

**QUESTION OUVERTE**

# **Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne**

**Jean-Louis Senon\***

## **RÉSUMÉ**

Tous les pays industrialisés connaissent un difficile rééquilibrage entre justice et psychiatrie avec une augmentation préoccupante des malades mentaux incarcérés dans les établissements pénitentiaires et la révélation par les médias de la fréquence de passages à l'acte criminels commis par des malades mentaux. Se pose par ailleurs le problème du devenir des malades mentaux responsabilisés. Pour permettre le maintien d'une psychiatrie moderne et ouverte, la mise en place de soins ambulatoires sous la contrainte destinés aux malades mentaux ayant commis des violences semble incontournable.

**Mots clés :** justice, psychiatrie criminelle, prison, malade mental criminel, soins ambulatoires sous la contrainte

## **ABSTRACT**

**Compulsory ambulatory treatment: an indispensable tool for a modern public psychiatric service.** Industrialized countries are all having problems achieving the correct balance between justice and psychiatry, in a context of a disturbing rise in the numbers of mentally ill persons in prisons and media revelations as to the occurrence rate of criminal acts committed by the mentally ill. The future of liable mental patients is also raised. In order to maintain a modern, open psychiatric system, enforced ambulatory care would seem indispensable for mental patients who have committed violent acts.

**Keywords:** justice, criminal psychiatry, prison, mentally ill offender, enforced ambulatory care

## **RESUMEN**

**Tratamiento forzoso ambulatorio : un dispositivo indispensable para preservar una psiquiatría pública moderna.** Todos los países industrializados se confrontan a un difícil reequilibraje entre la justicia y la psiquiatría con una aumento preocupante del número de enfermos mentales encarcelados en establecimientos penitenciarios y con un eco mediático de la frecuencia de los actos criminales cometidos por los enfermos mentales. Por otro lado existe el problema del devenir de los enfermos mentales considerados como responsables de sus actos. Para permitir el mantenimiento de una psiquiatría moderna y abierta, la organización de tratamientos forzosos ambulatorios, para los enfermos mentales que hayan cometido actos violentos, parece inevitable.

**Palabras clave :** justicia, criminología psiquiátrica, prisión, enfermo mental criminal, tratamiento forzoso ambulatorio

\* Psychiatre des hôpitaux, professeur des Universités, Faculté de médecine et Institut de sciences criminelles, Faculté de Droit, Université et CH Henri-Laborit, 86021 Poitiers. <jean.louis.senon@univ-poitiers.fr>

La prise en charge au long cours des malades mentaux présentant des pathologies chroniques susceptibles d'exposer à des troubles du comportement et à des passages à l'acte violents est un problème pour la santé comme la justice dans toutes les sociétés industrialisées. Effectivement nos sociétés occidentales constatent toutes dans l'évolution de leur organisation sociale une synergie de facteurs qui font que les malades mentaux, présentant notamment des troubles psychotiques chroniques, sont les victimes de plusieurs phénomènes, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou judiciaires, qui les exposent à une précarisation et à une marginalisation, et donc à une pénalisation croissante [10,15] :

- la désinstitutionnalisation psychiatrique avec le développement d'un modèle ambulatoire, la disparition des hôpitaux psychiatriques en tant qu'asiles et l'émergence d'un courant libertaire fort dans l'opinion publique dénonçant les internements comme étant des atteintes intolérables à la liberté individuelle ;

- le développement des politiques pénales de « tolérance zéro » créées aux États-Unis dans le sillage des travaux de Charles Murray et William Bratton et diffusées à tous les pays européens fait que les malades mentaux, dont la vulnérabilité les soumet plus que d'autres à la précarisation et à la marginalisation, sont l'objet d'une pénalisation précoce et en rafale ;

- l'augmentation de la consommation de boissons alcoolisées et de drogues constatée dans tous les pays occidentaux, les malades mentaux étant d'autant plus consommateurs qu'ils se retrouvent désinsérés ; la consommation de drogues est souvent à l'origine de décompensations de leurs pathologies, facilitant les troubles du comportement et la violence ;

- le désarroi du monde judiciaire et sanitaire face aux problèmes posés par les personnalités pathologiques de type psychopathe, qui ne trouvent pas de réponses sanitaires, pas plus que sociales ou pénitentiaires adaptées, et qui interpellent la justice par leurs récidives comme par leurs troubles graves du comportement, notamment dans les institutions pénitentiaires.

Trois témoins d'alerte sont constatés dans tous les pays occidentaux :

- l'augmentation préoccupante dans les établissements pénitentiaires du pourcentage des détenus présentant des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques avérées ;

- la multiplication des violences et des passages à l'acte criminels commis par des malades mentaux ayant échappé aux dispositifs de soins ;

- les passages à l'acte rapportés à des malades mentaux ayant été irresponsabilisés et n'ayant à la sortie de l'hôpital aucune obligation de soins et échappant rapidement à toute prise en charge.

Face à ces témoins d'alerte, faut-il comme aux États-Unis, et notamment à New York, en arriver à la mise en

place de « tribunaux de santé mentale » (*Mental Health Courts*) ou, ne faut-il pas, comme dans la majorité des pays européens, envisager de créer une obligation de soins ambulatoires pouvant se mettre en place après des violences dans la suite ou non d'une hospitalisation sous la contrainte en psychiatrie ?

