remplissent qu'imparfaitement leur mission régionale tout en n'étant implantés, pour l'essentiel, qu'en maison d'arrêt, alors que les maisons centrales hébergent parfois des détenus atteints de troubles particulièrement graves. La création de SMPR dans certaines d'entre elles présenterait un intérêt évident pour améliorer les prises en charge.

Par ailleurs, il apparaît désormais souhaitable que les implantations des futurs établissements pénitentiaires ne soient arrêtées qu'après avoir pris en compte la démographie médicale, et notamment psychiatrique, des zones dans lesquelles des constructions sont envisagées.

Propositions

- **Envisager la création de SMPR supplémentaires en maison centrale (Ensisheim, Saint-Maur, Moulins...).**

- **Choisir les implantations des futurs établissements pénitentiaires en tenant compte de la démographie médicale, notamment en psychiatrie.**

• **Accroître le nombre d'UMD**

Il est plus que temps de développer le nombre de places en UMD, permettant la prise en charge des malades les plus difficiles représentant un danger pour eux-mêmes et pour autrui, qu'ils aient ou non commis des infractions.

Il existe actuellement cinq UMD en activité en Ile-de-France, en Aquitaine, en Paca et en Bretagne. Une sixième est en cours de réalisation en Rhône-Alpes, sur le site de l'hôpital du Vinatier. A la suite du plan de sécurisation des établissements psychiatriques annoncé par le Président de la République en décembre 2008, la création de quatre nouvelles UMD est programmée dans les établissements suivants :

- CHS du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen ;
- établissement public de santé départemental de la Marne à Châlons-en-Champagne ;
- centre hospitalier du pays d'Eygurande à Monestier-Merlines ;
- CHS Pierre Jamet à Albi.

Proposition

- Réaliser et mettre en service à brève échéance les nouvelles UMD programmées, afin de réduire les délais d'attente nécessaires pour accéder à ces structures.

• Valoriser l'expérience acquise à Château-Thierry

Le groupe de travail s'est demandé s'il ne serait pas utile de créer d'autres établissements sur le modèle du centre pénitentiaire de Château-Thierry. Il constate d'abord que des expériences menées au sein de ce centre pénitentiaire demeurent méconnues et que l'administration pénitentiaire n'en a pas tiré tous les enseignements.

Une plus grande diffusion des pratiques observées dans cet établissement implique cependant le dépassement d'une approche purement empirique et un effort de formalisation. Les initiatives tendant à renforcer la formation des personnels ainsi que les modalités de partage d'expériences entre surveillants bénéficiant d'une certaine ancienneté et nouveaux arrivants s'inscrivent dans cette perspective.

La prison de Château-Thierry ne constitue pas un lieu de soins. Elle n'en offre pas moins, grâce à une présence humaine renforcée et l'organisation de relations très différentes de celles observées habituellement en prison, un traitement individualisé des personnes atteintes de graves troubles mentaux.

De l'avis des personnels soignants comme des personnels pénitentiaires interrogés par le groupe de travail, elle contribue ainsi incontestablement à la stabilisation de ces condamnés. A ce titre, elle apparaît adaptée pour accueillir des personnes qui, sans justifier d'une hospitalisation dans une structure de soins *stricto sensu*, restent néanmoins inadaptées à une détention normale.

Or, aujourd'hui, Château-Thierry accueille des détenus pour une durée qui va en moyenne de six mois à moins d'un an conformément à la note de l'administration pénitentiaire du 5 mars 2001 qui fixe à l'établissement l'objectif de « *restaurer des liens sociaux et de réadapter [la personne] à la détention ordinaire après un séjour temporaire dans cet établissement* ».

Le principe d'une durée limitée peut certes se justifier par le nombre important de demandes d'affectation pour cet établissement. Il apparaît peut-être plus contestable au regard du profil des intéressés dont la réadaptation dans une détention normale demeure parfois bien improbable.

Au demeurant, comme les personnels de surveillance l'ont indiqué aux rapporteurs, d'anciens détenus de Château-Thierry, après des transferts successifs d'établissements en établissements, finissent par revenir au centre pénitentiaire.

Le groupe de travail préconise une approche plus souple de la durée de séjour au sein du centre afin d'accueillir des personnes pour une longue période susceptible de courir jusqu'au terme de la peine d'emprisonnement. Compte tenu de la saturation possible des capacités qui pourrait en résulter, le groupe de travail suggère que les pratiques mises en œuvre à Château-Thierry puissent être reprises au sein d'unités dans d'autres établissements pénitentiaires. Il serait souhaitable que le nouveau programme de construction¹ intègre la conception de telles unités, voire la réalisation de nouvelles structures entièrement spécialisées.

Propositions

- Favoriser la mise en place, au sein de plusieurs établissements pénitentiaires, d'unités pour la prise en charge de long séjour de personnes stabilisées mais fragiles où, d'une part, les pratiques pénitentiaires s'inspireraient de celles mises en œuvre à Château-Thierry et, d'autre part, l'encadrement médical serait renforcé.

- Envisager, dans le cadre du nouveau programme de construction, des établissements qui répondraient à ces caractéristiques.

Le groupe de travail estime par ailleurs indispensable une rénovation de l'infrastructure de Château-Thierry - étroitesse des cellules et des espaces collectifs - *a fortiori* si de long séjours devaient concerner un nombre plus important de personnes.

• la sortie de prison

Prendre en charge dans les meilleures conditions possibles les auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux est indispensable, mais il est également nécessaire d'assurer qu'une prise en charge adaptée pourra être réalisée à l'issue de l'exécution de la peine si cela s'avère nécessaire. Certes, dans de nombreux cas, les condamnés font l'objet de mesures de suivi après l'incarcération, par exemple dans le cadre du suivi socio-judiciaire, mais ces dispositifs ne concernent pas tous les condamnés.

Or, le lien entre les SMPR et les secteurs de psychiatrie générale paraît assuré de manière très variable alors même qu'il représente un enjeu considérable pour assurer un suivi de la prise en charge. Le groupe de travail estime qu'aucun détenu ayant séjourné en SMPR ne devrait quitter un

¹ Ce nouveau programme qui prendra le relais du « programme 13 200 places » sur la période 2012-2018 devrait permettre, d'une part, la réalisation de 12 300 places en remplacement de places vétustes, d'autre part, la création de 5 000 places. Les premières ouvertures interviendraient en 2014.

établissement pénitentiaire sans qu'un contact véritable soit établi avec le secteur psychiatrique pour envisager la poursuite de la prise en charge.

A cet égard, les agences régionales de santé pourraient jouer un rôle dans l'établissement de ce lien qui peut permettre d'éviter des ruptures de soins.

Par ailleurs, il serait souhaitable, comme l'a souligné le professeur Jean-Louis Terra, chef de service au centre hospitalier du Vinatier, que les sortants de prison atteints de troubles mentaux puissent être accueillis dans des structures d'hébergement intermédiaires entre la prison et le suivi strictement ambulatoire. Une augmentation significative du nombre d'appartements thérapeutiques, certains d'entre eux étant réservés prioritairement aux sortants de prison, pourrait permettre d'atteindre cet objectif.

Propositions

- Mettre en place les outils nécessaires, sous l'égide des agences régionales de santé, pour que tout détenu ayant séjourné en SMPR puisse être suivi dans le cadre du secteur de psychiatrie générale à sa sortie de prison.

- Prévoir des possibilités d'hébergement dans des structures intermédiaires, telles que les appartements thérapeutiques, pour les détenus atteints de troubles mentaux sortant de prison avant d'envisager une prise en charge ambulatoire.

• Les UHSA

Il est encore difficile de se prononcer sur les UHSA puisque leur construction a pris du retard et que la première vient seulement d'entrer en service. L'UHSA constituera un véritable progrès si elle permet une prise en charge complète, dans un cadre exclusivement médical, de détenus qui ont besoin de soins intensifs, sans que la file d'attente ou les conditions d'accueil ne poussent à un retour précipité en établissement pénitentiaire.

Cependant, ces structures ne devraient en aucun cas conduire à responsabiliser davantage les auteurs d'infractions souffrant de maladie mentale en prenant prétexte du fait que la reconnaissance de l'altération de leur discernement permettra une prise en charge médicale sécurisée de bonne qualité.

Dans ces conditions, le groupe de travail souhaite que des statistiques très précises soient établies dès l'entrée en vigueur de chaque UHSA, recensant notamment le type de pathologies rencontrées, le type de condamnations des patients accueillis, leur parcours pénitentiaire, la durée du séjour dans l'unité, les retours éventuels, afin qu'une évaluation régulière de ces structures puisse être réalisée.

