

N° 420

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 22 juin 2006

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) par la mission d'information (2) sur les **mesures de sûreté** concernant les **personnes dangereuses**,*

Par MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : M. Jean-Jacques Hyest, président ; MM. Patrice Gélard, Bernard Saugey, Jean-Claude Peyronnet, François Zocchetto, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. Georges Othily, vice-présidents ; MM. Christian Cointat, Pierre Jarlier, Jacques Mahéas, Simon Sutour, secrétaires ; M. Nicolas Alfonsi, Mme Michèle André, M. Philippe Arnaud, Mme Eliane Assassi, MM. Robert Badinter, José Balareello, Laurent Béteille, Mme Alima Boumediene-Thiery, MM. François-Noël Buffet, Christian Cambon, Marcel-Pierre Cléach, Pierre-Yves Collombat, Raymond Courrière, Jean-Patrick Courtois, Yves Détraigne, Michel Dreyfus-Schmidt, Pierre Fauchon, Gaston Flosse, Bernard Frimat, René Garrec, Jean-Claude Gaudin, Charles Gautier, Philippe Goujon, Mme Jacqueline Gourault, MM. Charles Guené, Jean-René Lecerf, Mme Josiane Mathon-Poinat, MM. Hugues Portelli, Henri de Richemont, Jean-Pierre Sueur, Mme Catherine Troendle, MM. Alex Türk, Jean-Paul Virapoullé, Richard Yung.

(2) Cette mission est composée de : MM. Philippe Goujon et Charles Gautier, rapporteurs.

Sûreté.

SOMMAIRE

Pages

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS	5
EXAMEN EN COMMISSION	9
INTRODUCTION	13
PREMIÈRE PARTIE - FACE À LA DANGEROUSITÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX : LES LIMITES DU SYSTÈME FRANÇAIS	17
I. LA PÉNALISATION DES PERSONNES DANGEREUSES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX	19
A. L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS D'APPRÉCIATION DE LA RESPONSABILITÉ	20
B. LA NOUVELLE DONNE DE LA PSYCHIATRIE	22
C. LE BESOIN DE RÉPARATION DES VICTIMES	23
II. LE BILAN CONTRASTÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU MALADE MENTAL RECONNU RESPONSABLE	24
A. LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX : UN FACTEUR ESSENTIEL DE PROGRÈS DANS LES SOINS	24
B. LE CAS SPÉCIFIQUE DU CENTRE PÉNITENTIAIRE DE CHÂTEAU THIERRY	27
C. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES NON CONSENTANTES : L'HOSPITALISATION D'OFFICE	29
III. DES DISPOSITIFS DE SUIVI TROP LIMITÉS	33
A. UNE ÉVALUATION ENCORE INSUFFISANTE DE LA DANGEROUSITÉ	34
B. LES MESURES DE SÛRETÉ ET LEURS LIMITES	35
DEUXIÈME PARTIE - LA MISE EN PLACE DE MESURES DE SÛRETÉ EN MILIEU FERMÉ À LA LUMIÈRE DES EXPÉRIENCES ALLEMANDES ET NÉERLANDAISES	40
I. L'EXPÉRIENCE NÉERLANDAISE : LA RECHERCHE D'UN ÉQUILIBRE ENTRE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE LA PERSONNE DANGEREUSE ET LES PRÉOCCUPATIONS LIÉES À LA SÉCURITÉ	41
A. LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE : LE RÔLE DU CENTRE PIETER BAAN	44
B. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE « DROIT COMMUN » EN DÉTENTION : LE SERVICE DE SOINS SPÉCIAUX (BZA)	47

C. LE TRAITEMENT DE SITUATIONS DE CRISE : L'UNITE DE D'OBSERVATION ET DE TRAITEMENT DES PERSONNES DANGEREUSES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX (FOBA).....	48
D. LE PLACEMENT SOUS TBS.....	49
II. LE DISPOSITIF DE DÉTENTION-SÛRETÉ EN ALLEMAGNE : LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA NEUTRALISATION DE LA DANGÉROSITÉ	54
A. UN CHAMP D'APPLICATION PROGRESSIVEMENT ASSOULI	55
1. <i>Des conditions étendues</i>	56
2. <i>Un dispositif assorti de plusieurs garanties</i>	59
3. <i>Le rôle essentiel de l'expert</i>	59
4. <i>La durée de la mesure</i>	60
5. <i>Un nombre croissant de personnes soumises à la mesure</i>	61
B. LE RÉGIME DE DÉTENTION : LE CAS DU CENTRE DE DÉTENTION DE BERLIN TEGEL.....	61
PISTES DE RÉFLEXION.....	67
ANNEXES.....	71
ANNEXE 1 DÉPLACEMENTS À L'ÉTRANGER ET EN FRANCE.....	73
ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES ENTENDUES.....	75
ANNEXE 3 COMPTE RENDU DES AUDITIONS PUBLIQUES DU MERCREDI 14 JUN 2006	77

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS

Réunie le mercredi 21 juin 2006, sous la présidence de M. Jean-Jacques Hyest, président, la commission des lois a examiné le rapport d'information de MM. Philippe Goujon et Charles Gautier sur les **mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses**.

En 2005, la commission Santé-Justice, présidée par M. Jean-François Burgelin, avait notamment préconisé la mise en place de **centres fermés de protection sociale** pour accueillir, après l'exécution de leur peine, des personnes condamnées considérées comme toujours dangereuses.

Cette proposition met en cause certains **principes fondamentaux de notre droit** et pose la question essentielle pour toute société démocratique du point d'équilibre entre les considérations de sécurité publique et le respect de la liberté individuelle. Compte tenu des enjeux soulevés, la commission des lois a estimé indispensable que le débat se prolonge dans un cadre parlementaire en créant une mission d'information afin de répondre à une triple interrogation :

- le dispositif français concernant les personnes dangereuses est-il adapté ?
- quels enseignements peut-on tirer des expériences étrangères ?
- la mise en place de structures fermées pour accueillir des délinquants après l'accomplissement de leur peine est-elle envisageable et à quelles conditions ?

La commission a constaté que les **insuffisances du dispositif français** portaient essentiellement sur la **prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques**. En effet ces personnes sont aujourd'hui principalement prises en charge par l'administration pénitentiaire. Or, cette situation n'est pas satisfaisante à deux titres : d'une part, l'univers carcéral ne constitue pas le cadre le plus propice pour traiter les pathologies ; d'autre part, la durée d'une peine de prison n'est pas nécessairement en phase avec l'évolution de la dangerosité de l'individu.

La commission a relevé que le **nombre de détenus atteints de troubles mentaux** avait beaucoup **augmenté** : ainsi, les personnes connaissant des troubles psychotiques représenteraient 23 % de la population pénitentiaire (voire plus de 30 % pour les condamnés à de longues peines). Cette situation est liée à la conjonction de trois facteurs : une reconnaissance plus fréquente

de la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux sur la base du 2^{ème} alinéa de l'article 122-1 du code pénal ; l'évolution des soins psychiatriques au cours des deux dernières décennies marquées par l'ouverture des structures de prise en charge ; le besoin, légitime, de réparation des victimes par la pénalisation des auteurs d'infractions, fussent-ils atteints de troubles mentaux.

Même si la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux dans les prisons a connu de réels progrès dans la période récente, elle n'apparaît pas satisfaisante. En effet, les capacités des services médico-psychologiques régionaux ne sont pas encore à la mesure des besoins en particulier pour les condamnés à de longues peines. La commission a relevé que l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry, spécialisé dans l'accueil des détenus malades mentaux, ne comptait qu'un psychiatre. L'hospitalisation d'office des détenus rencontre quant à elle des limites liées à l'insuffisance du nombre de places au sein des unités pour malades difficiles. En outre, le système actuel présente un caractère paradoxal puisque les détenus consentant aux soins peuvent être traités dans les établissements pénitentiaires qui présentent les conditions de sécurité maximale alors que les détenus non consentants –dont le comportement est souvent le plus violent– sont pris en charge dans des structures hospitalières dont la sécurisation apparaît moindre qu'au sein d'une prison.

La commission a noté que la mise en place d'**unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)**, implantées dans des hôpitaux mais gardées par le personnel pénitentiaire, dont l'ouverture est prévue à compter de 2008, devrait contribuer à répondre à ces difficultés.

La commission a par ailleurs relevé que le **suivi** des personnes atteintes de troubles mentaux après leur libération, se heurtait, d'une part, à une **connaissance insuffisante de la dangerosité** de la personne (qui n'est aujourd'hui appréciée qu'au cours de la détention et pour les seuls condamnés à de longues peines dans le cadre du Centre national d'observation de Fresnes) et, d'autre part, aux moyens limités consacrés à la mise en œuvre du suivi socio-judiciaire en particulier quand celui-ci est assorti d'une obligation de soins. Or, la commission a observé qu'une **rupture dans la prise en charge médicale** d'un délinquant atteint de troubles mentaux pouvait favoriser le **passage à l'acte violent**.

Tirant les enseignements des déplacements conduits par la mission dans les deux pays cités en exemple par le rapport de la commission Santé-Justice, les Pays-Bas et l'Allemagne, la commission a observé que si les systèmes allemands et néerlandais avaient pour point commun la possibilité de retenir dans un cadre fermé les personnes considérées comme dangereuses après l'exécution de leur peine, ils n'obéissaient pas cependant aux mêmes logiques.

La mesure de « **détention-sûreté** » allemande peut concerner toutes les personnes supposées très dangereuses et cherche à les neutraliser avec pour principale préoccupation la **sécurité de la société** ; le dispositif néerlandais vise, quant à lui, les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux et tente de **concilier** les objectifs de **sécurité** avec la **prise en charge sanitaire des personnes**.

Sur la base de ces observations, la commission a retenu plusieurs **pistes de réflexion** articulées autour de trois axes :

En premier lieu, elle a préconisé de **renforcer la capacité d'expertise** par la mise en place de **centres d'expertise** sous la responsabilité d'une **équipe pluridisciplinaire**, où pourrait être placée pendant une durée de l'ordre de 25 jours la personne poursuivie pour des infractions particulièrement graves. Ces structures pourraient également intervenir après la condamnation chaque fois qu'une expertise approfondie pourrait s'avérer nécessaire.

Ensuite, la commission n'a pas jugé souhaitable de s'engager dans la voie des centres de protection sociale proposée par la commission Santé-Justice et a suggéré la mise en place d'**unités spécifiques pour les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux**. Ces derniers pourraient être accueillis pendant la durée de leur peine et au-delà, si leur état le nécessite, dans des structures **hospitalières** qui pourraient constituer des **unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour**.

La prise en charge serait donc sous **responsabilité médicale**, l'administration pénitentiaire assumant la **surveillance périphérique** des locaux. Dans l'hypothèse où l'état de santé de la personne s'améliorerait, celle-ci serait réaffectée dans son établissement pénitentiaire d'origine. Si, en revanche, l'état de dangerosité devait persister à l'expiration de la peine, l'autorité judiciaire (tribunal de l'application des peines ou juge des libertés et de la détention) pourrait, après avis convergent de deux experts extérieurs à l'établissement hospitalier de long séjour, décider de maintenir l'intéressé dans cette structure pour une durée de deux ans éventuellement renouvelable. Ce dispositif ne concernerait que les personnes ayant commis les infractions les plus graves. Pour votre commission, il permettrait d'éviter toute rupture dans le dispositif de soins.

Enfin, la commission souhaite le **renforcement du suivi des personnes après leur libération**. Elle propose de permettre au juge de l'application des peines de prononcer une **injonction de soins** indépendamment d'une condamnation à un suivi socio-judiciaire pour les personnes dont une double expertise concordante aurait, dans les six mois précédant la remise en liberté attesté la permanence d'un trouble mental sans présenter une dangerosité telle qu'elle justifierait le maintien ou le placement au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée de long séjour.

La mise en place d'un **fichier des personnes condamnées** ayant fait l'objet d'une hospitalisation d'office ainsi que de celles ayant fait l'objet d'un placement dans une unité hospitalière spécialement aménagée de long séjour pourrait permettre un meilleur suivi sanitaire.

La commission a estimé que ces orientations impliquaient à l'évidence une forte **mobilisation de moyens**, pleinement justifiée au regard des enjeux de santé publique et de sécurité soulevés par la prise en charge des délinquants dangereux atteints de troubles mentaux.

La commission des lois a **adopté** les conclusions de la mission d'information à l'**unanimité**.

EXAMEN EN COMMISSION

A l'issue de l'exposé des co-rapporteurs, un débat s'est engagé au sein de la commission.

Après avoir rappelé qu'il avait été membre de la commission Santé-Justice, M. François Zocchetto s'est félicité de ce que le débat sur les propositions de cette instance puisse se prolonger et s'approfondir dans le cadre de la commission des lois. Il a attiré l'attention sur les difficultés liées à l'évaluation de la dangerosité et souligné la nécessité de sensibiliser l'opinion publique sur ce point. Il a souhaité que des moyens complémentaires puissent être mis en œuvre pour renforcer les capacités d'expertise, en s'inspirant notamment des expériences conduites au Canada. Il a relevé également que les difficultés rencontrées aujourd'hui dans l'organisation des soins psychiatriques ne tenaient pas principalement à l'insuffisance du nombre de psychiatres, mais plutôt à leur inégale répartition sur le territoire français. Après avoir noté que la France avait récemment complété son arsenal juridique pour améliorer le suivi des personnes considérées comme dangereuses à travers notamment l'institution du fichier des auteurs d'infractions sexuelles et la mise en place du bracelet électronique mobile, il a regretté que les moyens nécessaires n'aient pas toujours été mis en œuvre.

M. Jean-Jacques Hyst, président, a souligné que les suggestions des rapporteurs concernant la création d'unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour pour les délinquants atteints de troubles mentaux se distinguaient nettement de la proposition de la commission Santé-Justice tendant à créer des centres fermés de protection sociale, dans la mesure où elles s'inscrivaient résolument dans la perspective d'une prise en charge médicale des intéressés.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, a relevé que les difficultés liées à la prise en charge psychiatrique des délinquants tenaient sans doute à une répartition déséquilibrée des psychiatres sur le territoire français, mais aussi à une rémunération plus faible que dans le secteur privé et enfin, sans doute, à un certain désintérêt d'une partie de la profession pour les questions criminologiques.

M. Jacques Mahéas a observé que l'on pouvait dresser un parallèle entre l'augmentation du nombre de malades mentaux dans les prisons et la remise en cause des structures fermées du secteur psychiatrique.

Il s'est par ailleurs demandé si l'incarcération ne favorisait pas le développement de nouvelles pathologies psychiatriques. Il a estimé nécessaire une meilleure formation des infirmiers en psychiatrie.

M. Charles Gautier, co-rapporteur, a jugé que cet effort de formation dans le domaine de la prise en charge psychiatrique devait également concerner les personnels de l'administration pénitentiaire. Il a souligné en effet que la mission avait, au cours de ses déplacements, rencontré des personnels très motivés, mais qui avaient été conduits à traiter des détenus atteints de troubles mentaux par choix plutôt qu'en raison d'une qualification spécifique.

M. Jean-Jacques Hyest, président, a proposé que les pistes de réflexion présentées par la mission intègrent également la nécessité d'une formation adaptée pour les personnels spécialisés.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, a observé que les conditions de détention tendaient en effet à aggraver les pathologies psychiatriques et qu'il était particulièrement nécessaire d'éviter toute rupture dans la prise en charge sanitaire des personnes atteintes de troubles mentaux. Il a observé en effet qu'une rupture de soins pouvait aggraver dans un facteur de quatre à sept, le risque de passage à l'acte d'une personne dangereuse. Il a rappelé également que certains des psychiatres entendus par la commission avaient relevé que, plus la peine était longue, plus elle prédisposait le détenu à souffrir d'un trouble psychiatrique. Il a confirmé à cet égard l'intérêt d'une prise en charge médicale renforcée des détenus.

M. Robert Badinter a souligné que la mission portait sur une question très délicate touchant aux libertés fondamentales. Il a jugé indispensable de tirer parti de l'exécution de la peine dans le cadre de la détention ou de la libération conditionnelle pour assurer un traitement plus adapté des personnes atteintes de troubles mentaux, alors que tel n'était pas le cas aujourd'hui. Il a observé que le suivi socio-judiciaire illustre les difficultés du système français, puisque ce dispositif avait été mis en place pour répondre à une forte pression de l'opinion publique mais que, faute de moyens, il n'avait pas répondu aux espoirs. Le législateur était alors conduit, selon lui, à adopter de nouveaux instruments juridiques sans plus de garanties que les moyens nécessaires soient mis en oeuvre. Il a estimé que l'on passait ainsi de la démocratie d'opinion à la démocratie d'émotion et il a souhaité que l'on revienne à la démocratie de réflexion.

M. Robert Badinter a également souligné que l'insuffisance de la prise en charge psychiatrique dans un cadre judiciaire s'expliquait aussi par les disparités de rémunération entre les psychiatres du secteur public et du secteur privé. Après avoir jugé indispensable que la continuité des soins puisse être assurée, il a estimé que le maintien d'une personne atteinte de troubles mentaux dans une structure fermée après le temps de la peine ne pouvait être justifié que pour des raisons thérapeutiques dans une perspective liée à la santé publique et non pas dans le cadre de la prévention de la récidive.

Il s'est déclaré opposé à tout système de relégation en rappelant que le dispositif allemand de « détention-sûreté » avait été créé en 1933. Enfin, M. Robert Badinter s'est demandé s'il ne serait pas utile de s'interroger sur une reformulation éventuelle de l'article 122-1 du code pénal.

M. Jean-Jacques Hyst, président, s'est déclaré à cet égard avoir été frappé par le témoignage devant la commission de M. Jean-Pierre Getti, président de la cour d'assises de Paris, qui avait observé que l'altération du discernement au moment des faits ne constituait pas une circonstance atténuante, mais entraînait généralement une aggravation de la peine.

La commission a alors adopté le rapport de la mission d'information.

Mesdames, Messieurs,

Voici près d'un an, la commission Santé-Justice, présidée par M. Jean-François Burgelin, procureur général honoraire près la Cour de cassation, remettait son rapport. Créée en juillet 2004 à l'initiative des ministres de la justice et de la santé, elle avait eu pour mandat d'étudier, dans la perspective de renforcer la prévention de la récidive, les modalités d'évaluation de la dangerosité afin de mieux prendre en compte cette dernière dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions.

Parmi les nombreuses propositions formulées par cette commission qui ont, dans leur grande majorité, recueilli un écho favorable auprès des professionnels de la justice et de la santé, l'une des plus novatrices, la création de **centres fermés de protection sociale** destinés à accueillir, après l'exécution de leur peine, des personnes considérées comme toujours dangereuses, a suscité cependant de vives oppositions¹.

Cette proposition met en cause en effet certains principes fondamentaux de notre droit et pose la question essentielle pour toute société démocratique du point d'équilibre entre les considérations de sécurité publique et le respect de la liberté individuelle.

Compte tenu des enjeux soulevés, il est apparu indispensable à votre commission que le débat se prolonge et s'approfondisse dans un cadre parlementaire. Il prolonge d'ailleurs la réflexion conduite en 2005 sur les conditions de mise en place du bracelet électronique mobile, à l'occasion de l'examen de la loi sur le traitement de la récidive des infractions pénales, auquel le Sénat avait apporté une contribution significative.

Ainsi votre commission a décidé, au début de la présente session, de créer une mission d'information confiée conjointement à MM. Philippe

¹ L'écho de ces positions se retrouve dans l'intervention devant votre commission de M. Jean-Yves Monfort, président du tribunal de grande instance de Versailles, membre de la commission nationale consultative des droits de l'homme : « priver quelqu'un de liberté en ne se fondant sur aucun fait répréhensible, mais sur un profil évalué par des psycho-criminologues est une pratique totalitaire : (...) le concept de « mesure de sûreté » a été inventé par les doctrines positivistes, qui, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, ont voulu justifier la réaction sociale en la fondant non sur le passage à l'acte du délinquant, mais sur son état dangereux ».

Goujon et Charles Gautier¹ sur les mesures de sûreté susceptibles d'être prises à l'égard des personnes considérées comme dangereuses².

Bornant le champ de ses analyses aux **auteurs d'infractions**, votre commission a cherché à présenter, dans un esprit d'objectivité, des éléments de réponse à trois des interrogations parmi les plus complexes qu'ait à résoudre le législateur :

- le dispositif français concernant les personnes dangereuses est-il adapté ? En d'autres termes, les instruments actuels permettent-ils, d'une part, de réduire la dangerosité à travers une prise en charge adaptée lorsque cette dangerosité est liée à une pathologie, d'autre part, de protéger la société par les mesures de sécurité nécessaires ?

- quels enseignements peut-on tirer des expériences étrangères ?

- la mise en place de structures fermées pour accueillir des délinquants après l'accomplissement de leur peine est-elle envisageable ? A quelles conditions ?

Au cours de déplacements³ auxquels se sont joints d'autres membres de la commission, la mission s'est rendue successivement aux Pays-Bas et en Allemagne afin de recueillir des informations sur les dispositifs spécifiques mis en place par ces deux pays afin de maintenir dans des structures fermées des personnes ayant exécuté leur peine mais considérées comme toujours dangereuses.

Elle a également visité les établissements pénitentiaires de Château-Thierry (spécialisé dans l'accueil des condamnés à de longues peines souffrant de troubles psychiatriques), de Clairvaux, de Fresnes (doté d'un centre national d'observation des détenus et d'une unité de soins psychiatriques) ainsi que l'unité pour malades difficiles de l'hôpital Paul-Guiraud de Villejuif.

Enfin, ce travail d'information s'est conclu par l'organisation d'une demi-journée d'auditions publiques au cours de laquelle ont été entendus magistrats, médecins et représentants du ministère de la justice⁴.

Sur la base des observations recueillies au cours de cette mission, votre commission a dressé le constat que les insuffisances du système français concernaient principalement les personnes dangereuses **atteintes de troubles psychiatriques**. Elle proposera des pistes de réflexion qui se veulent, avant tout, une contribution à une réflexion qu'il reste nécessaire de poursuivre et d'approfondir. Elle a été guidée par la conviction qu'**il ne saurait y avoir de**

¹ M. Charles Gautier a été désigné en remplacement de M. Michel Dreyfus-Schmidt, empêché.

² Par ailleurs, il convient de rappeler que M. Jean-Paul Garraud, député, a été nommé parlementaire en mission en février 2006, auprès du garde des sceaux, afin d'analyser les conditions d'évaluation de la dangerosité des auteurs d'infractions pénales atteints de troubles mentaux.

³ Voir la liste des déplacements et de la composition des délégations en annexe 1.

⁴ Le compte-rendu de ces auditions figure en annexe 3.

contradiction entre une meilleure prise en charge sanitaire des personnes considérées comme dangereuses et la sécurité de notre société.

*

En préambule à ces analyses, votre commission souhaite rendre un hommage particulier à l'ensemble des personnels qui prennent en charge les personnes dangereuses. Comme vos rapporteurs peuvent en témoigner, ils s'acquittent de leur mission, dans des conditions difficiles, avec compétence et dévouement. Leur travail mérite, à coup sûr, une meilleure reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE - FACE À LA DANGÉROSITÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX : LES LIMITES DU SYSTÈME FRANÇAIS

Comment la France appréhende-t-elle la dangerosité des auteurs d'infractions pénales ?

Cette préoccupation recouvre une double dimension : les moyens mis en œuvre pour traiter les personnes concernées et limiter leur dangerosité, les mesures prises pour prémunir la société contre des individus demeurés dangereux.

Répondre à cette interrogation implique au préalable de clarifier la notion de dangerosité.

Or, aux termes des débats organisés par votre commission, cette notion peut donner lieu à des interprétations différentes et les outils pour l'apprécier ne font pas consensus¹.

Il convient cependant de distinguer la **dangerosité criminologique**, considérée comme le risque qu'un individu commette une infraction, de la **dangerosité psychiatrique** définie comme le risque de passer à l'acte à un moment donné en raison de troubles mentaux².

En outre, comme l'ont relevé plusieurs des interlocuteurs de vos rapporteurs, les manifestations de violence pendant le temps de l'incarcération ne constituent pas nécessairement un indice de la dangerosité à l'extérieur puisque certaines personnes répondant au profil du détenu « *modèle* » peuvent se révéler très dangereuses en milieu ouvert.

Par ailleurs, le traitement des auteurs d'infractions doit également tenir compte de la nature des troubles dont ils peuvent être affectés. Il convient à cet égard de distinguer, selon les principes également retenus par le rapport de la commission santé et justice et confirmés par les intervenants aux auditions de votre commission :

- les **troubles mentaux** proprement dits, constituant des manifestations psycho-pathologiques susceptibles de s'exprimer dans la sphère intellectuelle, affective et/ou comportementale ;

¹ Voir à cet égard, par exemple, dans le compte rendu des auditions de la commission, les appréciations différentes entre deux médecins psychiatres, Mme Catherine Paulet et M. Roland Coutanceau.

² Comme l'a souligné Mme Catherine Paulet, médecin psychiatre, lors des auditions de votre commission, « c'est par exemple le risque de se défenestrer pour échapper aux visions effrayantes ou aux voix menaçantes, ou agresser pour se défendre contre l'incarnation du diable ».

- les **troubles de la personnalité** correspondant à des « *traits de personnalité rigide, inadaptés et responsables d'une altération plus ou moins sévère des relations sociales et professionnelles* »¹ –ces troubles peuvent être transitoires ou permanents s'ils traduisent une organisation psychique particulière caractéristique des personnalités pathologiques ;

- les **troubles du comportement** traduisant soit un trouble ou une maladie psychiatrique, soit un trouble de la personnalité.

Ces précisions doivent conduire à éviter les simplifications hâtives : **toute personne dangereuse n'est pas atteinte de troubles mentaux, tout malade mental n'est pas ipso facto une personne dangereuse² et, enfin, l'état de dangerosité ne constitue pas nécessairement un état permanent.**

La France dispose d'un cadre légal et de dispositifs judiciaires et sanitaires lui permettant, en principe, de traiter la dangerosité criminologique comme la dangerosité psychiatrique. Cependant, en pratique, l'organisation du système français produit une **situation paradoxale : les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux sont en majorité prises en charge par le système pénitentiaire.**

Cette situation n'est pas satisfaisante à un double titre. D'une part, du point de vue de la santé de l'intéressé, l'univers carcéral ne constitue pas le cadre le plus propice pour favoriser la réduction, à terme, des pathologies ; d'autre part, du point de vue de la sécurité de la société, la durée de la peine n'est pas nécessairement en phase avec l'évolution de la dangerosité de la personne³.

