

## *La responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux*

### RAPPORT D'INFORMATION

Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL *pour la commission des lois*

Gilbert BARBIER et Christiane DEMONTÈS *pour la commission des affaires sociales*

#### ➤ *Les prisons françaises connaissent une très forte proportion de personnes atteintes de troubles mentaux*

Selon une enquête épidémiologique menée entre 2003 et 2004, le taux de détenus souffrant de schizophrénie atteindrait 8 % contre 1 % dans la population générale. La proportion de personnes atteintes de troubles mentaux les plus graves (schizophrénie ou autres formes de psychoses), pour lesquelles la peine n'a guère de sens, représenterait 10 % de la population pénale. A-t-elle augmenté dans la période récente ? De nombreux experts tendent à répondre par l'affirmative mais, faute de statistiques, ce sentiment ne s'appuie sur aucune donnée objective. Toutefois, plusieurs facteurs concourent à la reconnaissance plus fréquente de la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux.

#### ➤ *Des causes multiples et controversées*

##### *L'évolution du cadre juridique*

Alors que l'article 64 du code pénal de 1810 posait le principe de l'irresponsabilité pénale du « dément », le nouveau code pénal de 1993 a distingué l'**abolition** du discernement au moment des faits en raison d'un trouble psychique entraînant l'irresponsabilité (premier alinéa de l'article 122-1) et l'**altération** du discernement qui n'exonère pas l'auteur des faits de sa responsabilité, la juridiction devant cependant tenir compte de cette situation lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime (deuxième alinéa de l'article 122-1). Ces dispositions ont-elles favorisé le mouvement de responsabilisation pénale ? Contrairement à une idée reçue et bien que les statistiques soient fragmentaires, si le nombre de non-lieux a baissé en valeur absolue, la part de ceux motivés par l'article 122-1 est restée stable (5 % du total). Il n'est donc pas démontré que l'évolution du cadre juridique ait provoqué une diminution du nombre

de reconnaissances d'irresponsabilité pénale. En revanche, de l'avis concordant de magistrats et d'experts, l'altération du discernement, conçu par le législateur comme une cause d'atténuation de responsabilité, a constitué en pratique, paradoxalement, un facteur d'aggravation de la peine allongeant la durée d'emprisonnement de personnes atteintes de troubles mentaux.

##### *La réduction de l'offre de soins psychiatriques en hospitalisation complète*

Entre 1985 et 2005, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale est passée de 129 500 à 89 800 lits et places. Il en serait résulté, de manière dommageable, une tendance des experts à refuser l'irresponsabilité d'auteurs d'infractions afin d'éviter de mobiliser un lit d'hospitalisation. En outre, l'inégale répartition des soins psychiatriques sur le territoire ne permet pas de garantir le suivi des personnes fragilisées susceptibles de passer à l'acte.

##### *L'absence d'expertise*

Pour que la juridiction reconnaisse l'irresponsabilité pénale, encore faut-il qu'elle soit éclairée sur la situation mentale de l'intéressé.

Or, l'expertise psychiatrique n'est obligatoire qu'en matière criminelle. Elle n'est quasiment jamais mise en œuvre dans le cadre des procédures rapides de jugement, notamment la comparution immédiate qui concerne un nombre croissant de délits (près de 11 % des jugements en 2006).

Quand elle existe, l'expertise peut conclure à la seule altération du discernement en raison de positions théoriques (la responsabilisation participant de la thérapie) ou, plus simplement, d'un examen insuffisant, car trop bref, de la personne mise en cause.

➤ **La prison n'est pas un lieu de soins**

Au cours des dernières décennies, la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux a connu des progrès considérables qui ne peuvent cependant occulter la difficulté de traitement de maladies mentales encore aggravées par le cadre carcéral.

- Depuis 1986, le secteur public hospitalier est responsable de la prise en charge de la santé mentale des détenus principalement à travers les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés au sein des établissements pénitentiaires. Les soins doivent être administrés avec le consentement du détenu. En cas de crise ou dans les situations nécessitant une prise en charge thérapeutique à temps complet, la seule voie possible est celle de l'hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique, le cas échéant au sein d'une unité pour malades difficiles (UMD), du moins lorsque le nombre de places disponibles le permet. Par ailleurs, l'administration pénitentiaire dispose, avec la prison de Château-Thierry, d'un établissement spécifique accueillant près de 83 % de psychotiques, qui a su développer une culture pénitentiaire hors normes fondée sur une attention particulière aux détenus, ce qui concourt à leur stabilisation.

