

N° 216

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 12 janvier 2011

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi de MM. Jean-René LECERF, Gilbert BARBIER et Mme Christiane DEMONTÈS relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits,

Par M. Jean-Pierre MICHEL,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Jean-Jacques Hyst, 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 Béteille, Christian Cointat, Charles Gautier, Jacques Mahéas, secrétaires ; M. Alain Anziani, Mmes Éliane Assassi, Nicole Bonnefoy, Alima Boumediene-Thiery, MM. François-Noël Buffet, Gérard Collomb, Pierre-Yves Collombat, Jean-Patrick Courtois, Yves Détraigne, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Hubert Falco, Pierre Fauchon, Louis-Constant Fleming, Gaston Flosse, Christophe-André Frassa, Bernard Frimat, René Garrec, Jean-Claude Gaudin, Mme Jacqueline Gourault, Mlle Sophie Joissains, Mme Virginie Klès, MM. Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Mme Josiane Mathon-Poinat, MM. Jacques Mézard, Jean-Pierre Michel, François Pillet, Hugues Portelli, Bernard Saugey, Simon Sutour, Richard Tuheia, Alex Türk, Jean-Pierre Vial, Jean-Paul Virapoullé, Richard Yung.

Voir le(s) numéro(s) :

Sénat : 649 (2009-2010) et 217 (2010-2011)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS.....	5
EXPOSÉ GÉNÉRAL.....	7
I. LA MALADIE MENTALE : UNE CAUSE D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE OU DE RESPONSABILITÉ PÉNALE ATTÉNUÉE	9
A. L'INSCRIPTION DES NOTIONS D'ABOLITION ET D'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT DANS LE CODE PÉNAL	10
B. LES EFFETS CONTRASTÉS DE CETTE DISTINCTION	11
II. LA RECHERCHE D'UN MEILLEUR ÉQUILIBRE ENTRE RÉPONSE PÉNALE ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE	15
A. UNE RÉDUCTION ATTENDUE DU NOMRE DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX EN DÉTENTION	15
B. UN NÉCESSAIRE RENFORCEMENT DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE.....	17
EXAMEN DES ARTICLES	21
• <i>Article premier</i> (art. 122-1 du code pénal) Réduction de la peine encourue en cas d'altération du discernement	21
• <i>Article premier bis</i> (art. 362 du code de procédure pénale) Lecture aux jurés des dispositions du second alinéa de l'article 122-1	24
• <i>Article 2</i> (art. 721 et 721-1 du code de procédure pénale) Retrait des réductions de peine en cas de refus de soin	24
• <i>Article 3</i> (art. 706-136-1 nouveau, art. 706-137, art. 706-139 du code de procédure pénale) Application de mesures de sûreté aux personnes dont le discernement était altéré au moment des faits	26
EXAMEN EN COMMISSION	29
ANNEXE LISTE DES PERSONNES ENTENDUES.....	35
TABLEAU COMPARATIF	37

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS

Réunie le mercredi 12 janvier 2010, sous la présidence de M. Jean-Jacques Hyst, président, la commission a examiné le rapport de M. Jean-Pierre Michel, rapporteur, et établi le texte qu'elle propose pour la **proposition de loi n° 649** (2009-2010), présentée par M. Jean-René Lecerf et plusieurs de ses collègues, relative à l'**atténuation de responsabilité pénale** applicable aux personnes atteintes d'un **trouble mental** ayant **altéré** leur **discernement** au moment des faits.

M. Jean-Pierre Michel a rappelé que ce texte reprenait pour une large part le volet législatif des propositions formulées par le groupe de travail de la commission des lois et de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Il a rappelé que près de 10 % des détenus souffriraient de pathologies psychiatriques d'une gravité telle que, pour ces personnes, la peine ne peut avoir aucun sens.

Selon le rapporteur, cette situation, choquante au regard des principes humanistes et de l'éthique médicale, ne paraît pas conforme à une application satisfaisante de l'article 122-1 du code pénal qui prévoit d'une part que les personnes dont le discernement était aboli au moment des faits sont irresponsables pénalement et, d'autre part, que celles dont le discernement était altéré, si elles restent punissables, bénéficient cependant d'un régime particulier lorsque la juridiction fixe la durée et les modalités de la peine. Dans l'esprit du législateur, cette dernière disposition devrait conduire à une réduction de la peine. Or, comme l'a souligné M. Jean-Pierre Michel, il en est tout autrement : en effet, pour les jurys d'assises en particulier, la maladie mentale joue souvent comme un indice de dangerosité supplémentaire et justifie une détention prolongée.

La commission des lois a estimé qu'il était impératif de rompre avec une logique qui fait de la prison le lieu d'accueil privilégié des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Afin d'établir un meilleur équilibre entre réponse pénale et prise en charge sanitaire, elle a approuvé, sous réserve de quelques modifications, les deux volets de la proposition de loi:

- l'altération du discernement serait reconnue explicitement comme un facteur d'atténuation de la peine puisque la peine encourue serait réduite d'un tiers, la juridiction étant libre, dans la limite de ce plafond, de prononcer la durée la plus appropriée en vertu du principe constitutionnel d'individualisation de la peine ;

- le cadre légal relatif à la prise en charge médicale pendant et après la détention serait renforcé avec en particulier la possibilité de soumettre la personne après sa libération à une obligation de soins.

La commission a adopté la proposition de loi ainsi rédigée.

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat est saisi d'une proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits, présentée par nos collègues MM. Jean-René Lecerf, Gilbert Barbier et Mme Christiane Demontès.

Ce texte reprend une partie des propositions à caractère législatif formulées par le groupe de travail de la commission des lois et de la commission des affaires sociales sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions¹.

Il a pour point de départ un constat accablant : près de **10 % des personnes détenues souffriraient de troubles psychiatriques très graves**.

Cette situation est paradoxale au regard de notre droit pénal qui prévoit, d'une part, **l'irresponsabilité pénale** (premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal) pour la personne « *atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » et, d'autre part, pour la personne « *atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes* » qui demeure **punissable**, la **prise en compte**, néanmoins, de cette **circonstance lorsque la juridiction détermine la peine et en fixe le régime** (deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal).

La combinaison de ces deux dispositions aurait dû, en principe, interdire la condamnation de personnes atteintes de troubles très graves et réduire la durée de la peine prononcée pour les auteurs d'infractions souffrant de pathologies moins sévères.

¹ *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français*, [rapport d'information n° 434](#) au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois par M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontès, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, Sénat, 2009-2010.

Il semble, selon les témoignages nombreux et concordants recueillis par le groupe de travail, que la maladie mentale, lorsque la responsabilité pénale est admise, conduise à une aggravation de la peine, du moins pour les faits les plus graves.

En effet, pour les jurys d'assises en particulier, la maladie mentale joue souvent comme un indice de dangerosité supplémentaire. De plus, faute d'un nombre suffisant de structures psychiatriques adaptées, la prison apparaît comme le seul lieu garantissant tout à la fois la sécurité de la société et une prise en charge médicale.

Cette application du deuxième alinéa de l'article 122-1 n'en apparaît pas moins contraire aux intentions du législateur lors de l'adoption du nouveau code pénal. Elle conduit à une situation critiquable au moins à trois égards : la peine n'a guère de sens pour cette partie de la population pénale ; en outre, la prison, malgré les efforts accomplis pour garantir une meilleure prise en charge médicale, n'est pas un lieu de soins ; enfin, la durée de la sanction n'est nullement adaptée à l'évolution d'une pathologie et au temps nécessaire à son traitement : une personne considérée comme dangereuse au commencement de son incarcération peut l'être tout autant à sa libération. Ainsi comme le relevaient les auteurs du rapport du groupe de travail, la présence d'une forte proportion de personnes atteintes de troubles mentaux au sein des prisons françaises ne répond ni à nos valeurs humanistes, ni aux exigences de l'éthique médicale, ni à celles de la sécurité.

Pour votre commission, il est impératif de rompre avec une logique qui fait de la prison le lieu d'accueil privilégié des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions.