Le caractère paradoxal du dispositif français apparaît aux trois stades du traitement de l'auteur d'une infraction pénale :

- l'évaluation de la personne auteur de l'infraction ;
- la prise en charge de la personne reconnue responsable ;
- le suivi de l'individu dangereux en milieu ouvert.

¹ « Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive », rapport de la commission Santé-Justice, juillet 2005.

² Comme l'a souligné devant votre commission Mme Christiane de Beaurepaire, responsable du service médico-psychologique régional de Fresnes, « les malades mentaux traités et suivis ne sont pas plus enclins aux comportements dangereux que la population non psychiatrique. Encore faut-il les traiter et les suivre. »

³ Le mécanisme de l'hospitalisation d'office n'offre-t-il pas sur ce point davantage de garanties ? Comme l'a rappelé à votre commission M. Cyrille Canetti, médecin psychiatre du service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, le placement dans un hôpital psychiatrique peut durer plus longtemps que l'exécution d'une peine au sein d'un établissement pénitentiaire.

I. LA PÉNALISATION DES PERSONNES DANGEREUSES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Le nombre de détenus atteints de troubles mentaux a beaucoup augmenté au cours des dernières années. Ce sentiment très largement partagé par les responsables de l'administration pénitentiaire et les médecins rencontrés par vos rapporteurs est désormais étayé par des études scientifiques. En effet, selon les résultats d'une recherche conduite en 2003 de concert par les ministères de la santé et de la justice¹, 40 % des détenus souffriraient de syndromes dépressifs, 33 % d'anxiété généralisée, 23 % de troubles psychotiques. Près de 7 % présentent des symptômes de schizophrénie et une même proportion souffre de paranoïa et de psychose hallucinatoire chronique. Ces deux dernières catégories de troubles apparaissent particulièrement préoccupantes : il s'agit de pathologies lourdes, qui ne peuvent être considérées comme consécutives à la privation de liberté et dont la prévalence en milieu pénitentiaire est sept fois plus élevée que dans l'ensemble de la population française.

En outre, les chiffres établis par cette recherche apparaissent deux fois supérieurs à ceux d'études internationales précédentes² pour la schizophrénie et six fois supérieur pour un diagnostic élargi de psychose classique, ce qui tendrait à montrer, sous réserve des pondérations nécessaires compte tenu de méthodologies différentes retenues par ces différentes études, une augmentation significative de ce type de pathologie en milieu carcéral.

Comme le soulignait l'étude, beaucoup de détenus présentent des antécédents psychiatriques. Ainsi, avant leur incarcération plus d'un tiers d'entre eux ont déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif d'ordre psychiatrique et 16 % ont déjà été hospitalisés pour des raisons psychiatriques.

Comment expliquer une telle situation ? Plusieurs facteurs se sont sans doute conjugués parmi lesquels ont sans doute une part déterminante les conditions de prise en compte de la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux, l'évolution générale de l'organisation des soins psychiatriques au cours des deux dernières décennies ainsi, enfin, que les attentes des victimes.

¹ Cette recherche dont le protocole a été écrit en 2002 par un groupe d'experts dirigés par les professeurs Bruno Falissard et Frédéric Rouillon (INSERM) comportait trois phases distinctes : la première vise la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral et concerne 23 établissements pénitentiaires représentatifs et 1.000 personnes détenues ; la deuxième prévoit une évaluation clinique de 3.000 personnes détenues incarcérées pour la première fois au sein de quatre maisons d'arrêt afin de mesurer les facteurs de décompensation psychiatrique en prison ; la troisième, enfin, porte sur l'évolution à long terme de l'état de santé mentale de 100 personnes détenues, à partir de leurs dossiers sélectionnés au centre national d'observation de Fresnes.

² S. Fazel, J ; Danesh, *Serious disorders in 23.000 prisoners : a systematic review of 62 surveys. The lancet*, 16 février 2002.

A. L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS D'APPRÉCIATION DE LA RESPONSABILITÉ

Aux termes de l'article 122-1 du code pénal :

« 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 ».

La rédaction issue du nouveau code pénal introduit une double innovation par rapport à la formulation de l'ancien article 64¹. En premier lieu, tenant compte de l'évolution des connaissances scientifiques, le code pénal fait référence au « trouble psychique » ou « neuropsychique » et non à la démence qui renvoie à une forme particulière de maladie mentale caractérisée par une « déchéance progressive et irréversible de la vie psychique »² qui survient généralement chez les personnes âgées même si elle peut aussi affecter des sujets jeunes (démence précoce). Le législateur de 1992 a entendu viser notamment la psychose – telle que la schizophrénie, paranoïa ou psychose maniaco-dépressive- dont certaines manifestations³ peuvent entraîner une perte complète de contrôle ou de discernement.

Les conséquences de l'irresponsabilité sont demeurées, quant à elles, inchangées. L'irresponsabilité selon qu'elle est constatée au stade de l'instruction ou du jugement doit donner lieu à une décision de non lieu prononcée par le juge d'instruction, de relaxe prononcée par le tribunal de police ou le tribunal correctionnel ou d'acquiescement prononcé par la cour d'assises.

Par ailleurs, le nouveau code pénal (art. 122-1, 2^{ème} alinéa) a prévu l'hypothèse où le trouble psychique ou neuropsychique a **altéré** le discernement de la personne ou entravé le contrôle de ses actes **sans pour autant avoir supprimé son libre arbitre**.

Il est vrai que cette disposition consacre une pratique, antérieure à la réforme du code pénal, visant, par opposition aux aliénés privés de tout discernement, certaines personnes qualifiées parfois d'« anormaux mentaux ». Celles-ci étaient reconnues responsables mais bénéficiaient de circonstances atténuantes.

¹ L'article 64 du code pénal de 1810 prévoyait qu'« il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ».

² Frédéric Desportes, François le Gunehec, Droit pénal général, 11^{ème} édition, Economica.

³ Ordre hallucinatoire, bouffée délirante etc.

Ce dispositif a toujours soulevé une double difficulté. En premier lieu, la pénalisation de l' « anormal mental » a été contestée pour des raisons liées à des considérations médicales (la situation des personnes en cause relève davantage d'un traitement thérapeutique que d'une incarcération) et d'ordre public (la détermination d'une durée fixe d'emprisonnement n'est pas forcément adaptée à une dangerosité qui peut persister au delà de la peine).

En second lieu, le **partage entre l'abolition et la simple altération du discernement** laisse une large part d'appréciation au juge.

En tout état de cause, l'irresponsabilité pénale n'est jamais présumée et doit être prouvée. Pour évaluer les facultés mentales de la personne poursuivie, la juridiction ordonne une expertise psychiatrique. Celle-ci est d'ailleurs obligatoire en matière criminelle et le plus souvent décidée par le juge d'instruction.

Les conclusions de l'expert ne lient pas la juridiction, la question de l'irresponsabilité relevant de l'appréciation souveraine des juges du fond¹.

L'appréciation de ces dispositions fait aujourd'hui apparaître une double évolution.

Il semble que le juge reconnaisse moins souvent l'irresponsabilité pénale en application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal. Ainsi, le nombre d'ordonnances de non lieu prononcées sur ce fondement est passé de 444 à 233 entre 1987 et 2003. En revanche, le nombre d'acquittements résultant de l'abolition du discernement est plus difficile à apprécier puisque les arrêts de cours d'assises ne sont pas motivés de façon approfondie².

Par ailleurs, comme l'a souligné M. Jean-Pierre Getty, conseiller à la cour d'appel de Paris, président de la cour d'assises de Paris, il semble que l'altération du discernement, loin de jouer comme une circonstance atténuante, conduise le jury à prononcer des peines plus longues au motif que certaines de

¹ *La Cour de cassation n'exerce pas de contrôle sur cette appréciation sauf en cas de contradiction de motifs. Ainsi, elle a censuré un arrêt qui déclarait le prévenu responsable en relevant qu'il « demeurait conscient, que ses facultés intellectuelles ou mnésiques étaient conservées » tout en estimant par ailleurs qu' « il s'était livré à des actes inconsidérés qu'il était incapable de maîtriser » et « qu'il se trouvait soumis à des impulsions qu'il ne pouvait maîtriser » -le prévenu était, dans cette espèce, atteint d'une psychose maniaco-dépressive qui fait se succéder des périodes de dépression et des phases maniaques entre lesquelles le malade conserve sa lucidité- d'où les difficultés d'apprécier l'état mental de l'intéressé au moment de la commission des faits (chambre criminelle de la cour de cassation, 21 janvier 1992).*

² *Les arrêts de la cour d'assises se fondent uniquement sur le verdict rendu qui lui-même n'est constitué que par les réponses affirmatives ou négatives aux questions posées. La loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes concernant la procédure criminelle a prévu que lorsqu'est invoquée devant une cour d'assises comme moyen de défense une cause d'irresponsabilité pénale, la juridiction est invitée à répondre successivement aux deux questions suivantes :*

- l'accusé a-t-il commis un tel fait ?

- l'accusé bénéficie-t-il pour ce fait d'une cause d'irresponsabilité pénale ? (art. 349-1 du code de procédure pénale)

La procédure concerne essentiellement en pratique les hypothèses de trouble mental et de légitime défense.

ces personnes présentent une dangerosité très élevée comportant un fort risque de récidive.

Ces évolutions jurisprudentielles, permises par le cadre plus souple prévu par l'article 122-1 du code pénal, s'expliquent aussi par les changements profonds intervenus dans le domaine de la psychiatrie.

B. LA NOUVELLE DONNE DE LA PSYCHIATRIE

Certaines écoles contemporaines de psychiatrie ont eu leur part dans la pénalisation des malades mentaux. Pour elles, le procès permettrait de « responsabiliser » les personnes atteintes de certaines formes de pathologies mentales et constituerait un élément de la thérapie¹.

La réorganisation des structures de prise en charge psychiatrique semble toutefois avoir joué un rôle déterminant sous l'effet conjugué, notamment de la mise à disposition de psychotropes actifs (neuroleptiques et antidépresseurs) et de la remise en cause de l'« hôpital-asile » comme lieu de soins par contention. Au cours des vingt dernières années, les grands hôpitaux psychiatriques ont laissé place à des petites unités au sein des villes. Le nombre de lits a connu une réduction drastique et la durée des séjours hospitaliers a beaucoup diminué². Par ailleurs, le nombre de lits sécurisés s'est réduit et les personnels infirmiers se sont majoritairement féminisés : les équipes soignantes se trouvent donc démunies face aux comportements très violents dont témoignent certains malades.

Ces évolutions ne sont pas propres à la France : le modèle ambulatoire de soins prévaut désormais dans tous les pays occidentaux, non seulement en raison des positions de la psychiatrie contemporaine mais aussi de considérations économiques – les soins dispensés au sein de structures fixes présentant un coût très élevé.

Si l'ouverture et l'humanisation des structures psychiatriques a eu incontestablement des effets bénéfiques, le dispositif actuel ne répond pas de manière satisfaisante à la situation particulière des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux. Seules les unités pour malades difficiles (UMD) peuvent aujourd'hui procurer un cadre sécurisé mais, au nombre de quatre,

¹ Dans son intervention au colloque « santé en prison » du 7 décembre 2004, Mme Catherine Paulet, chef de service du SMPR de Marseille relevait ainsi la responsabilité pénale accrue des malades mentaux par l'articulation de trois théories intellectuellement séduisantes mais dont l'application est critique sur le plan éthique :

- la thèse de la citoyenneté, de l'appartenance de tout un chacun, fût-il malade mental à la communauté des Hommes,
- la théorie psychanalytique du « sujet » auteur de ses actes, mais dont les ressorts et les déterminants sont pour partie inconscients,
- la thèse du procès qui fait sens – parole publique et inscription dans la réalité commune- et qui, selon D. Salas, « rétablit le fil, déchiré par le crime, de la relation entre la victime et l'auteur ».

² Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet est passé de 170.000 en 1970 à 69.000 en 1995 et, sur la même période, la durée moyenne de séjour est passée de 250 jours à 59 jours.

elles n'offrent que des capacités d'accueil limitées (416 lits) et donc impliquent souvent des délais d'internement particulièrement longs.

Dans ce contexte, il est possible de dresser un double constat.

En premier lieu, **certaines personnes dangereuses sont livrées à elles-mêmes**. Or, comme l'ont montré plusieurs études¹, les malades mentaux atteints de schizophrénie ou d'un trouble affectif ont un risque accru de violence dans un facteur de 4 à 7 en cas de rupture de soins –en particulier dans les vingt semaines suivant la sortie de l'hôpital– et de consommation d'alcool et de drogue (cannabis notamment) –compte tenu de certaines spécificités cliniques telles que les idées délirantes de persécution, d'influence ou de grandeur.

Ensuite, les experts dont beaucoup sont chefs de service au sein d'établissements psychiatriques, conscients des limites des capacités du système de soins, sont enclins à **orienter le choix du juge dans le sens de la responsabilité pénale**. Ils sont en effet conscients que les personnes reconnues irresponsables ont, compte tenu de leur pathologie, vocation à demeurer longtemps au sein d'une structure psychiatrique (d'autant plus que la levée de l'hospitalisation d'office requiert l'avis de deux psychiatres et qu'en pratique, ces derniers hésitent à permettre la sortie d'une personne dont la dangerosité a été très élevée). Aussi, dans la mesure où existent désormais des services de psychiatrie pénitentiaire, l'incarcération paraît-elle la seule façon de permettre la prise en charge des grands psychotiques reconnus comme dangereux.

Il faut souligner de nouveau combien, sur ce point aussi, les constats de la commission d'enquête sénatoriale sur les prisons conservent leur actualité : *« paradoxe terrible, la réforme du code pénal et la nouvelle « pratique » des psychiatres ont abouti à un résultat inattendu : de plus en plus de malades mentaux sont aujourd'hui incarcérés. La boucle est bouclée : la prison, aujourd'hui en France, est en train de retrouver son visage antérieur au code pénal napoléonien »*².

Certains des médecins psychiatres entendus par votre commission ont d'ailleurs souhaité une **reformulation de l'article 122-1 du code pénal**.³

C. LE BESOIN DE RÉPARATION DES VICTIMES

Enfin, le besoin de réparation des victimes implique, au-delà de la **mise en cause de la responsabilité civile** de la personne atteinte de troubles

¹ Citées par Jean-Louis Senon et Cyril Manzanera in *Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir*, AJ Pénal, n° 10, 2005.

² « Prisons : une humiliation pour la République », rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France ; MM. Jean-Jacques Hyest, président, Guy-Pierre Cabanel, rapporteur ; rapport du Sénat n° 449, 1999-2000.

³ Voir dans l'annexe 3 le compte rendu de l'audition de Mme Catherine Paulet, médecin chef du service médico-psychologique régional des Baumettes à Marseille.

mentaux, reconnue par **l'article 489-2 du code civil**, l'organisation d'un procès et la punition de l'auteur des faits.

La loi du 8 février 1995 relative à l'organisation des juridictions et à la procédure pénale a ouvert à la partie civile la faculté de faire appel de l'ordonnance de non lieu – appel qui doit être jugé en chambre de l'instruction lors d'une audience publique avec comparution personnelle de la personne déclarée irresponsable (si son état le lui permet) et audition des experts (art. 199-1 du code de procédure pénale). Par ailleurs, la Cour de cassation a estimé que la chambre de l'instruction ne pouvait se dispenser de répondre à une demande d'expertise complémentaire. Enfin, lorsque l'ordonnance de non lieu est notifiée par le juge d'instruction, la partie civile est informée de son droit de demander une contre-expertise.

Enfin, la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité a prévu que lorsque l'ordonnance de non lieu est motivée par l'une des causes d'irresponsabilité prévue notamment par l'article 122-1 du code pénal, elle précise « *s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés* » (art. 177 du code de procédure pénale).

II. LE BILAN CONTRASTÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU MALADE MENTAL RECONNU RESPONSABLE

Le dispositif français prévoit trois niveaux de prise en charge psychiatrique de la personne reconnue responsable : à titre principal, les soins sont dispensés au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés dans les établissements pénitentiaires ; en cas de crise et de refus de soins, la personne peut faire l'objet d'une hospitalisation d'office dans des établissements hospitaliers habilités ; enfin, entre le SMPR et l'hospitalisation d'office, l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry peut accueillir des personnes atteintes de troubles mentaux, considérées comme inadaptées à la détention de « *droit commun* » sans relever cependant des conditions de placement en hôpital psychiatrique.

A. LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX : UN FACTEUR ESSENTIEL DE PROGRÈS DANS LES SOINS

Depuis le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, les soins psychiatriques des personnes détenues placées auparavant sous la responsabilité des établissements pénitentiaires dépendent désormais du

service public hospitalier (la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 a étendu ce principe à l'ensemble des soins – y compris somatique)¹.

Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire s'organisent d'abord par les prises en charge ambulatoires réalisées par les équipes de psychiatrie générale, et ensuite, pour les soins plus complets, **avec le consentement** des intéressés, au sein de l'un des vingt-six services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés dans les plus grands établissements pénitentiaires². Ces services constituent des secteurs de psychiatrie –au même titre que les autres secteurs créés par la loi du 31 décembre 1985– rattachés à un établissement hospitalier (CHU, centre hospitalier régional ou hôpital psychiatrique).

Ils sont animés par une équipe pluridisciplinaire associant psychiatres psychologues, infirmiers, assistants sociaux et travailleurs éducatifs. Ils exercent principalement trois missions : recevoir systématiquement toutes les personnes arrivant dans l'établissement pénitentiaire d'implantation, assurer le suivi au cours de l'incarcération et préparer la mise en place du suivi post-pénal.

Les SMPR comportent 380 lits, ce qui permet d'assurer essentiellement une prise en charge médicale de jour ; seuls deux SMPR, ceux des établissements pénitentiaires de Fresnes et des Baumettes à Marseille, disposent d'une couverture paramédicale nocturne au sein d'unités psychiatriques hospitalières (respectivement quarante-sept et trente-deux places).

Une délégation de votre commission s'est rendue, le 6 juin dernier, au sein du SMPR de Fresnes. Celui-ci comporte quatre structures distinctes :

- l'unité psychiatrique de consultation (UPC) correspondant à l'activité ambulatoire du service ;
- l'unité de psychiatrie de liaison (UPL) pour assurer les soins ambulatoires auprès des détenus hospitalisés pour des troubles somatiques divers ;
- le centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ;
- l'unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH) que la délégation de votre commission a visitée et qui comporte 50 lits –dont trois chambres d'isolement- recevant des patients consentant aux soins présentant des troubles psychiatriques aigus et chroniques ainsi que des agresseurs sexuels.

¹ Sur le fondement d'un décret du 31 mars 1936, des services d'examen psychiatriques avaient été établis dans les prisons de la Santé, de la Petite Roquette et de Fresnes.

² 18 SMPR sont situés dans des maisons d'arrêt, 8 sont installés dans des centres pénitentiaires (soit des établissements qui comprennent au moins deux quartiers à régime de détention distinct – maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Sur les 12.000 personnes qui passent au cours de l'année dans cet établissement, 7.000 consultent au sein du SMPR –dont la moitié est régulièrement suivie.

Selon Mme Christiane de Beaurepaire, médecin-chef du SMPR, la moitié souffre de troubles dépressifs et 25 % de troubles psychotiques¹.

Vos rapporteurs ont relevé trois aspects positifs de la prise en charge assurée par les SMPR :

- la **disponibilité du personnel médical** et des traitements plus effective sans doute qu'à l'extérieur du milieu carcéral ;

- l'organisation d'**ateliers** et d'**activités de soutien** ;

- l'**attention réelle du personnel de surveillance**, moins évidente dans le régime commun de détention où un surveillant doit veiller sur un grand nombre de détenus.

Il convient cependant de souligner que les **personnes susceptibles de nécessiter un suivi médical ou psychologique ne sont pas systématiquement orientées vers les établissements disposant d'un SMPR** (à l'exception des personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans précédé ou accompagné de viol, de tortures ou actes de barbarie).

Ainsi, les SMPR étant principalement implantés en maison d'arrêt, la prise en charge dans les établissements pour peine s'avère insuffisante. Tel est en particulier le cas en maison centrale comme votre délégation a pu le constater à Clairvaux.

Cette situation apparaît d'autant plus préoccupante que la prévalence des troubles psychotiques pourrait, sur la base d'observations établies sur les détenus du centre national d'observation de Fresnes, atteindre 30 % des condamnés à de longues peines.

Par ailleurs, les **conditions d'hospitalisation** dans le cadre pénitentiaire ne sont pas réellement comparables à celles des services hospitaliers comme le soulignait une étude récente du ministère de la santé². Les chambres d'hospitalisation ne se différencient pas des cellules de détention dans dix-sept SMPR (sur vingt-six) et présentent des insuffisances liées à l'absence de système de réanimation de premier niveau et de système d'alerte ou aux risques que constituent les lits métalliques en cas de crise. Par ailleurs, 40 % des lits d'hospitalisation se trouvent situés dans des chambres individuelles, 42 % dans des chambres à deux lits et 19 % dans des chambres à trois lits. Les chambres d'isolement peuvent être utilisées sur indication

¹ Par ailleurs, la moitié des personnes reçues en consultation connaît des problèmes de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues.

² Magali Coldefy - *La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, Etudes et résultats n° 427, septembre 2005, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé.*

médicale lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou autrui mais moins d'un quart des SMPR en dispose contre 84 % des secteurs de psychiatrie générale. En outre, comme vos rapporteurs ont pu le constater au sein de l'UPH de Fresnes, leurs conditions sont plus que sommaires.

En outre, selon l'étude précitée, la **prise en charge à la sortie de la détention** ne concerne que **4 %** des détenus suivis par les équipes des SMPR¹

B. LE CAS SPÉCIFIQUE DU CENTRE PÉNITENTIAIRE DE CHÂTEAU-THIERRY

L'établissement pénitentiaire de Château-Thierry est devenu en 1986 une maison centrale de santé (MCS). Aux termes de la réforme de 1994, l'établissement a perdu ce statut tout en conservant une **forte spécificité** liée à la présence majoritaire de détenus souffrant de troubles psychologiques ou de psychopaties.

Une note de l'administration pénitentiaire en date du 5 mars 2001 a précisé la vocation de cette structure. Il s'agit d'accueillir les condamnés qui, bien que ne relevant ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional, ne parviennent pas cependant à s'intégrer à un régime de détention classique². En outre, le détenu doit avoir un reliquat de peine supérieur ou égal à dix-huit mois.

L'établissement –longtemps considéré comme « psycho-disciplinaire »– s'est donc vu assigné pour mission la **réadaptation à la détention ordinaire**.

Les demandes d'affectation peuvent émaner soit de l'intéressé lui-même, soit du psychiatre de l'établissement où il est incarcéré. Si elles ne sont plus subordonnées à l'avis favorable du psychiatre de l'établissement d'origine, celui-ci doit –après concertation avec le médecin-chef du service médico-psychologique régional dont dépend l'établissement pénitentiaire– attester que l'intéressé ne relève ni de l'hospitalisation en service médico-psychologique régional, ni de l'hospitalisation d'office.

Une délégation de votre commission s'est rendue dans le centre pénitentiaire de Château-Thierry le 23 mai dernier. Cet établissement comprend deux quartiers :

- le quartier maison centrale (101 cellules) destiné aux détenus condamnés à des moyennes ou longues peines présentant des troubles du comportement ;

¹ En 2003, 1.400 patients ont été vus par les équipes des SMPR, à domicile ou dans une structure extérieure à la prison.

² L'administration pénitentiaire vise en particulier les cas suivants : peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée ; manque d'hygiène grave, régression, état de prostration ; ingestion répétée de corps étrangers ; tentatives de suicide répétées ; personnalités passives entraînant des sévices ou agressions répétées de la part d'autres co-détenus ; agressivité constante et incontrôlable (sans constituer toutefois des cas disciplinaires).

- le quartier centre de détention (trente-trois places réparties dans douze dortoirs) accueillant les détenus condamnés dont le reliquat n'excède pas cinq années

Tandis que les décisions d'affectation à la maison centrale relèvent du directeur de l'administration pénitentiaire, celles concernant le centre de détention sont prises par le directeur régional des services pénitentiaires. Les détenus du centre de détention sont donc, dans leur majorité, originaires de la région de Château-Thierry. Cependant, la distinction entre les deux quartiers semble parfois s'estomper dans la mesure où le centre de détention reçoit également des personnes atteintes de troubles mentaux.

A la date de la visite de votre délégation, les quartiers maison centrale et centre de détention accueillent respectivement quatre-vingts et vingt-et-un détenus. Même si les effectifs ont beaucoup augmenté par rapport au début de l'année 2000 où Château-Thierry fonctionnait à 50 % de sa capacité d'affectation, les responsables de l'établissement estiment néanmoins que les possibilités de la structure ne sont pas pleinement employées et que les critères d'affectation des condamnés au quartier maison centrale sont peut-être excessivement restrictifs.

Le « profil-type » du détenu correspond à un homme majeur dont l'âge moyen est compris entre 25 et 40 ans, signalé par des comportements d'ordre psychopathique (nombreuses procédures disciplinaires, contestations de l'autorité, agressions de personnels..). Près de 60 % des condamnés purgent des peines supérieures à 10 ans d'emprisonnement pour des infractions liées, pour l'essentiel, aux atteintes aux personnes (87,20 %). Les étrangers représentaient 15 % des détenus.

La vocation de l'établissement –chargé en particulier de soulager les autres établissements des détenus les plus « perturbateurs – implique une rotation relativement rapide des condamnés. Si la durée moyenne de séjour apparaît relativement brève (moins de six mois pour la moitié d'entre eux), la réaffectation de certains condamnés peut connaître de longs délais à l'origine de fréquentes tensions dans la gestion des détenus. Certains condamnés, jugés incapables de se réadapter à un autre établissement, demeurent d'ailleurs à Château-Thierry –les deux plus anciens s'y trouvent ainsi depuis 1983 et 1985.

Bien que l'établissement donne un sentiment de calme –beaucoup de détenus sont sous traitement neuroleptique–, les situations de crise peuvent se développer de manière brutale et, comme l'ont indiqué les interlocuteurs de votre délégation, avec des effets de contagion à l'ensemble de la détention.

Le rapport du centre pénitentiaire pour 2005 relevait une augmentation particulièrement significative des violences soit envers les personnels, soit entre les détenus¹. Si le taux de suicide –deux cas rapportés au cours des vingt dernières années– apparaît en-deça de la moyenne nationale,

¹ Peu de temps avant la venue de la délégation sénatoriale, un surveillant venait d'être agressé par un détenu avec une lame de rasoir.

tel n'est pas le cas de celui des automutilations¹ parmi le plus élevé des prisons françaises.