- Néanmoins, les soins en prison souffrent de nombreuses limites :

- les moyens en personnels médicaux demeurent insuffisants malgré les progrès importants réalisés au cours des dernières années : depuis 1997, les effectifs médicaux et soignants n'ont augmenté que de 21,45 % en psychiatrie contre 108,3 % pour les soins somatiques. En outre, l'affectation de psychiatres dans les SMPR se heurte au peu d'attrait des médecins pour une activité réputée difficile et à l'inégale répartition des psychiatres sur le territoire ;

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

- les conditions de prise en charge dans les SMPR ne sont pas comparables à celles des services hospitaliers : dans une majorité de SMPR, les chambres d'hospitalisation ne se différencient pas réellement des cellules de détention ;

- si l'hospitalisation du détenu en hôpital psychiatrique est nécessaire, celle-ci se déroule en général, pour des raisons de sécurité, en chambre d'isolement dans des conditions souvent peu respectueuses de la dignité, le malade étant parfois entravé sans justification médicale. En outre, les durées d'hospitalisation trop brèves (2 à 3 jours) ne permettent pas la stabilisation attendue de l'état du patient ;

- l'incarcération peut être source d'aggravation des troubles mentaux (lorsqu'elle ne les suscite pas) sous le double effet de l'insuffisance des soins dispensés et des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires (promiscuité, troubles du sommeil...). Cette situation met en danger les malades (risque suicidaire et automutilation), le personnel pénitentiaire et les codétenus. Le rapport établi en 2009 par le docteur Louis Albrand sur la prévention du suicide en milieu carcéral montre ainsi que la dépression, lorsqu'elle n'est pas prise en charge, est la première cause de suicide en prison.

- L'insuffisance de la prise en charge se manifeste enfin au moment de la sortie de prison car, hormis les cas où les détenus libérés font l'objet de mesures telles que le suivi socio-judiciaire ou l'injonction de soins, ils sont souvent remis en liberté sans qu'un suivi particulier soit prévu. Plusieurs experts ont ainsi souligné le manque de structures intermédiaires susceptibles d'accueillir le détenu libéré pour ménager une transition entre la prison et une prise en charge ambulatoire.

➤ **Les UHSA**

- La mise en place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) décidées par la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002 constitue une tentative pour concilier peine et soins. Ces structures, installées au sein de l'hôpital, ont en effet pour vocation « l'hospitalisation avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux ». Le programme de construction des UHSA porte sur la création de 17 unités pour une capacité totale de 705 lits, une première tranche de 9 unités devant être achevée en 2012. L'UHSA du centre hospitalier Le Vinatier à Lyon sera la première à entrer en

fonctionnement. Elle dispose aujourd'hui de l'ensemble des personnels nécessaires mais son ouverture reste subordonnée à l'adoption d'un décret et d'une circulaire encore en attente. Cette situation est préoccupante car porteuse du risque de démotiver les personnels médicaux et pénitentiaires qui ont accepté de s'engager dans cette nouvelle structure sans équivalent jusqu'à présent.

- La création des UHSA reste controversée. Incontestablement, ces unités devraient favoriser l'hospitalisation des détenus dans de meilleures conditions. Néanmoins, leur existence pourrait aussi inciter experts psychiatres et juridictions à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale des auteurs d'infractions s'ils estiment que la condamnation pénale sera le meilleur moyen d'assurer leur prise en charge médicale sécurisée.

#### ➤ *Les leçons des expériences étrangères*

Deux pays voisins de la France, la Suisse et la Belgique, prévoient que des mesures d'internement ou de traitement en milieu fermé peuvent être prononcées ou suivies par le juge à l'encontre de personnes pour lesquelles la détention ne paraît pas adaptée à leur état psychique. Ces mesures, très différentes de l'hospitalisation d'office, peuvent être soit à durée limitée avec prolongation éventuelle, soit sans durée déterminée avec possibilité de réexamen régulier.

S'agissant des modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de ces mesures, la Suisse et la Belgique font preuve d'un grand pragmatisme dès lors qu'elles subissent des contraintes budgétaires fortes. Ainsi, les établissements réellement réservés

aux personnes soumises à ces mesures sont en nombre réduit (la Suisse romande attend un tel établissement depuis 40 ans), de sorte que les personnes concernées peuvent se trouver placées en hôpital psychiatrique ou en établissement pénitentiaire.

La Belgique, qui confie à des commissions tripartites (magistrats, médecins, avocats) le soin d'affecter les personnes internées puis de prendre les décisions relatives à leurs permissions de sortie et libérations, revient aujourd'hui sur ce système en judiciarisant intégralement ces mesures.