Proposition

- Etablir des statistiques précises et détaillées sur les profils des détenus accueillis en UHSA (pathologie, condamnations, parcours pénitentiaire, séjours multiples dans la structure...) afin de permettre une évaluation régulière de ces unités.

• La situation des personnes ayant commis des infractions et reconnues irresponsables en raison d'une abolition du discernement

Par ailleurs, le groupe de travail a débattu de la situation des personnes ayant commis des infractions et reconnues irresponsables en raison d'une abolition du discernement. Il a envisagé **deux pistes alternatives** avec la volonté de rechercher les moyens d'assurer la prise en charge dans les meilleures conditions possibles de ces malades auteurs d'infractions pénales.

Il s'est interrogé sur la possibilité de créer au sein des UHSA des secteurs séparés qui seraient ouverts aux personnes déclarées irresponsables faisant l'objet d'une hospitalisation d'office. Dès lors que ces unités sont hospitalières, qu'elles répondent à un besoin différent des UMD (n'étant pas prévues pour des malades difficiles mais pour des malades justifiant des soins en hospitalisation complète avec ou sans leur consentement), qu'elles respectent des normes de sécurité que beaucoup d'hôpitaux psychiatriques ne sont pas en situation d'assurer, une telle perspective ne paraîtrait pas critiquable et aurait l'avantage d'éviter le risque d'une responsabilisation encore accrue des auteurs d'infraction atteints de troubles mentaux précédemment évoqué.

Il est cependant clair qu'une telle évolution, outre qu'elle pourrait perturber l'entrée en vigueur d'un dispositif dont le dimensionnement a été calculé au regard de la population carcérale actuelle, serait susceptible d'entraîner une confusion croissante entre hôpital et prison, entre justice et santé. **L'éventualité d'une affectation en UHSA de personnes n'ayant pas fait l'objet d'une condamnation pénale soulève des questions juridiques essentielles sur lesquelles une réflexion complémentaire est nécessaire.** Quel pourrait être le rôle de l'administration pénitentiaire à l'égard de ces personnes ? Qui déciderait de l'entrée dans les UHSA et de la sortie pour les personnes reconnues pénalement irresponsables ?

Aussi le groupe de travail a-t-il également envisagé un autre dispositif tendant à instituer au sein des UMD un quartier bénéficiant d'une sécurité renforcée, et en conséquence particulièrement adapté pour accueillir les personnes ayant commis des infractions et reconnues irresponsables.

Propositions alternatives

- Envisager la possibilité de créer au sein des UHSA des secteurs séparés qui seraient ouverts aux auteurs d'infractions reconnus irresponsables et hospitalisés d'office lorsque le type de prise en charge qu'elles permettent et le niveau de sécurité qu'elles assurent est adapté à la situation de ces malades.

- Envisager la création au sein des UMD de quartiers plus particulièrement sécurisés permettant d'accueillir les personnes ayant commis des infractions et reconnues irresponsables.

TRAVAUX DES COMMISSIONS

Réunies le mercredi 5 mai 2010, sous la présidence conjointe de Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales, et Jean-Jacques Hiest, président de la commission des lois puis de Patrice Gélard, vice-président de la commission des lois et d'Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales, les commissions ont procédé à la présentation par Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, rapporteurs pour la commission des lois, Gilbert Barbier et Christiane Demontès, rapporteurs pour la commission des affaires sociales, des conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions.

Jean-Jacques Hiest, président de la commission des lois. - Il s'agit d'une réunion importante sur un sujet difficile, auquel nos deux commissions s'intéressent depuis longtemps. En effet, la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux incarcérées n'a pas encore reçu de réponse satisfaisante dans notre pays. Le groupe de travail a procédé à de nombreuses auditions et visites afin d'avancer des propositions utiles pour remédier à une situation préoccupante.

Jean-René Lecerf, rapporteur pour la commission des lois. - La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 a défini pour la première fois le sens de la peine privative de liberté. Or il existe au sein des prisons françaises une proportion importante de personnes atteintes de troubles mentaux tels que la peine ne peut revêtir pour elles aucun sens. En tout état de cause, le quantum des peines prononcées ne correspond pas à l'évolution d'une pathologie. Ainsi, la situation actuelle ne répond ni aux exigences de la sécurité, ni à l'éthique médicale, ni aux valeurs démocratiques. Les questions soulevées rejoignent le débat plus large sur la dangerosité des personnes atteintes de troubles mentaux, les conditions de leur prise en charge et les relations entre la justice et la santé, qui ont fait dans la période récente l'objet de plusieurs rapports successifs.

La loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002 a institué les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui sont au cœur de notre réflexion : on peut les considérer comme un progrès dans la prise en charge médicale des personnes détenues souffrant de troubles mentaux mais aussi comme un risque de fermeture du cercle vicieux qui, en réservant des structures psychiatriques aux personnes condamnées, pourrait

encourager à condamner et incarcérer un nombre croissant de personnes atteintes de troubles mentaux.

Il nous a paru indispensable de porter un regard croisé de la commission des lois et de la commission des affaires sociales sur ces questions. En préambule de la présentation du rapport, plusieurs distinctions doivent être opérées. D'abord, la dangerosité ne se confond pas avec la maladie mentale. Au contraire, le trouble mental expose celui qui en souffre à être victime de violences dans une proportion dix-sept fois supérieure à la moyenne. Ensuite, la dangerosité psychiatrique, entendue comme la « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale », demeure un phénomène très spécifique qu'il convient de distinguer de la dangerosité criminologique. La maladie mentale elle-même est très diverse. Il va de soi que la psychose caractérisée à un moment ou à un autre de son évolution par une activité délirante peut présenter une dangerosité que ne comporte pas la névrose. Enfin, la maladie mentale doit être distinguée des troubles de la personnalité communément appelés psychopathies qui suscitent des réponses largement expérimentales d'un pays à l'autre, contrairement aux troubles mentaux pour lesquels existent des traitements codifiés reconnus à l'échelle internationale. Le groupe de travail a souhaité centrer sa réflexion sur les personnes souffrant de troubles mentaux qui seuls paraissent relever de l'article 122-1 du code pénal.

Le principe d'irresponsabilité pénale est ancré dans l'histoire du droit. L'article 64 du code pénal de 1810 prévoit ainsi qu'« il y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Soit le criminel est conscient de ses actes et il est alors déclaré coupable et responsable et doit être puni en conséquence. Soit son état de démence est reconnu : il ne peut être jugé et doit être remis à l'autorité administrative qui décide de son placement d'office dans un établissement pour aliénés. La loi du 30 juin 1838 a confirmé la compétence de l'autorité administrative et posé le principe du placement des malades mentaux dans des établissements spécialisés bientôt appelés asiles. Toutefois la distinction excessivement rigide introduite entre le criminel d'un côté et le malade de l'autre a fait l'objet de critiques et la « circulaire Chaumié » de 1905 pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes responsables de leurs actes tout en présentant un trouble mental selon le principe « demi-fou, demi-peine ».

Au terme du nouveau code pénal de 1993, l'article 122-1 dispose dans son premier alinéa que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » et, dans son deuxième alinéa, que « la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Par ailleurs, la loi du 25 février 2008 relative à la

rétenion de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale a profondément modifié les modalités de constatation et de déclaration de l'irresponsabilité pénale. En effet, désormais le juge d'instruction doit rendre une « ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » et non plus une ordonnance de non-lieu. Toutefois, si les parties ou le parquet le demandent, le juge d'instruction est tenu de transmettre le dossier à la chambre d'instruction sans pouvoir clôturer sa procédure par une ordonnance d'irresponsabilité pénale. Dans ce cas, la chambre de l'instruction procède à une audience publique et contradictoire et rend, le cas échéant, un arrêt d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. En outre, la chambre de l'instruction, le tribunal correctionnel et la cour d'assises disposent désormais de la possibilité d'ordonner eux-mêmes l'hospitalisation d'office. Enfin, la loi du 25 février 2008 a reconnu à ces juridictions la possibilité de prononcer à l'encontre de la personne reconnue irresponsable une ou plusieurs mesures de sûreté.