Face aux particularités de la population pénale, l'établissement n'est pas dépourvu d'atouts.

Votre délégation a pu observer que la **dimension de la structure, à échelle humaine**, permettait d'assurer un traitement individualisé des détenus.

Comme l'a constaté la délégation, l'établissement dispose d'un jardin intra-muros (alors que les maisons centrales en sont dépourvues), destiné à aider les détenus, dont certains refusent habituellement de quitter leur cellule, à atténuer leur claustration. En outre, ces derniers bénéficient d'une réelle attention de la part de **surveillants expérimentés** présents dans l'établissement depuis longtemps même si plusieurs d'entre eux atteindront prochainement l'âge de la retraite².

La perspective prochaine du départ à la retraite de plusieurs surveillants n'est pas sans soulever des incertitudes car les caractéristiques de la population pénale de Château-Thierry requiert une bonne connaissance de chacun des détenus et la capacité à répondre et si possible à prévenir les situations de crise. Les interlocuteurs de votre délégation ont cependant relevé que les agents étaient incités à suivre des formations adaptées –en particulier les modules concernant la prévention du suicide mis en place dans le prolongement des recommandations du rapport Terra (2003).

Le centre pénitentiaire présente toutefois certaines **insuffisances**. Il convient d'abord de relever l'**exiguïté des cellules** et la **faiblesse des installations collectives**. Surtout, votre délégation a constaté que l'établissement ne dispose que d'un psychiatre présent deux jours seulement par semaine (soit la moitié d'un équivalent temps plein), ce qui ne paraît pas à la mesure des besoins d'un tel établissement. Le médecin psychiatre examine systématiquement les entrants et, à leur demande, les autres détenus. En cas de crise, il peut décider d'administrer des traitements –les vrais délirants faisant cependant l'objet d'une hospitalisation d'office. Mme Sylvie Aignot, médecin psychiatre du centre pénitentiaire, a regretté qu'il n'y ait aucun homme parmi les infirmiers (six) ou les psychologues (deux) alors que les situations de violence pourraient justifier une telle présence.

C. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES NON CONSENTANTES : L'HOSPITALISATION D'OFFICE

Les détenus ne peuvent recevoir de soins psychiatriques en milieu carcéral qu'**avec leur consentement**.

En cas de désaccord, dans des situations de crise où la situation des détenus impose une prise en charge thérapeutique, la seule voie possible reste

¹ Principalement par scarifications.

² L'établissement compte soixante-quinze agents dont cinquante-huit surveillants.

l'hospitalisation d'office, hors de la prison, dans un établissement psychiatrique habilité.

En vertu de l'**article D. 398 du code de procédure pénale**, il appartient alors à l'autorité préfectorale, au vu d'un certificat médical circonstancié, de faire procéder à leur hospitalisation d'office.

En pratique, l'hospitalisation d'office peut être demandée par un psychiatre de SMPR ou un psychiatre intervenant dans un établissement pénitentiaire et concerner un condamné ou un prévenu (s'il s'agit d'un prévenu, le juge d'instruction doit être prévenu). Durant son hospitalisation, le patient demeure sous écrou et peut même bénéficier de réductions de peine s'il est condamné.

La garde n'est pas assurée par un personnel de police ou de gendarmerie (contrairement aux hospitalisations en médecine ou chirurgie) : la responsabilité en incombe au service de l'hôpital lui-même.

Selon l'étude précitée du ministère de la santé sur la prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, les secteurs de psychiatrie générale admettent assez rapidement les détenus sur la base de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Pour 85 % des SMPR, en effet, le délai d'hospitalisation apparaît inférieur ou égal à trois jours.

L'hospitalisation d'office peut aussi concerner les auteurs d'infraction **irresponsables**.

Dans ce cas, les autorités judiciaires doivent aviser immédiatement le préfet lorsqu'une personne reconnue irresponsable en application de l'article 122-1, alinéa 1^{er}, du code pénal a bénéficié d'une décision de non lieu, de relaxe ou d'acquiescement et que son état mental peut compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes (art. L. 3213-7 du code de la santé publique). La loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales a cherché à favoriser une information encore plus en amont, avant même le prononcé de la peine –le procureur de la République étant appelé à communiquer au représentant de l'Etat ses conclusions ainsi que les dates d'audience et des décisions rendues.

Qu'elle soit demandée pour un détenu ou une personne reconnue irresponsable, la décision appartient au préfet.

Celui-ci peut prendre une mesure d'hospitalisation d'office si « *les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave à l'ordre public* » (art. L. 3213-1 du code de la santé publique)¹. Cette procédure peut concerner également des personnes qui n'ont pas commis d'infractions pénales.

¹ Les références à la nécessité des soins et à la « gravité » de l'atteinte à l'ordre public ont été introduites par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des maladies et à la qualité du système de santé.

La décision de l'autorité administrative est assortie de plusieurs garanties. En premier lieu, elle est subordonnée à un certificat médical circonstancié.

L'arrêté préfectoral doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Par ailleurs, dans les vingt-quatre heures suivant l'hospitalisation, le directeur de l'établissement transmet un certificat établi par un psychiatre de l'établissement au préfet et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques¹.

Ensuite, la loi prévoit un **contrôle systématique du bien fondé de l'hospitalisation** : dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et au moins une fois par mois, le psychiatre de l'établissement établit, au vu d'un examen médical, un certificat circonstancié qui confirme ou infirme les observations contenues dans le précédent certificat et précise notamment l'évolution de l'état du malade. Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois, le préfet peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation pour une nouvelle durée fixée à trois mois. Au-delà, le préfet peut maintenir l'hospitalisation pour des périodes de six mois renouvelables selon les mêmes modalités (art. L. 3213-4 du code de la santé publique).

Dans tous les cas, l'hospitalisation est levée si la décision du préfet n'intervient pas dans les délais prévus. Le préfet peut, en outre, mettre fin à l'hospitalisation sur avis d'un psychiatre ou sur proposition de la Commission des hospitalisations psychiatriques.

Le **juge des libertés et de la détention** peut d'office ou à la demande d'une personne intéressée, ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement (art. L. 3211-12 du code de la santé publique).

Le terme d'une hospitalisation d'office intervenue **sur avis de l'autorité judiciaire après une décision pénale** ne peut cependant être décidé qu'à des **conditions strictes de forme et de fond** : avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement ; décisions conformes et concordantes de deux psychiatres étrangers à l'établissement (choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République) établissant que « *l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même, ni pour autrui* » (art. L. 3213-8 du code de la santé publique).

Les soins sont dispensés dans le cadre de circonscriptions géographiques appelées « secteurs psychiatriques » rattachés à un établissement public ou privé ayant passé convention avec l'Etat, du service hospitalier public participant à la lutte contre les maladies mentales.

¹ Cette commission réunit deux psychiatres, un magistrat désigné par le premier président de la Cour d'appel, deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, d'un médecin généraliste.

Echappent cependant à cette organisation les **unités pour malades difficiles** à vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé. Ces structures assurant l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté ne peuvent être assurées que dans une unité spécifique.

La France compte quatre unités de ce type : Cadillac (Gironde), Montfavet (Vaucluse), Sarreguemines (Moselle) et l'Hôpital Paul-Guiraud de Villejuif –soit au total quelque quatre cents places.

Vos rapporteurs se sont rendus dans ce dernier établissement le 1^{er} juin dernier et ont pu s'entretenir à cette occasion avec le personnel médical de l'unité. Celle-ci a fait l'objet d'importants travaux de réaménagement destinés à améliorer l'accueil des patients, à renforcer la sécurité¹ et enfin, à augmenter les capacités –de 60 à 80 lits. Les travaux n'étant pas actuellement entièrement achevés, les structures rénovées ouvrent par étape. Comme l'a indiqué M. Eric Graindorge, directeur de l'établissement, cette extension devrait s'accompagner de la création de douze postes d'infirmiers.

L'effectif de patients de l'UMD ne compte que 25 % de détenus adressés par les SMPR –les trois quarts des malades viennent des secteurs psychiatriques de l'Ile-de-France, des départements de l'ouest et de l'outre-mer.

La structure ne peut aujourd'hui répondre qu'à la moitié des demandes qui lui sont adressées –parmi lesquelles celles émanant du SMPR sont prioritaires et donc satisfaites dans des délais généralement rapides.

La structure comporte plusieurs pavillons. Le pavillon des entrants est celui dont la sécurité apparaît la plus renforcée (dix-neuf lits et une chambre de haute sécurité).

Les patients y restent en moyenne quatre à cinq mois. Si leur état se stabilise ils sont affectés dans d'autres pavillons en fonction de la gravité de leur trouble. Ils peuvent alors participer à des ateliers –à mi-temps d'abord au cours des deux premières semaines puis à plein temps –à raison de deux heures le matin et de deux heures l'après-midi. Les récents aménagements ont permis d'améliorer de manière significative l'état des ateliers : dix-huit à vingt patients peuvent actuellement y être accueillis dans la journée sous la responsabilité de six personnes –dont deux ergothérapeutes.

La structure –compte tenu en particulier des récents aménagements devenus indispensables– paraît en mesure de répondre à sa vocation. Cependant, elle accueille les patients pour une **durée limitée** (au cours des trois dernières décennies, la durée moyenne de séjour est passée de vingt à

¹ A la suite de la tentative d'évasion d'un malade en avril 2005, l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France-ARHIF- avait au terme d'une enquête administrative, constaté notamment les faiblesses du mur d'enceinte et le manque de solidité des portes. Ces insuffisances sont en voie d'être corrigées.

deux ans). Or, selon le témoignage de plusieurs médecins rencontrés à Villejuif par vos rapporteurs, les « *secteurs psychiatriques* » ne sont pas adaptés pour soigner les personnes considérées comme dangereuses. Certains des interlocuteurs de vos rapporteurs ont ainsi souhaité la mise en place d'un **échelon de prise en charge intermédiaire** entre l'unité pour malade difficile et les établissements du secteur psychiatrique.

D'une manière générale, les unités pour malades difficiles n'acceptent de garder les patients que pour une durée courte permettant au mieux une amélioration des symptômes mais non la stabilisation de la pathologie. En outre, les services de psychiatrie se trouvent rarement en mesure de vérifier les instructions ordonnées par les magistrats s'agissant des courriers, appels téléphoniques ou visites.

Enfin, comme l'a indiqué M. Hugues Berbain, directeur adjoint de l'administration pénitentiaire, la sécurité des établissements psychiatriques ne présente pas toutes les garanties nécessaires. Il a ainsi souligné le nombre important des évasions (44 en 2004 et 47 en 2005).

Le traitement des personnes dangereuses est donc confronté à un **paradoxe** : alors que les personnes qui consentent aux soins peuvent rester dans un cadre carcéral présentant les conditions de sécurité maximales, les détenus non consentant dont le comportement est souvent le plus violent sont traités dans des structures hospitalières dont la sécurisation apparaît à l'évidence moindre qu'au sein d'un établissement pénitentiaire.

Afin de résoudre cette contradiction, la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a prévu que l'hospitalisation, avec ou sans consentement, des personnes détenues atteintes de troubles mentaux se ferait désormais dans les établissements de santé au sein **d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)**. **Ces unités seront gardées par le personnel pénitentiaire** et rattachées aux SMPR. Une première tranche, dont la réalisation s'échelonnera entre 2008 et 2010, devrait permettre la réalisation de **quatre cent cinquante** lits dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord Pas-de-Calais (soit 9 UHSA). Une deuxième tranche entre 2010 et 2012 devrait permettre la réalisation de 250 lits (soit 7 sur 9 UHSA).

L'admission dans les UHSA pourra être demandée par un psychiatre de SMPR ou exerçant au sein d'une prison sur la base d'indications identiques à celles de l'hospitalisation en psychiatrie : états psychotiques aigus, états dépressifs sévères avec risque suicidaire important.

III. DES DISPOSITIFS DE SUIVI TROP LIMITÉS

Le régime des peines prévu par le code pénal permet dans une certaine mesure de neutraliser les personnes les plus dangereuses.

Il convient de rappeler à cet égard que **le droit pénal français prévoit des quantum de peine en moyenne plus longs que les durées prévues par nos voisins européens** –en particulier en matière d’infractions sexuelles. En outre, ces sanctions peuvent être assorties d’une période de sûreté interdisant l’application de toute mesure d’aménagement de peine (suspension ou fractionnement de la peine, placement à l’extérieur, permission de sortie et libération conditionnelle). La période de sûreté pour les condamnations à la réclusion criminelle à perpétuité est de 18 ans et peut être portée à 22 ans par décision spéciale de la juridiction. Elle peut même être appliquée à la durée totale de la peine si la Cour d’assises prononce la réclusion criminelle à perpétuité pour le meurtre ou l’assassinat d’un mineur de quinze ans, précédé ou accompagné de viol ou de tortures et d’actes de barbarie (art. 221-3 et 221-4 du code pénal)¹.

Néanmoins, une très grande majorité de condamnés est appelée à sortir de prison. Quels sont alors les moyens possibles de se prémunir de personnes considérées comme dangereuses ? Le suivi de ces individus est limité, d’une part, par la faiblesse des modalités actuelles d’évaluation de la dangerosité et, d’autre part, par l’insuffisance des moyens dévolus aux mesures de sûreté susceptibles de s’appliquer après l’exécution de la peine. **L’évaluation de la dangerosité** n’intervient aujourd’hui réellement qu’en cours de détention à travers le rôle joué par le centre national d’observation de Fresnes dont l’action ne couvre d’ailleurs qu’une part réduite de la population pénitentiaire. En second lieu, la mise en place de **mesures de sûreté** permet d’assurer un meilleur contrôle de la personne libérée. La France a progressivement renforcé son arsenal juridique dans ce domaine mais les dispositifs mis en place ne fonctionnent pas de manière complètement satisfaisante faute des moyens nécessaires.

A. UNE ÉVALUATION ENCORE INSUFFISANTE DE LA DANGÉROSITÉ

Le centre national d’observation de Fresnes (CNO) permet de placer sous observation, pendant six semaines, les personnes condamnées à de lourdes peines (supérieures à dix ans) ou dont le comportement a soulevé de graves difficultés. Chaque détenu dispose d’une cellule de 9 à 10 m² et peut bénéficier d’activités sportives ou éducatives sans avoir cependant la possibilité de travailler. Une fiche quotidienne établie par un surveillant décrit son comportement.

Au terme des vingt-cinq jours au CNO, une proposition d’orientation du détenu est présentée sur la base d’un rapport de synthèse².

¹ Dans ce cas, la décision de mettre fin à cette période de sûreté n’est possible qu’au terme d’une période de 30 ans et après une expertise réalisée par un collège de trois experts désignés par le bureau de la Cour de cassation afin de se prononcer sur l’état de dangerosité du condamné (art. 720-4 du code de procédure pénale).

² 9 cycles se sont déroulés au cours de l’année 2004 correspondant à l’observation de 289 détenus.

Selon les informations recueillies par vos rapporteurs, elle est prise en compte dans la majorité des cas par l'administration pénitentiaire qui décide en dernier ressort de l'affectation des condamnés.

Pour vos rapporteurs, l'intérêt de ce dispositif tient dans la **durée de l'observation et le caractère pluridisciplinaire de l'équipe chargée d'évaluer le comportement du détenu**. En effet, l'encadrement comporte des surveillants volontaires spécialement choisis pour assurer cette double mission de surveillance et d'observation (vingt-six personnes) ainsi que des personnels d'insertion et de probation (4,5 équivalents temps plein) et une équipe de psychiatres vacataires (trois), psychologues (cinq contractuels à mi-temps) complétée par deux surveillantes directrices, un psychologue du travail et un moniteur de sport vacataire. Comme l'a indiqué le chef du service pénitentiaire d'insertion et de probation de la structure, les personnels ne se bornent pas observer le détenu mais ils cherchent aussi à engager une relation de dialogue afin de connaître leurs besoins et leurs attentes.

Selon les constats dressés par le personnel médical, sur les soixante détenus du CNO, une majorité présente des troubles psychiatriques¹.

La principale difficulté à laquelle se heurtent les personnels tient à la difficulté des condamnés –en particulier ceux souffrant de troubles de la personnalité– à reconnaître leur responsabilité dans les crimes qu'ils ont commis et, donc, à admettre le principe même d'une thérapie ou d'un accompagnement.

Le dispositif connaît cependant une double limite. En premier lieu, la structure ne compte que 60 cellules. Ces capacités ne sont pas à la mesure des besoins, ce qui, comme le soulignait le rapport de la mission santé-justice entraîne souvent des **délais d'attente importants** avant le passage au CNO.

Ensuite, le placement dans un autre établissement pénitentiaire ne permet pas d'assurer le **suivi** de la personne –même si les membres de l'équipe pluridisciplinaire du CNO peuvent désormais visiter régulièrement les établissements pénitentiaires- et s'accompagnent souvent d'une rupture dans la prise en charge thérapeutique, en particulier en cas d'affectation en maisons centrales où les équipes médicales apparaissent insuffisantes.

B. LES MESURES DE SÛRETÉ ET LEURS LIMITES

Le droit pénal prévoit différentes mesures destinées à surveiller la personne après sa libération afin de prévenir le risque de récidive.

En premier lieu, la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité a institué le **fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes** (FIJAIS) afin de

¹ Selon le rapport d'activité pour 2004, 37,7 % des détenus étaient incarcérés pour une affaire de mœurs, 35 % pour des affaires de meurtre. Sur les 289 détenus observés en 2004, 70 ont fait l'objet de signalements psychiatriques justifiant un suivi par le SMPR.

prévenir la récidive des délinquants sexuels par l'enregistrement de l'identité et des adresses de ces derniers¹. Surtout, les personnes définitivement condamnées pour un crime ou pour un délit puni de dix ans d'emprisonnement sont tenues de signaler semestriellement leur adresse en se présentant auprès d'un service de police ou de gendarmerie pendant une durée de trente ans.

Par ailleurs, lors de son audition par votre commission, Mme Myriam Quemener, sous-directrice à la direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la justice, a jugé utile, conformément aux recommandations de la commission Santé-Justice, la mise en place d'un centre de documentation psycho-criminologique. Celui-ci, qui pourrait être rattaché au casier judiciaire, constituerait une base de données nationale recensant l'ensemble des expertises psychiatriques et psychologiques ordonnées par l'autorité judiciaire, ainsi que les hospitalisations d'office – uniquement lorsque celles-ci seraient prononcées après une déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Selon Mme Myriam Quemener, un tel outil permettrait de mieux connaître les individus dangereux en assurant une forme de « *traçabilité* » de ces personnes tout en évitant la multiplication des expertises.

Par ailleurs, la prise en compte de la dangerosité après l'exécution de la peine peut se traduire par la mise en place de **mesures de sûreté**. Celles-ci sont d'une nature différente de la peine. En effet, la peine est une sanction édictée par la loi et prononcée par une juridiction pénale dont l'objectif est de réprimer la commission d'une infraction et de prévenir toute récidive. Imposée dans un but de défense sociale par les magistrats, la mesure de sûreté est quant à elle dépourvue de tout but répressif. Elle est destinée à prévenir le risque de réitération ou de récidive.

- *Le suivi socio-judiciaire*

Institué par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, le suivi socio-judiciaire peut être prononcé par les juridictions répressives à l'encontre des personnes condamnées pour certaines catégories d'infraction. Il est le plus souvent prononcé en sus d'une peine privative de liberté.

Selon la doctrine, il présente un caractère *sui generis* intermédiaire entre la peine complémentaire et la mesure de sûreté. Dans le silence de la loi, la chambre criminelle de la Cour de cassation a qualifié le suivi socio-judiciaire de « peine complémentaire » et estimé, en vertu du principe de non rétroactivité de la loi pénale, qu'il ne pouvait s'appliquer pour des faits commis avant l'entrée en vigueur de la loi.

La mesure de suivi socio-judiciaire ne peut être prononcée que dans les cas prévus par la loi. Elle est encourue pour les **infractions à caractère sexuel** ainsi que, depuis la loi relative au traitement de la récidive des

¹ Ces informations sont conservées dans le fichier pendant un délai de 30 ans s'il s'agit d'un crime ou d'un délit puni de dix ans d'emprisonnement et un délai de 20 ans dans les autres cas.

infractions pénales, pour les autres infractions les plus graves (actes de torture et de barbarie, meurtres, pyromanie...).

Le suivi socio-judiciaire consiste à soumettre le condamné, sous le contrôle du juge de l'application des peines, pendant une durée fixée par la juridiction de jugement, à des **mesures d'assistance et de surveillance** destinées en principe à prévenir la récidive. Elle ne peut excéder dix ans en matière correctionnelle et vingt ans en matière criminelle. La loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité a néanmoins fixé cette durée à trente ans lorsqu'il s'agit d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle. Elle a également permis à la cour d'assises de ne pas fixer de limite à la durée du suivi socio-judiciaire s'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les obligations du suivi socio-judiciaire qui doivent en principe être initialement fixées par la juridiction de jugement renvoient, d'une part, à celles prévues pour le sursis avec mise à l'épreuve et comportent, d'autre part, des dispositions spécifiques (interdiction de paraître dans certains lieux ; interdiction de rencontrer certaines personnes ; interdiction d'exercer une activité en contact avec les mineurs...). Le suivi socio-judiciaire comporte également des mesures d'assistance similaires à celles du sursis avec mise à l'épreuve (aide sociale et, le cas échéant, aide matérielle). Le suivi socio-judiciaire peut également comprendre une injonction de soins.

L'injonction de soins

Aux termes de l'article 131-36-4 du code pénal, le suivi socio-judiciaire « *peut comprendre une **injonction de soins*** ». L'injonction, prononcée en principe par la juridiction de jugement¹, demeure subordonnée à une expertise médicale établissant que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement².

L'injonction de soins prend tous ses effets à la libération du condamné³.

Le juge de l'application des peines doit alors désigner un médecin coordonnateur sur une liste départementale de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République (art. L. 3711-1 du code de la santé publique). Le médecin coordonnateur assume une triple fonction :

- il invite le condamné à choisir son médecin traitant ;

¹ L'injonction de soins peut également être prononcée par le juge de l'application des peines au vu d'une nouvelle expertise, en particulier lorsque, après sa condamnation, l'auteur d'une infraction sexuelle reconnaît les faits reprochés et devient ainsi accessible aux soins.

² En cas de meurtre ou assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné de viol, de torture ou actes de barbarie, l'expertise devra être réalisée par deux experts.

³ Celui-ci peut refuser le traitement –en vertu du principe du « consentement aux soins » inspiré par l'éthique médicale ainsi que par un souci d'efficacité thérapeutique– mais il s'expose à la mise à exécution de l'emprisonnement prononcé par la juridiction (art. 131-36-4, alinéa 2 du code pénal). En effet, il convient de rappeler que l'inobservation par le condamné des obligations résultant du suivi pourra être sanctionnée par un emprisonnement dont la durée sera initialement fixée par la décision de condamnation. Il appartient au juge de l'application des peines d'ordonner, le cas échéant, l'exécution de cet emprisonnement.

- il conseille le médecin traitant –considéré comme médecin référent– à la demande de celui-ci ;

- il transmet au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction des soins.

La part des suivis socio-judiciaires assortis d'une injonction de soins n'est pas appréhendée par les statistiques du ministère de la justice. Il semble cependant qu'elle demeure faible.

En réalité, le dispositif d'injonction de soins souffre d'une triple faiblesse que la mission d'information de l'Assemblée nationale sur le traitement de la récidive avait mise en évidence en 2004.

Tout d'abord, la pénurie de psychiatres dans le secteur public –quelques 800 postes vacants- explique que certains tribunaux de grande instance soient dépourvus de médecins coordonnateurs (dont le nombre total n'est d'ailleurs pas connu).

Ensuite, la prise en compte thérapeutique de la délinquance sexuelle est limitée, d'une part, par l'insuffisante formation des médecins psychiatres dans ce domaine et, d'autre part, par le fait que les auteurs de ces actes sont considérés, par une majorité de psychiatres, comme des « *pervers* » au sens clinique et à ce titre non susceptibles –à la différence des schizophrènes– d'un traitement.

Enfin, le nombre de médecins traitants apparaît insuffisant au regard des besoins. Afin de remédier à cette difficulté, la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales a prévu d'élargir le « *vivier* » des responsables du traitement thérapeutique aux titulaires d'un diplôme de troisième cycle en psychologie clinique.

L'inobservation par le condamné des obligations liées au suivi socio-judiciaire est sanctionnée par un emprisonnement dont la durée maximale doit être initialement fixée par la juridiction de jugement et qui, en tout état de cause, ne peut dépasser trois ans en cas de délit et sept ans en cas de crime. Il appartient au juge de l'application des peines d'ordonner, en tout ou partie, l'exécution de cet emprisonnement.

Dès lors qu'il est prononcé en même temps qu'une peine privative de liberté, le suivi socio-judiciaire permet d'exercer un contrôle post-carcéral du condamné.

Le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés par les juridictions demeure limité : malgré une récente progression, 1.063 suivis socio-judiciaires ont été prononcés en 2004 (contre 853 en 2003).

Ce nombre limité est dû en particulier au manque de médecins coordonnateurs et de médecins traitants.

- *La surveillance judiciaire*

Ce dispositif, créé par la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, permet de contrôler **dès leur libération** des personnes ayant commis des infractions particulièrement graves, considérées comme dangereuses et susceptibles de récidiver.

Cette surveillance peut s'exercer pour une durée correspondant aux réductions de peine dont l'intéressé a bénéficié. Elle se traduit par des mesures de contrôle identiques à celles du suivi avec mise à l'épreuve ou à certaines obligations du suivi socio-judiciaire (y compris l'injonction de soins).

- *Le bracelet électronique mobile*

La loi du 12 décembre 2005 a également institué le placement sous surveillance électronique mobile. Cette mesure peut s'appliquer après l'exécution de la peine d'emprisonnement¹ dans le cadre soit du suivi socio-judiciaire, soit de la surveillance judiciaire, soit de la libération conditionnelle aux auteurs des infractions pour lesquelles un suivi socio-judiciaire est encouru.

Le consentement de l'intéressé est nécessaire (mais le refus est susceptible de justifier une réincarcération) et la durée maximale du placement a été limitée à deux ans renouvelables une fois en matière correctionnelle et deux fois en matière criminelle.

Une expérimentation est en cours dans le cadre de la surveillance judiciaire ou de la libération conditionnelle -ces deux modalités d'application du PSEM étant seules susceptibles d'autoriser une application immédiate de cet instrument. Le projet concerne une quinzaine de bracelets sur 6 mois et représente un coût de 150.000 euros (sur la base d'un coût journalier de 60 euros incluant matériel et surveillance).