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

#### *Rapporteurs*

##### *Pour la commission des lois :*

*Jean-René Lecerf (sénateur du Nord - UMP)*

*Jean-Pierre Michel (sénateur de la Haute-Saône - Soc)*

##### *Pour la commission des affaires sociales :*

*Gilbert Barbier (sénateur du Jura - RDSE)*

*Christiane Demontès (sénatrice du Rhône - Soc)*

➤ **RECOMMANDATIONS**

**→ Conserver la distinction entre abolition et altération du discernement mais prévoir explicitement l'atténuation de la peine en cas d'altération**

- Compléter le second alinéa de l'article 122-1 du code pénal afin de prévoir que l'altération du discernement entraîne une réduction de la peine comprise entre le tiers et la moitié de ce quantum. Prévoir en outre que lorsqu'une altération du discernement est constatée, la peine prononcée est exécutée pour une période comprise entre le tiers et la moitié de sa durée sous le régime du sursis avec mise à l'épreuve assorti d'une obligation de soins
- Prévoir l'affectation systématique des personnes dont le discernement est altéré dans un établissement pénitentiaire comprenant un SMPR
- Prévoir le retrait systématique des crédits de réduction de peine prévus par l'article 721 du code de procédure pénale et des réductions de peine supplémentaires prévues par l'article 721-1 si la personne, dont le discernement a été déclaré altéré, refuse les soins qui lui ont été proposés par le juge de l'application des peines après un avis médical
- Prévoir qu'une obligation de soins s'applique pendant la période comprise entre la libération de la personne et le terme de la durée de la peine encourue
- Permettre, à leur libération, aux personnes dont le discernement est altéré, l'application des mesures de sûreté réservées actuellement par les articles 706-138 à 706-140 du code de procédure pénale aux personnes irresponsables

**→ Engager la révision de l'organisation territoriale de la psychiatrie et la réforme de la loi du 27 juin 1990**

- Organiser des états généraux de la santé mentale réunissant les professionnels concernés ; autoriser, dans le cadre d'expérimentations départementales, la mise en place des groupements locaux pour la santé mentale préconisés par le rapport Couty ; sur ces bases, présenter un projet de loi sur la santé mentale susceptible de permettre l'adaptation de l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population
- Inscrire rapidement à l'ordre du jour du Parlement un projet de loi modifiant la loi du 27 juin 1990 sur l'hospitalisation d'office et prévoir la possibilité d'une obligation de soins en ambulatoire dans l'intérêt du patient, respectant ses droits et les prérogatives des médecins qui le prennent en charge

**→ Renforcer la formation des psychiatres**

- Renforcer la formation des psychiatres à la pratique médico-légale et à l'exercice de la médecine pénitentiaire, par exemple en créant un diplôme d'études spécialisées complémentaire en psychiatrie médico-légale comme il en existe en addictologie
- Développer les formations communes aux professionnels de la justice et de la santé appelés à intervenir auprès des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux
- Créer une spécialisation de niveau master en psychiatrie pour les infirmiers

**→ Améliorer les conditions de l'expertise**

- Actualiser et harmoniser au niveau national les questions types posées aux experts
- Revaloriser la rémunération des expertises pénales
- Rétablir l'expertise conjointe par deux experts dans certains cas

**→ Disposer d'une palette large d'outils pour prendre en charge les malades mentaux ayant commis des infractions**

- Envisager la création de SMPR supplémentaires en maison centrale (Ensisheim, Saint-Maur, Moulins...)
- Choisir les implantations des futurs établissements pénitentiaires en tenant compte de la démographie médicale, notamment en psychiatrie
- Réaliser et mettre en service à brève échéance les nouvelles UMD programmées, afin de réduire les délais d'attente nécessaires pour accéder à ces structures
- Favoriser la mise en place, au sein de plusieurs établissements pénitentiaires, d'unités pour la prise en charge de long séjour de personnes stabilisées mais fragiles où, d'une part, les pratiques pénitentiaires s'inspireraient de celles mises en œuvre à Château-Thierry et, d'autre part, l'encadrement médical serait renforcé ; envisager, dans le cadre du nouveau programme de construction, des établissements qui répondraient à ces caractéristiques
- Mettre en place les outils nécessaires, sous l'égide des agences régionales de santé, pour que tout détenu ayant séjourné en SMPR puisse être suivi dans le cadre du secteur de psychiatrie générale à sa sortie de prison
- Prévoir des possibilités d'hébergement dans des structures intermédiaires, telles que les appartements thérapeutiques, pour les détenus atteints de troubles mentaux sortant de prison avant d'envisager une prise en charge ambulatoire
- Etablir des statistiques précises et détaillées sur les profils des détenus accueillis en UHSA (pathologie, condamnations, parcours pénitentiaire, séjours multiples dans la structure...) afin de permettre une évaluation régulière de ces unités
- Soit créer au sein des UHSA des secteurs séparés qui seraient ouverts aux auteurs d'infractions reconnus irresponsables et hospitalisés d'office lorsque le type de prise en charge qu'elles permettent et le niveau de sécurité qu'elles assurent est adapté à la situation de ces malades, soit créer au sein des UMD des quartiers plus particulièrement sécurisés permettant d'accueillir les personnes ayant commis des infractions et reconnues irresponsables