Le groupe de travail a souhaité clarifier les données statistiques sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Selon les estimations souvent reprises par les pouvoirs publics, il y aurait 25 % de personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Si une part importante de la population pénale présente une vulnérabilité justifiant des soins et un suivi psychiatrique, seule une minorité souffre des troubles mentaux les plus graves - schizophrénie ou autres formes de psychose. Cette proportion n'est toutefois pas négligeable. Le groupe de travail l'estime, à la lumière des enquêtes épidémiologiques et des constats plus empiriques livrés par les responsables des SMPR auditionnés par les rapporteurs, à 10 % de l'ensemble des détenus. Donc, pour plus de six mille détenus, la peine n'a pas de sens.

Nous nous sommes interrogés sur les causes de ce phénomène. Nous avons pensé, d'abord, que la distinction introduite par l'article 122-1 du code pénal entre l'abolition et l'altération du discernement avait pu favoriser un phénomène de responsabilisation. S'il est vrai que le nombre de non-lieux fondés sur le trouble mental s'est contracté entre 1989 et 2006, cette évolution doit être relativisée au regard de la baisse globale du nombre de non-lieux en raison du champ toujours plus réduit des affaires confiées au juge d'instruction. En revanche, le deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal ne prévoit pas expressément que l'altération du discernement constitue une cause légale de diminution de la peine - et de ce fait le président de la cour d'assises ne peut pas poser une question spécifique sur l'application de ces dispositions. En pratique, la détection d'un trouble mental chez l'accusé, comme l'ont confirmé des présidents de cours d'assises au groupe de travail, suscite l'inquiétude du jury et conduit à l'aggravation des peines, la prison étant considérée comme le lieu le plus sûr pour se prémunir de la dangerosité des personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi que le relevait le rapport de la commission « Santé-Justice » en 2005, « ce n'est pas le moindre des paradoxes que de constater que les individus dont le discernement a été

diminué puissent être plus sévèrement sanctionnés que ceux dont on considère qu'ils étaient pleinement conscients de la portée de leurs actes ».

Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie n'a pas été sans conséquence sur l'évolution du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Dans la période 1985-2005, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale est passée de 129 500 à 89 800 lits et places. Il semble que certains experts renoncent à conclure à l'irresponsabilité d'auteurs d'infractions afin d'éviter de mobiliser un lit d'hospitalisation dans un contexte de pénurie. Par ailleurs, l'organisation actuelle de la psychiatrie, comme l'a souligné le rapport établi par notre collègue Alain Milon au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps), a mis en évidence l'apparition de véritables zones blanches sur le territoire national sans accès au secteur psychiatrique. Ainsi un certain nombre de personnes arrivent en prison sans avoir été en mesure de bénéficier d'une continuité de soins qui aurait évité le passage à l'acte.

Il importe également de souligner le rôle de l'expertise. En pratique, l'expertise est systématique en matière criminelle et ordonnée selon la nature du délit en matière correctionnelle. Deux phénomènes ont pu conduire à la condamnation de personnes atteintes de troubles mentaux sans expertise psychiatrique préalable : la correctionnalisation des affaires et le développement des procédures rapides de jugement. A cela s'ajoutent les difficultés liées au déroulement de l'expertise : le temps consacré à l'expertise pour les crimes et les délits s'établirait respectivement, en moyenne, à une heure et un quart d'heure. L'expert manque parfois d'éléments tels que le dossier médical pour établir son diagnostic. Sous couvert du secret médical, l'équipe de soins en milieu pénitentiaire donne peu d'éléments cliniques à l'expert. Enfin, l'expert se prononce parfois plus en fonction d'a priori théoriques (la reconnaissance de la responsabilité permettrait de placer le malade face à la réalité de ses actes et constituerait ainsi le premier jalon d'une thérapie) que de l'observation clinique.

Christiane Demontès, rapporteure pour la commission des affaires sociales. - *Il me revient d'évoquer devant vous les conditions dans lesquelles sont pris en charge les détenus atteints de troubles mentaux. Je résumerai la situation en disant qu'au cours des dernières décennies, la prison s'est adaptée à la présence d'un nombre important de malades mentaux et que des progrès considérables ont été accomplis. Mais ces évolutions ne peuvent occulter la difficulté de prendre en charge des maladies mentales particulièrement graves dans le cadre carcéral.*

Depuis 1986, la prise en charge de la santé mentale des détenus est confiée au service public hospitalier et le dispositif en vigueur repose à la fois sur les secteurs de psychiatrie générale et sur des secteurs spécifiques au milieu pénitentiaire :

- les secteurs de psychiatrie générale interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) qui sont les unités en charge de l'ensemble de la santé des détenus ;

- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Ils suivent un découpage pénitentiaire par région et leur structure de base est le service médico-psychologique régional (SMPR). Rattachés à un établissement de santé, ces services sont situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt ou des centres pénitentiaires. Ils exercent principalement trois missions : recevoir systématiquement toutes les personnes arrivant dans l'établissement pénitentiaire d'implantation, assurer le suivi au cours de l'incarcération et préparer la mise en place du suivi post-pénal. Les SMPR comportent actuellement 360 lits environ et assurent essentiellement une prise en charge de jour. Seuls deux d'entre eux, à Fresnes et aux Baumettes, disposent d'une présence paramédicale assurée jour et nuit.

Les détenus ne peuvent recevoir de soins psychiatriques en détention qu'avec leur consentement. Dans ces conditions, dans les situations nécessitant une prise en charge thérapeutique intensive à temps complet ou en cas de crise, la seule voie possible est celle de l'hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique sur le fondement de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

En pratique, l'hospitalisation d'office peut être demandée soit par un psychiatre de SMPR, soit par un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire, et concerner un condamné ou un prévenu. Lorsque cela est nécessaire, l'hospitalisation peut être réalisée au sein d'une unité pour malades difficiles (UMD). Il n'existe aujourd'hui que cinq UMD en France pour une capacité de 427 places. Or, ces structures sont ouvertes à tous les malades difficiles et pas seulement aux détenus. Le nombre de places est donc tout à fait insuffisant.

Parallèlement à ces modalités habituelles de prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux, un établissement pénitentiaire, celui de Château-Thierry, s'est au fil du temps spécialisé dans la prise en charge d'une population pénale fortement perturbée, au point qu'en 2007, cette prison comptait 85 % de détenus psychotiques. Trois critères cumulatifs peuvent justifier une affectation dans cette structure : il faut que le reliquat de peine du détenu soit supérieur à dix-huit mois, que le détenu ne relève ni d'une hospitalisation en SMPR ni d'une hospitalisation d'office, enfin que le détenu n'arrive pas à s'intégrer dans un régime de détention classique.

Originaires de l'ensemble des prisons du territoire national, ces condamnés se caractérisent souvent par leur absence de liens familiaux et la durée moyenne de séjour à Château-Thierry est comprise entre six mois et un an. Lorsque nous avons visité cet établissement, son encadrement médical avait été renforcé mais voici quelques années seulement, cette prison ne disposait même pas d'un psychiatre à temps complet.

En fait, le haut niveau de qualité de la prise en charge dans cet établissement repose largement sur certaines pratiques originales développées par l'administration pénitentiaire. Les agents y établissent des relations individualisées, marquées par le geste symbolique de la poignée de mains avec le détenu, qui n'est pratiqué dans aucun autre établissement et scelle une relation différente de celle qui existe ailleurs. On constate ainsi que les relations entre personnel pénitentiaire et personnel soignant y sont plus développées et plus confiantes.

J'en viens maintenant aux limites de cette prise en charge psychiatrique des détenus. Celle effectuée au sein des SMPR, si elle a constitué un progrès considérable, rencontre des difficultés :

- les moyens en personnels médicaux demeurent insuffisants malgré les progrès importants réalisés au cours des dernières années. Au 31 décembre 2008, les SMPR comptaient 105 postes à temps plein pourvus de médecins, 238 postes d'infirmiers et 85 postes de psychologues. Ces chiffres sont élevés mais le recours aux soins de santé mentale est, en détention, dix fois supérieur à celui observé en population générale. En outre, les effectifs sont très inégalement répartis entre SMPR.