Selon les informations données par M. Pascal Clément devant le Parlement lors du débat sur la loi relative au traitement de la récidive, le nombre maximal de criminels sexuels ayant purgé plus de dix ans de détention serait de l'ordre de 700 et plus de 10 % d'entre eux pourraient être considérés comme potentiellement dangereux et donc susceptibles de se voir appliquer le placement sous surveillance électronique mobile.

Selon les témoignages recueillis par votre commission lors de l'examen de la loi relative au traitement de la récidive, le bracelet électronique mobile –comme le placement sous surveillance électronique fixe– n'est réellement adapté que pour des personnes aptes à en comprendre le fonctionnement et surtout à intégrer les obligations (principalement l'interdiction de paraître en certains lieux) dont il est assorti. Aussi, ces dispositifs ne semblent en tout état de cause pas convenir pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

¹ Il peut être décidé par le juge dans trois cadres distincts : la libération conditionnelle, le suivi socio-judiciaire et la surveillance judiciaire, nouveau dispositif qui permet d'imposer au condamné certaines obligations pendant la durée correspondant aux réductions de peine qu'il a obtenues.

DEUXIÈME PARTIE - LA MISE EN PLACE DE MESURES DE SÛRETÉ EN MILIEU FERMÉ À LA LUMIÈRE DES EXPÉRIENCES ALLEMANDES ET NÉERLANDAISES

Le rapport de la commission santé-justice présidée par M. Jean-François Burgelin avait mis en exergue les exemples de l'Allemagne et des Pays-Bas. Les législations de ces deux pays prévoient en effet des mesures d'enfermement ordonnées à titre de mesure de sûreté par l'autorité judiciaire afin de « *contenir des individus qui, bien qu'ayant purgé leur peine, demeurent dangereux pour autrui* »¹.

Votre commission a donc estimé utile d'organiser des déplacements dans ces deux pays afin de recueillir les éléments d'information nécessaires sur les dispositions juridiques régissant ces mesures de sûreté et de comprendre le fonctionnement des structures destinées à accueillir les personnes dangereuses après l'exécution de leur peine.

Les systèmes allemands et néerlandais, s'ils ont en effet pour point commun de prévoir la possibilité de retenir dans un cadre fermé les personnes considérées comme dangereuses après l'exécution de leur peine, n'obéissent pas aux mêmes logiques. La mesure de « détention-sûreté » allemande peut concerner toutes les personnes supposées très dangereuses et cherche à les neutraliser avec pour principale préoccupation la sécurité de la société ; le dispositif néerlandais vise les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux et tente de concilier les objectifs de sécurité avec la prise en charge sanitaire des personnes.

Les expériences allemandes et néerlandaises constituent ainsi deux déclinaisons différentes des mesures de sûreté applicables aux personnes dangereuses.

D'autres pays ont mis en place des dispositifs destinés à prévenir ainsi les comportements dangereux, associant à des degrés divers les considérations liées à la sécurité de la société et aux soins des personnes. Il a ainsi paru utile de compléter les développements concernés à l'Allemagne et aux Pays-Bas par des encadrés relatifs aux exemples canadien et belge.

¹ Rapport de la commission Santé-Justice, p. 76.

I. L'EXPÉRIENCE NÉERLANDAISE : LA RECHERCHE D'UN ÉQUILIBRE ENTRE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DE LA PERSONNE DANGEREUSE ET LES PRÉOCCUPATIONS LIÉES À LA SÉCURITÉ

- Le contexte pénitentiaire

Les Pays-Bas ont connu une forte progression de la population pénale au cours des vingt dernières années. Le nombre de détenus pour 100.000 habitants est ainsi passé de 33 à 93 -niveau comparable au taux français- entre 1987 et 2001. En 2006, les Pays-Bas comptent quelque 17.000 détenus.

Cette augmentation s'est également accompagnée d'une évolution des caractéristiques de la population pénale avec la croissance du nombre de personnes détenues pour infractions à la législation sur les stupéfiants (passée de 19 % de la population pénale en 2000 à 27 % en 2002) et de celui de prévenus ou de condamnés pour des infractions liées à la violence (de 34 % à 42 % sur la même période).

En outre, selon une étude statistique établie en 2002, le taux de récidive entendu comme la part d'anciens détenus faisant l'objet d'une nouvelle incarcération s'élève à 20 % une année suivant la libération et 50 %, six ans après cette libération.

L'augmentation du nombre des détenus a pesé sur les conditions de détention. Les actes de violence contre les personnes et entre prisonniers se sont ainsi aggravés. Les capacités de détention ont dû être renforcées. Le nombre de cellules a été porté de 11.533 à 12.030 entre 2002 et 2003.

Les Pays-Bas ont dû mettre en cause le principe de l'encellulement individuel : sur les 1.934 places créées en 2004, 1.300 l'ont été grâce à la mise en place d'un système de cellule partagée.

Par ailleurs deux « bateaux-prisons » ont été mis en place pour l'exécution de courtes peines à Rotterdam (288 et 477 places)¹.

L'administration pénitentiaire a dû également introduire de nouvelles mesures alternatives à l'incarcération tel que le bracelet électronique fixe instauré à titre expérimental qui a concerné 660 personnes en 2004.

Selon les informations recueillies par votre délégation auprès des services de l'administration pénitentiaire, sur les 17.000 détenus, près de **10 % souffriraient de troubles mentaux.**

- Les principes régissant les personnes atteintes de troubles mentaux

Comme en droit français, le code pénal néerlandais exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux. L'article 39 de ce code prévoit en effet que celui qui « *a commis un fait qui ne peut lui être*

¹ Le coût de l'investissement est de 15 millions d'euros par unité.

imputé, soit à cause d'une déficience psychique soit à cause d'une altération de ses facultés mentales due à la maladie n'est pas punissable »¹.

A l'instar du système français, le droit néerlandais distingue donc les personnes dont le discernement a été complètement aboli au moment des faits et reconnues totalement irresponsables pour cette raison de celles dont le discernement a seulement été altéré et qui peuvent dès lors être reconnues pénalement responsables.

Il appartient au juge de déterminer cette responsabilité sur la base d'une expertise psychiatrique qui, dans les cas les plus complexes, peut se faire au sein d'une structure fermée spécifique au terme d'une observation pouvant atteindre sept semaines, le centre Pieter Baan de Utrecht.

Deux cas de figure se présentent alors.

- La personne est reconnue irresponsable et bénéficie en conséquence d'un non-lieu. Le juge dispose toutefois de deux options pour s'assurer de la personne. Il peut la placer directement dans un **hôpital psychiatrique** pour une durée maximale d'une année. Cependant, il dispose d'une autre possibilité à laquelle il a plus souvent recours en pratique, compte tenu de la faible durée de prise en charge en milieu hospitalier, le **placement sous TBS** (terbeschikkinggestelden : littéralement « mise à disposition dans un établissement) dans une structure fermée ou semi-ouverte placée sous la responsabilité de l'**administration pénitentiaire** destinée à la prise en charge des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux.

- La personne est reconnue responsable et condamnée

La prise en charge du condamné apparaît alors différenciée selon la gravité de l'infraction, la dangerosité et le degré d'altération des capacités mentales.

Les auteurs d'infractions graves atteints de troubles psychiques importants pourront être condamnés à une peine d'emprisonnement avec sursis assortie d'un placement sous TBS à titre de mesure de sûreté.

Les autres condamnés purgeront leur peine dans un établissement pénitentiaire classique. Le dispositif d'accueil néerlandais est organisé de manière pyramidale selon la gravité des troubles mentaux :

- les unités de soins spéciaux (BZA) instituées au sein de chaque centre pénitentiaire pour les personnes atteintes de troubles mentaux mais aptes à vivre en groupe et dont l'état est stable ;

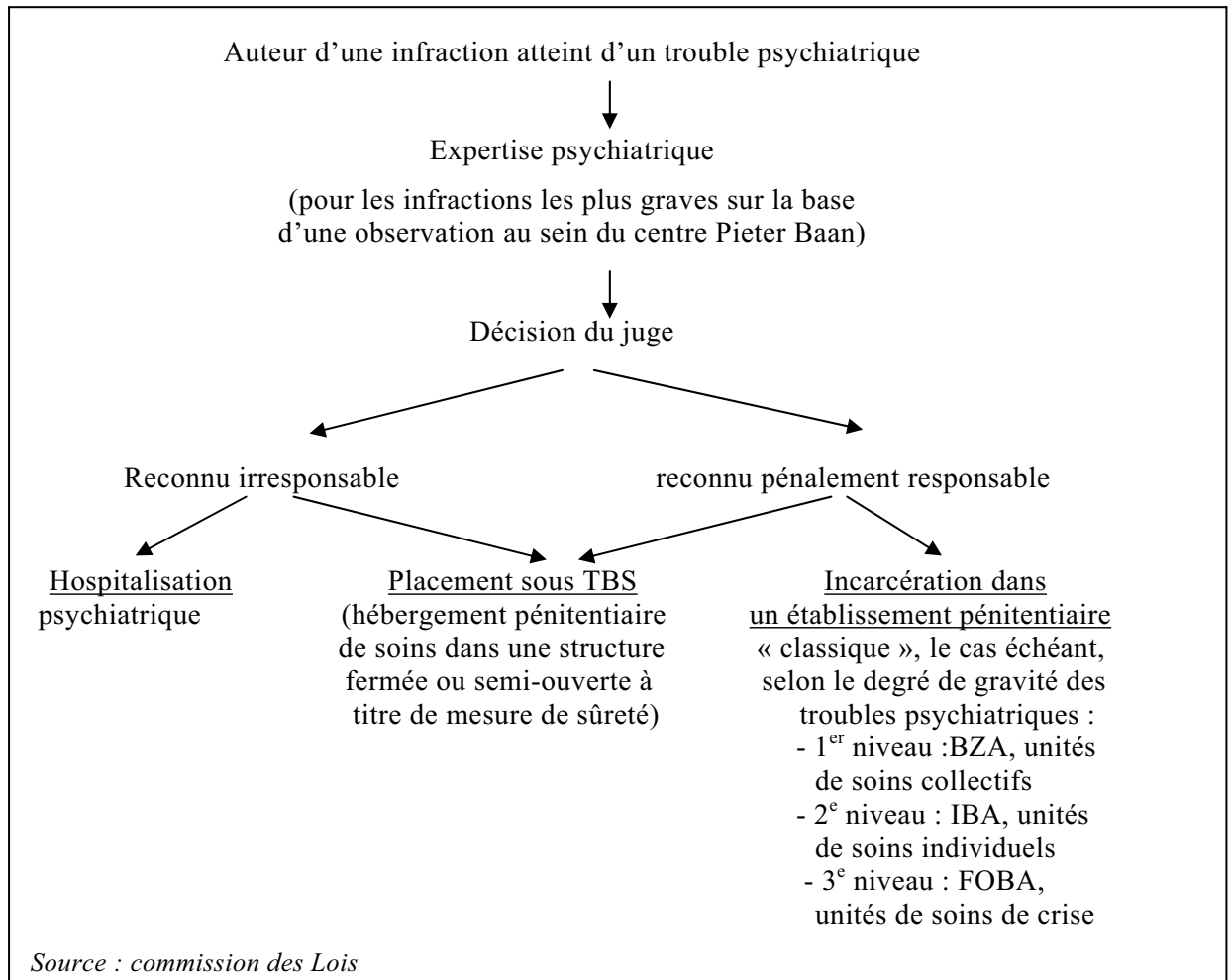
- les unités de soins individuels (IBA), à l'échelon régional (au nombre de 7) pour les individus atteints de troubles plus graves ;

- l'unité d'observation et d'accompagnement pour les personnes en situation de crise (FOBA).

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

Le schéma ci-dessous résume ce dispositif.

Dispositif néerlandais applicable aux délinquants atteints de troubles mentaux



La délégation de votre commission n'a pu se rendre dans un établissement TBS, le fonctionnement de ces structures faisant, lors du déroulement de la mission, l'objet d'une commission d'enquête parlementaire à la suite de deux faits divers graves ayant impliqué des détenus placés sous TBS. Elle s'est en revanche rendue dans le centre Pieter Baan à Utrecht, structure d'observation des personnes soupçonnées d'un délit grave dans l'unité de soins spéciaux (BZA) de la prison de Noodsingel à Rotterdam et enfin, dans l'unité d'observation légale et de service d'accompagnement (FOBA) du centre pénitentiaire d'Amsterdam.

A. LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE : LE RÔLE DU CENTRE PIETER BAAN

Placé sous la responsabilité du ministère de la justice, le centre Pieter Baan a été créé en 1950. Il compte un effectif de 200 personnes dont 160 à plein temps. Son budget de fonctionnement s'élève à 25 millions d'euros par an¹.

Cette institution comprend à Utrecht un centre d'observation, dans un cadre hautement sécurisé, pour personnes soupçonnées d'infractions graves². Saisi par le juge d'instruction ou par le procureur de la république, cette structure poursuit un double objectif :

- d'une part, procéder à l'**expertise psychiatrique** de la personne afin de déterminer l'existence éventuelle d'un trouble mental et du lien entre ce trouble et l'infraction dont la personne est soupçonnée ;

- d'autre part, évaluer la **dangerosité** de l'intéressé et apprécier le risque de récidive.

A cette fin, un examen est effectué pendant une durée maximale de 7 semaines par une équipe pluridisciplinaire de 12 personnes associant un psychiatre, un psychologue, des assistants sociaux, des animateurs et un juriste.

L'expertise n'a pas pour objet de déterminer si la personne examinée a été effectivement à l'origine du délit. La question de l'imputabilité relève en effet du juge. Les interlocuteurs de votre délégation ont relevé cependant que l'expertise pouvait de manière indirecte contribuer à établir la preuve de la culpabilité³.

L'évaluation de la dangerosité repose sur une méthodologie, initialement développée au Canada, formalisée autour de questions⁴ et de critères précis tels que le nombre de délits commis.

Cette évaluation se fonde sur l'**observation quotidienne** de la personne. Trois éléments doivent concourir à une appréciation plus juste du comportement de cette dernière.

¹ Il ne recouvre pas le coût des expertises extérieures prises en charge par le budget du ministère public.

² Le centre Pieter Baan remplit également d'autres missions : il coordonne les soins psychiatriques de base en détention, les conseils en matière d'injonctions thérapeutiques, les expertises ordonnées par les juridictions. Le site d'Utrecht ne représente que 5% de l'activité de cette structure qui s'exerce principalement de manière ambulatoire en maison d'arrêt. Outre le personnel de l'établissement, celui-ci fait aussi appel à quelques 600 experts extérieurs appartenant pour l'essentiel au secteur privé.

³ Elle peut également jouer à décharge : ainsi le cas a été cité à votre délégation d'une juridiction qui, en appel, a décidé, sur le fondement d'un examen mené au sein du centre Pieter Baan, qu'il manquait des éléments suffisamment probants pour confirmer une condamnation.

⁴ Y a-t-il un trouble de la personnalité et le cas échéant de quelle nature ? Quel est le rapport entre ce trouble et l'infraction commise ? Quelle est la gravité du trouble de la personnalité ? Quels sont les risques de récidive ? Quelles mesures convient-il de prendre ?

En premier lieu, des « animateurs » accompagnent en permanence les détenus dans leurs activités afin de permettre un suivi continu et rapproché. Ils dressent un compte rendu quotidien de leur observation. Le centre compte quatre unités susceptibles d'accueillir 8 personnes placées sous l'observation de deux animateurs. Au total, l'effectif compte 50 animateurs pour 32 détenus.

Ensuite, bien qu'il s'agisse d'une structure fermée, les contraintes sont allégées de sorte que l'intéressé se comporte de la manière la plus « naturelle ». Il bénéficie d'une cellule individuelle (sans barreaux aux fenêtres) et d'espaces collectifs (salle de travail, bibliothèque, salon et cuisine) et peut circuler librement au sein du centre entre 7 h 30 et 21 h 30. Le détenu peut partager son temps entre travail et loisir. Il peut décider aussi de n'avoir aucune activité : dans ce cas, cependant, il reste enfermé dans sa cellule.

Les visites sont autorisées une fois par semaine pour une durée maximale d'une heure -elles sont, comme toutes les autres activités, placées sous l'observation d'un animateur. Il n'existe aucun critère particulier pour la constitution des groupes au sein de chaque unité. Ces groupes peuvent être mixtes (mais ils ne peuvent comprendre que des majeurs). Il arrive même que lorsque l'infraction a été commise par plusieurs personnes, celles-ci soient placées ensemble au sein de la même unité. Le groupe de huit personnes se renouvelle régulièrement puisque, en moyenne, on compte un départ et une arrivée par semaine.

Le centre accueille des personnes potentiellement dangereuses et, dans l'hypothèse où des violences se manifestent à l'occasion de l'observation, les personnes peuvent être extraites et placées dans un quartier d'isolement mais cette possibilité n'est utilisée que dans les cas extrêmes. Les animateurs ne sont pas armés mais disposent d'un système d'alarme -des surveillants pénitentiaires étant prêts, si nécessaire, à intervenir.

Enfin, L'examen peut se prolonger pour une durée maximale de **sept semaines**. Une telle durée semble laisser moins de possibilité pour le détenu de dissimuler sa personnalité.

L'observation est complétée par des entretiens individuels avec le psychologue, le psychiatre et l'assistant social. Par ailleurs, l'assistant social est chargé de recueillir des éléments d'information sur l'environnement familial, et social de la personne placée en observation.

Les animateurs sont présents à toutes les activités à l'intérieur comme à l'extérieur de l'unité. Ils sont chargés de rédiger un rapport d'observation concernant les réactions initiales puis le comportement en détention (dans la section, au poste de travail, durant les activités sportives et pendant les visites).

Le psychologue fait passer plusieurs entretiens et tests au prévenu afin d'évaluer sa personnalité et ses facultés de concentration. Le psychiatre doit analyser la conscience des faits incriminés et diagnostiquer la présence éventuelle d'un trouble mental. Un médecin interniste et un neurologue font

par ailleurs un examen clinique. L'ensemble de ces éléments seront inclus dans le rapport du psychiatre.

Un juriste établit une synthèse du dossier pénal et du dossier personnel du prévenu dans le but d'informer les experts sur les soupçons qui pèsent sur lui. Il préside toutes les réunions de l'équipe pluridisciplinaire et supervise le rapport final afin qu'il contienne les réponses aux questions posées par la juridiction.

Ce rapport final est élaboré au cours d'une réunion à laquelle assistent tous les membres de l'équipe. Il devra indiquer si le prévenu est atteint d'une maladie mentale, d'un trouble du comportement et si cette maladie ou trouble a un rapport avec le délit reproché. Il doit, en outre, déterminer si le prévenu est responsable pénalement ou si cette responsabilité est amoindrie ou s'il est irresponsable. Il se prononce également sur le risque de récidive et sur le danger social engendré par le comportement du détenu. Il peut aussi donner des conseils sur les démarches à engager pour les éviter. Conclusions et conseils doivent faire l'objet d'un accord unanime. Ce rapport d'expertise sera transmis à la juridiction pour lui permettre de statuer, en tenant compte de ces éléments de personnalité, sur la culpabilité, la peine et le type de détention.

Alors que le coût d'une journée de détention en maison d'arrêt s'élève à 150 euros par jour, l'expertise d'un individu au sein du centre Pieter Baan représente un coût supplémentaire de 850 euros (soit un coût global de 37.000 euros par expertise pour sept semaines).

Les délinquants sexuels représentent 30 % des personnes qui y sont détenues. 30 % des personnes placées en observation ont déjà un passé psychiatrique. Parmi les pathologies recensées au sein du centre, les troubles de la personnalité ont longtemps été majoritaires mais les cas psychotiques tendent à progresser et représentent désormais 1/5ème des personnes observées. Cette augmentation est liée à la plus grande difficulté de faire interner ces personnes dans des hôpitaux psychiatriques. La prise de médicaments est possible mais délibérément limitée afin de favoriser l'évaluation du comportement réel du détenu.

A l'issue de l'observation au centre Pieter Baan, la moitié des personnes est orientée vers un TBS.

Le ministère de la justice enregistre et conserve l'ensemble des expertises et met actuellement en place un fichier afin de permettre la consultation en ligne de ces données par les magistrats ou les personnels médicaux appelés à se prononcer sur la situation d'un délinquant et le risque éventuel de récidive¹.

¹ Par ailleurs, les Pays-Bas disposent aussi d'une banque de données couvrant tous les placements d'office en hôpital psychiatrique consultable par les établissements de soin et les établissements pénitentiaires.

B. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE « DROIT COMMUN » EN DÉTENTION : LE SERVICE DE SOINS SPÉCIAUX (BZA)

Votre délégation s'est rendue dans la prison de Noodsingel afin d'en visiter le service de soins spéciaux destiné aux détenus atteints de troubles mentaux. Cette prison est l'un des plus vieux établissements pénitentiaires des Pays-Bas (1872) et l'un des derniers qui soit encore bâtis en forme d'étoile.

Elle accueille 450 détenus majeurs, en majorité des prévenus ou des personnes condamnées à une courte peine (4 à 6 mois), dont la moyenne d'âge est de l'ordre de 25 ans¹. Plus de 28 nationalités différentes sont représentées.

La prison compte un effectif de 380 personnes.

La détention s'organise selon trois régimes distincts :

- le régime standard -la journée se divise en deux parties : d'une part, le travail dans les ateliers (95 % des détenus travaillent car cette activité leur donne la possibilité de quitter leur cellule et de gagner de 20 à 50 euros par semaine)² ; d'autre part, diverses activités culturelles, sociales ou sportives (aucune de ces activités n'est obligatoire mais l'administration encourage à y participer). La prison de Noodsingel compte 30 cellules pour deux personnes et le nombre devrait en être accru à l'avenir. Les détenus ont droit à une douche par jour et sont tenus à une douche obligatoire par semaine.

- le service pour les toxicomanes (beaucoup de détenus consomment de la drogue y compris sur place grâce aux substances qu'ils se procurent à l'occasion des visites –les détenus ont droit à une heure de visite par semaine et s'ils se font fouiller à l'issue de cette visite, en revanche la fouille ne peut être exécutée sur le visiteur) ;

- le régime pour personnes atteintes de troubles psychiques.

A leur arrivée en détention, les personnes sont vues systématiquement par le service médical mais ils n'ont d'entretien avec un psychiatre que si un problème est décelé en cours de détention. Le placement dans le service de soins spéciaux est décidé par une instance de concertation réunissant médecins, psychologues et psychiatres -les magistrats ne traitant pas du mode d'exécution de la peine. La demande de placement peut émaner des surveillants ou des médecins.

La structure comporte 24 cellules dont deux sont équipées de caméras qui permettent de placer le détenu en observation. Cinq personnes sont actuellement en liste d'attente.

¹L'éventail des âges est compris entre 18 et 55 ans.

² Le responsable de l'administration pénitentiaire a soulevé devant la délégation les difficultés à trouver des entreprises sous-traitant certaines de leurs activités aux prisons compte tenu notamment de la concurrence avec des établissements à caractère social.

Le BZA est totalement séparé du reste du centre pénitentiaire. Si les personnes qui y sont placées peuvent parfois croiser, au cours de leurs activités, les autres détenus de la maison d'arrêt, elles sont toujours accompagnées par les surveillants.

Le personnel a suivi une formation spéciale. Chaque détenu fait l'objet d'un rapport tous les matins et un suivi est engagé dès qu'apparaît un risque de décompensation -Un des critères de placement dans le BZA se fonde sur le risque suicidaire.

Les détenus intégrés au BZA y demeurent généralement tout au long de la détention et s'ils changent c'est le plus souvent pour être placés dans un niveau de soins supérieur. Le médecin psychiatre de la prison de Noodsingel a indiqué à la délégation que l'on pouvait difficilement guérir les pathologies mais, au mieux, les stabiliser.

En pratique, cette unité accueille principalement des délinquants sexuels et permet de les protéger des violences des autres détenus.

C. LE TRAITEMENT DE SITUATIONS DE CRISE : L'UNITE DE D'OBSERVATION ET DE TRAITEMENT DES PERSONNES DANGEREUSES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX (FOBA)

Le FOBA -installé dans un établissement pénitentiaire qui comporte également une clinique TBS et quatre maisons d'arrêt- constitue une unité d'observation et de traitement des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux¹. Créé en 1981 pour l'accueil temporaire des cas d'urgence, il accueille exclusivement des majeurs –un centre de crise à Rotterdam étant spécialement destiné aux mineurs. Le FOBA peut accueillir des prévenus, des condamnés à une peine de prison ainsi que des personnes placées sous TBS et enfin, des personnes en rétention avant expulsion du territoire. En tout état de cause, il faut que la personne soit placée sous un statut judiciaire.

Selon le directeur de cette structure, le nombre de détenus atteints de troubles mentaux a beaucoup progressé du fait de la disparition des grandes structures psychiatriques et de leur remplacement par des petites unités en ville. En effet, beaucoup de malades chroniques ont alors perdu la possibilité de séjourner dans un hôpital psychiatrique et une partie de ces patients a été réintégrée dans le circuit judiciaire du fait d'un comportement à risque.

L'**état de crise** peut être lié soit à un comportement dangereux vis à vis du surveillant ou du co-détenu, soit à un comportement suicidaire. La personne est alors extraite de l'établissement pénitentiaire à la suite d'une décision prise par le psychiatre de la maison d'arrêt et transférée au FOBA quand une place est disponible (dans l'intervalle, toutes les maisons d'arrêt disposent de quartiers d'isolement où peuvent être placées ces personnes).

¹ Initialement la désignation de cette structure ne visait pas le traitement mais l'accompagnement des personnes –désormais la structure peut assurer le traitement des personnes.

Le FOBA compte 66 détenus parmi lesquels 60 hommes et 6 femmes. Il s'agit dans l'ensemble d'une population jeune. Généralement, ces personnes ont eu à faire à la police dans leur adolescence et ont été en contact –le plus souvent contraint- avec un psychiatre, à l'âge de 18 ans. Elles se caractérisent également par un faible niveau d'éducation lié à une marginalisation précoce. Leur chance de trouver un emploi est donc faible. Par ailleurs, leur comportement a réduit le réseau familial et social sur lequel ils pouvaient compter.

En outre, il s'agit d'un groupe multiculturel qui ne reflète pas la société néerlandaise. 85 % des personnes sont considérées comme d'origine étrangère (Maghreb, anciennes colonies néerlandaise, Turquie...), tout en étant issues de la deuxième ou troisième génération d'immigrés (80 % ont la nationalité néerlandaise).