La présente proposition de loi tente de répondre à cette préoccupation : elle reconnaît de manière explicite l'altération du discernement comme un **facteur d'atténuation de la peine** tout en renforçant les garanties concernant **l'obligation de soins pendant et après la détention**.

Tout en cherchant ainsi un **meilleur équilibre** entre réponse pénale et prise en charge sanitaire, votre commission est pleinement consciente que cette initiative ne peut être que l'un des volets d'une meilleure prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux dans notre pays.

*

* * *

I. LA MALADIE MENTALE : UNE CAUSE D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE OU DE RESPONSABILITÉ PÉNALE ATTÉNUÉE

Aux termes de l'article 64 du code pénal de 1810 il n'y avait « *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* »¹.

L'ancien code pénal instaurait 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**. 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.

L'article 64 du code pénal a 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. La notion de responsabilité est affectée par les évolutions de la psychiatrie qui mettent en évidence l'existence d'une **gradation de la maladie mentale**².

De fait, le droit pénal français a progressivement pris en compte la situation de ces « demi-fous », également qualifiés d'« anormaux mentaux ».

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

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

¹ L'adoption de ces dispositions s'inscrit dans le contexte de la naissance de la psychiatrie. 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. 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 ».

² Laurence Guignard, « L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale », *Champ pénal*, juillet 2005.

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

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 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* ».

A. L'INSCRIPTION DES NOTIONS D'ABOLITION ET D'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT DANS LE CODE PÉNAL

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

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

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

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

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

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

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* »¹.

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. LES EFFETS CONTRASTÉS DE CETTE DISTINCTION

Selon que le discernement est reconnu aboli ou seulement altéré, la situation de la personne sur le plan pénal sera fort différente : irresponsabilité pénale dans un cas, application d'une sanction, parfois aggravée en pratique, dans le second.

Le choix du juge est généralement éclairé par une **expertise** psychiatrique (systématique en matière criminelle).

• L'abolition du discernement

Comme par le passé, la personne déclarée irresponsable de ses actes ne peut donc pas être jugée.

Toutefois, elle demeure civilement responsable de ses actes, en application de l'article 414-3 du code civil².

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.

¹ 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* ».

² Depuis la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

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

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

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

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

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

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

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

- 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 civile³.

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.

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

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

³ La cour d'assises se prononce sur ce point sans l'assistance du jury.

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

• ***L'altération du discernement***

Dans l'esprit du législateur, les termes du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal devaient jouer dans le sens d'une atténuation de la responsabilité et, partant, d'une diminution de la peine. Les travaux préparatoires ne laissent aucun doute à cet égard.

Ainsi le rapporteur pour le Sénat, M. Marcel Rudloff, relevait que si, en l'état du droit antérieur à la réforme, « *la juridiction n'est jamais tenue de retenir les circonstances atténuantes, dans le texte de l'article 122-1, en revanche, la juridiction se voit soumise à une obligation légale d'atténuation de la responsabilité, susceptible d'un contrôle de la Cour de cassation* »¹. De même, M. Pierre Arpaillange, alors ministre de la justice, déclarait devant le Sénat que le « *second alinéa [de l'article 122-1 du code pénal], qui concerne l'altération des facultés mentales, aujourd'hui non réglementée, consacre pour l'essentiel une pratique judiciaire quotidienne qui y voit une cause d'atténuation de la responsabilité* »².

¹ Rapport fait au nom de la commission des lois par M. Marcel Rudloff, n° 271, Sénat, 1988-1989, p 73.

² Sénat, séance du 9 mai 1989, JO, p 555.

Au demeurant, ces dispositions trouvent leur place dans un chapitre du code pénal consacré aux **causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité**.

Enfin, le Conseil constitutionnel a été appelé à préciser la portée du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal, en 2007, dans sa décision relative à la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive. En effet, ce texte prévoit que dans l'hypothèse d'une nouvelle récidive, la juridiction n'a la faculté de descendre sous le seuil de la peine plancher que si l'auteur présente des « *garanties exceptionnelles d'insertion ou de réinsertion* », condition difficilement accessible aux personnes atteintes de troubles mentaux de nature à altérer leur discernement ou à entraver le contrôle de leurs actes. Cependant, dans le silence de la loi, le Conseil constitutionnel a estimé que « *même lorsque les faits ont été commis une nouvelle fois en état de récidive légale, [les dispositions spéciales du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal] permettent à la juridiction de prononcer, si elle l'estime nécessaire, une peine autre que l'emprisonnement ou une peine inférieure à la peine minimale* »¹.

Ainsi le Conseil constitutionnel considère que la juridiction peut toujours, sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 122-1, prononcer une peine inférieure aux peines planchers fixées par la loi.

Néanmoins, l'altération du discernement représente souvent un facteur d'aggravation de la peine, sinon en correctionnelle du moins devant les cours d'assises. Malgré l'absence de statistiques précises (compte tenu de l'absence, à ce jour, de motivation des arrêts d'assises, il ne s'agit que de considérations évoquées en délibéré) Mme Virginie Valton, vice-présidente de l'USM, a fait état devant votre rapporteur d'un constat convergent des présidents et assesseurs d'assises sur ce point.

Selon M. Jean-Pierre Getti, président de chambre de la cour d'appel de Versailles, ancien président de cour d'assises de Paris, s'exprimant devant le groupe de travail, la détection d'un trouble mental chez l'accusé suscite le plus souvent l'inquiétude du jury. Celui-ci, convaincu que l'emprisonnement ne permettra pas l'amendement du condamné, est paradoxalement tenté d'allonger les peines 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.

¹ Conseil constitutionnel, décision n° 2007-554 DC du 9 août 2007.

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

II. LA RECHERCHE D'UN MEILLEUR ÉQUILIBRE ENTRE RÉPONSE PÉNALE ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE

A. UNE RÉDUCTION ATTENDUE DU NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX EN DÉTENTION

La proposition de loi ne modifie que le second alinéa de l'article 122-1 en prévoyant une **réduction du tiers de la peine encourue** lorsque la personne, reconnue responsable, souffrait, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré un discernement ou entravé le contrôle de ces actes.

Cette disposition devrait entraîner une réduction du quantum de peine prononcée et *a priori*, une diminution du nombre de personnes détenues souffrant de troubles mentaux. Il est délicat de préciser ces effets quantitatifs compte tenu des incertitudes touchant à la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la population pénitentiaire et surtout de l'absence de données sur les durées de peine prononcées à l'encontre de cette catégorie de personnes.

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 santé² 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 ;

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

² *Etude conduite sous la direction scientifique de Bruno Falissard avec Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani.*

- **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.

Prévalence des principaux diagnostics psychiatriques au sein des personnes détenues

	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 %

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, la **prévalence des troubles psychiques 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 par le groupe de travail, la forte prévalence des troubles psychiatriques est un problème commun à tous les pays industrialisés. Ainsi une étude internationale¹ relève 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.

A la lumière des travaux de 2004 et des constats plus empiriques livrés par les responsables des SMPR entendus par les rapporteurs du groupe de travail, 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**.

Il est permis de penser que ces personnes, ou du moins une large part d'entre elles, souffraient de cette pathologie au moment du délit ou du crime.

B. UN NÉCESSAIRE RENFORCEMENT DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Comme l'avaient souligné les membres du groupe de travail de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, la proposition de loi, si elle conforte les modalités juridiques de prise en charge médicale pendant et après la détention (articles 2 et 3), ne portera tous ses effets que dans le cadre d'un renforcement de l'organisation de la psychiatrie. Sans revenir sur les différentes recommandations du rapport du groupe de travail, votre rapporteur souhaiterait insister sur deux aspects en particulier.