En effet, les écarts constatés dans la présence des psychiatres sur le territoire ont non seulement des effets sur l'organisation des secteurs de psychiatrie générale, qui n'assurent pas toujours un suivi suffisant de leurs patients, qu'ils soient ou non détenus, mais ils rendent également très difficile l'attribution des postes au sein des SMPR ou des Ucsa, compte tenu du peu d'attrait des médecins pour une activité réputée difficile ;

- par ailleurs, pour des raisons évidentes liées aux contraintes de déplacement des détenus, les SMPR accueillent prioritairement les détenus de l'établissement où ils sont situés. Or, les SMPR sont principalement localisés dans les maisons d'arrêt : ceci présente des avantages incontestables pour la réalisation d'évaluations à l'entrée en détention mais néglige le fait que certains établissements pour peines, en particulier les maisons centrales, accueillent des détenus condamnés à de très longues peines et souffrant parfois de troubles mentaux majeurs ;

- enfin, l'hospitalisation en SMPR est pour l'essentiel une hospitalisation de jour, compte tenu de l'absence, durant la nuit, de personnel soignant dans la plupart des cas et de l'impossibilité d'y accueillir des détenus sans leur consentement.

Mais l'aspect le plus critiquable de la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux est sans aucun doute la manière dont ils sont accueillis au sein des hôpitaux psychiatriques lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Réalisée sans leur consentement, cette hospitalisation se déroule le plus souvent, pour des raisons de sécurité, en chambre d'isolement, le détenu étant parfois entravé sans justification médicale. Dans ces conditions, les durées d'hospitalisation sont particulièrement brèves, ne dépassant

souvent pas deux à trois jours, et ne permettent pas la stabilisation attendue de l'état du patient.

L'accès aux UMD demeure par ailleurs particulièrement difficile compte tenu du nombre de places très restreint dans ces structures.

L'insuffisance de la prise en charge se manifeste enfin au moment de la sortie de prison. Hors les cas où les détenus libérés font l'objet de mesures telles que le suivi socio-judiciaire ou l'injonction de soins, ils sont bien souvent remis en liberté sans qu'un suivi particulier soit prévu. Le passage de relais au secteur psychiatrique général n'apparaît qu'imparfaitement assuré et certaines des personnalités que nous avons entendues ont souligné le manque de structures intermédiaires susceptibles d'accueillir des sortants de prison pour ménager une transition entre la prison et une prise en charge ambulatoire.

Ce sont ces insuffisances qui ont justifié la création, par une loi de 2002, des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces unités, implantées dans des établissements hospitaliers et faisant l'objet d'une garde périmétrique par l'administration pénitentiaire, ont pour objectif de compléter l'offre de soins aux détenus afin que ceux-ci puissent bénéficier d'une prise en charge psychiatrique réellement équivalente à celle qui existe en dehors du milieu carcéral. En particulier, ces structures doivent permettre d'hospitaliser les détenus avec leur consentement, ce qui est aujourd'hui impossible. Dix-sept unités de ce type seront construites au cours des prochaines années et une première tranche de neuf unités doit, en principe, être achevée en 2012.

Nous avons visité la première de ces unités, qui est située à l'hôpital du Vinatier à Lyon, et qui devait ouvrir ses portes fin 2009, mais qui n'est toujours pas entrée en fonction. Ces retards s'expliquent notamment par quelques difficultés dans la rédaction des décrets et circulaires, mais nous avons constaté qu'il est vraiment temps que cette situation cesse car les personnels sont tous sur place et risquent d'être démotivés si cette attente perdure. Ces UHSA sont contestées : d'abord, certains y voient une confusion entre la prison et l'hôpital ; ensuite, il existerait le risque que les experts et les juridictions déclarent, encore plus qu'aujourd'hui, les auteurs d'infractions pénalement responsables au motif que la prison sera désormais dotée des moyens d'une prise en charge de qualité et sécurisée des malades mentaux. C'est pourquoi il conviendra d'être particulièrement attentif aux conditions de fonctionnement de ces structures.

Avant d'en venir aux propositions du groupe de travail, je voudrais dire quelques mots très rapides sur les déplacements que le groupe de travail a effectués en Suisse et en Belgique pour examiner les conditions dans lesquelles ces pays voisins traitent de la question des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux. Sans entrer dans les détails qui figurent dans le rapport écrit, je ferai seulement trois observations :

- d'abord, les Suisses et les Belges opèrent une distinction très claire entre les peines et les « mesures » qui peuvent être prononcées à l'encontre des malades mentaux. Ces mesures, décidées par les juridictions, peuvent consister en un internement, dont la durée n'est pas définie, dans un établissement théoriquement spécialisé, on les appelle « établissements de défense sociale » en Belgique ;

- ensuite, cette distinction très nette entre peines et mesures dans le code pénal ne se retrouve pas aussi clairement dans la prise en charge effective, puisqu'un grand nombre de malades mentaux effectuent leurs « mesures » en prison, faute de place dans les établissements spécialisés ;

- enfin, et c'est peut-être l'enseignement le plus utile, la coopération entre magistrats et médecins apparaît plus aisée et développée qu'en France, chacun ne se repliant pas sur la préservation de ses compétences propres.

Jean-René Lecerf, rapporteur pour la commission des lois. - J'en viens à nos propositions. En premier lieu, le groupe de travail suggère de conserver la distinction entre abolition et altération du discernement, tout en prévoyant explicitement l'atténuation de la peine en cas d'altération. Certes, cette distinction a parfois été contestée, notamment par le docteur Christiane de Beaurepaire, ancienne responsable du SMPR de Fresnes, qui a rappelé qu'il n'existait pas de « discernomètre » et que le choix de telle ou telle affection psychiatrique comme cause d'irresponsabilité pénale est purement subjectif. Néanmoins ces réserves sont restées très minoritaires et la rédaction actuelle du code pénal, en laissant une latitude interprétative au clinicien, est sans doute préférable à la définition d'une liste de pathologies qui serait sans doute fixée par le législateur de manière restrictive, au risque de réduire encore les cas d'irresponsabilité pénale.

En revanche, le groupe de travail estime indispensable de réécrire le second alinéa de l'article 122-1 afin de préciser que l'altération du discernement doit constituer une cause légale d'atténuation de responsabilité tout en fixant cependant, par cohérence, des conditions nouvelles relatives à la prise en charge médicale des personnes dont la peine serait ainsi réduite. Il serait ainsi proposé de compléter le second alinéa de l'article 122-1 afin de prévoir que l'altération du discernement entraîne une réduction de la peine encourue comprise entre le tiers et la moitié de ce quantum. Cette modification aurait pour effet d'imposer au président de la cour d'assises, comme pour les autres causes légales de diminution de la peine, de poser aux jurés une question spécifique sur l'application de ces dispositions. Le même alinéa pourrait également être complété afin de prévoir que, lorsque la juridiction a constaté l'altération du discernement, la peine d'emprisonnement prononcée est assortie, pour une période comprise entre le tiers et la moitié de sa durée, d'un sursis avec mise à l'épreuve comportant une obligation de soin.

S'agissant de l'exécution de la peine, le groupe de travail estime que les personnes relevant du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal devraient obligatoirement être affectées dans un établissement comportant un

SMPR. Il propose en outre le retrait systématique des crédits de réduction de peine, prévus par l'article 721 du code de procédure pénale et des réductions de peine supplémentaires, prévues par l'article 721-1, en cas de refus, par la personne dont le discernement a été déclaré altéré, des soins qui lui ont été proposés par le juge de l'application des peines après un avis médical.

Le groupe de travail estime que ces personnes, à leur libération, devraient faire l'objet de la mise en œuvre d'une obligation de soins jusqu'au terme de la peine encourue. En outre, nous souhaitons que les mesures de sûreté actuellement réservées par les articles 706-38 à 706-40 du code de procédure pénale aux personnes irresponsables puissent être applicables à celles dont le discernement est altéré.

Christiane Demontès, rapporteure pour la commission des affaires sociales. - *Les propositions du groupe de travail qui ne portent pas spécifiquement sur la question de la responsabilité pénale s'organisent autour de quatre axes :*

- engager la révision de l'organisation territoriale de la psychiatrie et la réforme de la loi de 1990 sur l'hospitalisation sous contrainte ;*
- renforcer la formation des psychiatres et des infirmiers ;*
- améliorer les conditions de l'expertise ;*
- enfin, disposer d'une palette large d'outils pour prendre en charge les malades mentaux ayant commis des infractions.*

Même si ce sujet dépassait le cadre de ses travaux, le groupe de travail considère que la réforme de la psychiatrie générale, notamment en ce qui concerne son organisation territoriale, est devenue indispensable. Le rapport d'Alain Milon, établi dans le cadre de l'Opeps en avril 2009, l'a amplement montré.