Les trois-quarts de ces personnes souffrent de schizophrénie, la même proportion est atteinte de troubles de la personnalité et 85 % de cette population est adonnée aux drogues (cannabis, alcool). La combinaison de ces différents éléments peut conduire à la délinquance et une fois placés en détention, les intéressés apparaissent difficilement gérables dans les établissements pénitentiaires. Les personnes souffrant de troubles psychotiques peuvent être traitées de manière plus satisfaisante dès lors qu'elles se trouvent dans une structure encadrée¹. Le trouble psychiatrique peut se doubler de maladies somatiques (le HIV et l'hépatite B constituent les cas les plus fréquents)².

Le FOBA enregistre 300 internements par an (à comparer avec les 40.000 entrées en détention annuelles aux Pays-Bas). Les personnes y accomplissent généralement un séjour de dix semaines. Elles bénéficient d'une prise en charge individuelle par une équipe médicale composée d'un chef de clinique en médecine interne, d'un psychiatre, et d'un personnel infirmier et éducatif. Les patients ont vocation à revenir dans leur établissement d'origine ou dans une unité appropriée à leur état pour y purger le reste de leur peine.

Le FOBA dispose d'un effectif de 160 employés parmi lesquels 110 « socio thérapeutes » entraînés également pour les tâches de surveillance. Le coût de la journée de détention s'élève à 400 euros par jour.

D. LE PLACEMENT SOUS TBS

Le placement sous TBS –*terbeschikkinggestelden* : littéralement « mise à disposition dans un établissement »– apparaît sans doute comme l'élément le plus original du dispositif hollandais visant les personnes dangereuses. Institué en 1928, il constitue non une peine mais une **mesure de**

¹ Dans l'ancienne psychiatrie, ce traitement se déclinait selon la formule : « repos – propreté – régularité ».

² Les maladies somatiques graves sont prises en charge dans des hôpitaux relevant de l'administration pénitentiaire.

sûreté destinée à protéger la société de délinquants considérés comme dangereux en raison des troubles psychiatriques dont ils souffrent. Les personnes peuvent être retenues dans des établissements de soins sécurisés, placés sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire, pour une durée qui, dans certains cas, peut être illimitée¹.

L'efficacité de cette mesure de sûreté est parfois contestée par certaines personnalités politiques néerlandaises. Néanmoins, les critiques se sont fait récemment plus aiguës depuis le viol en 2005 de deux fillettes par deux détenus –déjà condamnés pour des faits similaires- et placés sous TBS, dont l'un bénéficiait d'une permission de sortie et l'autre s'était évadé. Une commission parlementaire procède actuellement à l'évaluation de ces établissements.

Si, pour cette raison, la délégation de votre commission n'a pu se rendre dans un hébergement TBS, elle a pu cependant recueillir, au cours de ses entretiens avec les différents acteurs de l'institution pénitentiaire, les éléments d'information sur les caractéristiques du dispositif et ses conditions actuelles de mise en œuvre.

• Le placement sous TBS peut être ordonné dès lors que trois conditions se trouvent réunies :

- la personne souffre de troubles mentaux ;
- elle a commis une infraction pénale ;
- elle présente un risque sérieux de récidive pour la société.

Cette mesure de sûreté s'applique aussi bien aux personnes déclarées irresponsables en raison de l'abolition de leur discernement qu'à celles reconnues responsables. Dans cette hypothèse, elle complète généralement une peine d'emprisonnement prononcée avec sursis.

Dans tous les cas, la décision doit être prononcée par le juge. Le TBS peut revêtir trois formes :

- le **TBS illimité** : prononcé contre les auteurs d'un crime ou délit intentionnel grave contre une personne, il est initialement fixé à une durée de deux ans mais peut être prorogé sans limite de deux ans en deux ans si le risque de récidive lié à la dangerosité de la personne le justifie. Le détenu est alors placé dans un établissement fermé relevant de l'administration pénitentiaire. Néanmoins, depuis 1997, le placement sous cette forme de TBS peut se poursuivre, sous contrôle médical, hors de l'établissement. En tout état de cause, la décision de mise en liberté relève du juge et non du médecin. La première structure de long séjour a ouvert en avril 1999 à Balkbrug. Selon un

¹ En mai 2001, une commission associant le ministère de la justice et celui de la santé avait préconisé de placer les soins dispensés dans le cadre du TBS sous la responsabilité de structures dépendant du ministère de la santé -le ministère de la justice conservant la responsabilité de la sécurité de la structure. Les permissions de sortie auraient relevé d'une autorité indépendante pluridisciplinaire tandis que les décisions de prolongation du TBS ou de sortie définitive seraient demeurées du ressort des juridictions. Ces propositions n'ont pas abouti à ce jour.

rapport du ministère de la justice de 2003, contrairement aux craintes initiales, aucun comportement de « desperado » ne s'est jamais produit parmi les personnes placées sous ce mode de TBS. Cependant, ce type de réaction n'est pas exclu dès lors que la personne détenue prendrait conscience que la durée de son placement n'est pas limitée. Selon cette même étude, les patients interrogés ne souhaitent pas demeurer dans une structure de long séjour même s'ils se déclarent par ailleurs satisfaits des prestations fournies par la structure ainsi que des relations avec le personnel et les autres patients. ;

- le **TBS limité à quatre années** : réservé aux cas moins graves, il est prononcé pour deux ans renouvelables deux fois pour un an ou une fois pour deux ans. La personne est placée dans le même type d'établissement que pour le TBS illimité ;

- le **TBS sous conditions** : applicable aux infractions mineures, il n'entraîne pas de placement en centre fermé de soins ; il est prononcé initialement pour deux ans renouvelables deux fois pour un an ou une fois pour deux ans. Il s'apparente au dispositif français du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation de soins. En effet, l'intéressé est tenu, pendant la durée du placement, de se soumettre à des obligations de soins, de suivre un traitement psychiatrique ou psychologique ou de se rendre dans un établissement de suivi social.

- Les garanties juridictionnelles

Les décisions de prolongation du placement –tous les deux ans en principe- relèvent du tribunal de la détention. Elles sont prises à l'initiative du procureur de la République. La demande doit être accompagnée d'une recommandation récente et motivée établie par la structure dans laquelle la personne concernée est traitée. La juridiction compétente est le tribunal d'arrondissement qui a jugé la personne concernée en première instance pour l'infraction à l'origine de l'ordonnance. Elle entend la personne placée sous TBS, assistée de son avocat et rend, en audience publique, un jugement motivé. Cette décision peut faire l'objet d'un recours devant la chambre pénitentiaire de la Cour d'appel d'Arnhem.

Tous les deux ans, les cours doivent ainsi se prononcer en moyenne sur le renouvellement de 1.700 TBS.

Selon une étude conduite en 2005 par le ministère de la justice néerlandais, il est rare que les juges décident une sortie du TBS contre l'avis des experts. Néanmoins, des divergences d'appréciation peuvent apparaître pour trois motifs principaux : le renouvellement du placement sous TBS préconisé par l'expertise se fonde sur des raisons liées au traitement du patient alors que le juge prend seulement en compte le risque de récidive ; les expertises tendent à recommander le renouvellement systématique sur la base du « principe de précaution » et ne convainquent pas nécessairement les juges de la réalité de ce risque ; enfin, les cours peuvent ne pas suivre l'expertise lorsqu'elles considèrent le traitement effectué par la clinique comme inadapté.

Un groupe de travail mis en place au sein du ministère de la justice a recommandé que la décision de justice soit expressément motivée en cas de non renouvellement de la mesure afin de permettre en particulier aux établissements TBS de prendre en compte ces éléments dans leur politique de traitement.

- Des établissements de soins sécurisés.

Les placements sous TBS se font dans l'un des douze établissements spécialisés TBS. Ces derniers répondent à une double vocation. D'une part, ils visent à protéger la société. D'autre part, ils ont aussi pour objectif de dispenser des soins en aidant les personnes à connaître et maîtriser les troubles dont elles sont atteintes, à les rendre attentives à leurs responsabilités et à favoriser leur réinsertion. Logées dans de petites unités, les intéressés bénéficient d'activités professionnelles, sportives, culturelles.

Dans la perspective de la préparation de la sortie, ils disposent de permissions de sortie afin de déterminer leur capacité de réadaptation et de vérifier qu'ils ne présentent plus de risque pour la société. Un détenu sous TBS qui ne reviendrait pas à l'issue de sa période de sortie est considéré comme un évadé et un mandat d'arrêt sera décerné à son encontre.

Le placement sous TBS concerne actuellement quelque 1.400 personnes parmi lesquelles une soixantaine, actuellement accueillies dans un service de longue durée, ne devraient vraisemblablement plus jamais être libérées¹.

- Un bilan encourageant en matière de prévention de la récidive

Quel bilan peut-on aujourd'hui donner du dispositif du TBS ? Les informations recueillies par votre délégation permettent de présenter ici les différents éléments du débat en cours aux Pays-Bas.

Le système de placement sous TBS tend à réduire le risque de récidive. En effet, selon une étude du ministère de la justice, le taux de récidive des personnes dont le placement sous TBS s'est terminé entre 1994 et 1998 serait de l'ordre de 36 % -au cours des six années suivant leur sortie- tandis qu'il s'élève à 71 % pour les autres personnes incarcérées (78 % s'ils avaient été condamnés une première fois alors qu'ils étaient mineurs). La prise en charge médicale semble donc porter ses fruits.

Si les conditions de contrôle des personnes placées sous TBS ont été critiquées à la suite de l'évasion de deux prisonniers psychiatriques, le nombre d'évasions semble néanmoins limité et concernerait chaque année quelque 10 personnes sur un ensemble de 50.000 mouvements de permissions de sortie. Il est en outre exceptionnel que de nouveaux crimes soient commis à cette occasion.

¹ Selon des statistiques de 2003, 448 patients sur 1.047 personnes placées sous TBS pouvaient être considérées comme dangereuses, tandis que 210 patients sur 610 personnes internées dans des hôpitaux psychiatriques -« de droit commun »- pouvaient également être estimées potentiellement dangereuses.

Le ministre de la justice a pris plusieurs mesures destinées à renforcer la sécurité du système : interdiction de permission de sortie en cas de jugement divergent des spécialistes durant les deux dernières années; suspension de toutes les autorisations de sortie pour les cliniques ayant connu des évasions répétées ; pour les permissions de sortie accompagnées, présence de deux gardiens disposant d'instructions d'intervention plus étendues ; depuis le 1^{er} septembre 2005, mise en place d'un système de contrôle par bracelet électronique mobile.

Selon une communication du ministère de la justice à la seconde chambre des Pays-Bas en février dernier, le dispositif de surveillance par GPS présente certains inconvénients (autonomie limitée de la batterie -4 heures-, manque de fiabilité du système -le signal émis par le bracelet n'étant pas perceptible à proximité d'immeubles élevés par exemple-, coût élevé -de l'ordre de 300 euros par jour). Les autorités néerlandaises ont également relevé que ni le Royaume-Uni, ni les Etats-Unis -les deux pays où la surveillance électronique mobile est actuellement mise en œuvre- ne considèrent ce dispositif adapté pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Enfin, les évadés sont recherchés dans les 48 heures avec l'appui d'une politique active d'annonces devant les medias.

Chaque année, les Cours prennent en moyenne 220 décisions de placement sous TBS et 70 décisions de sortie. Le nombre de placements tend ainsi à croître de 150 par an. Cette évolution s'explique, selon le ministère de la justice, par l'augmentation, d'une part, des pathologies graves et complexes dont souffrent les personnes placées sous TBS et, d'autre part, du risque de récidive parmi les personnes traitées.

Si les tendances actuelles se prolongent, le nombre de personnes placées sous TBS pourrait s'élever à 2.500 d'ici 2010.

Au-delà des seules considérations de sécurité, les préoccupations portent également sur l'augmentation du nombre de patients difficilement guérissables et l'insuffisance des capacités d'accueil des établissements TBS. L'administration pénitentiaire est ainsi obligée de recourir à des structures privées pour mettre en place certains de ces placements.

Actuellement, 200 personnes soumises à un placement sous TBS attendent en prison qu'une place se libère au sein d'un établissement d'accueil. Le délai d'attente est de l'ordre de 9 mois.

En principe une personne soumise à une mesure de TBS devrait, selon la loi, être admise dans un établissement TBS dans les **six mois** de la prise d'effet de l'ordonnance TBS. Cette période peut être prolongée par le ministre de la justice pour des périodes de trois mois renouvelable si le placement s'avère en pratique impossible. En l'absence de décision explicite du ministre de la justice, le renouvellement de la détention provisoire est automatique. La Cour européenne des droits de l'homme (arrêt Morsink c. Pays-Bas,

11 mai 2004) s'est prononcée sur les conditions de prolongation de la détention provisoire. Si elle admet que « *pour des motifs liés aux nécessités inhérentes à une gestion efficace des fonds publics, un certain écart entre la capacité disponible et la capacité requise des établissements TBS est inévitable et doit être jugé acceptable* » en revanche, elle a constaté qu'une admission tardive dans un établissement TBS a pour effet de retarder le traitement de la personne intéressée « *ce qui emporte forcément des conséquences pour ses chances de succès dans le délai légal de deux ans correspondant à la validité initiale d'une ordonnance TBS. De surcroît, les chances d'avoir à prolonger la validité de l'ordonnance TBS s'en trouvent accrues de manière correspondante* ». Dans ces conditions, la Cour a estimé qu'un retard de quinze mois dans l'admission au sein d'un établissement TBS était inacceptable et elle a condamné les Pays-Bas sur ce point.

Le nombre de places pour les personnes considérées comme incurables pourrait ainsi être porté à 200 –soit la création de 140 places. Il faut, par ailleurs, souligner le coût relativement élevé de ce dispositif de l'ordre de 500 euros par jour.

Depuis le déplacement de votre délégation aux Pays-Bas, la commission d'enquête parlementaire a fait connaître ses conclusions. Deux grandes orientations paraissent se dégager :

- d'une part, le **renforcement du dispositif TBS** à travers l'allongement du TBS limité dont la durée serait portée de 4 à 9 ans mais aussi l'augmentation des placements à vie pour les personnes considérées comme non amendables avec une sécurité renforcée et des prestations médicales plus limitées ; ou encore la possibilité d'exiger des soins et des prises de médicaments ;

- d'autre part, un **suivi renforcé** après la sortie du dispositif : mise en place de systèmes de contrôle (en particulier pour interdire la consommation d'alcools ou de stupéfiants), prolongations d'obligations de soins, voire mise en place d'un suivi médico-légal en clinique psychiatrique afin d'éviter une rupture trop forte par rapport au placement en clinique TBS.

II. LE DISPOSITIF DE DÉTENTION-SÛRETÉ EN ALLEMAGNE : LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA NEUTRALISATION DE LA DANGÉROSITÉ

La mesure de détention-sûreté (Sicherungsverwahrung) permet de maintenir une personne en détention après l'exécution de sa peine. Ainsi que l'a indiqué à votre délégation M. Bernard Böhm, sous-directeur des affaires pénales au ministère fédéral de la justice, elle vise les « *délinquants d'habitude qui ne sont pas amendables* » et sont susceptibles de toujours représenter un danger pour la société.

A. UN CHAMP D'APPLICATION PROGRESSIVEMENT ASSOULI

Le dispositif allemand a connu un destin singulier. Alors qu'il semblait devoir tomber en désuétude, il a vu, au contraire, au tournant des années 90, son utilité reconnue et son champ d'application, entouré de plusieurs garanties, s'élargir.

Selon les interlocuteurs de votre délégation, la détention-sûreté constitue l'une des très rares législations de cette époque à avoir été maintenues par les alliés après 1945 en Allemagne de l'Ouest. Lors des négociations engagées dans le cadre de la réunification, les autorités de l'ex-RDA avaient obtenu que la mesure ne soit pas appliquée sur le territoire des länder de l'est. Les responsables de la RFA s'interrogeaient eux-mêmes sur l'intérêt d'un dispositif alors peu utilisé.

Cependant, ces réserves ont été levées sous l'effet, selon les interlocuteurs de votre délégation, de crimes sexuels ayant profondément choqué l'opinion publique. En outre, dans certains cas, cette mesure apparaît comme le seul moyen de prévenir la récidive d'individus particulièrement dangereux. Enfin, il importe aussi de relever que les durées de peine encourues en Allemagne sont, en moyenne, moins longues qu'en France pour des infractions comparables. En particulier, le système pénal allemand ne comporte pas de dispositions spécifiques en matière de récidive et ne prévoit pas contrairement aux règles françaises le doublement de la peine encourue¹. Il est possible que la détention-sûreté soit aussi un moyen de prolonger en pratique la peine initialement prononcée au vu, en particulier, de la dangerosité de la personne. La pression apparaît d'autant plus forte que le taux de récidive en matière de délinquance sexuelle serait particulièrement élevé puisque, selon les interlocuteurs de votre délégation, la moitié des personnes condamnées pour une telle infraction commettrait une nouvelle infraction de même nature après avoir purgé sa peine.

Le dispositif a été successivement assoupli en 1998, 2002 et 2003. En 1998, la condition selon laquelle la détention-sûreté ne peut être prononcée que si l'auteur de l'infraction a déjà été condamné antérieurement à deux reprises a été supprimée pour les délits ou crimes les plus graves². En 2002, le législateur a permis au tribunal, initialement tenu de prononcer la détention-sûreté comme une sorte de peine complémentaire **au moment du jugement**, d'ordonner cette mesure ultérieurement à condition toutefois qu'il s'en réserve expressément la faculté dans son jugement (art. 66 (b) du code pénal). En 2004, enfin, la réforme a ouvert au tribunal la possibilité de prononcer la mesure après le jugement même s'il ne s'est pas réservé cette faculté au

¹ Même si l'article 46 du code pénal allemand impose au tribunal de prendre en compte la passé pénal du prévenu dans la détermination du quantum de peine.

² Cette réforme a été adoptée avec l'accord des principaux partis à l'exception des Verts.

moment de la condamnation afin de prendre en compte une dangerosité apparue en cours de détention¹.

1. Des conditions étendues

Compte tenu de ces modifications successives, le dispositif en vigueur présente une certaine complexité. Il convient désormais de distinguer les cas où la mesure est décidée au moment même de la condamnation et les cas où elle peut être décidée après le prononcé du jugement.

Dans le schéma initial –**décision *ab initio* de la juridiction de jugement**– la détention-sûreté est subordonnée en principe à trois conditions tenant, d'une part, à l'infraction commise ou à la condamnation prononcée, d'autre part, au passé pénal du prévenu et, enfin, à la dangerosité de la personne. S'agissant de ce dernier critère, les interlocuteurs de notre délégation ont estimé que la référence à une dangerosité liée au préjudice économique n'avait plus guère de justification et devait être considérée comme obsolète.

¹ Cette réforme a étendu à l'ensemble de l'Allemagne une disposition déjà appliquée en pratique par les deux länder de Bavière et de Bade-Wurtemberg.

Le tableau suivant rappelle les principaux éléments du dispositif.

Mesure de détention-sûreté : conditions pour le prononcé *ab initio*

	Condamnation prononcée	Passé pénal ⁽¹⁾	Personnalité des condamnés
Décision prise <i>ab initio</i> par le tribunal Art. 66, al. 1	- condamnation à une peine d'au moins 2 ans d'emprisonnement	- deux condamnations à une peine d'au moins un an d'emprisonnement pour des infractions volontaires et exécution d'une peine d'emprisonnement ou d'une mesure d'amendement et de sûreté d'au moins deux ans	- personne représentant un danger pour la collectivité en raison de sa propension à commettre des infractions de nature à causer un préjudice corporel ou moral important aux victimes ou un préjudice économique important
Art. 66, al. 2	- trois infractions volontaires qui, jugées séparément, entraîneraient une peine d'au moins un an d'emprisonnement pour lesquelles la personne est condamnée à une peine d'au moins 3 ans d'emprisonnement	- Aucune condition requise	- Même condition que ci-dessus
Art. 66, al. 3	- condamnation à une peine d'au moins 2 ans d'emprisonnement pour un crime ou délit particulièrement grave (agressions sexuelles commises sur mineur ou personne vulnérable, violences volontaires aggravées)	- condamnation pour une infraction identique à une peine d'au moins 3 ans d'emprisonnement et exécution d'une peine d'emprisonnement ou d'une mesure de sûreté d'au moins 2 ans	- Même condition que ci-dessus
	- deux infractions visées ci-dessus qui, jugées séparément, entraîneraient une peine d'au moins 2 ans pour lesquelles la personne est condamnée à une peine d'au moins 3 ans d'emprisonnement	- Aucune condition requise	- Même condition que ci-dessus

Source : Commission des Lois

(1) Les infractions commises plus de 5 ans avant les faits nouveaux ne sont pas prises en compte. Le temps passé dans un établissement de soins spécialisés dans le cadre d'un placement administratif n'est pas pris en compte dans le délai de 5 ans. Les condamnations prononcées par une juridiction étrangère ne sont pas prises en compte par le tribunal sauf si elles sont constitutives d'infractions volontaires en droit allemand ou qu'elles sont équivalentes à l'une des infractions visées à l'article 66, alinéa 3.

La juridiction peut décider une mesure de détention-sûreté **après la condamnation** dans deux cas de figure.

• Premier cas de figure : le tribunal peut se réserver, **au moment de la condamnation**, la possibilité d'ordonner ultérieurement le maintien en détention d'une personne à deux conditions :

- l'auteur de l'infraction répond aux conditions prévues par l'article 66, alinéa 3, du code pénal (infractions d'une particulière gravité) ;

- il n'est pas possible d'établir avec une certitude suffisante la dangerosité de l'intéressé. Le tribunal doit alors se prononcer au plus tard 6 mois avant la date à laquelle le condamné pourrait bénéficier d'une libération conditionnelle (possible lorsque la personne a purgé les deux tiers de sa peine). La mesure ne peut être ordonnée que « *lorsque, eu égard à la personnalité du condamné, à la nature des infractions commises et à son évolution durant son incarcération, il existe un risque que celui-ci commette à nouveau des infractions graves de nature à causer un préjudice corporel ou moral important aux victimes* ».

• Second cas de figure : le tribunal ne s'est pas réservé la possibilité de décider la détention-sûreté au moment du jugement. Il peut cependant décider le maintien en détention dans deux hypothèses :

- lorsque postérieurement à une condamnation pour une infraction particulièrement grave (crime contre l'intégrité physique ou la liberté individuelle, crime de nature sexuelle, vol avec arme, vol suivi de violences ayant entraîné la mort ou délit visé à l'article 66, al. 3 du code pénal) et que les autres conditions de l'article 66, al. 3 sont réunies, il apparaît, avant la fin de l'exécution de la peine d'emprisonnement, que la personne condamnée présente une « *dangerosité considérable* » pour la société et un « *risque majeur* » de récidive ;

- lorsqu'il est **mis un terme au placement de la personne condamnée dans un hôpital psychiatrique** au motif que le trouble ayant entraîné son irresponsabilité pénale a disparu, le juge peut alors décider une mesure de détention-sûreté si deux conditions sont satisfaites. D'une part, le placement dans cet hôpital était justifié par la commission de l'une des infractions visées à l'article 66, alinéa 3 du code pénal ou que cette personne a déjà été condamnée à une peine d'au moins trois ans d'emprisonnement (ou placée dans un hôpital psychiatrique) pour des infractions de cette nature. D'autre part, il existe un risque majeur de récidive.

Lorsque le tribunal ne s'est pas réservé la possibilité d'ordonner la détention-sûreté dans le jugement initial, il appartient au parquet de saisir le tribunal d'une requête aux fins de placement en détention au plus tard six mois avant la remise en liberté de l'intéressé.

2. Un dispositif assorti de plusieurs garanties

La décision de détention-sûreté est encadrée à plusieurs titres.

En premier lieu, lorsque cette mesure n'a pas été décidée ou envisagée dans le jugement initial, le tribunal doit statuer de nouveau dans le cadre d'une audience publique au cours de laquelle sont entendus la personne condamnée ainsi qu'un agent de l'administration pénitentiaire qui rend compte du déroulement de l'incarcération.

Ensuite, la décision initiale ordonnant la mesure de détention-sûreté est susceptible de recours dans les conditions de droit commun (appel et pourvoi en cassation). En revanche, les décisions de renouvellement de la mesure prise tous les deux ans par le tribunal ne peuvent être attaquées que devant la cour d'appel.

Enfin, la mesure de détention-sûreté décidée ou envisagée dans le jugement *ab initio* est subordonnée à une **expertise psychiatrique** et quand elle est ordonnée en cours de détention, elle est soumise à une **double** expertise psychiatrique. La personne condamnée a la faculté de demander, à ses frais, une contre-expertise que le juge peut toutefois refuser.

3. Le rôle essentiel de l'expert

Selon M. Klaus-Peter Dahle, expert psychiatre, professeur de médecine à l'hôpital « La Charité » de Berlin, les conditions dans lesquelles étaient établies les expertises ont été très contestées au cours des années 80 et du début des années 90 en raison, notamment, de l'absence de méthodologie et d'un professionnalisme insuffisant. Depuis lors, plusieurs améliorations ont été apportées : psychiatres et psychologues sont tenus de suivre une formation continue (avec acquisition de bases méthodologiques et une formation pratique sous la conduite d'un expert plus expérimenté) ; plus récemment, un système de certificat permet de valider l'expérience acquise par un psychiatre au terme de plusieurs expertises et constitue ainsi un nouveau critère utile pour déterminer le choix d'un expert par la juridiction.

M. Klaus-Peter Dahle a également évoqué le renforcement des modalités d'évaluation sur la base des approches anglo-saxonnes (Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada) avec l'élaboration de grilles d'analyses destinées à mieux mesurer le risque de récidive. L'objectif poursuivi tend à élaborer des **critères d'appréciation plus homogènes**.

Par ailleurs, afin de garantir l'impartialité des experts, le code pénal allemand prévoit expressément qu'ils ne doivent pas avoir été au contact avec la personne condamnée au cours de sa détention.

L'expertise se déroule en deux entretiens (sur une durée d'ensemble de 5 à 6 heures). Le coût d'une telle expertise est de l'ordre de 4.000 euros.

En tout état de cause, les conclusions de l'expert ne lient pas le juge mais pèsent cependant de manière déterminante dans sa décision.