• ***Une affectation systématique des personnes dont le discernement est altéré dans des établissements dotés d'un service médico-psychologique régional (SMPR)***

En premier lieu, afin de donner toute sa portée au dispositif, prévu à l'article 2 de la proposition de loi, introduisant un lien entre l'obtention des réductions de peine et un suivi sanitaire, il est indispensable que les personnes dont le discernement est altéré puissent accéder effectivement aux soins et, à cette fin, être affectées systématiquement dans des établissements pénitentiaires comportant un 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

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

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 des établissements de Fresnes et des Baumettes à Marseille, disposent d'une présence paramédicale nocturne.

Actuellement, 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 sur 1000 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**.

Par ailleurs, 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.

• Une articulation de l'obligation de soins avec les nouveaux dispositifs envisagés par le Gouvernement

La présente proposition de loi suggère, d'une part, d'intégrer systématiquement **l'obligation de soins** dans le cadre d'un **sursis avec mise à l'épreuve** prononcé à l'encontre d'une personne dont le discernement est altéré et, d'autre part, de la prévoir parmi les **mesures de sûreté** susceptibles d'être ordonnées à la libération de cette personne.

L'obligation de soins prévue par le 3° de l'article 132-45 du code pénal consiste à « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* ». Elle est mise en œuvre de manière souple : elle ne requiert pas d'expertise préalable, elle n'implique pas nécessairement de concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé ; le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé.

L'obligation de soins peut aussi consister en une « *injonction thérapeutique* » visée par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle ou excessive de boissons alcooliques. La mise en œuvre de cette injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

L'obligation de soins, sous ses différentes formes, détermine un cadre moins rigoureux que **l'injonction de soins** créée par la loi du 17 juin 1998 relative au **suivi socio-judiciaire** (exigence d'une expertise médicale, présence d'un médecin coordonnateur assurant le lien entre les autorités judiciaires et le médecin traitant).

Les personnes dont le discernement était altéré au moment des faits pourront être condamnées à un suivi socio-judiciaire –si l'infraction commise entre dans le champ, désormais très large, auquel est susceptible de s'appliquer cette peine. Elles seront dès lors soumises à une injonction de soins puisque la loi du 10 août 2007 sur la récidive des majeurs et des mineurs en a posé le principe. Il peut être en revanche utile de préciser, ce qui n'est pas encore le cas, que le sursis avec mise à l'épreuve comporte l'obligation de soins dans les hypothèses envisagées par la présente proposition de loi.

Plusieurs des interlocuteurs de votre rapporteur ont cependant regretté le caractère excessivement souple de l'obligation de soins : elle repose en effet sur une démarche volontariste du patient qui ne s'accorde pas souvent avec les pathologies psychiatriques.

Votre rapporteur considère en conséquence qu'il conviendra sans doute d'adapter l'obligation de soins pour les personnes dont le discernement est altéré avec les nouveaux dispositifs proposés par le **projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge** déposé par le Gouvernement en mai 2010 à l'Assemblée nationale. Ce texte substitue la notion de **soins sans consentement** (sur demande d'un tiers et en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'Etat) à celle d'hospitalisation sans consentement. Cette modification permet de couvrir une **palette plus large de modalités de prise en charge**. Aux termes de l'article premier du projet de loi, la prise en charge initiale consiste toujours en une **hospitalisation complète**, dont la finalité est d'engager les soins nécessaires et d'évaluer l'état du patient pour fixer le suivi le plus approprié : hospitalisation complète, partielle ou soins ambulatoires.

Le texte prévoit également la création d'une procédure de suivi des patients pris en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète sur la base d'un protocole de soins précisant le type de la prise en charge, les lieux de traitement et la périodicité des soins.

Le dispositif de soins sans consentement pourrait, s'il était retenu par le Parlement, apparaître plus opérant qu'une simple obligation de soins pour les personnes dont le discernement est encore altéré lors de leur libération. Il reviendra au législateur d'adapter le dispositif en conséquence en prévoyant, par exemple, que le soin sans consentement est ordonné par l'autorité judiciaire sur avis médical.

*

* *

Sous réserve de quelques précisions suggérées à votre rapporteur à l'occasion des auditions auxquelles il a procédé, votre commission a approuvé largement l'esprit et la lettre du dispositif, conforme aux recommandations du groupe de travail conjoint de la commission des lois et de la commission des affaires sociales.

Elle a **adopté la proposition de loi ainsi modifiée**.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier

(art. 122-1 du code pénal)

Réduction de la peine encourue en cas d'altération du discernement

Cet article tend à compléter le second alinéa de l'article 122-1 du code pénal afin de prévoir, d'une part, une **réduction du tiers de la peine encourue** en cas d'altération du discernement au moment des faits ; d'autre part, lorsque la peine prononcée dans cette hypothèse est assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, la mise en œuvre d'une **obligation de soins**.

1. La réduction du tiers de la peine encourue

En l'état du droit, lorsque la « *personne était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes* », la juridiction « *tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

D'après les témoignages recueillis par les rapporteurs du groupe de travail de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, cette circonstance joue, le plus souvent, dans le sens d'une aggravation de la peine contrairement à l'esprit de cette disposition pour les raisons rapportées dans l'exposé général.

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

Toutefois si le mineur est âgé de plus de seize ans, le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs peut décider qu'il n'y a pas lieu de le faire bénéficier de l'atténuation de la peine dans trois cas :

- lorsque les circonstances de l'espèce et la personnalité du mineur le justifient ;
- lorsqu'il a commis un crime d'atteinte volontaire à la vie ou à l'intégrité physique ou psychique de la personne en état de récidive légale ;
- lorsqu'il a commis un délit de violences volontaires, un délit d'agression sexuelle, avec la circonstance aggravante de violences a été commis en état de récidive légale.

Ainsi, la prise en compte de l'altération du discernement comme cause de réduction de peine ne constituerait nullement un précédent dans notre droit. Un tel système est d'ailleurs appliqué dans plusieurs pays européens. En Espagne, par exemple, les personnes dont la responsabilité est atténuée en raison d'une altération de la conscience ou de la volonté bénéficient d'une réduction de peine automatique (art. 21 du code pénal). Il en est de même en Italie¹.

Par ailleurs, lorsque le code pénal prévoit une cause légale de diminution de la peine, le président de cour d'assises doit expressément demander aux jurés de se prononcer sur l'application de ces dispositions (art. 349 du code de procédure pénale)². Jusqu'à présent, le second alinéa de l'article 122-1 du code pénal n'édicte pas de cause légale de diminution de peine, il n'y a pas lieu en effet de poser de question sur le trouble psychique ou neuropsychique ayant pu altérer le discernement de l'accusé ou le contrôle de ses actes : la cour d'assises demeure entièrement libre dans la détermination de la peine³. Ainsi dès lors que la reconnaissance de l'irresponsabilité ne s'impose pas à la lumière de l'expertise, les jurés ne sont pas réellement invités à s'interroger sur le lien entre l'acte commis et la situation psychique de l'auteur : ils prennent la décision principalement en fonction de la gravité des faits.

Le groupe de travail avait préconisé que la réduction de peine encourue soit comprise entre le tiers et la moitié du quantum fixé par le code pénal. Toutefois, au regard de la dangerosité de certaines personnes, la proposition de loi a opté pour une réduction du **tiers de la peine encourue**. Comme le relève l'exposé des motifs, il « *appartiendra, en tout état de cause, à la juridiction de fixer, dans la limite du plafond ainsi déterminé, la durée la plus appropriée en tenant compte du fait que plus la personne est souffrante et plus sa situation justifie une prise en charge sanitaire de préférence à une incarcération* ». Le principe d'**individualisation de la peine** sera ainsi parfaitement respecté.

¹ *L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, les documents de travail du Sénat, Série législation comparée, n° L. 132, février 2004.*

² *Art. 349 (...) Chaque circonstance aggravante fait l'objet d'une question distincte. Il en est de même, lorsqu'elle est invoquée, de chaque cause légale d'exemption ou de diminution de la peine* ».

³ *Crim. 1^{er} octobre 1987 et 20 octobre 1999.*

2. Le renforcement de l'obligation de soins

Le groupe de travail de la commission des lois et de la commission des affaires sociales avait recommandé, lorsqu'une altération du discernement était reconnue par la juridiction, que la peine prononcée soit exécutée pour une période comprise entre le tiers et la moitié de sa durée sous le régime du sursis avec mise à l'épreuve assorti d'une obligation de soins.