La bonne organisation de la psychiatrie générale est un élément essentiel pour faire évoluer la situation des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux : d'une part, les difficultés d'organisation territoriale de la psychiatrie générale se retrouvent dans la psychiatrie pénitentiaire, souvent dans des proportions plus graves compte tenu de la faible attractivité de ce type de poste ; d'autre part, la continuité des prises en charge en psychiatrie générale est une nécessité absolue pour éviter de retrouver en prison certains malades. Dans ces conditions, le groupe de travail soutient les propositions de l'Opeps visant à organiser des états généraux de la santé mentale, réunissant les professionnels concernés, pour préparer un projet de loi sur la santé mentale susceptible de permettre l'adaptation de l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population.

Par ailleurs, plusieurs personnes entendues ont souligné l'insuffisance actuelle de la formation des psychiatres à la pratique médico-légale, ce qui entraîne des conséquences à la fois sur l'expertise et sur les prises en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis

des infractions. En ce qui concerne les infirmiers, il n'existe plus de diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et aucune spécialisation en la matière n'a été mise en place. C'est pourquoi le groupe de travail propose :

- de renforcer la formation des psychiatres à la pratique médico-légale et à l'exercice de la médecine pénitentiaire, par exemple en créant un diplôme d'études spécialisées complémentaire en psychiatrie médico-légale comme il en existe un en addictologie ;

- de développer les formations communes aux professionnels de la justice et de la santé appelés à intervenir auprès des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux ;

- de créer une spécialisation de niveau master en psychiatrie pour les infirmiers.

En ce qui concerne l'expertise psychiatrique, le groupe de travail propose :

- d'actualiser et d'harmoniser au niveau national les questions types posées aux experts ;

- d'organiser régulièrement des échanges entre experts, sur le modèle de l'audition publique de 2007 menée par la Fédération française de psychiatrie en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS) ;

- de revaloriser la rémunération des expertises pénales ;

- d'examiner la possibilité de rétablir, car elle a été abandonnée, l'expertise conjointe par deux experts dans certains cas.

Par ailleurs, au fil de nos travaux, nous avons acquis la conviction qu'on ne règlera pas le problème des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux par une solution unique. Il nous paraît donc nécessaire de disposer d'une palette large d'instruments de prise en charge. C'est pourquoi nous proposons :

- de créer quelques SMPR dans les maisons centrales, qui accueillent les détenus condamnés aux peines les plus longues, afin que ceux-ci soient pris en charge dans de bonnes conditions ;

- d'accroître rapidement le nombre d'UMD, qui reste très insuffisant. Dans le cadre du plan de relance, cinq nouvelles unités doivent être construites au cours des prochaines années, et nous souhaitons que la réalisation de ces structures soit la plus rapide possible car elles permettront d'accueillir des malades déclarés irresponsables mais aussi des détenus si leur état justifie une hospitalisation dans une de ces structures.

Nous proposons également de valoriser l'expérience du centre pénitentiaire de Château-Thierry en envisageant la création d'un second établissement de ce type et en favorisant la mise en place, au sein de quelques établissements pénitentiaires, d'unités pour la prise en charge de long séjour de personnes stabilisées mais fragiles.

En ce qui concerne la sortie de prison, le groupe de travail souhaite la mise en place d'outils de suivi, sous l'égide des agences régionales de santé, pour que tout détenu ayant séjourné en SMPR puisse être suivi dans le cadre du secteur de psychiatrie générale à sa sortie de prison. Nous recommandons également le développement de dispositifs d'hébergement, tels que les appartements thérapeutiques, afin de ménager des transitions entre la sortie de prison et une prise en charge purement ambulatoire.

Enfin, en ce qui concerne l'avenir des UHSA, nous souhaitons qu'une évaluation régulière de ces structures puisse être réalisée, notamment en ce qui concerne les pathologies rencontrées ou la durée de séjour dans ces unités. Il nous semble important de suivre avec attention le fonctionnement de ces unités totalement nouvelles, qui ne doivent pas conduire à incarcérer davantage qu'aujourd'hui les malades mentaux.

Pour ce qui est du meilleur moyen de prendre en charge les personnes déclarées irresponsables, nous avons entre nous une divergence d'appréciation, ce qui nous a conduits à formuler deux propositions alternatives :

- pour conjurer le risque que la création des UHSA ne marque l'étape ultime vers la responsabilisation et l'incarcération systématique des malades mentaux ayant commis des infractions, les rapporteurs de la commission des lois envisagent la possibilité de créer au sein des UHSA des quartiers réservés aux personnes déclarées irresponsables. Ceci pourrait conduire à limiter les déclarations de responsabilité pénale des personnes souffrant de troubles mentaux très graves. Je laisserai mes collègues revenir sur cette proposition ;

- de notre côté, en tant que rapporteurs de la commission des affaires sociales, nous craignons qu'une telle évolution ne conduise à une confusion croissante entre justice et santé. Or, ceci soulève des questions juridiques très lourdes sur le rôle de l'administration pénitentiaire à l'égard des personnes irresponsables et sur les conditions dans lesquelles le placement en UHSA de personnes qui ne font l'objet d'aucune condamnation serait décidé. Notre préférence va à un développement important des UMD, accompagné d'un renforcement de la sécurité de certaines d'entre elles ou de certains de leurs quartiers pour que les juridictions sachent que le fait de déclarer un auteur d'infraction irresponsable n'aboutit pas nécessairement à prendre un risque pour la société. Nous estimons que les UMD sont les structures appropriées pour prendre en charge les personnes irresponsables représentant un danger pour elles-mêmes et pour autrui.

Jean-Jacques Hyst, président de la commission des lois. - *Comme il y a divergence sur une des propositions du rapport, les rapporteurs de la commission des lois peuvent-ils expliquer la position qu'ils défendent ?*

Jean-René Lecerf, rapporteur pour la commission des lois. - *Cette divergence porte sur le rôle qui pourrait être confié aux UHSA.*

Nous avons été très frappés, en visitant l'établissement de Tournai en Belgique, par le fait que la prise en charge médicale ne distingue pas entre les personnes dont le discernement était aboli et celles dont le discernement était altéré. Les psychiatres que nous avons interrogés nous ont indiqué que si, parmi les personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves, certaines avaient commis des infractions et d'autres s'en étaient abstenues, cela relevait pour une part du hasard. Les présidents de cours d'assises nous ont également indiqué qu'ils ne pouvaient garantir aux jurés que l'accusé, s'il était reconnu irresponsable, ne constituerait pas à l'avenir un danger pour la société. Dans ces conditions, les jurés optent évidemment pour l'altération du discernement. Cette situation, comme l'ont souligné les magistrats, s'explique par le fait qu'il n'existe pas aujourd'hui d'alternative à la prison pour prendre en charge des personnes atteintes de troubles mentaux présentant encore une forte dangerosité.

C'est la raison pour laquelle les rapporteurs du groupe de travail issus de la commission des lois ont estimé que les UHSA pourraient accueillir les personnes irresponsables. Le placement pourrait être décidé par la juridiction de jugement, après avis médical, selon des modalités qu'il conviendrait de préciser. D'ores et déjà, le juge a la capacité de décider l'hospitalisation d'office. Ce placement pourrait être réservé aux personnes irresponsables ayant commis les infractions les plus graves. Les auteurs d'infractions moins graves, celles par exemple présentant un caractère délictuel, dont le discernement aurait été aboli, feraient l'objet d'une obligation de soins et pourraient être soumis à des mesures de sûreté. Cependant, un manquement à ces obligations ne conduirait pas, comme tel est actuellement le cas, à l'application d'une sanction pénale, ce qui n'a guère de sens, mais à un placement en UHSA. Le maintien au sein de l'UHSA pourrait être renouvelé tous les ans, à l'exemple belge, par une commission associant juge, médecin et un représentant du patient.

Le dispositif français nous apparaît excessivement manichéen : soit la personne est reconnue irresponsable et son suivi relève exclusivement du médecin, soit la personne est condamnée et relève alors du juge. Les personnes atteintes de troubles mentaux reconnues pénalement responsables en raison d'un discernement seulement altéré seraient, conformément au dispositif actuellement envisagé pour les UHSA, transférées dans ces unités en cas de crise et elles pourraient faire l'objet d'un suivi une fois stabilisées, dans un établissement plus spécialisé du type Château-Thierry.

J'attire votre attention sur le fait que le coût de Château-Thierry représente un dixième du prix de journée des UMD et des futures UHSA. Je précise également qu'à la différence de nombreux établissements psychiatriques, on ne déplore pas de suicides à Château-Thierry, qui accueille pourtant 85 % de psychotiques, alors qu'on connaît la vulnérabilité au risque suicidaire des malades mentaux. La solution que nous proposons est donc un peu hybride. Il nous semble qu'elle est de nature à entraîner une hausse des non-lieux pour irresponsabilité des cours d'assises.