4. La durée de la mesure

La durée de la mesure n'est pas fixée par avance par le tribunal. Selon le code pénal (art. 67 (d), alinéa 2), la détention sûreté doit être suspendue quand il n'existe plus de risques que la personne commette de nouveau une infraction. En tout état de cause, le tribunal est tenu de réexaminer la situation des condamnés **tous les deux ans** (article 67 (e), alinéa 2, du code pénal). En principe, la mesure prend fin à l'expiration d'un délai de dix ans. L'intéressé est alors remis en liberté à condition qu'il n'existe plus aucun risque qu'il commette à nouveau des infractions « *de nature à causer un préjudice moral ou physique important aux victimes. Dans le cas contraire, il est maintenu en détention* ».

La détention-sûreté pourrait donc être indéfiniment prolongée tant que la personne condamnée présente une dangerosité justifiant la mesure de sûreté. Saisie d'un recours sur ce point, la Cour constitutionnelle de Karlsruhe a estimé le dispositif conforme à la Constitution (arrêt du 5 février 2004). Selon la Cour, la protection de la société justifie une telle mesure. Cependant, elle estime que la détention-sûreté a aussi pour finalité la réinsertion du condamné et qu'en conséquence, l'administration pénitentiaire est tenue d'organiser un régime de détention adapté à cet objectif.

Selon les informations recueillies par votre délégation, la durée actuelle de la détention-sûreté est de l'ordre de six ans et demi mais tend à s'allonger -la mesure succédant elle-même à une peine d'emprisonnement de neuf ans en moyenne.

Lorsque le détenu est remis en liberté, il est placé de **plein droit** sous contrôle judiciaire¹. Il peut donc être astreint à certaines obligations : obligation de se présenter régulièrement à un service dirigé par le tribunal ; interdiction de se rendre dans certains lieux ou d'entrer en contact avec certaines personnes ; interdiction d'exercer une activité professionnelle en relation avec l'infraction commise ; interdiction de conduire un véhicule, etc.². Le tribunal désigne spécialement un agent de probation chargé de suivre le condamné.

Le contrôle judiciaire est prononcé pour une durée variant de deux à cinq ans -mais pouvant être illimitée pour les délinquants sexuels³. Il peut être révoqué par le tribunal lorsque l'intéressé commet une nouvelle infraction ou lorsqu'il manque gravement à l'une des obligations auxquelles il est astreint.

¹ Article 67 (d), alinéa 3, du code pénal).

² Article 68 a et b du code pénal.

³ Selon les indications données à votre délégation, les obligations peuvent comprendre, s'agissant des délinquants sexuels, une obligation de soins incluant la prise de médicaments.

Les interlocuteurs de votre délégation ont indiqué que l'Allemagne envisageait de modifier sa législation pour renforcer ce dispositif de contrôle judiciaire. Ils ont également relevé que les moyens humains et financiers n'étaient pas à la mesure des besoins liés au suivi des personnes libérées.

5. Un nombre croissant de personnes soumises à la mesure

Selon les informations communiquées à votre délégation, le nombre de mesures de détention-sûreté a doublé au cours de la dernière décennie pour concerner aujourd'hui 350 personnes (sur un nombre total de quelques 64.000 personnes définitivement condamnées). Le sous-directeur aux affaires pénales a estimé que le ministère de la justice s'attendait à une progression de ce dispositif dans les prochaines années (qui atteindrait 400 à 500 mesures) sous le double effet de l'augmentation du nombre de mesures et de l'allongement de la durée de la détention. Sur les dernières données disponibles, 21 mesures de sûreté étaient arrivées à leur terme en 2003. Sur ce total, treize personnes seulement avaient effectivement recouvré la liberté - neuf d'entre elles avaient été condamnées pour des infractions aux biens. Les autres restaient soumis à des mesures de contrôle.

Cet allongement de la durée de détention s'explique selon les interlocuteurs de votre délégation, par le souci manifesté par le juge en vertu du principe de précaution d'éviter toute récidive. En effet, selon le sous-directeur aux affaires pénales du ministère de la justice, la remise en liberté est susceptible de modifier le comportement d'une personne dont la dangerosité semblait avoir disparu au cours de la détention.

Les intéressés sont désormais exclusivement des hommes (quelques femmes avaient été placées en détention-sûreté avant 1991). Il s'agit pour moitié de délinquants sexuels -et pour 2 % seulement d'étrangers.

L'âge moyen est -logiquement- plus élevé que pour les personnes incarcérées.

Mme Petra Block-Weinert, directrice d'établissement pénitentiaire, a d'ailleurs indiqué à votre délégation que les personnes les plus âgées étaient placées dans des secteurs spécifiques où des soins pouvaient leur être prodigués et que, dans certains cas, un dispositif d'accompagnement de fin de vie était mis en place.

B. LE RÉGIME DE DÉTENTION : LE CAS DU CENTRE DE DÉTENTION DE BERLIN TEGEL

Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses peuvent être mises en œuvre en milieu ouvert. Cette situation ne concerne cependant que 16 des 350 personnes soumises actuellement à ce dispositif et qui se trouvent, dans leur très grande majorité, en **détention**.

Le législateur allemand a prévu que les personnes placées en détention-sûreté devaient être séparées des autres détenus et placés dans des quartiers spécialisés¹. Cette obligation n'est pas toujours applicable dans certains länder compte tenu du petit nombre de personnes concernées par cette mesure.

Aussi, des accords conclus entre länder ont permis le regroupement des détenus dans des quartiers spécialisés des principaux établissements pénitentiaires.

Tel est le cas en particulier, dans la plus grande prison d'Allemagne, pour le centre de détention de Tegel à Berlin.

Comme l'a expliqué à votre délégation le directeur de l'établissement, cent années séparent la construction des plus anciens bâtiments de cet important complexe pénitentiaire (1898) du plus récent (1998)².

L'établissement emploie 850 agents dont les deux tiers sont affectés au service de la détention et moins de 6 % au service médico-social. A la date de la visite de votre délégation, il comptait 1.700 détenus - parmi lesquels 110 purgeaient une peine de réclusion à criminelle à perpétuité. Il comptait également 32 % de détenus étrangers (originaires de quelques 55 nationalités différentes).

Le centre accueille **22 personnes placées en détention-sûreté**. 19 d'entre elles sont réunies dans un quartier séparé d'un bâtiment moderne comportant au total 180 places (occupées par ailleurs par des condamnés à de longues peines - pour 45 d'entre eux à la réclusion à perpétuité). Trois personnes en détention-sûreté se trouvaient dans d'autres structures pour raison médicale.

- Des effectifs en hausse

Selon les responsables de cette structure, 36 personnes condamnées actuellement détenues dans la prison de Tegel font actuellement l'objet d'une « *mention* » de placement en détention-sûreté (cas dans lesquels le tribunal s'est réservé la possibilité, dans son jugement, d'ordonner la détention sûreté au cours de l'exécution de la peine) : cette mesure pourrait leur être appliquée s'ils ne se conforment pas au programme d'accompagnement destiné à favoriser leur réinsertion. En pratique, elle est effectivement décidée par le tribunal dans la majorité des cas.

Ainsi, l'effectif concerné n'a cessé de croître au cours des dernières années : de cinq en 1996 il pourrait passer à trente d'ici 2007. Si tel devait être le cas, les limites actuelles des capacités de l'étage réservé à la détention-sûreté seraient atteintes (30 places).

¹ Article 140 de la loi sur l'exécution des peines.

² Au total, 130.000 m², soit la superficie de quelques quatorze terrains de football. Le mur d'enceinte long de 1,3 km est surveillé à partir de treize miradors.

Par ailleurs, la durée de la mesure tend également à s'allonger. Le plus ancien des détenus faisant l'objet de la mesure de sûreté est placé depuis douze ans en détention-sûreté -délinquant sexuel, il avait déjà purgé une peine d'emprisonnement de sept ans et demi.

- Des sources de tension

Selon les informations recueillies par votre délégation, l'évolution des conditions de détention est aujourd'hui source de tension à deux titres.

En premier lieu, le législateur avait prévu que les personnes placées en détention-sûreté bénéficient d'un régime de détention plus favorable que celui des autres détenus (ce dispositif ne constituant pas une peine au sens strict mais une mesure de sûreté). Cependant, au fil des années, le régime carcéral de « *droit commun* » s'est amélioré et l'écart des avantages entre les conditions de détention s'est nettement réduit¹.

Ensuite, le choix de séparer les personnes en détention-sûreté des autres détenus et de les regrouper a contribué à renforcer leur isolement. Conjuguée avec l'incertitude du moment où interviendra leur libération, cette situation n'a pu qu'exacerber chez les intéressés le sentiment de leur différence par rapport aux autres détenus. Comme l'ont souligné les responsables de l'établissement, alors que la loi oblige à prévoir un traitement spécifique et individualisé pour chaque personne concernée par la mesure de sûreté, en pratique il apparaît presque impossible de motiver les personnes et de les intéresser à une adaptation à la vie en société dont les perspectives semblent si hypothétiques.

Ainsi les conditions de détention suscitent deux types de réaction : parfois les personnes protestent et sont en opposition permanente avec les représentants de l'administration pénitentiaire ; dans la majorité des cas cependant, l'indifférence et la résignation l'emportent. Les actes de violence ou le taux des suicides apparaissent ainsi plus limités que dans le régime de détention classique.

¹ *Tel est le cas en particulier s'agissant de la liberté de choisir sa tenue ou de se faire la cuisine, reconnue désormais, sous certaines conditions, à l'ensemble des détenus. Les personnes placées en détention-sûreté continuent cependant de bénéficier de certains avantages comme la perception d'une rémunération légèrement plus avantageuse même lorsqu'ils ne travaillent pas (de 40 à 50 euros par mois contre 30 euros pour un détenu purgeant sa peine). Ils peuvent aussi recevoir des colis mais cette possibilité est en réalité peu utilisée compte tenu du relâchement des liens familiaux.*

Le dispositif belge

Sur le fondement de la loi de défense sociale du 9 avril 1930 modifiée notamment en 1964, l'auteur d'une infraction pénale qui se trouve dans un état soit de démence, soit de grave déséquilibre mental, soit de débilité mentale ne peut être reconnu responsable. Les juridictions d'instruction ou de jugement peuvent décider son **internement**. Il s'agit d'une « mesure de protection » et non d'une peine. Une commission de défense sociale -attachée à chaque maison d'arrêt pourvue d'une annexe psychiatrique- détermine les modalités d'exécution de l'internement et en particulier la structure de défense sociale où s'effectuera la mesure (soit une annexe psychiatrique d'un établissement pénitentiaire, soit un établissement de défense sociale, soit un secteur de défense sociale au sein d'un établissement psychiatrique). La commission de défense sociale peut aussi, pour des raisons thérapeutiques, décider le placement dans une institution psychiatrique telle qu'un hôpital psychiatrique.

En Wallonie et à Bruxelles, les internés sont répartis au sein des annexes psychiatriques des différentes prisons (Mons, Namur, Jamioulx et Forest); de l'établissement de défense sociale de Paifve ; de l'hôpital psychiatrique « Les Marronniers » à Tournai (360 internés)¹.

En Flandre, les internés sont répartis soit dans les annexes psychiatriques de certaines prisons (Merksplas, Turnhout, Gand, Anvers, Louvain et Bruges), soit au sein de trois cliniques psychiatriques (Rekem, Zelzate et Bierbeek).

Les commissions de défense sociale assurent ensuite le suivi de la personne internée : elles peuvent décider d'une libération définitive ou -plus souvent- d'une libération conditionnelle (suivi psychiatrique ou placement dans un hôpital psychiatrique). La mesure de libération est subordonnée à une amélioration de l'état de la personne et à la possibilité de l'intéressé de se réadapter en société. En 1998, la loi de défense sociale a été modifiée pour permettre à l'avocat de l'intéressé d'interjeter appel contre la décision de rejet par la commission de défense sociale, d'une demande de mise en liberté.

En 2004, la Belgique comptait près de 3.300 personnes internées parmi lesquelles 1.300 avaient fait l'objet d'une mesure effective d'internement (les autres pouvant faire l'objet d'un placement dans un hôpital psychiatrique ou d'une prise en charge ambulatoire).

En 2004, le ministère de la justice dressait un double constat portant d'une part sur l'insuffisance des capacités d'accueil au sein des annexes psychiatriques des prisons, d'autre part, sur les difficultés pour ajuster la rémunération des médecins et des psychiatres opérant dans les structures publiques à celle des professionnels du secteur privé avec pour conséquence une prise en charge limitée des internés.

¹ *A Tournai, le secteur de défense sociale (10 unités de soins accueillant 350 hommes ayant commis une infraction pénale) se trouve au sein d'une centre hospitalier psychiatrique qui comporte aussi un secteur hospitalier (263 lits), un secteur résidentiel (120 lits) pour héberger plus particulièrement des patients stabilisés, un secteur extra-hospitalier (habitations protégées offrant 57 places dans 12 maisons réparties dans Tournai).*

La même année, un groupe de travail commission placé sous la responsabilité de M. Paul Cosyns, professeur de psychiatrie à l'université d'Anvers, a été chargé par le ministre de la justice de réfléchir sur l'amélioration des conditions de prise en charge des internés. Il a présenté des recommandations différenciées pour la Wallonie et la Flandre compte tenu des spécificités des deux parties du pays. Pour la Wallonie, elle a notamment préconisé la réhabilitation de certaines infrastructures et la réintégration des internés présentant un faible degré de dangerosité dans le circuit de soins psychiatriques régulier. Pour la Flandre, le groupe de travail préconise la création de plusieurs institutions d'une capacité maximale de 250 lits -une institution étant considérée comme difficilement gérable au-delà de ce seuil.

Le dispositif canadien

Le dispositif canadien concernant les personnes dangereuses se signale par trois traits marquants :

- la possibilité de prononcer une peine à durée indéterminée pour les délinquants les plus dangereux ;
- la faculté d'assurer un suivi des délinquants « à risque » au cours d'une période maximale de dix années après la libération ;
- une procédure très méthodique de traitement des délinquants sexuels.

La loi C 55 adoptée en 1997 a complété les dispositions du code criminel du Canada relatives à la déclaration du « délinquant dangereux » tout en instituant une nouvelle désignation de « délinquant à surveiller ».

1. La déclaration de délinquant dangereux

La déclaration de délinquant dangereux permet au tribunal de prononcer une peine de détention pour une **période indéterminée**.

Cette déclaration est subordonnée à une double condition (art. 753-1 du code criminel) :

- l'infraction commise constitue des sévices graves à la personne et le délinquant qui l'a commise « *constitue un danger pour la vie, la sécurité ou le bien-être physique ou mental de qui que ce soit* », en vertu de preuves établissant que par la répétition de ses actes, notamment celui qui est à l'origine de l'infraction dont il a été déclaré coupable, il démontre qu'il est soit incapable de contrôler ses actes, soit indifférent aux conséquences que ses actes peuvent comporter sur autrui ; cette dangerosité peut aussi être attestée par un comportement qui, associé à la perpétration de l'infraction dont il a été déclaré coupable, apparaît d'une « *nature si brutale que l'on ne peut s'empêcher de conclure qu'il y a peu de chance pour qu'à l'avenir, ce comportement soit inhibé par les normes ordinaires de restriction du comportement* » ;

- l'infraction commise constitue des sévices graves à la personne et la conduite antérieure du délinquant dans le domaine sexuel, y compris lors de la perpétuation de l'infraction dont il a été déclaré coupable démontre son incapacité à contrôler les impulsions sexuelles et laisse prévoir que, vraisemblablement, il causera à l'avenir de ce fait des sévices à d'autres personnes.

La demande de déclaration de délinquant dangereux relève du procureur général provincial. Elle doit donner lieu à une **évaluation psychiatrique de 60 jours** et sur la base du rapport d'expertise, l'Etat décide s'il convient de donner suite à cette demande. Le cas échéant, le tribunal doit se prononcer après une enquête permettant de déterminer si le délinquant présente une dangerosité suffisamment établie pour mériter une peine indéterminée, sans possibilité de libération conditionnelle, soit la peine la plus sévère prévue par le code criminel.

En mai 2005, le Canada comptait 334 délinquants déclarés dangereux (17 d'entre eux ayant bénéficié d'une libération conditionnelle).

2. La désignation de délinquant à contrôler

Ce dispositif vise les délinquants qui ne satisfont pas aux conditions requises pour la déclaration de délinquant dangereux mais présentent un **risque élevé de récidive**. Il vise principalement les délinquants sexuels et permet de les placer sous surveillance pendant une période maximale de 10 ans suivant leur libération.

La désignation de délinquant à contrôler appartient au tribunal. Elle est soumise à trois conditions : l'intéressé doit être condamné à une peine d'emprisonnement d'au moins deux ans ; il présente un risque élevé de récidive ; ce risque pourra être maîtrisé au sein de la collectivité. La décision de la juridiction doit, comme tel est déjà le cas pour la déclaration de délinquant dangereux, être précédée d'une évaluation psychiatrique du condamné. La période de supervision d'une durée maximale de 10 ans (8 ans en moyenne) inclut le respect d'obligations telles que l'engagement de ne pas troubler la paix et l'interdiction de posséder des armes à feu. Il peut aussi comprendre des conditions spéciales comme l'interdiction de consommer des psychotropes ou des obligations de soins. Le manquement à ces obligations est passible d'une peine d'emprisonnement maximale de 10 ans.

En février 2005, 300 personnes faisaient l'objet d'une désignation de délinquants à contrôler parmi lesquels 113 avaient déjà purgé leur peine.

3. L'évaluation et le traitement des délinquants sexuels

Au moment de son admission dans un établissement pénitentiaire fédéral, le délinquant sexuel est soumis à une évaluation destinée à déterminer le rythme, les objectifs, la forme et le contenu du traitement ainsi que le niveau du risque que présente la personne.

L'évaluation concerne sept aspects distincts : l'historique et le développement du comportement sexuel, la préférence sexuelle, les attitudes et distorsions cognitives, les aptitudes sociales, les antécédents médicaux, la psychopathologie et les résultats des évaluations et programmes antérieurs.

Les programmes pour délinquants sexuels, fondés sur le consentement de l'intéressé, visent à leur faire assumer la responsabilité de ses actes ainsi qu'à reconnaître les situations où elles risquent de récidiver et à leur faire adopter en conséquence des stratégies pour surmonter ce risque.

(Source : service correctionnel du Canada)

PISTES DE RÉFLEXION

Les échanges que vos rapporteurs ont pu avoir en France et à l'étranger les conduisent à formuler trois constats :

- il **n'existe pas de modèle unique et optimal de traitement des personnes dangereuses**. Toutefois, la prise en compte de la dangerosité, au-delà de l'exécution de la peine, doit s'inscrire avant tout dans une perspective d'accompagnement et de thérapie et non de relégation. A cet égard, l'expérience hollandaise peut fournir des orientations intéressantes ;

- s'il est indispensable de **limiter le plus possible le risque de récidive**, celui-ci ne peut être dans une société de droit, respectueuse des libertés individuelles, complètement éliminé. Le « **risque zéro** » **n'existe pas** ;

- la France dispose des instruments juridiques et techniques de prise en charge des personnes dangereuses, mais ceux-ci, s'agissant des personnes atteintes de troubles mentaux, paraissent parfois utilisés à contre-emploi. La **forte présence de personnes atteintes de troubles mentaux dans les prisons** françaises représente un **véritable paradoxe**. En effet, cette situation n'est pas satisfaisante :

- du point de vue de l'état de santé de la personne et des soins à lui apporter, la prison n'apparaît pas le cadre le plus approprié ;

- du point de vue de la sécurité de la société, la dangerosité peut demeurer bien au delà de l'exécution de la peine de prison.

Vos rapporteurs estiment qu'un meilleur équilibre peut être trouvé par une prise en charge médicale renforcée des personnes concernées et leur placement dans un cadre plus adapté avec la possibilité, si la situation de l'intéressé le requiert, de prolonger le séjour dans cette structure hospitalière au delà du temps de la peine.

Sur la base de ces constats, les pistes de réflexion proposées par vos rapporteurs s'articulent autour de trois axes.

1/ Renforcer l'expertise

Alors qu'aujourd'hui l'expertise intervient souvent assez tardivement après la commission des faits et procède chaque fois de l'évaluation conduite de manière isolée par un expert, il apparaît souhaitable de mettre en place des **centres d'expertise**, sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire, où pourrait être placé pendant une durée de l'ordre de vingt-cinq jours la personne poursuivie pour des infractions particulièrement graves.

Ces structures pourraient également intervenir, après la condamnation, chaque fois qu'une expertise approfondie pourrait s'avérer nécessaire (pour préparer une libération conditionnelle par exemple).

L'expérience du Centre national d'observation de Fresnes serait mise à profit pour la mise en place de ces centres.

Cette proposition reprend le principe d'équipes ressources interrégionales suggérées par la commission santé-justice mais irait au-delà en pérennisant ces équipes autour de centres locaux à l'image du Centre Pieter Baan, aux Pays-Bas.

2/ Mettre en place des unités spécifiques pour les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux

Ces structures pourraient accueillir pendant la durée de leur peine et, au-delà, si leur état le nécessite, les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux¹.

Ces unités pourraient être « adossées » sur les **unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)** dont les premières devraient voir le jour en 2008 –et pourraient constituer des **unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour**. La prise en charge serait **sous responsabilité médicale** (accès direct du personnel médical aux malades, traitement médical avec ou sans consentement). L'administration pénitentiaire assumerait la surveillance périphérique des locaux.

A la différence des UHSA, ces structures pourraient accueillir la personne à la suite d'un avis médical et avec l'accord du juge de l'application des peines et de l'administration pénitentiaire **pour toute la durée de la peine**.

En effet, ainsi que l'a rappelé à votre commission Mme Christiane de Beaurepaire, médecin-chef du SMPR de Fresnes, il importe de « *redonner du temps aux soins, la durée et la stabilité du cadre thérapeutique constituant les deux piliers oubliés du traitement des maladies psychiatriques. Les médicaments sont désormais actifs et puissants, ils sont capables de réduire rapidement un état dangereux, mais seules la durée et la continuité des soins prodigués sont capables de faire évoluer durablement un patient* ».

Dans l'hypothèse où l'état de santé de la personne s'améliorerait, celle-ci serait réaffectée dans son établissement pénitentiaire d'origine. Si, en revanche, l'état de dangerosité devait persister à l'expiration de la peine, le tribunal de l'application des peines ou le juge des libertés et de la détention pourrait, à la demande du procureur de la République et après avis convergent

¹ Lors de l'examen du nouveau code pénal, le Sénat avait proposé que dans l'hypothèse de la condamnation d'une personne dont le discernement avait été altéré, la juridiction pouvait décider que « la peine serait exécutée dans un établissement pénitentiaire spécialisé doté de services médicaux, psychologiques et psychiatriques permettant de procéder à tout examen, observation ou traitement nécessaire ». Cet amendement n'avait finalement pas été retenu. La proposition de votre commission rejoint les préoccupations exprimées alors mais retient le principe non d'un « établissement pénitentiaire spécialisé » mais celui d'un établissement hospitalier sous garde pénitentiaire.

de deux experts extérieurs à l'établissement de long séjour, décider de maintenir l'intéressé dans cette **structure** pour une durée de deux ans. A l'expiration de cette période de deux ans, la personne serait placée en milieu ouvert, sauf décision contraire du tribunal de l'application des peines prise selon les mêmes formes. Ce dispositif de prolongation ne pourrait être appliqué qu'aux personnes ayant commis les infractions les plus graves – passibles d'une peine d'emprisonnement supérieure à dix ans par exemple.

Cette proposition se distingue de la recommandation de la mission santé-justice tendant à instituer des centres de protection sociale dans la mesure où, d'une part, elle privilégierait le principe de **structures très médicalisées** (mais sous surveillance pénitentiaire) et d'autre part, elle éviterait toute césure entre le lieu d'incarcération (pour l'exécution de la peine) et le lieu de mise en œuvre de la mesure de sûreté (après l'exécution de la peine).

Elle permettrait ainsi d'**éviter toute rupture dans le dispositif de soins**. Il paraîtrait par ailleurs souhaitable de distinguer au sein de ces unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour deux filières de soin : l'une axée sur les personnes atteintes de troubles mentaux et l'autre sur les personnes atteintes de troubles de la personnalité. En effet, selon les psychiatres rencontrés par vos rapporteurs, les uns et les autres requièrent des traitements différenciés.

L'hospitalisation constitue selon les experts l'un des meilleurs moyens d'évaluer l'évolution d'une personne et sa dangerosité. Aussi, selon vos rapporteurs, le placement dans des structures adaptées pourrait-il non seulement déboucher, dans les conditions rappelées précédemment, sur une éventuelle prolongation du séjour, mais aussi, dans l'hypothèse où la dangerosité –grâce à un traitement plus adapté– disparaîtrait, favoriser des **aménagements de peine** (libération conditionnelle, permission de sortie...) qui n'auraient peut être pas été accordés dans les conditions de détention de droit commun où l'observation du détenu, moins poussée, ne permet pas toujours de repérer une diminution de sa dangerosité.

3/ Renforcer le suivi des personnes après leur libération

La libération des personnes atteintes de troubles mentaux se traduit le plus souvent par l'interruption des soins dont elle pouvait bénéficier en milieu carcéral. Or, comme l'a souligné Mme Christiane de Beaurepaire devant votre commission, « *c'est lors des ruptures de soins que se produisent les passages à l'acte les plus graves et les plus spectaculaires* ». Sans doute certains détenus peuvent, à leur libération, être soumis à une **injonction de soins**. Mais le dispositif ne concerne que les personnes qui ont été condamnées à un suivi-socio judiciaire selon une procédure complexe qui, par surcroît, ne vise que certaines catégories d'infractions. Il pourrait donc être envisagé de permettre au juge de l'application des peines de prononcer une injonction de soins, même si un suivi socio-judiciaire n'a pas été décidé *ab initio* par la juridiction de jugement, pour les personnes dont une double expertise concordante aurait dans les six mois précédant la remise en liberté attesté la permanence d'un

trouble mental sans présenter une dangerosité telle qu'elle justifierait le maintien ou le placement au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée de long séjour. Le manquement aux obligations fixées dans le cadre de cette injonction de soins serait passible d'une peine de deux ans d'emprisonnement.

Enfin, la mise en place d'un **fichier des personnes condamnées** ayant fait l'objet d'une hospitalisation d'office ainsi que de celles ayant fait l'objet d'un placement dans une unité hospitalière spécialement aménagée de long séjour pourrait permettre un meilleur suivi sanitaire.

Ces orientations devront encore être précisées et complétées.

Elles impliquent à l'évidence une forte mobilisation de moyens -y compris de formation de personnes spécialisés- justifiés, pour votre commission, au regard des enjeux de santé publique et de sécurité soulevés par la prise en charge des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux.