A ce stade, afin de laisser au juge une plus grande liberté d'appréciation. Les auteurs de la proposition de loi proposent de reproduire la formule actuelle du deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal selon laquelle la juridiction tient compte de l'altération du discernement pour déterminer le régime de la peine. Le texte proposé pour le deuxième alinéa de l'article 122-1 prévoit cependant que si un sursis avec mise à l'épreuve est prononcé, il doit nécessairement comporter une obligation de soins telle qu'elle est prévue par le 3° de l'article 132-45¹.

Lors de leur audition par votre rapporteur, les représentants de l'Union syndicale de la magistrature après concertation avec le syndicat des psychiatres des hôpitaux et l'association nationale des psychiatres hospitaliers experts judiciaires ont approuvé le principe de l'atténuation de peine pour les auteurs d'infraction dont le discernement était altéré au moment des faits. Ils ont cependant suggéré deux améliorations à la deuxième partie de cette disposition.

D'une part, ils ont regretté que le présent article ne prenne en compte que les condamnations assorties d'un sursis avec mise à l'épreuve, ce qui n'est possible que lorsque le quantum total de la peine prononcée est inférieur ou égal à cinq ans. La disposition proposée ne trouverait ainsi pas souvent à s'appliquer devant les cours d'assises. Ils ont suggéré que la proposition de loi vise aussi le **suivi socio-judiciaire accompagné d'une injonction de soins**. Votre commission estime cependant que cette préoccupation est déjà satisfaite par le droit en vigueur. Le suivi socio-judiciaire peut être prononcé pour un grand nombre d'infractions. En outre, depuis la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 relative à la récidive des majeurs et des mineurs, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire de la juridiction.

D'autre part, à l'instar de plusieurs interlocuteurs de votre rapporteur, Mme Virginie Valton, vice-présidente de l'Union syndicale de la magistrature, a contesté le caractère systématique de l'obligation de soins, alors même que la personne ait pu bénéficier d'un traitement médical entre la commission des faits et le jugement et/ou ne justifie plus de soins.

¹ Obligation de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation. Contrairement à l'injonction de soins, l'expertise préalable n'est pas nécessaire pour ordonner ou supprimer l'obligation de soins. Le dispositif repose sur la production de justificatifs de soins par l'intéressé.

Votre commission a estimé cette considération parfaitement justifiée et adopté en conséquence un **amendement** de son rapporteur afin de préciser que le sursis avec mise à l'épreuve concernant les personnes dont le discernement était altéré comporte une obligation de soins sauf décision contraire du juge et que dans tous les cas la décision de la juridiction doit être précédée d'un **avis médical**.

Elle a adopté l'article premier **ainsi modifié**.

Article premier bis

(art. 362 du code de procédure pénale)

Lecture aux jurés des dispositions du second alinéa de l'article 122-1

Cet article, inséré par votre commission à l'initiative de son rapporteur, tend à prévoir la lecture systématique aux jurés des dispositions du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal relatives à l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement au moment des faits afin de permettre à la cour d'assises de délibérer sur cette question.

San doute l'article 349 du code de procédure pénale prévoit-il que chaque cause légale de diminution de la peine fait l'objet d'une question lorsqu'elle est invoquée.

Toutefois, ces questions sont posées alors que la cour s'interroge sur la culpabilité de l'accusé. Or la question de l'altération ne se présentera qu'une fois une réponse positive apportée sur la culpabilité et juste avant le débat sur la peine prévue par l'article 362 du code de procédure pénale.

Il est apparu en conséquence nécessaire à votre commission de prévoir des dispositions spécifiques sur l'application du second alinéa de l'article 122-1 dans ce cadre.

Votre commission a adopté l'article 1^{er} *bis* **ainsi rédigé**.

Article 2

(art. 721 et 721-1 du code de procédure pénale)

Retrait des réductions de peine en cas de refus de soin

Cet article tend à permettre au juge de l'application des peines de retirer les réductions de peine en cas de refus de soins de la part d'une personne incarcérée dont le discernement était altéré au moment des faits.

Le code de procédure pénale prévoit deux dispositifs de réduction de peine :

- un crédit de peine dit « automatique » calculé sur la durée de la condamnation prononcée à hauteur de trois mois pour la première année, de deux mois pour les années suivantes¹ (ce crédit de réduction de peine est inférieur pour les condamnés en état de récidive légale : deux mois la première

¹ Pour une peine de moins d'un an ou pour la partie de peine inférieure à une année pleine, cette réduction est de sept jours par mois.

année et un mois les années suivantes) - article 721 du code de procédure pénale ;

- un crédit de réduction supplémentaire de peine accordé par le juge de l'application des peines, après avis de la commission de l'application des peines, pour les « *condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale* ». Ces réductions ne peuvent excéder trois mois par année d'incarcération et sept jours par mois lorsque la durée d'incarcération restant à effectuer est inférieure à une année (ces durées sont ramenées respectivement à deux mois et quatre jours pour un condamné en état de récidive légale) - article 721-1 du code de procédure pénale.

Le **refus de soin** peut aujourd'hui entraîner un retrait du crédit de réduction de peine selon des modalités déterminées de manière distincte par l'article 721 et l'article 721-1 du code de procédure pénale :

- le crédit de réduction de peine prévu par l'article 721 peut être retiré par le juge de l'application des peines lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération le traitement qui lui a été prescrit ;

- la réduction de peine supplémentaire ne peut pas être accordée, sauf décision contraire du juge de l'application des peines, à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru¹.

Le groupe de travail a proposé l'application de ces dispositions aux personnes dont le discernement était altéré au moment des faits en envisageant initialement un retrait systématique en cas de refus de soin.

Les auteurs de la proposition de loi ont finalement retenu un mécanisme de retrait fondé sur les principes actuels, à savoir un retrait facultatif s'agissant du crédit de réduction de peine « *automatique* » et un retrait de principe, « *sauf décision contraire du juge* » s'agissant de la réduction supplémentaire de peine.

En effet, il serait excessif de priver les personnes concernées de toutes réductions de peine alors qu'elles ont fourni des efforts sur d'autres aspects de leur réinsertion ou lorsqu'elles n'ont plus nécessairement besoin de soins, compte tenu de l'évolution de leur pathologie. Afin de renforcer la pertinence du lien entre réductions de peine et soins, votre commission a adopté un amendement de son rapporteur afin de prévoir que la décision du juge est précédée d'un **avis médical**.

Elle a, en outre, retenu un amendement de son rapporteur tendant à indiquer sans équivoque que ces dispositions s'appliquent aux seules personnes dont le discernement était altéré au moment des faits et non à celles

¹ Dans l'hypothèse où une réduction de peine est effectivement accordée, elle ne saurait cependant excéder deux mois par an ou quatre jours par mois lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits commis sur un mineur de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle.

dont les troubles mentaux seraient survenus ultérieurement ou n'auraient aucun rapport avec l'acte commis.

Votre commission a adopté l'article 2 **ainsi modifié**.

Article 3

(art. 706-136-1 nouveau, art. 706-137, art. 706-139
du code de procédure pénale)

**Application de mesures de sûreté aux personnes
dont le discernement était altéré au moment des faits**

Le présent article tend à insérer un nouvel article 706-136-1 dans le code de procédure pénale afin de permettre l'application aux personnes dont le discernement était altéré à l'issue de leur détention, les mesures de sûreté prévues par l'article 706-136 du code de procédure pénale.

Ces mesures, introduites par 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 pour les personnes reconnues irresponsables, peuvent actuellement être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Ainsi, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut aussi ordonner six mesures de sûreté.