Gilbert Barbier, rapporteur pour la commission des affaires sociales. - *En ce qui concerne la divergence entre nos commissions, il faut rappeler que la première UHSA n'est pas encore ouverte. Si on commence à modifier le statut de ces unités, sans disposer du moindre retour sur leur fonctionnement, nous risquons de perturber fortement leur mise en place. Par ailleurs, le nombre de places en UHSA est limité et la solution proposée par les rapporteurs de la commission des lois pourrait donc créer une situation très difficile, ces unités risquant d'être immédiatement saturées. Il y a surtout un désaccord sur le fond : nous considérons pour notre part que, dès lors que la juridiction a considéré que la personne est irresponsable de ses actes, celle-ci relève de la médecine et notamment de la psychiatrie, éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation d'office en UMD. Toutefois, le mélange de ces personnes nous paraît extrêmement délicat. Je rappelle que les UHSA sont sécurisées par l'administration pénitentiaire et que le système envisagé par nos collègues aboutirait donc à placer des irresponsables pénaux sous le contrôle de l'administration pénitentiaire.*

J'ajoute que, dans le travail que nous avons mené, nous avons entendu de nombreux termes : troubles mentaux, malades mentaux, troubles de la personnalité, etc. Ces notions sont difficiles à cerner. En particulier, l'article 122-1 du code pénal mentionne les « troubles psychiques ou neuropsychiques », la distinction entre les deux n'apparaissant pas évidente. Il y a probablement une étude approfondie à conduire sur ces notions.

Je voulais également évoquer la situation des personnes prévenues, qui constituent un quart des personnes emprisonnées et dont la situation est particulière puisque leur irresponsabilité sera peut-être constatée en cours de procédure. Enfin, la diminution du nombre de lits d'hospitalisation correspond à une évolution profonde de la psychiatrie qui, au cours des trente ou quarante dernières années, a modifié ses méthodes de prise en charge en renonçant à l'hospitalisation à vie ; il me semble qu'il ne faut pas exagérer l'impact de cette évolution sur l'augmentation du nombre de détenus présentant des troubles mentaux.

Jean-Pierre Michel, rapporteur pour la commission des lois. - *Notre approche, en tant que rapporteurs de la commission des lois, a consisté à vouloir casser des barrières qui nous semblent totalement aléatoires. On peut distinguer trois catégories de personnes : les malades mentaux n'ayant pas commis d'infraction, les malades mentaux qui en ont commis et qui ont été reconnus irresponsables, et les malades mentaux qui ont commis des infractions et ont été reconnus responsables pénalement, à partir d'une expertise réalisée dans des conditions souvent insatisfaisantes. En comparution immédiate, l'expertise dure une dizaine de minutes, sans que l'expert ne dispose d'information sur les antécédents de la personne. Ces catégories ne sont pas pertinentes. Or, trois objectifs sont visés : soigner les malades, appliquer une sanction à ceux qui ont commis des infractions et, enfin, protéger le malade et la société. La situation actuelle n'est pas satisfaisante : la personne reconnue irresponsable est envoyée en hôpital*

psychiatrique, mais elle en ressort rapidement, sans aucune obligation de soin, d'où un risque très élevé de récurrence, ce qui est scandaleux. Pour ce qui est des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont en détention, les soins proposés sont insuffisants et il n'y a aucun moyen de contraindre un malade à se soigner. J'attire votre attention sur le fait qu'aujourd'hui, les UMD accueillent indistinctement ces trois catégories de malades, ce que personne ne conteste. Sur la question des UHSA, il nous paraît important de faire évoluer les frontières.

Marie-Thérèse Hermange. - J'ai une question concrète. Je représente le Sénat au SMPR de Fresnes. Récemment, on nous a annoncé la fermeture de cette unité, ce qui me stupéfie dans le contexte qui vient d'être décrit. Doit-on encourager cette fermeture ou au contraire militer pour son maintien ?

Jean-René Lecerf, rapporteur pour la commission des lois. - J'ai souvent visité Fresnes, en tant que rapporteur pour avis des crédits de l'administration pénitentiaire. C'est l'hôpital qui va être fermé, car on crée parallèlement une UHSA. Toutefois, cette fermeture ne doit avoir aucun effet sur le SMPR, qui doit demeurer afin d'offrir des soins psychiatriques aux détenus.

Alain Milon. - Je remercie les rapporteurs d'avoir fait référence à plusieurs reprises au rapport de l'Opeps. Il faut considérer, et c'est essentiel, que la psychiatrie n'est pas une médecine, mais une spécialité de la médecine : les psychiatres doivent travailler en équipe, avec les autres médecins.

Je souhaite revenir également sur la diminution du nombre de lits hospitaliers en milieu psychiatrique : cette évolution a été naturelle, elle était nécessaire et elle n'entraîne pas automatiquement une augmentation du nombre de malades mentaux incarcérés. Il ne faut pas stigmatiser la psychiatrie dans ce genre de sujet. Sur la question de la formation, il est vrai qu'il y a quelques années, on a supprimé le diplôme de neuro-psychiatre. Il faudra probablement revenir sur cette décision, les progrès de l'imagerie médicale démontrant la pertinence de cette discipline. Le rapport de l'Opeps a également demandé la création, au niveau master, d'une spécialisation en psychiatrie pour les infirmiers. Tous les psychiatres disent régulièrement que les difficultés rencontrées dans le milieu hospitalier ne viennent pas d'une diminution du nombre de psychiatres mais bien de la diminution, voire de la disparition, des infirmiers psychiatriques. Les propositions du groupe de travail me semblent donc utiles.

J'attire votre attention sur le fait que tout le monde n'a pas conscience des enjeux soulevés par la prise en charge des maladies psychiatriques. Actuellement, 20 % de la population sont potentiellement concernés par la maladie psychiatrique, alors que 2 % seulement des crédits de recherche sont consacrés à la recherche en psychiatrie : les proportions sont inverses pour le cancer. Il y a donc un déséquilibre et il faut rétablir les

choses afin de mieux soigner les malades psychiatriques. Il me semble également très important de bien faire la distinction entre dangerosité criminelle et dangerosité psychiatrique. J'ajoute enfin que notre collègue Nicolas About, qui a dû nous quitter pour présider une réunion de son groupe, m'a chargé de vous indiquer qu'il se rapprochait de la position préconisée par Christiane Demontès au nom de la commission des affaires sociales : pour lui, les auteurs d'infractions reconnus pénalement irresponsables ne doivent pas être placés sous la surveillance de l'administration pénitentiaire.

Alain Vasselle. - Le rapport de nos collègues apporte un éclairage très pertinent sur ce sujet mais il m'inspire une remarque. J'ai exercé pendant longtemps les fonctions de président du conseil d'administration de l'hôpital psychiatrique de Clermont, dans l'Oise. Je confirme que la diminution du nombre de lits est allée de pair avec la sectorisation et l'augmentation du nombre d'appartements thérapeutiques. Il ne s'agit pas d'une réduction de l'offre de soins mais d'une évolution des modalités de prise en charge. Ma première question est pour Christiane Demontès. Dans votre rapport, vous faites référence à l'insuffisance des moyens en personnels médicaux. Existe-t-il des normes en matière d'encadrement de ces malades qui se trouvent incarcérés ? Avez-vous chiffré les moyens budgétaires qui seraient nécessaires pour assurer une couverture satisfaisante de l'ensemble du territoire national ? Compte tenu de la conjoncture économique actuelle, c'est un élément important : pourrions-nous mobiliser ces moyens ? Ma deuxième question est pour Jean-René Lecerf. Je n'ai pas bien compris votre raisonnement s'agissant du traitement des personnes dont le discernement était altéré et du suivi et de l'obligation de soins dont elles pourraient faire l'objet. Vous avez dit que ces patients pourraient bénéficier d'une réduction de peine, sauf s'ils refusent les soins. Puis, vous avez indiqué qu'à leur sortie de prison, ces personnes pourraient faire l'objet d'une obligation de soin et de mesures de sûreté. J'ai du mal à comprendre qu'on puisse leur imposer une obligation de soin à leur sortie de prison, même si elles ne sont pas consentantes, alors qu'en détention, on respecte leur refus de soin. Je souhaiterais savoir ce qui vous a amené à ces conclusions. Il serait plus acceptable, à mon sens, d'étendre cette obligation de soin au cours de la détention elle-même.

