

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>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I. UN CONSTAT ALARMANT : UN GRAND NOMBRE DE DÉTENUS SOUFFRENT DE TROUBLES MENTAUX SANS ÊTRE PRIS EN CHARGE DANS DE BONNES CONDITIONS</b> .....	11
<b>A. LE CADRE JURIDIQUE : L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE EN RAISON DE L'ABOLITION DU DISCERNEMENT</b> .....	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>B. UNE PROPORTION IMPORTANTE DE PERSONNES POUR LESQUELLES LA PEINE N'A PAS DE SENS</b> .....	22
1. <i>Une surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux en prison</i> .....	23
2. <i>Des évolutions difficiles à mesurer</i> .....	27
<b>C. DES CAUSES MULTIPLES ET DÉBATTUES</b> .....	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
<b>D. UNE PRISON QUI S'EST ADAPTÉE SANS POUVOIR FAIRE FACE À L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE</b> .....	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
<b>II. LES LEÇONS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES .....</b>	<b>60</b>
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
<b>III. LES VOIES D'UNE ÉVOLUTION.....</b>	<b>75</b>
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
<b>TRAVAUX DES COMMISSIONS .....</b>	<b>95</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>113</b>
<b>LISTE DES PERSONNES ENTENDUES.....</b>	<b>115</b>
<b>LISTE DES DÉPLACEMENTS .....</b>	<b>119</b>

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<sup>e</sup> 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 dangereuses<sup>1</sup> - 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 santé<sup>2</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> *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.*

<sup>2</sup> *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 Gautier<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> [\*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** »<sup>1</sup>. 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* »<sup>2</sup> 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* »<sup>3</sup> entrent dans cette catégorie - « *ce qui paraît caractériser leur personnalité, c'est moins la recherche du plaisir* »

---

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

<sup>2</sup> 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 ».

<sup>3</sup> Raymond Garsin, *criminologie*, Dalloz, 6<sup>e</sup> édition.

sexuel dans le viol que la jouissance attachée à la domination de leurs victimes »<sup>1</sup>. 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* »<sup>2</sup>.

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

---

<sup>1</sup> *Ibidem.*

<sup>2</sup> *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 spectaculaire<sup>1</sup>.

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 vie<sup>2</sup>.

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<sup>e</sup> siècle, les fous sont placés à l'hôpital général, aux côtés des vagabonds, des enfants abandonnés, des infirmes et des malades. Dans un tiers

---

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

<sup>2</sup> 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<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux généraux du royaume comptent environ 5 % d'insensés (cette proportion atteignant jusqu'à 10 % à Paris à la fin du XVIII<sup>e</sup> 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 infractions<sup>1</sup>.

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 totale<sup>2</sup>. 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* ».

---

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

<sup>2</sup> 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 mental<sup>1</sup>.

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**<sup>2</sup>. 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 autres<sup>3</sup>, 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 décrue<sup>4</sup>.

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<sup>e</sup> siècle, la psychanalyse remettent en effet progressivement en cause le primat de l'absolue liberté de l'homme. Sous

---

<sup>1</sup> 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*).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 ».

<sup>4</sup> 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<sup>e</sup> 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**<sup>1</sup>. 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'homme<sup>2</sup>.

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* »<sup>3</sup>.

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*

---

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

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

<sup>3</sup> *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<sup>e</sup> siècle, sous l'influence de l'école positiviste<sup>1</sup>, 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* »<sup>2</sup>.

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 indéterminée<sup>3</sup>. 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

---

<sup>1</sup> Notamment Cesare Lombroso (1835-1909) et Enrico Ferri (1856-1929).

<sup>2</sup> Marc Renneville, *op. cit.*, page 264.

<sup>3</sup> 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 dangereux<sup>1</sup>.

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<sup>e</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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<sup>e</sup> 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* »<sup>1</sup>, par ceux prévoyant que le malade mental dont le discernement est aboli « *n'est pas pénalement responsable* »<sup>2</sup>.

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* »<sup>3</sup>.

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**.

---

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 civil<sup>1</sup>.

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 mental<sup>2</sup>. 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* »<sup>3</sup>.

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 administrative<sup>4</sup>, 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 ;

---

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

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

<sup>3</sup> Louis Althusser, *L'avenir dure longtemps, Stock.*

<sup>4</sup> 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* »<sup>1</sup>, 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 pénalement<sup>2</sup> ;

- 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 ;

---

<sup>1</sup> Composé des articles 706-119 à 706-140.

<sup>2</sup> 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 civile<sup>1</sup>.

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 psychiatrique<sup>2</sup>.

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).

---

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

<sup>2</sup> 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 mois<sup>1</sup>. 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 Drees<sup>2</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> Drees, *Etudes et Résultats*, n°181, juillet 2002.

<sup>2</sup> 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 santé<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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
<b>Troubles thymiques</b>	
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 %]
<b>Troubles anxieux</b>	
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 %]
<b>Dépendance aux substances</b>	
Abus / dépendance à l'alcool	18,4 % [12 % - 24,8 %]
Abus / dépendance aux substances	26,5 % [19 % - 34,1 %]
<b>Troubles psychotiques</b>	
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 internationale<sup>1</sup> relève

<sup>1</sup> 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 2006<sup>1</sup>.

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 rappelle<sup>2</sup> 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 carcérale<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup> 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. »

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

<sup>3</sup> 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**<sup>1</sup>.

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 %).

---

<sup>1</sup> 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 peine<sup>1</sup>. 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

<sup>1</sup> 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<sup>er</sup> 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* »<sup>1</sup>.

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

### *a) Désinstitutionnalisation et responsabilisation*

Au cours du XX<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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* »<sup>1</sup>. 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*

---

<sup>1</sup> 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)* »<sup>1</sup>. 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)<sup>2</sup> 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*

---

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

<sup>2</sup> « *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 »<sup>1</sup>. 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 :

---

<sup>1</sup> 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 préliminaire<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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* »<sup>1</sup> – la circulaire générale du 1<sup>er</sup> 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 techniques<sup>2</sup>.

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 706-115<sup>3</sup>, 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**.

---

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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<sup>er</sup> 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* »<sup>1</sup>. 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* »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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* »<sup>1</sup>.

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 correctionnalisation<sup>2</sup> 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 Paris<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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 ».

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 dissentiments 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 Gravier<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 publique<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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
<b>Capacité totale</b>	<b>395</b>	<b>32</b>	<b>427</b>

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* »<sup>1</sup>. 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 pénitentiaire<sup>2</sup> 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 - ;

---

<sup>1</sup> Circulaire AP 22, Santé, du 13 novembre 1950.

<sup>2</sup> 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 criminologiques<sup>1</sup>, 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).

---

<sup>1</sup> 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
<b>Ensemble</b>	<b>100</b>	<b>189</b>	<b>100</b>	<b>2 021</b>	<b>100</b>	<b>2 210</b>

*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 Geoffroy Clochez et Jean Miotto<sup>1</sup>)

« 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.

---

<sup>1</sup> *Le travail du personnel de surveillance à Château-Thierry : pour une dynamique relationnelle avec les personnes détenues, Geoffroy 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 <sup>64</sup>
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 ».*

---

<sup>64</sup> 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* »<sup>65</sup>.

**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.**

---

<sup>65</sup> 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<sup>e</sup> 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.**

















































































