**Mesures de sûreté susceptibles d'être prononcées
en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**

- interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou certaines personnes ou certaines catégories de personnes -comme les mineurs- spécialement désignées ;
- interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné (lorsqu'une telle interdiction est prononcée, la partie civile peut, aux termes de l'article 706-138, demander à être informée par le procureur de la République de la levée de l'hospitalisation d'office dont l'intéressé aura, le cas échéant, fait l'objet) ;
- interdiction de détenir ou de porter une arme ;
- interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise ou impliquant un contact habituel avec un mineur, sans que la personne ait fait préalablement l'objet d'un examen psychiatrique ;
- suspension du permis de conduire ;
- annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis.

La juridiction compétente pour ordonner la mesure en fixe aussi la **durée** qui ne peut dépasser dix ans en matière correctionnelle et vingt ans si les faits constituent un crime ou un délit passible de dix ans d'emprisonnement.

La décision du juge est subordonnée à une double condition : elle ne peut être prise qu'après une **expertise psychiatrique** ; l'interdiction prononcée ne doit pas faire obstacle aux **soins** dont la personne est susceptible de faire l'objet.

L'article 706-136 précise également que ces mesures de sûreté s'appliquent pendant la durée d'une hospitalisation d'office et se poursuivent après cette hospitalisation jusqu'au terme de la durée fixée par le juge.

Cependant, en vertu de l'article 706-137 du code de procédure pénale, la personne peut demander la modification ou la levée de la mesure de sûreté au juge des libertés et de la détention. Celui-ci se prononce en chambre du conseil sur les conclusions du procureur de la République, le demandeur ou son avocat entendu ou dûment convoqués. Il peut aussi solliciter l'avis préalable de la victime. En tout état de cause, la levée de la mesure demeure subordonnée à une expertise psychiatrique. En cas de rejet de la demande, aucune autre demande ne peut être formulée avant l'expiration d'un délai de six mois.

La méconnaissance des mesures de sûreté auxquelles la personne a été soumise est passible de deux ans d'emprisonnement et de 30.000 euros d'amende.

Reprenant les propositions du groupe de travail, les auteurs de la proposition de loi suggèrent d'appliquer ces dispositions aux personnes libérées après avoir exécuté une peine privative de liberté pour des faits commis dans les circonstances mentionnées par le deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal sous réserve d'une double adaptation.

D'une part, il appartiendrait au **juge de l'application des peines** d'ordonner de telles mesures.

D'autre part, surtout, les mesures visées par l'article 706-136 seraient complétées par l'**obligation de soins**.

En effet, si les personnes déclarées irresponsables relèvent souvent de l'hospitalisation d'office, tel n'est pas le cas, en principe, de celles dont le discernement était seulement altéré au moment des faits. Pour autant, il peut apparaître nécessaire de les soumettre à une obligation de soins.

Si des personnes jugées pénalement irresponsables ont été considérées par le législateur en mesure de respecter des mesures de sûreté -et d'encourir une sanction pénale en cas de manquement- tel devrait, *a fortiori*, être le cas pour des personnes reconnues responsables dont le discernement était seulement altéré au moment des faits.

Comme l'a observé Mme Virgine Valton, vice-présidente de l'Union syndicale de la magistrature, lors de ses échanges avec votre rapporteur, le dispositif proposé est conforme au principe de proportionnalité pour assurer, à la fois, une réduction de la peine encourue par les personnes atteintes de troubles mentaux et la nécessaire sécurité due à la société. En effet, il s'agit de

mesures ordonnées par l'autorité judiciaire, consistant en des interdictions au périmètre défini et limité et n'entraînant pas *ipso facto* un enfermement, puisqu'en cas de non respect, il faut engager de nouvelles poursuites.

Votre commission a adopté, à l'initiative de son rapporteur, un **amendement** de coordination tendant à modifier l'intitulé du chapitre du code de procédure pénale actuellement consacré aux « *mesures de sûreté pouvant être ordonnées pour cause de trouble mental* » afin de viser également les personnes dont le discernement était altéré au moment des faits.

Votre commission a adopté l'article 3 **ainsi modifié**.

*

*

*

Votre commission a adopté la proposition de loi ainsi modifiée.

EXAMEN EN COMMISSION

MERCREDI 12 JANVIER 2011

M. Jean-Pierre Michel, rapporteur. – Lors du vote de la loi pénitentiaire, les présidents About et Hiest avaient souhaité la création d'un groupe de travail sur les malades mentaux ayant commis des infractions. Le rapport que nous avons établi avec Gilbert Barbier, Christiane Demontès et Jean-René Lecerf a été plutôt bien accueilli par les milieux judiciaire et sanitaire. Nous avons décidé d'en tirer les conséquences en déposant une proposition de loi pour les dispositions à caractère législatif concernant le code pénal et le code de procédure pénale, le reste concernant les autorités sanitaires.

Cette proposition part d'un constat accablant : 10% des détenus souffrent de troubles psychiatriques très graves, et ce chiffre n'inclut pas les personnes souffrant de troubles du comportement du fait de la détention ou en raison d'addictions. Le code de procédure pénale prévoit pourtant une expertise, obligatoire en matière criminelle, facultative et moins complète en matière correctionnelle. Les personnes déclarées pénalement irresponsables peuvent être placées en hôpital psychiatrique sous le régime de l'hospitalisation d'office, celles dont la responsabilité est altérée encourent une sanction pénale dont la juridiction fixe les conditions et la durée. Cependant, les psychiatres préfèrent souvent ne pas conclure à une irresponsabilité totale, et les jurys tendent à aggraver les peines en considérant que la société sera protégée plus longtemps : malgré son gros casier, le kleptomane ne subira pas la même aggravation que le délinquant sexuel.

Avec la proposition de loi, l'atténuation de la responsabilité sera un facteur d'allègement du quantum de peine encourue ; en contrepartie, on renforce les obligations de soins pendant et après l'exécution de la peine.

Le principe de l'atténuation de responsabilité a été posé par un arrêt de la Cour de cassation de 1885 puis, en 1905, par la circulaire Chaumié, du nom du garde des sceaux de l'époque. L'évolution de la psychiatrie a conduit à repérer des gradations dans l'atténuation de la responsabilité. L'article 122 1 du nouveau code pénal distingue l'irresponsabilité, en cas d'abolition du discernement, de l'atténuation de responsabilité, en cas d'altération du discernement. Cela aurait dû limiter le nombre de malades mentaux en prison. La personne déclarée irresponsable ne doit en effet pas être jugée. On se rappelle d'ailleurs la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté, rapportée par Jean-René Lecerf et améliorée à son initiative par le Sénat. L'altération du discernement devrait quant à elle entraîner une diminution de la durée de la peine, comme l'avait naguère souligné votre rapporteur Marcel Rudloff. Or ce n'est pas le cas, et Jean-François Burgelin, alors procureur général près la Cour de cassation, avait souligné ce paradoxe en 2005. Le

Conseil constitutionnel l'a pourtant rappelé à propos de la loi du 10 août 2007 relative à la lutte contre la récidive : la juridiction peut toujours, sur le fondement de l'article 122-1 du nouveau code pénal, prononcer une peine inférieure aux peines planchers prévues.

Nous proposons que dans le cas où le discernement est altéré, le quantum de la peine encourue soit réduit d'un tiers. On peut discuter de ce choix, mais cette proposition a été rédigée par quatre parlementaires, avec un souci d'équilibre, dans l'esprit qui prévaut au Sénat et dont l'expérience montre qu'il permet d'avancer. Le pouvoir d'appréciation du juge n'est pas réduit pour autant : une peine encourue de 30 ans sera ramenée à 20 ans pour les malades mentaux comme elle l'est à 15 ans pour les mineurs. Dans la limite de ce plafond, le juge décidera de la durée de la peine la plus appropriée.

Qu'est-il aujourd'hui prévu pour cette population dont j'ai souligné le nombre ? Il y a bien des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) mais, dans la réalité, la prise en charge médicale n'est pas toujours satisfaisante. C'est ainsi que faute de SMPR dans ma région, les présidents de cours d'assises demandent en vain une place dans celui de Dijon. Le manque de psychiatres rend encore plus difficile la prise en charge des malades mentaux.