Nicole Borvo Cohen-Seat. - Il est incontestable qu'il y a une vraie misère de la psychiatrie publique à l'heure actuelle. On peut également s'interroger sur les courants de pensée dominants qui irriguent aujourd'hui la psychiatrie. J'ai toujours défendu l'idée, incontournable à mes yeux, qu'il ne peut y avoir de traitement psychiatrique efficace sans consentement des intéressés. Dire que l'on traite les gens sans leur consentement pose un problème. Je souhaite poser une question sur les positions différentes défendues par nos collègues de la commission des lois et par ceux de la commission des affaires sociales : comment ce débat s'est-il instauré entre vous ? Il me semble qu'un tel débat résulte des décisions qui ont présidé à la création des UHSA, lesquelles ne sont pas encore entrées en fonctionnement, à

l'exception de l'ouverture prochaine du Vinatier, ce qui interdit toute évaluation pour le moment. Il aurait été intéressant de partir d'une évaluation des UMD, afin de déterminer si ce type de structures doit être développé afin de permettre une prise en charge indifférenciée des malades ayant commis des infractions et de ceux n'en ayant pas commis. Peut-être la décision du Gouvernement de créer les UHSA, dont on ignore ce qu'elles donneront, enferme-t-elle la réflexion ? Il serait intéressant de travailler à partir d'une évaluation de ce qui existe, afin de voir si les UMD ne seraient pas plus pertinentes que les multiples créations qui sont proposées régulièrement.

Alima Boumediene-Thiery. - *Ce rapport nous permet d'avoir une approche à la fois généraliste et plus maîtrisée de ce sujet très technique mais très important pour nous. J'ai trois questions. Je souhaite tout d'abord savoir si, lorsque la juridiction reconnaît que le discernement de l'auteur de l'infraction était altéré, cette reconnaissance a une influence sur la prise en charge et les soins qui sont proposés au détenu. Par ailleurs, je comprends que le consentement soit nécessaire, mais comment peut-on demander à un malade dont le discernement est aboli de consentir à des soins ? Enfin, il me paraît essentiel de travailler sur la notion de dangerosité à la lumière de l'expérience belge. Pourrait-on creuser davantage cette notion qui a des conséquences importantes pour la personne elle-même et pour la société ?*

Claude Jeannerot. - *Le rapport d'information dessine un paysage très complexe et des réalités paradoxales. Peut-on m'indiquer clairement ce qui distingue les UHSA et les UMD ?*

Nicolas About. - *La question qui vient d'être posée est tout à fait pertinente. La différence fondamentale entre l'UHSA et l'UMD, c'est que la première est sécurisée par l'administration pénitentiaire tandis que la seconde est une structure exclusivement médicale. Il faut éviter, à cet égard, que les personnes déclarées irresponsables, et qui n'ont de ce fait pas été condamnées, soient mêlées, au sein des mêmes unités, à des personnes condamnées. La mesure de sûreté ne doit pas être confondue avec une mesure de détention. Je comprends le pragmatisme au nom duquel Jean-René Lecerf défend la prise en charge des intéressés par les UHSA, mais je connais aussi son attachement aux principes, et il me semble préférable d'encourager la prise en charge des malades mentaux dangereux par des unités hospitalières non pénitentiaires. J'ajoute qu'il faut éviter de confondre dangerosité psychiatrique et dangerosité sociale et veiller à ce que les intéressés soient placés, pour leur propre bien comme pour celui de la société, dans la structure qui leur est la plus adaptée.*

Jean-René Lecerf, rapporteur pour la commission des lois. - *Je ne partage pas l'opinion d'Alain Milon selon laquelle la fermeture des lits en hôpital psychiatrique n'a pas porté à conséquence. Les psychiatres que nous avons entendus affirment le contraire. En outre, il existe un lien direct entre ces fermetures et la baisse sensible du nombre de déclarations d'irresponsabilité prononcées : les jurés savent qu'il n'y a pas de lits disponibles pour une hospitalisation psychiatrique du malade mental et, en*

l'absence de solution alternative à l'emprisonnement, ils choisissent de condamner l'intéressé à la détention. J'ajoute qu'il est pire, pour les malades mentaux, d'être en prison qu'en UHSA. Je rappelle, à cet égard, que l'UHSA est avant tout un dispositif hospitalier, l'administration pénitentiaire n'assurant que la garde de son périmètre extérieur. Les unités hospitalières sécurisées interrégionales réservées aux soins somatiques des personnes détenues, et dont la garde est confiée à la police ou à la gendarmerie, montrent d'ailleurs que d'autres dispositifs sont possibles.

Par ailleurs, l'incertitude ou la fragilité de certaines motivations qui, comme je l'ai indiqué, conduisent à reconnaître ou non une personne pénalement responsable, en raison d'une altération temporaire ou d'une abolition de son discernement, m'incitent à être très réservé sur la distinction tranchée qu'on établirait entre les malades dangereux selon qu'ils ont été déclarés ou pas responsables, qui justifierait qu'ils relèvent dans un cas d'une UHSA et dans l'autre non.

J'ajoute que la solution de l'UHSA peut éviter au juge d'être placé dans la situation contradictoire de condamner une personne déclarée irresponsable en cas de manquement aux mesures de sûreté auxquelles elle a été soumise.

Il n'est pas possible d'imposer des soins à une personne incarcérée. Cependant, la recommandation que nous formulons selon laquelle le juge pourrait décider de lier la réduction de peine à l'acceptation, par l'intéressé, d'un suivi psychiatrique répond au paradoxe souligné par Alain Vassel et Alima Boumediene Thiery. Il faut que la personne atteinte de trouble mental soit incitée à accepter les soins qui lui sont proposés, ce qui peut ensuite, par surcroît, l'amener à y adhérer.

Jean-Pierre Michel, rapporteur pour la commission des lois. - Soyons pragmatiques. Il est certes absurde qu'au sein d'une UMD, on puisse contraindre la personne à suivre des soins alors qu'en prison, lieu par excellence de nombreuses contraintes, cela est impossible. Une incitation au soin doit être mise en place dans ce cadre.

Jean-René Lecerf, rapporteur pour la commission des lois. - L'exemple de Château-Thierry, établissement pénitentiaire remarquable qui accueille 85 % de psychotiques montre, comme l'a relevé un psychiatre que j'ai rencontré lors d'une de mes visites dans cet établissement, que les internés y sont sans doute mieux soignés qu'ils ne le seraient dans un hôpital psychiatrique.

Jean-Pierre Michel, rapporteur pour la commission des lois. - Et pour un prix de journée inférieur !

Christiane Demontès, rapporteure pour la commission des affaires sociales. - Les personnes que nous avons entendues font le lien entre les fermetures de lits en hôpital psychiatrique et l'augmentation du nombre de personnes malades en prison. Ceci pose la question de la prise en charge

psychiatrique globale et de la grande inégalité de cette prise en charge en fonction des territoires, qu'il s'agisse de la psychiatrie ordinaire ou de la psychiatrie en milieu carcéral.

Les UHSA ont été créées pour prendre en charge les malades mentaux emprisonnés. Comme l'a souligné Jean-René Lecerf, un grand nombre d'auteurs d'infractions se voient reconnaître une altération du discernement qui conduit à leur incarcération. Les UHSA trouvent leur justification dans la prise en charge de ces condamnés. Qu'advient-il si l'on y place des personnes atteintes de troubles mentaux non emprisonnées parce qu'elles ont été déclarées irresponsables ? Leur place est au sein d'une institution médicale. Des UMD doivent être créées en nombre suffisant et certaines doivent être spécialisées ou dotées de quartiers particuliers pour accueillir des personnes dont la dangerosité serait avérée.

Jean-Pierre Michel, rapporteur pour la commission des lois. - *Mais les UHSA sont des établissements hospitaliers à plus de 80 % ! L'administration pénitentiaire en garde le périmètre mais ne pénètre pas dans les locaux.*

A l'issue de ce débat, la commission autorise la publication du rapport d'information.

GLOSSAIRE

Maison d'arrêt

Etablissement pénitentiaire recevant les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.

Maison centrale

Etablissement pénitentiaire pour peines comportant une organisation et un régime de sécurité renforcés.

SMPR

Service médico-psychologique régional pour les détenus implanté soit dans des maisons d'arrêt, soit dans des centres pénitentiaires, et rattaché à un établissement hospitalier.