ANNEXES

ANNEXE 1
DÉPLACEMENTS
À L'ÉTRANGER ET EN FRANCE

Déplacement aux Pays-Bas

Membres de la délégation : MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, rapporteurs, M. Nicolas ALFONSI et Mme Alima BOUMEDIENE-THIERY

PROGRAMME

Jedi 6 avril 2006

- visite de la prison Noordsingel à Rotterdam
- visite du Pieter Baan Centrum

Vendredi 7 avril 2006

- visite du FOBA (Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling)
- déjeuner avec le Consul Général de France, M. Patrick Rolot

Déplacement à Berlin

Membres de la délégation : M. Jean-Jacques HYEST, président de la commission des lois, MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, rapporteurs, et Mme Catherine TROENDLE

PROGRAMME

Jedi 4 mai 2006

- visite au Ministère fédéral de la Justice : présentation du dispositif légal allemand
- dîner à l'ambassade de France

Vendredi 5 mai 2006

- visite du centre de détention de Berlin-Tegel

Déplacements dans des structures françaises

- **le mardi 23 mai 2006** : centre pénitentiaire de Château-Thierry
(la délégation était composée de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, rapporteurs, et Mme Alima BOUMEDIENE-THIERY)

- **le mercredi 31 mai 2006** : maison centrale de Clairvaux
(la délégation était composée de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, rapporteurs, MM. Nicolas ALFONSI et Jean-Patrick COURTOIS)

- **le jeudi 1er juin 2006** : Unité pour malades difficiles de l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif
(la délégation était composée de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, rapporteurs)

- **le mardi 6 juin 2006** : centre national d'observation et SMPR de la maison d'arrêt de Fresnes
(la délégation était composée de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, rapporteurs, et M. Jean-René LECERF)

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Auditions de la commission

- **M. Xavier RONSIN**, avocat général près la cour d’appel de Rennes, membre de la mission santé-justice
- **M. Jean-Yves MONFORT**, président du tribunal de grande instance de Versailles et membre de la Commission nationale des droits de l’homme
- **M. Jean-Pierre GETTI**, président de cour d’assises
- **M. Hugues BERBAIN**, directeur-adjoint de l’administration pénitentiaire
- **Mme Myriam QUEMENER**, sous-directrice à la direction des affaires criminelles et des grâces
- **Mme Catherine PAULET**, médecin psychiatre (Service médico-psychologique régional (SMPR) – Les Baumettes)
- **M. Cyrille CANETTI**, médecin psychiatre (SMPR – Fleury-Mérogis)
- **Mme Christiane de BEAUREPAIRE**, médecin psychiatre (SMPR – Fresnes)
- **M. Roland COUTANCEAU**, médecin psychiatre

Auditions des rapporteurs

- **Mme Sylvie AIGROT**, médecin psychiatre à la prison de Château-Thierry
- **Mme Magalie BODON-BRUZEL**, médecin psychiatre à l’UMD de Villejuif
- **M. Antoine LAZARUS**, professeur de santé publique et médecine sociale à l’université Paris-Nord, président du groupe multi-professionnel des prisons

ANNEXE 3

COMPTE RENDU DES AUDITIONS PUBLIQUES DU MERCREDI 14 JUIN 2006

La commission a procédé à des auditions publiques sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses.

M. Jean-Jacques Hyst, président, a tout d'abord rappelé que la commission avait décidé de créer une mission d'information, dont le rapport avait été confié conjointement à deux de ses membres, **MM. Philippe Goujon** et **Charles Gautier**, sur les mesures de sûreté susceptibles d'être prises à l'égard des personnes considérées comme dangereuses.

Il a précisé que cette mission faisait suite au débat législatif sur le bracelet électronique mobile adopté dans le cadre de la loi relative à la lutte contre la récidive, et qu'elle visait aussi à prolonger la réflexion engagée par le rapport de la commission « Santé-Justice, présidée par **M. Jean-François Burgelin, ancien procureur général près la Cour de cassation**, sur l'évaluation de la dangerosité des personnes auteurs d'infraction. Il a rappelé que ce rapport proposait en particulier la mise en place de centres fermés de protection sociale pour les personnes ayant déjà purgé leur peine, mais toujours considérées comme dangereuses.

Le président a ensuite indiqué que la mission s'était rendue successivement aux Pays-Bas et en Allemagne afin de recueillir des informations sur les dispositifs spécifiques mis en place par ces deux pays afin de maintenir dans des structures fermées des personnes ayant exécuté leur peine, mais considérées comme toujours dangereuses, ainsi que dans les établissements pénitentiaires de Château Thierry (spécialisé dans l'accueil des condamnés à de longues peines souffrant de troubles psychiatriques), de Clairvaux, de Fresnes (qui abrite le centre national d'observation chargé d'évaluer la dangerosité des détenus et une unité psychiatrique de soins), et dans l'unité pour malades difficiles de l'hôpital Paul-Guiraud de Villejuif.

Il a enfin observé que les présentes auditions constituaient la dernière étape de cette mission, dont les conclusions seraient présentées à la commission avant la fin du mois de juin, et devraient contribuer à éclairer la commission sur trois interrogations principales : l'adaptation du dispositif actuel français (régime juridique, moyens humains et matériels dans le cadre pénitentiaire et hospitalier) de prise en charge des personnes dangereuses ou atteintes de troubles mentaux, les pistes d'amélioration, ainsi que l'opportunité et les conditions de la mise en place de structures fermées après l'accomplissement de la peine.

La commission a alors entendu **M. Xavier Ronsin, avocat général près la cour d'appel de Rennes, membre de la commission santé-justice.**

M. Xavier Ronsin a tout d'abord précisé que la quasi-totalité des propositions de la commission Santé-Justice présentées en juin 2005 avait fait l'objet d'un consensus.

Il a ensuite souligné que cette commission avait permis de définir la notion de personne dangereuse et de mettre un terme à l'amalgame entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. Il a rappelé qu'il n'existait en effet pas de corrélation automatique entre maladie mentale et comportement délictuel, la plupart des malades mentaux relevant d'une approche thérapeutique et non répressive, tandis que certains grands criminels ne souffraient d'aucune maladie mentale.

M. Xavier Ronsin a ensuite indiqué que la commission avait préconisé d'améliorer l'évaluation de la dangerosité des personnes en encourageant le développement de la recherche universitaire en matière de criminologie sur le modèle des systèmes nord-américain et nord-européen (les échelles de psychopathie, souvent décriées, devant faire l'objet de réelles évaluations). Il a en outre appelé au développement de structures pluridisciplinaires d'évaluation.

Par ailleurs, **M. Xavier Ronsin** a observé que la commission s'était prononcée en faveur de la conservation des expertises effectuées, afin d'améliorer la connaissance des antécédents psychiatriques des personnes auteurs d'infractions et de permettre aux tribunaux d'avoir accès rapidement à ces éléments de personnalité. Il a considéré que cette mission devrait être confiée au ministère de la justice sur le modèle du casier judiciaire national.

M. Xavier Ronsin a ensuite abordé la question de la qualité de la prise en charge dans les structures pénitentiaires des personnes dangereuses.

Il a rappelé que la commission avait formulé 54 propositions, visant notamment à faire évaluer le comportement des détenus pendant leur incarcération sous un angle criminologique par des assistantes sociales et des psychologues, et non sous un angle purement disciplinaire, à développer les projets d'exécution des peines et à mettre en place des établissements abritant des typologies différentes de détenus (détenus violents, détenus auteurs d'infractions sexuelles).

M. Xavier Ronsin a fait état de chiffres inquiétants mis en lumière par la commission : ainsi, 55 % des détenus en maison centrale souffrent de troubles psychotiques, 14 % des détenus souffrent de schizophrénie et un tiers a déjà consulté avant son incarcération.

Il a déploré l'insuffisance des moyens budgétaires alloués, l'estimant contradictoire avec l'instauration de véritables solutions thérapeutiques, en évoquant notamment l'absence de suivi médical le week-end et la nuit dans les établissements, ainsi que les déficits de la carte psychiatrique.

S'agissant de la prise en charge des détenus dans les structures hospitalières, **M. Xavier Ronsin** s'est félicité des progrès accomplis du fait notamment de la mise en place des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et de l'ouverture prochaine des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

En revanche, il s'est inquiété de l'absence de prise en charge des personnes dangereuses à l'issue d'hospitalisations d'office intervenant à la suite d'infractions dont elles ont été déclarées irresponsables. Il a regretté que ces sorties interviennent après la production d'un seul certificat médical, sans qu'en soient averties l'autorité judiciaire ou la victime. Il a donc préconisé de sortir de l'alternative irresponsabilité/peine, en prévoyant des mesures de sûreté, comme l'interdiction de paraître dans certains lieux, prononcées par le juge des libertés et de la détention.

M. Xavier Ronsin a ensuite estimé que les propositions de la commission relatives à l'amélioration de la sortie des établissements pénitentiaires avaient été mal interprétées. Il a souligné que la commission avait estimé que les aménagements de peines et les libérations conditionnelles constituaient les mesures les plus efficaces de lutte contre la récidive, à condition qu'elles s'accompagnent d'un réel suivi. Considérant que les sorties sèches étaient plus criminogènes, il a appelé à un renforcement des moyens des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et à une meilleure coordination des médecins référents.

Néanmoins, s'agissant de personnes ayant refusé ou n'ayant pu bénéficier de tels dispositifs et présentant des facteurs de dangerosité, il a indiqué que la commission avait proposé la mise en place de bracelets électroniques mobiles (proposition consacrée par la loi du 12 décembre 2005), l'instauration d'un suivi de protection sociale ainsi que la création de centres fermés de protection sociale.

En conclusion il a appelé à une meilleure articulation entre le monde judiciaire et le monde psychiatrique.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, a souhaité connaître les catégories de personnes auxquelles pourraient être destinés ces centres, la part de prise en charge médicale envisagée et, dans l'hypothèse où ces centres accueilleraient des personnes atteintes de troubles mentaux, la possibilité d'y affecter celles-ci dès le début de la peine.

Il s'est ensuite interrogé sur l'opportunité de développer des structures comparables au centre national d'observation de Fresnes afin d'améliorer la qualité de l'évaluation.

M. Charles Gautier, co-rapporteur, s'est pour sa part interrogé sur la création d'un nouveau fichier des hospitalisations d'office et sur les pratiques actuelles en matière d'hospitalisation d'office. Il a enfin souhaité connaître le bilan de la mise en œuvre du bracelet électronique.

S'agissant des centres fermés de protection sociale, **M. Xavier Ronsin** a relevé que ces centres pourraient accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais aussi d'autres catégories de personnes qui, sans nécessairement relever de la psychiatrie, justifieraient de thérapies comportementales. Par ailleurs, il a précisé qu'ils ne seraient destinés qu'à des personnes ayant fait l'objet de sorties sèches d'établissements pénitentiaires, pour une durée limitée, et uniquement après l'accomplissement de leur peine. Il a estimé qu'ils permettraient un renforcement de l'offre de soins médicaux.

Il a ensuite jugé souhaitable de mettre en place une structure d'évaluation des personnes dangereuses par grandes régions s'appuyant sur une expertise plurielle, qui pourrait être saisie par des magistrats, mais serait dépourvue de pouvoirs décisionnels.

S'agissant du fichier des hospitalisations d'office, il a rappelé que ne seraient concernées que les hospitalisations d'office décidées à la suite d'une infraction pénale.

Enfin, il a indiqué que si la mise en place du bracelet électronique mobile était encore trop récente pour en permettre l'évaluation, le bilan du bracelet électronique fixe apparaissait très positif, car il constituait un outil efficace de prévention de la récidive en responsabilisant les condamnés. Il a enfin souligné la faiblesse du taux d'échec (4 à 7 %) et souhaité le développement de ce dispositif.

La commission a ensuite entendu **M. Jean-Yves Monfort, président du tribunal de grande instance de Versailles et membre de la Commission nationale consultative des droits de l'homme**, et **M. Jean-Pierre Getti, conseiller à la cour d'appel de Paris, président de la cour d'assises de Paris**.

M. Jean-Yves Monfort, président du tribunal de grande instance de Versailles, a tout d'abord rappelé que le principe d'irresponsabilité pénale des personnes atteintes de troubles psychiques, c'est-à-dire privées de la faculté de discerner le bien du mal, constituait la pierre angulaire de notre droit pénal depuis le code de 1810 et figurait aujourd'hui à l'article 122-1 du code pénal.

Précisant que la responsabilité pénale avait un fondement moral, il a indiqué qu'un individu privé de la capacité de comprendre ne pouvait se voir reprocher son comportement, ni même tirer profit de la sanction qui serait prononcée à son égard après un jugement. Il a estimé que les personnes souffrant de pathologies psychiques ne relevaient donc pas de la sphère du droit pénal, mais de celle de la médecine, les personnes reconnues pénalement irresponsables demeurant toutefois responsables civilement (article 489-2 du code civil).

Il a considéré que si le système d'hospitalisation d'office apparaissait perfectible, comme l'avait relevé le rapport de la commission Santé-Justice présidée par M. Jean-François Burgelin, il restait cependant le moins mauvais

des systèmes. Il a ensuite souligné que plusieurs indicateurs, tels que la baisse sensible du nombre des cas d'irresponsabilité fondés sur l'article 122-1, premier alinéa, du code pénal et l'augmentation des pathologies mentales observées en milieu pénitentiaire, faisaient apparaître le risque d'une pénalisation de la folie, susceptible de redonner à la prison une vocation asilaire qui avait disparu des doctrines pénitentiaires les plus modernes.

Recherchant les causes de ce phénomène, il a évoqué l'évolution des pratiques psychiatriques tendant à diagnostiquer une altération plutôt qu'une abolition du discernement et favorisant la responsabilisation du patient, la dégradation des conditions matérielles de réalisation des expertises, l'attente des victimes à l'égard de la condamnation pénale de l'auteur du délit ou du crime et, surtout, la moindre tolérance des citoyens aux risques présentés par les personnes dangereuses. A cet égard, il a jugé que le malade mental faisait peur et constituait avec le délinquant sexuel l'une des deux figures du mal dans les sociétés modernes.

Rappelant que le garde des sceaux avait mis en place en 2003 un groupe de travail chargé de réfléchir à une modification des règles applicables aux personnes déclarées irresponsables « dans un souci d'affermissement de la réponse judiciaire et de prise en considération des victimes », il a indiqué que la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDDH) avait émis, le 11 avril 2004, un avis critique sur les propositions issues de ces travaux. **M. Jean-Yves Monfort** a précisé que la CNCDDH avait notamment considéré qu'il était difficile de justifier que des obligations soient imposées à un individu déclaré irresponsable et que les mesures de sûreté pouvaient constituer des sanctions incompatibles avec le principe d'irresponsabilité pénale.

Soulignant que le rapport de la commission santé-justice préconisait également un contrôle social accru des personnes dangereuses et la recherche du « risque zéro », notamment grâce à la création de centres fermés de protection sociale, il a insisté sur le caractère éminemment incertain de toute prédiction en matière de dangerosité des individus. Il a déclaré que ce type de prédiction, procédant d'une véritable illusion scientifique, semblait paradoxal au moment où la place des experts dans le procès pénal faisait l'objet d'une remise en cause. Estimant que toute privation de liberté qui ne se fonderait pas sur des faits répréhensibles, mais seulement sur un profil évalué par des psycho-criminologues, constituerait une pratique totalitaire, il a rappelé que le concept de mesure de sûreté était le produit de doctrines positivistes qui visaient, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe, à justifier la réaction sociale en la fondant non sur le passage à l'acte du délinquant, mais sur son état dangereux.

Relevant que le concept de mesure de sûreté avait disparu du nouveau code pénal qui, au début des années 1990, n'évoquait plus que des peines, il s'est étonné du retour de cette notion destinée selon lui à masquer plus ou moins habilement des atteintes graves aux libertés. A cet égard, il a indiqué que la commission présidée par **M. Jean-François Burgelin** avait estimé que

la création de centres fermés de protection sociale constituerait une mesure « portant particulièrement atteinte à la liberté individuelle ».

S'interrogeant sur la possibilité, pour une politique de réduction des risques, de s'affranchir des règles essentielles du droit fondant la société républicaine, il a reconnu que l'aspiration des citoyens à la sécurité semblait légitime, celle-ci fondant l'exercice harmonieux des libertés.

Relevant que le rapport de la commission Santé-Justice et le rapport de M. Georges Fenech sur le placement sous surveillance électronique mobile suivaient une logique de contrôle, voire d'élimination du risque, répondant aux angoisses contemporaines et entretenant l'illusion d'une sécurité absolue, **M. Jean-Yves Monfort** a souligné que les institutions pénales et sanitaires demeuraient cependant fondées sur le postulat de la réhabilitation toujours possible des individus, capables de changer et de reprendre leur place dans la société.

Considérant que les propositions actuellement débattues comportaient de graves dangers, il a souhaité que la représentation nationale, en dépit des angoisses de l'opinion publique, réaffirme solennellement les valeurs fondatrices de notre civilisation et rappelle que la vie en société comporte toujours une part de danger irréductible.

M. Jean-Pierre Getti, conseiller à la cour d'appel de Paris, président de la cour d'assises de Paris, a tout d'abord rappelé le fonctionnement original des cours d'assises au regard des autres juridictions, en raison de leur composition, faisant appel non seulement à trois magistrats, mais aussi à neuf jurés en premier ressort et à douze jurés en appel. Indiquant que toute affaire criminelle ne parvenait devant une cour d'assises qu'après une phase d'instruction, il a déclaré que le magistrat instructeur devait tout d'abord vérifier que la personne mise en cause disposait de toutes ses facultés mentales au moment des faits, en ordonnant à cette fin des expertises psychiatriques susceptibles de déterminer la responsabilité ou l'irresponsabilité de la personne. Il a expliqué qu'au terme du procès, les rapports des experts psychiatriques faisaient partie des éléments à partir desquels chacun des membres de la cour d'assises devait fonder son intime conviction. Il a rappelé que lors de la délibération, les jurés devaient tout d'abord déterminer la responsabilité pénale du prévenu, décidant ainsi de son acquittement ou de sa condamnation, avant de prononcer, le cas échéant, une peine tenant compte à la fois de la gravité des faits et de la personnalité de l'accusé.

M. Jean-Pierre Getti a insisté sur la grande complexité du travail de délibération des membres de la cour d'assises appelés à juger des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Expliquant qu'après une première expertise concluant à l'irresponsabilité pénale de la personne, et par conséquent susceptible d'aboutir à son placement en milieu médical, le juge d'instruction pouvait diligenter une contre-expertise, il a indiqué que si celle-

ci contredisait le premier rapport, les jurés étaient eux-mêmes amenés à trancher entre ces appréciations contradictoires.

Il a déclaré que, dans la majorité des cas, les jurés préféraient condamner la personne à une peine lourde plutôt que de prononcer son placement dans un hôpital psychiatrique.

Considérant que le dispositif juridique de traitement de la dangerosité sociale, comprenant notamment la libération conditionnelle, le sursis avec mise à l'épreuve et les mesures de suivi socio-judiciaire, paraissait satisfaisant, il a précisé que cet arsenal recueillait une forte approbation de la part des jurés.

Ajoutant qu'en matière criminelle, les mesures de suivi socio-judiciaire pouvaient être prononcées pour une durée de vingt ans et qu'en cas de manquement aux obligations qui lui étaient assignées, l'intéressé encourait une peine de sept ans d'emprisonnement, il a souligné l'incertitude pesant sur l'application de ces dispositifs nécessitant des moyens financiers et humains considérables.

Rappelant que la mesure de suivi socio-judiciaire ne pouvait commencer que lorsque le condamné avait exécuté sa peine de prison, **M. Jean-Pierre Getti** a estimé que les jurés pouvaient dès lors s'interroger sur l'effectivité de son application et sur sa fiabilité.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, a rappelé que les réflexions conduites en France ne visaient pas seulement à traiter le cas des personnes reconnues dangereuses, mais aussi à organiser des mesures de sûreté à l'encontre des personnes condamnées pour des crimes graves. Estimant que la prison n'était pas conçue pour soigner, il s'est interrogé sur la possibilité de créer de nouvelles structures comportant une véritable dimension médicale. Evoquant à cet égard la prochaine mise en place des premières « unités hospitalières spécialement aménagées » (UHSA), il a souhaité savoir si le séjour prolongé des personnes dangereuses pourrait y être envisagé.

M. Charles Gautier, co-rapporteur, a estimé que les inquiétudes de la société quant à la situation des personnes dangereuses s'étaient développées lorsque la médecine psychiatrique s'était orientée vers le traitement en milieu ouvert. Considérant que le souci d'éliminer le risque au sein de la société conduisait les jurés à privilégier la responsabilisation pénale afin de pouvoir confier les personnes dangereuses à l'administration pénitentiaire, il s'est interrogé sur la possibilité de concilier les objectifs de soin et de détention au sein de la même structure.

M. Jean-Pierre Getti, jugeant qu'une telle réconciliation serait souhaitable, a indiqué que les jurés étaient souvent désireux de s'assurer de l'avenir de la personne en recherchant la peine la plus utile, intégrant une dimension de soins. Précisant que le magistrat avait alors peu d'éléments à fournir aux jurés quant aux soins psychiatriques apportés aux personnes ayant

exécuté leur peine, il a déclaré que les victimes souhaitaient également être associées à la décision de sortie de l'hôpital psychiatrique.

M. Jean-Yves Monfort a estimé que le juge n'avait pas à se substituer à la médecine en prononçant des peines de prison afin de pallier les faiblesses du système psychiatrique, mais devait plutôt éviter les internements abusifs.

Rappelant que la commission santé-justice préconisait l'intervention du juge des libertés et de la détention dans la décision de placement au sein d'un centre fermé de protection sociale, il s'est interrogé sur la pertinence d'un tel choix, alors même que le rôle de ce juge apparaissait aujourd'hui contesté. Relevant que cette commission avançait par ailleurs des propositions telles que le développement du travail en réseau pour la prise en charge des personnes présentant une dangerosité psychiatrique et l'amélioration du sursis avec mise à l'épreuve et du suivi socio-judiciaire, il a jugé que les efforts devaient se concentrer sur le renforcement des moyens des juges de l'application des peines et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

M. François Zocchetto, rappelant que, si les autorités judiciaires estimaient qu'une personne présentait un danger, elles devaient en aviser le préfet, s'est interrogé sur la nature des autorités judiciaires ainsi désignées.

M. Jean-Pierre Getti a indiqué que, lorsque le juge d'instruction prenait connaissance d'expertises psychiatriques faisant apparaître l'irresponsabilité pénale de la personne mise en cause, il lui appartenait d'envisager son placement d'office dans un établissement psychiatrique, en coordination avec le procureur de la République et le préfet. Il a précisé que lorsque la cour d'assises était amenée à se prononcer, la décision des jurés devait en revanche être anticipée afin d'assurer, le cas échéant, la mise en œuvre rapide du placement d'office de la personne que la cour pouvait juger irresponsable. Il a considéré que la prise en charge des personnes jugées pénalement irresponsables ne présentait donc pas de difficulté, les problèmes se concentrant plutôt sur la définition de la durée de l'internement.

M. Jean-René Lecerf a déclaré qu'après avoir effectué plusieurs visites de prisons, il avait constaté le nombre très élevé de personnes incarcérées souffrant de maladies psychiatriques, parmi lesquelles figuraient sans doute une proportion non négligeable de personnes en réalité pénalement irresponsables.

Estimant que cette situation illustre la volonté des jurés de protéger la société en choisissant la fermeté judiciaire, il a souhaité savoir si les réponses apportées par la justice ne pouvaient être adaptées à trois catégories différentes de personnes : celles qui disposaient de leurs facultés mentales, celles qui étaient reconnues pénalement irresponsables et celles qui étaient jugées pénalement responsables et souffraient néanmoins de pathologies psychiatriques, pour lesquelles pourrait être envisagée la création

d'établissements conciliant l'intervention de l'administration pénitentiaire et du milieu médical.

M. Jean-Pierre Getti, estimant que cette perspective répondrait à l'attente des jurés, a toutefois souligné les appréhensions du milieu médical à son égard.

M. Jean-Yves Monfort, considérant que de nombreuses personnes pouvaient entrer dans la catégorie intermédiaire des personnes pénalement responsables et atteintes de pathologies psychiatriques, a estimé que la justice ne pouvait contraindre les psychiatres à les soigner.

Il a déclaré que la formule de l'enfermement pénal combiné à un traitement psychiatrique présentait un danger et constituait une solution de confort, la privation de liberté risquant alors de ne plus être liée à la sanction d'un fait commis, mais à la dangerosité supposée des personnes.

M. Robert Badinter, soulignant la tentation des jurés de pouvoir prononcer l'enfermement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques dans des établissements spécifiques, a indiqué qu'il était par ailleurs envisagé aujourd'hui de placer les personnes ayant purgé leur peine dans des centres fermés, sur le seul fondement d'un diagnostic de dangerosité psychiatrique. Il a estimé qu'une telle perspective constituerait un changement radical de société et conduirait à abandonner l'idée selon laquelle la prison est faite pour condamner car la détention revêtirait alors une dimension préventive au regard d'une infraction virtuelle.

Il a rappelé que les sociétés où l'on avait considéré certains individus comme dangereux pour des motifs de santé mentale, d'appartenance raciale ou d'opinion politique relevaient d'un modèle radicalement différent du nôtre.

M. Robert Badinter a insisté sur la nécessité de se préoccuper davantage de l'effectivité de la peine et de la préparation du retour des personnes condamnées à la vie sociale. A cet égard, il a souhaité savoir si les jurés s'intéressaient à la préparation à la sortie de prison des personnes condamnées.

M. Jean-Pierre Getti a déclaré que le président de la cour d'assises avait le devoir d'expliquer aux jurés que le manque de moyens de la justice ne permettait pas de garantir l'effectivité des mesures de suivi socio-judiciaire. Il a souligné que l'efficacité de ces mesures dépendait en outre de la rapidité de leur mise en œuvre qui n'apparaissait pas, en pratique, assurée.

M. Robert Badinter a souhaité savoir si les jurés, face à de telles indications, réagissaient en choisissant de renforcer la peine.

M. Jean-Pierre Getti a indiqué que les jurés envisageaient en effet plus facilement une peine de prison ferme qu'un sursis avec mise à l'épreuve et privilégiaient par conséquent un allongement de la durée de la peine.

M. Jean-Jacques Hiest, président, a déclaré que cette question renvoyait au problème des moyens alloués à la justice, la libération

conditionnelle n'ayant guère de sens si les mesures prévues n'étaient mises en œuvre que plusieurs mois après la sortie de prison.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, indiquant qu'il partageait les valeurs évoquées par M. Robert Badinter, a toutefois relevé que plusieurs pays où s'était rendue la mission d'information, tels que les Pays-Bas, avaient mis en place des structures spécifiques pour recevoir les personnes reconnues dangereuses dans un cadre à la fois pénitentiaire et médicalisé, sans pour autant faire le choix d'un modèle de société sensiblement différent du nôtre.