Mme Bachelot a proposé une profonde réforme des soins sans consentement dans le projet de loi sur l'hospitalisation d'office qu'elle a déposé en mai dernier et qui fait aujourd'hui l'objet d'une lettre rectificative afin de rajouter un article prévoyant l'intervention du judiciaire dans les quinze jours de l'hospitalisation d'office, conformément à la récente jurisprudence du Conseil constitutionnel. Michel Dreyfus-Schmidt avait envisagé cette hypothèse, mais nous l'avions écartée en raison de ses difficultés de mise en œuvre. Ce que nous proposons, et qui devra être combiné avec les dispositions envisagées par le projet de loi, rendra le dispositif de soins plus opérant. Il reviendra au législateur d'adapter le dispositif et de procéder aux coordinations nécessaires.

Les observations formulées lors des audits m'ont inspiré quelques amendements. L'on m'a ainsi fait observer qu'un examen médical serait nécessaire pour éclairer la juridiction avant un sursis avec mise à l'épreuve ou une libération.

On nous a reproché de ne pas respecter la liberté du juge. On avait entendu la même chose pour l'excuse de minorité.

Les obligations de soins peuvent apparaître trop contraignantes, et les psychiatres considèrent que l'incitation à se soigner constitue en soi une thérapie. Je veux bien entendre cet argument, mais il n'en est pas moins paradoxal qu'une personne condamnée ne soit pas obligée de se soigner alors même que l'on considère qu'une hospitalisation d'office, un placement en UMD voire en chambre de contention sont dans l'intérêt de la personne. On reconnaît que son raisonnement est altéré et on se contenterait de lui

conseiller de bien se soigner en la laissant faire ce qu'elle veut ? Peut-être plus contraignantes, ces mesures sont dans l'intérêt de la personne, de la société et de l'administration pénitentiaire.

M. Jean-René Lecerf, coauteur de la proposition de loi. – Cette proposition de loi a une ambition modeste. Nous en sommes restés à ce qui faisait consensus dans le rapport de notre mission. On a rappelé la carence totale de la loi pénitentiaire sur ce sujet qui relève à la fois de la Justice et de la Santé. Le rapporteur a dit qu'il y a 10% de détenus malades. Ce chiffre, qui ne comprend pas tous les malades, est une estimation du nombre de ceux qui ont des troubles tels que la peine n'a aucun sens. Plus important que dans les pays comparables, il souligne la fragilité d'une population dont le taux de suicide est particulièrement élevé.

Nous avons l'impression que cette dérive se poursuit. Les UHSA, ces hôpitaux psychiatriques en prison déjà créés à Lyon et bientôt à Lille, semblent surtout destinés à donner bonne conscience à ceux qui condamnent des malades. De tels réflexes ne sont pas dignes d'une démocratie avancée. Nous avons donc voulu faire respecter l'intention du législateur, qui était bien qu'on atténue la peine. Nous avons voulu que ce soit acceptable, d'où un renforcement des obligations de soins. Nous avons été tentés d'aller plus loin, mais il n'y avait pas un consensus. On a ainsi discuté des missions des UHSA. Je reçois beaucoup de courrier de parents d'enfants schizophrènes. Ils décrivent des situations insupportables. L'un d'entre eux avait alerté le maire, le procureur de la République parce qu'il craignait l'irréparable après que son fils avait tué dans la baignoire un animal pourtant adoré. Ce n'est qu'après avoir assassiné une voisine que ce jeune est rentré dans un cycle de soins. Voilà une défaillance du système. Cette proposition de loi est indispensable.

M. Alain Anziani. – Certes, mais son article 1er comporte une formulation dangereuse en ce qu'elle peut donner à penser que le juge ne peut fixer la peine en dessous du plafond ainsi réduit d'un tiers. Que dira la Cour de cassation ? Mieux vaudrait inverser la rédaction.

M. Jacques Mézard. – Je partage l'observation d'Alain Anziani. La véritable difficulté, nous le savons tous, tient à ce que l'on n'a pas observé le progrès espéré sur l'ancien article 64. La proposition de loi présente des avantages et des inconvénients. Les psychiatres, qui concluaient autrefois à la démence, tendent aujourd'hui, afin de se protéger, à retenir une atténuation légère de la responsabilité et l'on arrive ainsi à une tendance inverse du but qui avait été poursuivi. Il faudrait donc arriver à fixer des objectifs plus clairs pour les psychiatres afin de résoudre la situation atypique qui explique les soucis que l'on connaît.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Je souscris à ce qui vient d'être dit. Cette proposition de loi va dans le bon sens, mais la réduction d'un tiers du quantum de la peine aurait des effets pervers si elle devenait systématique. La peine est réduite de moitié pour les mineurs, pourquoi pas pour les gens dont on reconnaît l'altération du discernement ?

L'application de l'actuel article 122-1 pose problème. En outre, le régime de l'obligation de soins est ambigu. Le scandale des malades mentaux en prison a conduit à mettre en place des solutions alternatives, mais est-ce un progrès si on les enferme ailleurs ? D'ailleurs les structures font défaut, et la psychiatrie manque de moyens.

M. Jean-Pierre Sueur. – Cette proposition de loi est une heureuse initiative. Mais que penserait le rapporteur d'un amendement disposant que la peine privative de liberté est réduite « d'au moins un tiers » ? Cela laisserait au juge une marge d'appréciation.

M. Charles Gautier. – L'article 1er réduit d'un tiers la peine encourue, mais le juge, dans cette limite, restera libre de fixer la peine.

M. Alain Anziani. – Ce qui m'inquiète, c'est la disparition de la mention selon laquelle « la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine ». Le texte ne vise plus que le régime de ladite peine.

M. Jean-Jacques Hyst, président. – M. Michel et moi-même étions députés lors de la réforme du code pénal. Il y eut de longs débats à l'Assemblée nationale sur l'article 64, et l'on tint compte de l'avis des psychiatres. Environ 17 % des crimes donnaient lieu alors à une déclaration d'irresponsabilité pénale ; cette proportion diminuait peu à peu. Certains malades mentaux, auteurs de crimes atroces, sont pénalement irresponsables, mais il est apparu nécessaire de les placer au sein d'unités pour malades difficiles (UMD), par exemple à Cadillac ou Sarreguemines. La psychiatrie française reste rétive à ce genre de pratiques, alors qu'aux Pays-Bas, en Allemagne ou en Suisse, de telles personnes peuvent être internées en établissement spécialisé pendant vingt ou trente ans. La prison ne leur est pas adaptée, mais elles ne peuvent être laissées en liberté.

Aujourd'hui on a tendance à confondre dangerosité et responsabilité pénale. L'altération du discernement ne diminue pas la sanction mais l'accroît, et l'on ne reconnaît plus que rarement son abolition pure et simple ; c'est ainsi que l'on condamne certaines personnes à de lourdes peines de prison afin de protéger la société, alors que leur place est en établissement psychiatrique. Certes, on a institué l'obligation de soins. Mais on confond les troubles mentaux liés à la commission d'actes criminels, et ceux qui apparaissent en prison, du fait des addictions ou de la dureté du monde carcéral. On évalue à 10 % la proportion de détenus atteints de troubles psychiques, mais ils sont à mon avis beaucoup plus nombreux.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – C'est certain : la moitié des détenus sont concernés !

M. Jean-Jacques Hyst, président. – Certains troubles préexistants se révèlent en détention, comme le montrait le rapport sur les prisons.

M. Jean-Pierre Michel, rapporteur. – Je me réjouis que cette proposition de loi fasse l'objet d'un large accord. Les objections avancées par

certains me semblent procéder d'une confusion. L'article 1er réduit d'un tiers la peine « encourue », de même que l'article 222-43 du code pénal la réduit de moitié en cas de dénonciation. Je ne serais pas nécessairement hostile à un amendement précisant que la juridiction tient compte de l'altération du discernement pour fixer la durée de la peine, mais cela va de soi : la jurisprudence constitutionnelle, en vertu du principe d'individualisation de la peine, interdit toute autre interprétation.