Ucsa

Unité de consultation et de soins ambulatoires implantée dans les établissements pénitentiaires et rattachée à un hôpital, chargée de dispenser les soins courants aux détenus, y compris les soins dentaires.

UHSA

Unité hospitalière spécialement aménagée, implantée dans des établissements de santé et sécurisée par l'administration pénitentiaire afin d'assurer l'hospitalisation avec ou sans consentement des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. La première UHSA doit ouvrir dans les prochains jours à l'hôpital du Vinatier à Lyon.

UHSI

Unité hospitalière sécurisée interrégionale destinée à accueillir des détenus devant subir une hospitalisation programmée de plus de 48 heures. L'UHSI ne prend pas en charge les malades dont l'hospitalisation relève d'un motif exclusivement psychiatrique.

UMD

Unité pour malades difficiles à vocation interrégionale, implantée dans un centre hospitalier spécialisé, réservée à l'hospitalisation à temps complet des patients présentant un danger pour autrui, y compris des personnes détenues lorsqu'elles font l'objet d'une hospitalisation d'office.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- Ministère de la justice

- Direction des affaires criminelles et des grâces

Mme Maryvonne Caillibotte, directrice

- Direction de l'administration pénitentiaire

M. Laurent Ridel, sous-directeur des personnes placées sous main de justice

Mme Dominique De Galard, conseiller santé en milieu pénitentiaire auprès du directeur de l'administration pénitentiaire

Mme Annie Kensey, chef du bureau des études et de la prospective

- Ministère de la santé

Mme Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

M. Didier Houssin, directeur général de la santé

- Magistrats

M. Jean-Pierre Getti, président de chambre à la cour d'appel de Versailles, ancien président de cours d'assise de Paris

M. Edouard Couty, conseiller-maître à la Cour des comptes, auteur d'un rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie

- Syndicat de la magistrature

Mme Clarisse Taron, présidente

Mme Odile Barral, vice-présidente

- Union syndicale des magistrats

Mme Catherine Vandier, vice-présidente

M. Laurent Bedouet, secrétaire général

- Avocats

Mme Catherine Glon, membre du Conseil national des Barreaux, avocate à Rennes

Mme Nathalie Barbier, ancien bâtonnier de Bobigny pour la Conférence des bâtonniers

- Contrôleur général des lieux de privation de liberté

M. Jean-Marie Delarue, Contrôleur général

- Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH)

Mme Nicole Questiaux, membre, ancienne présidente

- Observatoire international des prisons

Mme Stéphanie Djian, déléguée nationale adjointe

M. Philippe Carrière, psychiatre, membre du conseil d'administration

- Enseignants et chercheurs

M. Jean Danet, maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l'université de Nantes

Pr Jean Pradel, professeur de droit pénal à l'université de Poitiers

Melle Caroline Protais, doctorante en sociologie, auteur d'une thèse : « L'appréhension de la responsabilité pénale des malades mentaux par les experts psychiatres, 1950-2007. »

M. Marc Renneville, maître de conférence, auteur du livre « crimes et folies »

Pr Jean-Louis Senon, professeur de médecine à l'université de Poitiers

M. Pierre-Victor Tournier, directeur de recherches au CNRS

- Médecins

Dr Louis Albrand, médecin, président de la commission sur la prévention du suicide en milieu carcéral

Dr Evry Archer, chef du SMPR de Loos-Sequedin

Dr Christiane de Beaurepaire, psychiatre

Pr Jean-Luc Chopard, chef de service de médecine légale et de victimologie au CHU de Besançon

Dr Roland Coutanceau, psychiatre

Dr Michel David, psychiatre des hôpitaux, chef de service SMPR au centre pénitentiaire de Baie-Mahault

Pr Daniel Sechter, chef de service de psychiatries adultes au CHU de Besançon

Dr Jean-Louis Terra, professeur de psychiatrie, auteur d'un rapport sur la prévention du suicide des personnes détenues

Dr Daniel Zagury, médecin à l'établissement public spécialisé en santé mentale de Ville Evrard

- Collège des soignants intervenant en prison

Dr Catherine Paulet, chef du SMPR de Marseille, présidente de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Dr Gérard Laurencin, chef de service du SMPR de Toulouse

- Hôpital Le Vinatier de Lyon

Mme Véronique Bourrachot, directrice générale adjointe, exerçant les fonctions de directeur général par intérim

Dr Pierre Lamothe, responsable du SMPR

Dr Jean-Pierre Salvarelli, président de la commission médicale

- Union nationale des amis et familles de malades mentaux

M. Jean Canneva, président

- Fédération des établissements hospitaliers et d'associations privées à but non lucratif

M. David Causse, directeur des services sanitaires

Mme Cécile Benezet, conseiller des services sanitaires

Mme Chantal Philippe, directrice du CHS de Sainte-Marie

- Syndicat des psychiatres des hôpitaux

Dr Gérard Rossinelli, vice-président

- Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés

M. Yvan Halimi, président

- Fédération nationale des associations des (ex) patients en psychiatrie

Mme Claude Finkelstein, présidente

- Association de criminologie

M. Alain Blanc, président

- Association pour la protection contre les agressions et les crimes sexuels

M. Jean-Pierre Escarfail, président

- Association d'aide aux parents d'enfants victimes

M. Alain Boulay, président

LISTE DES DÉPLACEMENTS

Déplacement à Château-Thierry

Membres de la délégation : MM. Jean-René Lecerf, Antoine Lefèvre et Jean-Pierre Michel.

Jedi 2 juillet 2009

Visite du centre pénitentiaire

Membres de la délégation : Mmes Christiane Demontès et Christiane Kammermann et M. Gilbert Barbier.

Jedi 7 janvier 2010

Visite du centre pénitentiaire

Déplacement à Villejuif

Membres de la délégation : Mmes Nicole Borvo Cohen-Seat, Christiane Demontès, Bernadette Dupont, MM. Nicolas About, Gilbert Barbier, Yves Détraigne, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel.

Jedi 9 juillet 2009

Visite de l'unité pour malades difficiles Henri Colin

Déplacement à Fresnes

Membres de la délégation : Mme Christiane Demontès, MM. Yves Détraigne et Jean-René Lecerf.

Jedi 22 octobre 2009 (Visite de la maison d'arrêt de Fresnes)

- Visite du service médico-psychologique régional
- Visite de l'unité psychiatrique hospitalière

Déplacement en Suisse

Membres de la délégation : Mme Christiane Demontès, MM. Gilbert Barbier, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel.

Mercredi 25 novembre 2009 (Genève)

- Accueil par M. Yves Grandjean, secrétaire général de l'unité de psychiatrie pénitentiaire
- Présentation du projet Curabilis par le Dr Ariel Eytan, médecin adjoint agrégé, responsable de l'unité psychiatrique pénitentiaire
- Présentation du centre de médecine pénitentiaire par M. Pierre Brennenstuhl, responsable du centre
- Présentation du centre de sociothérapie « La Pâquerette » par Mme Véronique Merlini, directrice du centre
- Visite du Seran : unité de réhabilitation (patients sous application d'article judiciaire) avec M. Jean-Christophe Fayet, infirmier responsable et Dr Malek Ammar, médecin chef de clinique
- Visite de l'unité carcérale psychiatrique avec le Dr Natacha Loboyko, médecin chef de clinique
- Discussion avec Pr. Pandélis Giannakopoulos, chef du département de psychiatrie

Jeudi 26 novembre 2009 (Lausanne)

- Visite des établissements de la plaine de l'Orbe avec M. Aeby, directeur
- Déjeuner de travail avec M. Philippe Leuba, Conseiller d'Etat, chef du département de l'intérieur du canton de Vaud
- Échanges avec les représentants du parquet, les juges d'application des peines, la cheffe de l'Office d'exécution des peines, le président de la Commission Interdisciplinaire Consultative du canton de Vaud

Déplacement en Belgique

Membres de la délégation : MM. Gilbert Barbier, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel.

Jeudi 4 février 2010 (Tournai)

- Introduction de la journée par M. Guy Debacker, directeur général
- Présentation de la loi de Défense sociale par M. P.J. Cornu, criminologue
- Présentation des projets "internés" et circuits de soins par Dr Benjamin Delaunoit, médecin chef
- Présentation de la section de Défense sociale par Dr Benjamin Delaunoit
- Entretien avec Pr Thierry Pham, directeur du centre de recherche en défense sociale
- Visite sur le site fermé de la section de Défense Sociale