Puis la commission a entendu **Mme Myriam Quemener, sous-directrice à la direction des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice**, et **M. Hugues Berbain, directeur-adjoint de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice**.

Mme Myriam Quemener, sous-directrice à la direction des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice, a indiqué que la direction des affaires criminelles et des grâces avait été chargée d'étudier des pistes de réforme de l'article 122-1 du code pénal, puis avait été associée aux travaux de la commission Santé-Justice, et participait désormais à un groupe de travail sur les criminels en série créé par le garde des sceaux ainsi qu'à la mission confiée à M. Jean-Paul Garraud, député, sur l'évaluation de la dangerosité des individus.

Soulignant la complexité et l'imprécision de cette notion de dangerosité, elle a repris la distinction établie par la commission Santé-Justice entre la dangerosité criminologique, définie comme « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens » et la dangerosité psychiatrique, définie comme « un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante ».

Elle a estimé que plusieurs réformes préconisées par la commission Santé Justice pouvaient être réalisées à droit constant, qu'il s'agisse du renforcement des formations initiales et continues, d'une redéfinition des missions des experts psychiatriques ou encore de l'information des jurés de cour d'assises sur les mesures de suivi socio-judiciaire pouvant être mises en place.

Observant que, comme en témoignait l'affaire Fourniret, les experts chargés d'examiner un individu jugé dangereux ignoraient trop souvent ses antécédents psychiatriques, **Mme Myriam Quemener** a estimé qu'il serait utile de créer un centre de documentation psycho-criminologique, c'est-à-dire une base de données nationale recensant l'ensemble des expertises psychiatriques et psychologiques ordonnées par l'autorité judiciaire, les évaluations qui seraient effectuées par les « équipes ressources interrégionales » dont la commission Santé-Justice préconisait la création ainsi que, le cas échéant, les hospitalisations d'office prononcées après une déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Elle a ajouté que

cette base de données pourrait être alimentée par l'autorité judiciaire et gérée par le service du casier judiciaire national du ministère de la justice. Enfin, elle a rappelé qu'un avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés serait nécessaire, dans la mesure où serait créé un traitement automatisé de données à caractère personnel.

Mme Myriam Quemener a observé que l'arsenal juridique était très complet et offrait aux magistrats la possibilité de prononcer aussi bien une mesure de suivi socio-judiciaire qu'un placement sous surveillance électronique. Elle a estimé que la question des moyens restait néanmoins cruciale, déplorant notamment un cruel manque de médecins coordonnateurs pour la mise en œuvre des injonctions de soin.

Enfin, elle a déclaré partager les inquiétudes suscitées par la proposition de la commission santé-justice consistant à créer des centres fermés de protection sociale, l'atteinte portée à la liberté individuelle lui semblant encourir un risque d'inconstitutionnalité. Observant que dans les pays où de tels centres avaient été créés, un contrôle de l'autorité judiciaire était systématiquement prévu, y compris sur les mesures d'enfermement décidées en dehors de toute condamnation pénale, elle a souligné la nécessité de poursuivre la réflexion, en concertation avec le ministère de la santé, sur cette proposition de réforme.

M. Hugues Berbain, directeur-adjoint de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice, a lui aussi souligné la complexité de la notion de dangerosité d'un individu. Il a indiqué qu'en milieu carcéral, elle était prise en compte pour le maintien de l'ordre, la protection des intérêts de la société, la prise en charge des personnes placées sous main de justice, les relations avec les autorités sanitaires lorsque le détenu nécessite des soins appropriés, la lutte contre la récidive ou encore la préparation à la sortie du détenu. Il a rappelé qu'il n'y avait pas de corrélation systématique entre dangerosité et trouble mental, observant que certains détenus étaient dangereux et ne présentaient pas de trouble mental alors que d'autres présentaient un tel trouble, mais n'étaient pas dangereux.

M. Hugues Berbain a indiqué que, selon la première étude épidémiologique sur la santé mentale en prison conduite en 2003, 35 % des détenus avaient fait l'objet d'un suivi psychiatrique avant leur incarcération, 80 % présentaient un trouble psychiatrique en prison et 24 % un trouble psychotique. Il a relevé la forte augmentation :

- du nombre des placements d'office en hôpital psychiatrique, passé de 1.191 en 2001 à 1.666 en 2005, avec un pic à 2.015 en 2004 ;

- du nombre des agressions sur les personnels pénitentiaires, passé de 400 en 2000 à 661 en 2005, soit environ 2 agressions par jour, les agresseurs étant généralement des hommes (597) et de plus en plus souvent des mineurs ;

- du nombre des agressions entre détenus, passé de 174 en 2003 à 394 en 2005.

Enfin, il a rappelé l'importance du nombre des suicides en prison, supérieur à 100 chaque année depuis 1993.

Evoquant la prise en charge pénitentiaire des personnes atteintes de troubles mentaux, **M. Hugues Berbain** a souligné l'importance de l'observation et du renseignement. Il a précisé que 350 détenus étaient particulièrement signalés en fonction des risques qu'ils présentaient (d'évasion, d'agression sur le personnel...). A cet égard, il a rappelé le rôle du Centre national d'observation (CNO) de Fresnes, chargé de l'évaluation de la dangerosité des détenus, et l'utilité des rotations de sécurité. Il a ajouté que la loi d'orientation et de programmation pour la justice devrait contribuer à l'adaptation du parc immobilier.

Evoquant la prise en charge médicale des détenus atteints de troubles mentaux, **M. Hugues Berbain** a déploré le grand nombre d'évasions à la suite d'un placement d'office en hôpital psychiatrique. Il a rappelé qu'il existait actuellement quatre unités pour malades difficiles (UMD) et que les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), en cours de construction, disposeraient de 450 lits en 2010 et de 250 lits supplémentaires en 2012. Il a regretté le nombre insuffisant des psychiatres dans les prisons et souligné la nécessité d'améliorer la connaissance des pathologies des détenus.

En conclusion, **M. Hugues Berbain** a déploré que les évolutions de l'administration pénitentiaire se fassent souvent par à-coups.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, a souhaité connaître le bilan du Centre national d'orientation de Fresnes et savoir s'il était envisagé de créer d'autres structures de ce type. Il a estimé que la formation des surveillants restait perfectible. Enfin, il s'est interrogé sur l'articulation entre les personnels médicaux et pénitentiaires, ainsi que sur la durée des séjours au sein des UHSA.

M. Charles Gautier, co-rapporteur, s'est enquis du nombre des évasions depuis un hôpital psychiatrique.

M. Hugues Berbain a tout d'abord jugé nécessaire d'augmenter les effectifs des personnels médicaux, en particulier le nombre des psychiatres. Il a souligné que ce nombre était notoirement insuffisant, même dans l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry, pourtant spécialisé dans la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux. Il a également appelé à une augmentation des effectifs des services pénitentiaires d'insertion et de probation, tout en indiquant que le ministère de la justice procédait actuellement à d'importants recrutements.

Il a constaté que le Centre national d'observation de Fresnes était actuellement débordé. Il lui a toutefois semblé difficile de créer des centres régionaux d'observation, l'insuffisance actuelle des moyens ne permettant pas de dupliquer les équipes pluridisciplinaires.

M. Hugues Berbain a ensuite indiqué que les UHSA seraient réalisées dans des délais bien plus rapides que les unités hospitalières

sécurisées interrégionales (UHSI), dont la construction ne fut achevée qu'en 2004 après avoir commencé en 1994. Il a précisé que les personnels de santé y auraient la charge de l'administration des soins et de l'accompagnement thérapeutique des malades, tandis que les personnels de l'administration pénitentiaire auraient la responsabilité de la sécurité des établissements. Il a ajouté que la durée des séjours ne devrait pas, à son sens, excéder deux mois.

Enfin, **M. Hugues Berbain** a précisé que 47 évasions s'étaient produites depuis un hôpital psychiatrique en 2005, le nombre annuel des évasions depuis un établissement pénitentiaire étant généralement compris entre 15 et 18.

M. Jean-Jacques Hyst, président, a demandé des précisions sur le centre de documentation psycho-criminologique, en faisant valoir la difficulté de concilier la connaissance des antécédents d'un individu jugé dangereux avec le respect du secret médical.

Mme Myriam Quemener a jugé nécessaire d'établir un cadre légal et réglementaire pour cette base de données, en s'inspirant par exemple de celui du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles et violentes (FIJAIS). Elle a estimé que le rattachement du centre de documentation au service du casier judiciaire national permettrait d'assurer un contrôle efficace de son utilisation. Elle a ajouté que cet outil permettrait d'avoir une meilleure connaissance des individus dangereux et d'éviter une multiplication des expertises, dans un contexte marqué par le manque de psychiatres.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, a souhaité connaître le nombre global des mesures de suivi socio-judiciaire prononcées chaque année et le nombre de celles qui étaient assorties d'une injonction de soins. Il s'est par ailleurs enquis des difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre.

Mme Myriam Quemener a répondu que 1.063 mesures de suivi socio judiciaire avaient été prononcées en 2004, contre 265 en 2001, mais qu'il n'était actuellement pas possible de décompter le nombre de celles qui avaient été assorties d'une injonction de soin. Elle a rappelé que la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales avait élargi les possibilités de prononcer de telles mesures, qui lui ont semblé utiles pour prévenir la récidive. Elle a estimé que la principale difficulté tenait à l'insuffisance des effectifs des médecins coordonnateurs.

M. François Zocchetto a souhaité connaître la proportion de détenus qui, après avoir été hospitalisés d'office, réintégraient la prison. Il s'est également interrogé sur le nombre de places en UMD devant être créé.

M. Hugues Berbain, directeur-adjoint de l'administration pénitentiaire au ministère de la justice, a précisé que le retour en prison d'un détenu hospitalisé d'office constituait la règle et intervenait parfois après quelques heures seulement d'hospitalisation. Il a estimé qu'il conviendrait au

moins de doubler le nombre actuel de places en UMD pour répondre aux besoins.

Enfin, la commission a entendu **Mme Catherine Paulet, médecin psychiatre, du service médico-psychologique régional du centre pénitentiaire des Baumettes, M. Cyrille Canetti, médecin psychiatre du service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Fleury – Mérogis, Mme Christiane de Beaurepaire, médecin psychiatre, du service médico-psychologique régional, du centre pénitentiaire de Fresnes, et M. Roland Coutanceau, médecin psychiatre,** au cours d'une table ronde de médecins psychiatres.

Mme Catherine Paulet, médecin psychiatre, a distingué dangerosité criminologique et dangerosité psychiatrique. Elle a précisé que la dangerosité criminologique visait à apprécier le risque de commission d'une infraction pénale. Elle a relevé à cet égard que les auteurs des crimes qui provoquaient l'émotion la plus vive au sein de l'opinion publique étaient aussi ceux qui récidivaient le moins. S'agissant de la dangerosité psychiatrique, elle a relevé qu'elle visait le risque à un moment donné de commettre un acte dangereux lié à un trouble mental en notant que plus l'on s'éloignait de ce moment déterminé, plus la prédiction apparaissait incertaine. Elle a estimé que, malgré les expériences conduites en Amérique du Nord ainsi que dans les pays d'Europe du Nord, les outils d'évaluation de la dangerosité criminologique dans le but de mieux prévenir la récidive demeuraient imparfaits et qu'il convenait de les utiliser dans le cadre strict de la recherche sans en faire des instruments de décision (ainsi un test psychologique ne pouvait jamais apporter la preuve d'une infraction).

La dangerosité psychiatrique, a poursuivi **Mme Catherine Paulet,** se fonde sur un examen clinique qui tient compte du contexte environnemental. Elle a jugé que l'organisation des soins psychiatriques en France constituait un modèle tout à fait pertinent sur le plan éthique et technique, pour autant que les moyens adaptés soient mis en œuvre. Elle a relevé notamment que les secteurs psychiatriques étaient complétés par des dispositifs spécifiques, en particulier les unités pour malades difficiles, qui comptaient près de 450 places et pouvaient accueillir dans des conditions sanitaires et sécuritaires adéquates des personnes qui combinaient à la fois le critère de dangerosité psychiatrique et criminologique. Elle a souligné également les apports de la loi du 18 janvier 1994 qui avait confié la prise en charge des soins en détention au service public hospitalier et observé que cette évolution s'était traduite par une amélioration significative des prestations de soins. Elle a ajouté que les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) viendraient compléter utilement le dispositif existant.

Mme Catherine Paulet a également évoqué la prise en charge des délinquants sexuels, désormais encadrée par la loi du 17 juin 1998, en citant en particulier le projet de la mise en place de centres de ressources interrégionaux pour assurer le suivi de ces personnes, annoncé par une circulaire d'avril 2006. Elle a jugé inutile la création d'établissements

spécialisés pour les criminels sexuels et souhaité que les dispositifs existants puissent se développer.

Revenant sur les conditions de l'articulation entre la santé et la justice, **Mme Catherine Paulet** a indiqué que le « risque zéro » n'existait pas en matière criminologique et, qu'en tout état de cause, le médecin psychiatre n'avait pas pour objet de traiter la délinquance, mais de conduire avec le patient un travail d'élaboration psychique qui tend à repérer son fonctionnement mental afin d'essayer de remédier aux difficultés rencontrées et peut, par surcroît, contribuer à prévenir le risque de récurrence. Elle a rappelé l'opposition de la profession psychiatrique à la mise en place de centres de protection sociale fermés en estimant que les établissements de défense sociale belges ou les établissements TBS néerlandais s'apparentaient plus à des lieux de relégation qu'à des structures de soins.

Elle a jugé que, si la question de l'appréciation de la responsabilité sur la base de l'article 122-1 du code pénal continuait à soulever de délicates questions d'appréciation et pourrait justifier une intervention du législateur, pour le reste, le régime juridique visant la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que l'organisation de la psychiatrie apparaissait tout à fait satisfaisant, sous réserve de la mise en place des moyens humains et financiers nécessaires.

M. Jean-Jacques Hyst, président, a observé que la formulation de l'article 122-1 n'avait pas produit les effets escomptés par le législateur en constatant que l'existence de troubles mentaux, loin de constituer une circonstance atténuante, pouvait, au contraire, conduire à une aggravation de la peine.

Après avoir posé pour préalable que tout individu dangereux n'était pas un malade mental, que tout malade mental n'était pas une personne dangereuse et que l'état de dangerosité n'était pas définitif, **M. Cyrille Canetti**, médecin psychiatre du service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Fleury –Mérogis, a rappelé les principaux aspects du dispositif français de prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées en précisant notamment que les UHSA permettraient de dispenser des soins psychiatriques en hôpital à toute personne détenue consentante ou non consentante, dès lors qu'elle avait été reconnue responsable. Il a souligné que le placement dans un hôpital psychiatrique au terme d'une hospitalisation d'office pouvait durer plus longtemps que l'exécution d'une peine au sein d'un établissement pénitentiaire. Il a également observé que les sorties d'essai après une hospitalisation d'office permettaient de favoriser la réinsertion de la personne par un accompagnement plus ou moins contraignant avec, en cas d'échec, un retour à l'hôpital.

Il a précisé que la prise en charge psychiatrique se heurtait aujourd'hui principalement à l'insuffisance des moyens financiers et humains. Il a observé à cet égard que la création de nouvelles structures ne permettrait pas de résoudre les difficultés actuelles et qu'il était plus urgent de redonner

aux services psychiatriques les ressources nécessaires pour se mobiliser autour des malades difficiles. Il a appelé de ses vœux la mise en place de services fermés intersectoriels pour la prise en charge des personnes dangereuses, l'augmentation du nombre de places au sein des unités pour malades difficiles, ainsi que le renforcement de l'accompagnement de ces personnes par les dispositifs de sortie d'essai. Il a souhaité en parallèle que la psychiatrie en milieu pénitentiaire soit renforcée dans le respect des principes fondamentaux qui la régissaient à savoir le consentement des personnes et le respect du secret médical. Il a estimé également indispensable le développement des soins en milieu libre en particulier à travers un meilleur maillage médico-socio-judiciaire afin de ne pas laisser penser que seul le milieu carcéral était en mesure de garantir une prise en charge satisfaisante des personnes atteintes de troubles mentaux.

M. Cyrille Canetti a estimé que les centres fermés de protection sociale se définissaient par défaut par une fonction purement sécuritaire et qu'ils risquaient de s'apparenter à des « non lieux » destinés à accueillir des « non sujets ». Il a considéré que la recherche du « risque zéro » en matière de sécurité s'accompagnait généralement d'un risque majoré d'erreur judiciaire.

Mme Christiane de Beaurepaire, médecin psychiatre, du service médico-psychologique régional, du centre pénitentiaire de Fresnes, a observé qu'il était possible d'apprécier la dangerosité en se fondant sur la psychopathologie et la clinique psychiatrique ainsi que les éléments de contexte tels que l'exclusion et, enfin, les aspects proprement judiciaires. En tout état de cause, elle a estimé indispensable de procéder à un travail clinique rigoureux sans hésiter à recourir aux outils actuels d'évaluation, dès lors que cette démarche s'inscrit dans un cadre médicalisé.

Elle a particulièrement insisté sur la nécessité d'assurer des soins psychiatriques dans la durée et la continuité pour obtenir une amélioration des pathologies. Elle a estimé que le dispositif actuel de prise en charge psychiatrique serait excellent s'il était effectivement doté des moyens nécessaires. Or, tel n'était pas le cas, a-t-elle ajouté, compte tenu de la réduction du nombre de lits, de l'ouverture des structures psychiatriques et de la réduction subséquente de la durée de séjour. Elle a observé que la dégradation du fonctionnement du dispositif excluait des soins une population malade parfois dangereuse et aux prises avec la justice, entretenant un sentiment de peur au sein de l'opinion publique.

Mme Christiane de Beaurepaire a souligné les dysfonctionnements du système actuel en observant que certaines personnes arrivaient en détention avec un dossier où le juge précisait qu'elles devaient faire l'objet d'une hospitalisation dès l'incarcération. Elle a estimé que la prise en charge médicale ne devait pas connaître de rupture en se demandant s'il convenait désormais de recourir à l'injonction judiciaire pour garantir la continuité de soins dont la responsabilité incombait exclusivement au personnel médical.

Elle a souligné également l'importance de développer la recherche clinique pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Elle a estimé, à cet égard, que la notion de discernement qui figurait actuellement dans l'article 122 1 du code pénal n'avait pas de fondement clinique et qu'il était, encore aujourd'hui, délicat d'établir un lien entre maladie mentale, discernement et contrôle. Enfin, elle a considéré que les structures fermées préconisées par le rapport de la mission Santé-Justice, pourraient conduire à la mise en place, inacceptable, de structures de relégation. Elle a estimé par ailleurs qu'il était indispensable de mener vis-à-vis des auteurs d'agressions sexuelles une véritable politique de prévention plutôt que d'envisager des mesures de sûreté qui ne présenteraient qu'un caractère palliatif.

M. Roland Coutanceau, médecin psychiatre, a estimé que du point de vue du médecin, la dangerosité psychiatrique pouvait s'appréhender à travers les maladies mentales aujourd'hui bien répertoriées et susceptibles, sous réserve des troubles du comportement pour lesquels le dispositif de soins présentait des lacunes, de faire l'objet d'un traitement médical adapté. Il a considéré que, si les dispositifs de prise en charge psychiatrique dans le cadre des SMPR ou des UHSA répondaient à ces problématiques et méritaient d'être renforcés, il était néanmoins pertinent d'envisager, à l'exemple de l'établissement pénitentiaire de Mac Gill près de Liverpool, des établissements pénitentiaires comportant de véritables espaces hospitaliers pour des patients reconnus responsables.

Du point de vue du criminologue, **M. Roland Coutanceau** a jugé que certains criminels présentaient des troubles de la personnalité qui ne pouvaient s'assimiler à des maladies mentales et ne bénéficiaient pas d'une prise en charge suffisante. Il a relevé que les sujets concernés ne consultaient que s'ils y étaient contraints par une obligation de suivi. Il a expliqué que ces personnes relevaient davantage d'un suivi psycho-criminologique que de soins psychiatriques, à proprement parler. Il a noté que l'expérience du centre national d'observation de Fresnes pourrait, à cet égard, être mise à profit par la mise en place, au niveau national, d'une équipe psycho-criminologique itinérante pour évaluer la dangerosité des détenus.

Il a souligné qu'il convenait par ailleurs d'utiliser des échelles de dangerosité afin d'évaluer le risque de récidive à travers différents critères permettant d'établir si l'intéressé, s'agissant par exemple des agressions sexuelles, présentait des antécédents judiciaires, s'il avait commis l'agression au sein de sa famille ou à l'extérieur ou encore s'il connaissait ou non la victime. Il a indiqué qu'il ne voyait pas d'obstacle à la mise en place d'une prison spécialisée pour les délinquants sexuels en observant que tel était déjà, en pratique, le cas de certains établissements pénitentiaires. Il a souhaité que le temps de la peine puisse être utilisé afin de mettre en œuvre des moyens ciblés pour les personnes suivies avec leur consentement dans le cadre, par exemple, de thérapies de groupe. Il a relevé que les individus sur lesquels ce type d'accompagnement n'aurait aucun effet présenteraient des facteurs de

dangerosité particulièrement susceptibles de retenir l'attention avant la libération de l'intéressé.

M. Charles Gautier, co-rapporteur, a souhaité obtenir des précisions sur l'insuffisance du nombre de psychiatres évoquée par plusieurs intervenants, alors même que la France semblait connaître, parmi les pays européens, l'un des taux les plus élevés de psychiatres par rapport à sa population.

M. Philippe Goujon, co-rapporteur, s'est interrogé sur le nombre de psychiatres qui acceptaient de travailler en milieu pénitentiaire et les problèmes de moyens auxquels ils pouvaient être confrontés. Il s'est demandé en particulier si les insuffisances dénoncées par plusieurs intervenants ne freineraient pas la mise en place des UHSA. Evoquant les conditions d'évaluation de la personnalité, il a souhaité savoir quelles devaient être la durée optimale d'observation et la composition idéale de l'équipe pluridisciplinaire chargée de la conduire. Il a constaté par ailleurs que plusieurs établissements pénitentiaires avaient procédé au regroupement des délinquants sexuels compte tenu, en particulier, de l'hostilité des autres détenus à leur égard. Il a estimé par ailleurs que la rupture dans la continuité des soins constituait un sujet majeur de préoccupation.

Mme Alima Boumediene-Thiery s'est interrogée sur la présence croissante de personnes atteintes de troubles mentaux en prison. Elle a relevé la situation paradoxale du système de prise en charge psychiatrique français présenté comme un modèle, alors même que les conditions matérielles de son organisation s'étaient profondément dégradées. Elle s'est étonnée enfin que la question des liens des détenus avec leur famille n'ait été évoquée par aucun intervenant.

M. Jean-Pierre Sueur a demandé des précisions sur l'inspiration théorique de certains courants psychiatriques qui avait eu pour effet de fragiliser la prise en charge des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux.

M. Jean-Jacques Hyst, président, a souhaité connaître l'appréciation des médecins sur l'intérêt et les conditions de mise en œuvre d'un fichier répertoriant les expertises judiciaires.

En réponse aux questions des commissaires, **Mme Catherine Paulet** a précisé que 800 postes de psychiatres publics étaient actuellement vacants, soit le quart des effectifs de la psychiatrie publique. Elle a observé en outre que les médecins psychiatres étaient répartis très inégalement sur le territoire français. Elle s'est montrée par ailleurs sceptique sur la mise en place d'établissements pénitentiaires spécialisés, en s'interrogeant sur le choix des critères qui prévaudraient pour décider de l'affectation du détenu. Elle a relevé à cet égard que les thérapies devaient s'adapter aux caractéristiques de chaque individu. Elle a par ailleurs estimé que la nécessité de préserver les liens avec la famille conduisait à privilégier les affectations selon des critères de proximité géographique et à se défier des structures de regroupement

centralisées. Elle a rappelé l'importance de la continuité des soins, en particulier entre le milieu fermé et le milieu ouvert, en soulignant toutefois les difficultés matérielles liées notamment à l'absence d'hébergement social.

M. Cyrille Canetti a observé que le nombre important de personnes souffrant de maladies mentales dans les prisons s'expliquait non seulement par les conditions d'appréciation de la responsabilité pénale sur la base de l'article 122-1, 2ème alinéa, du code pénal, mais aussi par le développement de pathologies liées au milieu carcéral lui-même. Il a relevé par ailleurs qu'un fichier concernant les expertises pourrait s'avérer utile, en particulier dans le cadre des comparutions immédiates, pour mieux apprécier la personnalité et le parcours psychiatrique du prévenu qui n'est pas, actuellement, suffisamment connu.

Mme Christiane de Beaurepaire a rappelé qu'un courant important de la psychiatrie contemporaine avait mis en cause les unités fermées des asiles psychiatriques et favorisé la prise en charge des malades en milieu ouvert. Elle a noté que cette tendance, inspirée par un élan humaniste, avait rejoint des préoccupations, très différentes, dictées par des considérations purement économiques. Elle a relevé que les préoccupations portaient non sur le nombre de psychiatres, mais sur l'effectif de ceux qui exerçaient au sein de structures publiques. Puis évoquant les résultats de la dernière enquête conduite sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison, elle a relevé que l'extrapolation des données aux seuls établissements pour peines conduisait à estimer le nombre de personnes souffrant de troubles psychotiques à 30 % de la population pénale de ces établissements. Elle a précisé que, selon certaines hypothèses, plus la peine était longue, plus elle prédisposait le détenu à souffrir d'un trouble psychiatrique. Elle a relevé également que plus l'acte à l'origine de la condamnation était grave, plus élevé apparaissait le risque qu'il ait été commis par un malade mental.

M. Roland Coutanceau a observé que certains dispositifs initialement contestés avaient, en définitive, démontré leur intérêt. Il a cité, à titre d'exemple, l'obligation de soin qui avait suscité des réserves de nombreux psychiatres, mais donnait satisfaction aux personnes traitées. Il a relevé également qu'une majorité de personnes figurant au fichier des empreintes génétiques approuvait ce dispositif, dans la mesure où il leur permettait de lever plus facilement les soupçons qui pouvaient peser sur eux dans l'hypothèse où une infraction serait commise à proximité de leur résidence. Enfin, il a souligné l'intérêt du bracelet électronique qui aidait la personne à mieux se contrôler.