Le rapport d'information sur la prison et les troubles mentaux préconisait de réduire le quantum de la peine du tiers ou de la moitié. Dans le cadre de cette proposition de loi, un consensus s'est dégagé pour le réduire d'un tiers, et je m'en tiendrai là.

M. Jean-Jacques Hyest, président. – Le compromis, c'est la démocratie.

M. Jean-René Lecerf, coauteur de la proposition de loi. – J'assistais il y a quelques semaines à Lille à un colloque sur la psychiatrie et la justice, auquel participaient les plus grands psychiatres français. Ils ont marqué leur accord avec la proposition de loi. La psychiatrie française a évolué : ceux qui naguère n'admettaient que les soins ambulatoires concèdent désormais qu'il est indispensable de placer certains malades en établissement fermé ; ceux qui ne voulaient pas entendre parler de l'injonction de soins reconnaissent aujourd'hui sa nécessité dans certains cas.

Les psychiatres plaident pour que soit maintenue la distinction entre l'altération et l'abolition du discernement, qui correspondent à des pathologies différentes. Si elle était abandonnée, il faudrait adopter la logique de la défense sociale, comme en Belgique où les malades dangereux sont internés en centre fermé « jusqu'à ce qu'ils soient guéris », c'est-à-dire, bien souvent, jamais.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 1er

M. Jean-Pierre Michel, rapporteur. – Le caractère systématique de l'obligation de soins dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve doit être tempéré : l'amendement n° 1 donne au juge la faculté d'écarter l'obligation de soins à la lumière de l'avis émis par un médecin.

L'amendement n° COM 1 est adopté.

Article additionnel

M. Jean-Pierre Michel, rapporteur. – L'amendement n° 2 prévoit que seront systématiquement lues aux jurés les dispositions de l'article 122-1 du code pénal relatives à l'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement au moment des faits, afin de permettre à la cour d'assises de délibérer sur cette question.

L'amendement n° COM 2 est adopté.

Article 2

M. Jean-Pierre Michel, rapporteur. – Il serait excessif de priver les personnes dont le discernement était altéré au moment des faits et qui refusent de se soumettre à l'obligation de soins de toute réduction de peine, alors même qu'elles auraient fait d'autres efforts pour se réinsérer ou que l'évolution de leur pathologie ne justifierait plus une prise en charge sanitaire. L'amendement n° 3 prévoit que la décision du juge doit être précédée d'un avis médical.

L'amendement n° COM 3 est adopté.

M. Jean-Pierre Michel, rapporteur. – L'amendement n° 4 vise à préciser sans équivoque que les restrictions éventuelles aux mécanismes de réduction de peine prévues par l'article 2 de la proposition de loi ne s'appliquent qu'aux seules personnes dont le discernement était altéré au moment des faits et non à celles pour lesquelles de tels troubles seraient survenus ultérieurement.

L'amendement n° COM 4 est adopté.

Article 3

L'amendement de coordination n° COM 5 est adopté.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission, le groupe CRC-SPG ne prenant pas part au vote.

Le sort de l'ensemble des amendements examinés par la commission est retracé dans le tableau suivant :

Article 1^{er}			
Réduction de la peine encourue en cas d'altération du discernement			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. MICHEL, rapporteur	1	Avis médical préalable à une obligation de soins décidée dans le cadre d'un SME	Adopté
Article(s) additionnel(s) après Article 1er			
M. MICHEL, rapporteur	2	Lecture aux jurés des dispositions du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal	Adopté
Article 2			
Retrait des réductions de peine en cas de refus de soin			
M. MICHEL, rapporteur	3	Avis médical préalable à une décision concernant le retrait des réductions de peine	Adopté
M. MICHEL, rapporteur	4	Clarification	Adopté
Article 3			
Application de mesures de sûreté aux personnes dont le discernement était altéré au moment des faits			
M. MICHEL, rapporteur	5	Coordination	Adopté

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Ministère de la justice

Direction de l'administration pénitentiaire

- **Mme Dominique de Galard**, conseiller santé auprès du directeur

Direction des affaires criminelles et des grâces

- **Mme Maryvonne Caillibotte**, directrice

- **M. Hugues Courtial**, rédacteur au bureau de la législation pénale générale

Union syndicale des magistrats (USM)

- **Mme Virginie Valton**, vice-présidente

- **M. Richard Samas-Santafe**, secrétaire national

FO magistrats

- **Mme Béatrice Penaud**, vice-présidente chargée de l'application des peines à Pontoise et secrétaire générale adjointe

Association d'aide aux parents d'enfants victimes (APEV)

- **M. Alain Boulay**, président

Avocats

- **Mme Marianne Lagrue**, membre du Conseil national des barreaux

Collège des soignants intervenant en prison

- **Dr Catherine Paulet**, chef du SMPR de Marseille, présidente de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

- **Dr Gérard Laurencin**, chef de service du SMPR de Toulouse, membre de la commission d'audit de la HAS relative à la dangerosité psychiatrique

Contribution écrite

Syndicat de la magistrature

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique
<p align="center">Code pénal</p>	<p align="center">Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits</p>	<p align="center">Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits</p>
<p><i>Art. 122-1.</i> — 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.</p>	<p align="center">Article 1^{er}</p> <p>Le second membre de phrase du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal est remplacé par trois phrases ainsi rédigées :</p>	<p align="center">Article 1^{er}</p> <p align="center"><i>(Alinéa sans modification).</i></p>
<p>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.</p>	<p>« Toutefois, la peine privative de liberté encourue est réduite du tiers. En outre, la juridiction tient compte de cette circonstance pour fixer le régime de la peine. Lorsque la juridiction ordonne le sursis à exécution avec mise à l'épreuve de tout ou partie de la peine, cette mesure est assortie de l'obligation visée par le 3° de l'article 132-45. »</p>	<p>« Toutefois, la peine privative de liberté encourue est réduite du tiers. En outre, la juridiction tient compte de cette circonstance pour fixer le régime de la peine. Lorsque le sursis à exécution avec mise à l'épreuve de tout ou partie de la peine <u>a été ordonné</u>, cette mesure est assortie de l'obligation visée par le 3° de l'article 132-45 <u>après avis médical et sauf décision contraire de la juridiction.</u> »</p>
<p align="center">Code de procédure pénale</p>		<p align="center"><i>Article 1^{er} bis (nouveau)</i></p>
<p><i>Art. 362.</i> — En cas de réponse affirmative sur la culpabilité, le président donne lecture aux jurés des dispositions des articles 132-18 et 132-24 du code pénal, ainsi que, si les faits ont été commis en état de récidive légale, de l'article 132-18-1 et, le cas échéant, de l'article 132-19-1 du même code. La cour d'assises délibère alors sans désemparer sur l'application de la peine. Le vote a lieu ensuite au scrutin secret, et séparément pour chaque accusé.</p>		<p><u>A la première phrase du premier alinéa de l'article 362 du code de procédure pénale, après les mots : « des dispositions » sont insérés les mots : « du second alinéa de l'article 122-1 et ».</u></p>
<p>La décision sur la peine se forme à la majorité absolue des votants. Toutefois, le maximum de la peine privative de liberté encourue ne peut être</p>		

Texte en vigueur

prononcé qu'à la majorité de huit voix au moins lorsque la cour d'assises statue en premier ressort et qu'à la majorité de dix voix au moins lorsque la cour d'assises statue en appel. Si le maximum de la peine encourue n'a pas obtenu cette majorité, il ne peut être prononcé une peine supérieure à trente ans de réclusion criminelle lorsque la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité et une peine supérieure à vingt ans de réclusion criminelle lorsque la peine encourue est de trente ans de réclusion criminelle. Les mêmes règles sont applicables en cas de détention criminelle.

Si, après deux tours de scrutin, aucune peine n'a réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un troisième tour au cours duquel la peine la plus forte proposée au tour précédent est écartée. Si, à ce troisième tour, aucune peine n'a encore obtenu la majorité absolue des votes, il est procédé à un quatrième tour et ainsi de suite, en continuant à écarter la peine la plus forte, jusqu'à ce qu'une peine soit prononcée.

Lorsque la cour d'assises prononce une peine correctionnelle, elle peut ordonner à la majorité qu'il soit sursis à l'exécution de la peine avec ou sans mise à l'épreuve.

La cour d'assises délibère également sur les peines accessoires ou complémentaires.

Dans les cas prévus par l'article 706-53-13, elle délibère aussi pour déterminer s'il y a lieu de se prononcer sur le réexamen de la situation du condamné avant l'exécution de la totalité de sa peine en vue d'une éventuelle rétention de sûreté conformément à l'article 706-53-14.

Art. 721. — Chaque condamné bénéficie d'un crédit de réduction de

Texte de la proposition de loi

Article 2

Le code de procédure pénale est ainsi modifié :

1° Avant la dernière phrase du troisième alinéa de l'article 721, il est

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

Article 2

(Alinéa sans modification).

1° *(Alinéa sans modification).*

Texte en vigueur

peine calculé sur la durée de la condamnation prononcée à hauteur de trois mois pour la première année, de deux mois pour les années suivantes et, pour une peine de moins d'un an ou pour la partie de peine inférieure à une année pleine, de sept jours par mois ; pour les peines supérieures à un an, le total de la réduction correspondant aux sept jours par mois ne peut toutefois excéder deux mois.

Lorsque le condamné est en état de récidive légale, le crédit de réduction de peine est calculé à hauteur de deux mois la première année, d'un mois pour les années suivantes et, pour une peine de moins d'un an ou pour la partie de peine inférieure à une année pleine, de cinq jours par mois ; pour les peines supérieures à un an, le total de la réduction correspondant aux cinq jours par mois ne peut toutefois excéder un mois. Il n'est cependant pas tenu compte des dispositions du présent alinéa pour déterminer la date à partir de laquelle une libération conditionnelle peut être accordée au condamné, cette date étant fixée par référence à un crédit de réduction de peine qui serait calculé conformément aux dispositions du premier alinéa.

En cas de mauvaise conduite du condamné en détention, le juge de l'application des peines peut être saisi par le chef d'établissement ou sur réquisitions du procureur de la République aux fins de retrait, à hauteur de trois mois maximum par an et de sept jours par mois, de cette réduction de peine. Il peut également ordonner le retrait lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical, en application des articles 717-1 ou 763-7. Sa décision est prise dans les conditions prévues à l'article 712-5.

Lorsque le condamné est en état

Texte de la proposition de loi

inséré une phrase ainsi rédigée :

« Il peut également ordonner le retrait lorsque la personne condamnée dans les circonstances mentionnées au second alinéa de l'article 122-1 du code pénal refuse les soins qui lui sont pro-

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

« Il peut également ordonner, après avis médical, le retrait lorsque la personne condamnée dans les circonstances mentionnées à la première phrase du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal refuse les soins

Texte en vigueur

de récidive légale, le retrait prévu par le troisième alinéa du présent article est alors de deux mois maximum par an et de cinq jours par mois.

En cas de nouvelle condamnation à une peine privative de liberté pour un crime ou un délit commis par le condamné après sa libération pendant une période égale à la durée de la réduction résultant des dispositions du premier ou du deuxième alinéa et, le cas échéant, du troisième alinéa du présent article, la juridiction de jugement peut ordonner le retrait de tout ou partie de cette réduction de peine et la mise à exécution de l'emprisonnement correspondant, qui n'est pas confondu avec celui résultant de la nouvelle condamnation.

Lors de sa mise sous écrou, le condamné est informé par le greffe de la date prévisible de libération compte tenu de la réduction de peine prévue par le premier alinéa, des possibilités de retrait, en cas de mauvaise conduite ou de commission d'une nouvelle infraction après sa libération, de tout ou partie de cette réduction. Cette information lui est à nouveau communiquée au moment de sa libération.

Art. 721-1. — Une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l'acquisition de connaissances nouvelles, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes. Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encou-

Texte de la proposition de loi

posés. » ;

2° Le premier alinéa de l'article 721-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

qui lui sont proposés. » ;

2° (*Alinéa sans modification*).

Texte en vigueur

ru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7.

Cette réduction, accordée par le juge de l'application des peines après avis de la commission de l'application des peines, ne peut excéder, si le condamné est en état de récidive légale, deux mois par année d'incarcération ou quatre jours par mois lorsque la durée d'incarcération restant à subir est inférieure à une année. Si le condamné n'est pas en état de récidive légale, ces limites sont respectivement portées à trois mois et à sept jours. Lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle, la réduction ne peut excéder deux mois par an ou quatre jours par mois ou, si elle est en état de récidive légale, un mois par an ou deux jours par mois, dès lors qu'elle refuse les soins qui lui ont été proposés.

Elle est prononcée en une seule fois si l'incarcération est inférieure à une année et par fraction annuelle dans le cas contraire.

Sauf décision du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes condamnées pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 si, lorsque leur condamnation est devenue définitive, le casier judiciaire faisait mention d'une telle condamnation.

Texte de la proposition de loi

« De même, sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de peine ne peut être accordée à une personne condamnée dans les circonstances mentionnées au second alinéa de l'article 122-1 du code pénal qui refuse les soins qui lui sont proposés. »

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

« De même, après avis médical et sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de peine ne peut être accordée à une personne condamnée dans les circonstances mentionnées à la première phrase du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal qui refuse les soins qui lui sont proposés. »

Texte en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique
<p>—</p> <p>Livre IV : De quelques procédures particulières</p> <p>Titre XXVIII : De la procédure et des décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental</p> <p>Chapitre III : Mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental</p>	<p>—</p> <p>Article 3</p> <p>Le code de procédure pénale est ainsi modifié :</p> <p>1° Après l'article 706-136, il est inséré un article 706-136-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 706-136-1. — Le juge de l'application des peines peut ordonner, à la libération d'une personne condamnée dans les circonstances mentionnées au second alinéa de l'article 122-1 du code pénal, une obligation de soins ainsi que les mesures de sûreté visées à l'article 706-136 pendant une durée qu'il fixe et qui ne peut 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. Les deux derniers alinéas de l'article 706-136 sont applicables. »</p>	<p>—</p> <p>Article 3</p> <p>(Alinéa sans modification).</p> <p><u>1° A (nouveau) L'intitulé du chapitre III du titre XXVIII du livre IV est ainsi rédigé :</u></p> <p><u>« Mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou en cas de reconnaissance d'altération du discernement » :</u></p>
<p>Art. 706-137. — La personne qui fait l'objet d'une interdiction prononcée en application de l'article 706-136 peut demander au juge des libertés et de la détention du lieu de la situation de l'établissement hospitalier ou de son domicile d'ordonner sa modification ou sa levée. Celui-ci statue en chambre du conseil sur les conclusions du ministère public, le demandeur ou son avocat entendus ou dûment convoqués. Il peut solliciter l'avis préalable de la victime. La levée de la mesure ne peut être décidée qu'au vu du résultat d'une expertise psychiatrique. En cas de rejet de la demande, aucune demande ne peut être déposée avant l'expiration d'un délai de</p>	<p>2° A la première phrase de l'article 706-137, les mots : « d'une interdiction prononcée en application de l'article 706-136 » sont remplacés par les mots : « d'une mesure prononcée en application de l'article 706-136 ou de l'article 706-136-1 ».</p>	<p>1° (Sans modification).</p> <p>2° (Sans modification).</p>

Texte en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique
<p>—</p> <p>six mois.</p> <p><i>Art. 706-139.</i> — La méconnaissance par la personne qui en a fait l'objet des interdictions prévues par l'article 706-136 est punie, sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.</p>	<p>—</p> <p>3° A l'article 706-139, la référence : « l'article 706-136 » est remplacée par les références : « les articles 706-136 ou 706-136-1 ».</p>	<p>—</p> <p>3° (<i>Sans modification</i>).</p>