## La prison comme nouvel asile ?

La prise en compte des pathologies psychiatriques des populations pénales drainées par les établissements pénitentiaires français s'est surtout faite à partir de l'année 1999, date à laquelle l'Assemblée nationale et le Sénat ont fait un rapport sur l'état des prisons de la République. Le rapport Floch constatait en 1999 que « *la prison est finalement souvent le seul lieu d'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves* ». La presse nationale dénonce régulièrement le pourcentage de malades mentaux dans les prisons françaises avançant des chiffres allant de 50 à 80 % de la population pénale qui serait atteinte de troubles mentaux [16].

Les premiers chiffres validés, permettant de mieux apprécier les troubles mentaux dans la population pénale, émanent en France des services médicopsychologiques régionaux (SMPR), qui se sont surtout intéressés aux psychoses chroniques, notamment à la schizophrénie. L'équipe du SMPR de Toulouse a réalisé une étude comparative de la population pénale de la maison d'arrêt de Toulouse et de celle du centre de détention proche de Muret. À la maison d'arrêt de Toulouse, Gallet *et al.* [4] retrouvent, en 1998, 17 psychotiques chroniques incarcérés, représentant 3,5 % des détenus. Sur le plan diagnostique, il s'agit de schizophrènes dans trois cas sur quatre et de paranoïaques pour le quart restant. Dans 46 % des cas, ces détenus avaient des antécédents psychiatriques avérés, 66 % étaient incarcérés pour la première fois et il est fondamental de noter que, dans 31 % des cas, les délits étaient révélateurs de la psychose ; dans 23 % des cas, le diagnostic de psychose chronique était porté pour la première fois. La comparaison a été faite avec la population pénale du centre de Muret. Dans cet établissement, l'équipe toulousaine retrouvait 4,6 % de détenus présentant une psychose chronique. Dans trois cas sur quatre, il s'agissait de schizophrénies et pour le quart restant de psychoses paranoïaques ; 38 % des détenus avaient des antécédents psychiatriques ; dans 63 % des cas, il s'agissait de leur première incarcération. Le meurtre d'un proche était le crime retrouvé chez 80 % des schizophrènes. L'équipe de Laurencin insistait sur le fait que, dans 51 % des cas, le délit était révélateur de la psychose (meurtre dans 55 % des cas, viol dans 25 %).

B. Dauver a fait, sur le centre de détention de Caen, une étude sensiblement comparable sur une population pénale de 400 détenus. Sur cette population d'un établissement pour peines accueillant essentiellement des condamnés

pour infractions sexuelles, il retrouve 4 % de psychoses chroniques. Plusieurs études parcellaires ont été réalisées en France dans le cadre des SMPR. Il s'agit essentiellement de sondages concernant un nombre limité d'établissements pénitentiaires. Une étude nationale, réalisée par les SMPR et effectuée à jour donné en 1998, retrouve des pourcentages de psychotiques incarcérés très variables mais toujours situés aux alentours de 4 % : Marseille (3,7 %), Fresnes (1,9 %), Rennes (4,3 %), Strasbourg (3,5 %). En reprenant les rapports d'activité des équipes du dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral au cours de l'année 2003, on retrouve les chiffres suivants pour les schizophrénies associées aux troubles schizotypiques et délirants : Angers (MA) 11 %, Troyes (MA) 5 %, Clairvaux (CP) 6 %, Châteauroux (CP) 12 %, Saint Michel (CD) 7 %, Nantes (CP) 5,8 % [7].

Peu de travaux ont été réalisés en France sur les troubles de l'humeur et les troubles anxieux de la population pénale. L'enquête Dress 2001 retrouvait, dans l'évaluation pratiquée par les SMPR en détention, 50 % de troubles psychiatriques sur 1 100 sujets. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés étaient l'anxiété et les troubles anxiodépressifs ainsi que les troubles de l'adaptation.

Une importante méta-analyse des études publiées dans la littérature internationale a été réalisée par Senna Fazel et John Danesh [3] qui travaillent à Oxford et Cambridge. Ces auteurs passent en revue 62 publications internationales portant sur 22 790 détenus de 12 pays occidentaux ayant une moyenne d'âge de 29 ans, des hommes dans 81 % des cas. Ils retrouvent dans leur synthèse chez les hommes incarcérés 3,7 % de psychoses chroniques au sens du DSM IV, 10 % de troubles dépressifs caractérisés et 65 % de troubles de la personnalité incluant 47 % de personnalités antisociales. Chez les femmes, ils font état de 4 % de psychoses chroniques, 12 % de troubles dépressifs et 42 % de troubles de la personnalité, avec uniquement 21 % de personnalités antisociales. Les études prises en compte sont relativement peu dispersées pour les psychoses chroniques chez les hommes prévenus, les auteurs retrouvant des pourcentages de psychotiques entre 2 % pour Powell et 5 % pour Roesch.

B. Gravier, dans une étude exemplaire, retrouvait en Suisse dans les établissements pénitentiaires du canton de Vaux 2,15 % de psychoses chroniques, 3,5 % de troubles dépressifs et 11 % de personnalités antisociales [9].

Bien que très loin de ceux avancés par la presse nationale dénonçant le scandale des malades mentaux dans les prisons, ces chiffres sont particulièrement préoccupants en retrouvant quatre à dix fois plus de pathologies psychotiques dans les établissements pénitentiaires que dans la population générale. C'est bien là le rapport entre précarisation, psychiatrie, santé et justice qui est posé à notre société. Effectivement, ces chiffres sont très proches de ceux qui sont avancés dans les rares études le plus souvent non publiées venant des foyers d'hébergement social (tableau 1). Certains foyers d'hébergement rappellent que les psychoses chroniques représentent plus du tiers de leurs hébergés. Précarisation et marginalisation avec des problèmes de délinquance associée se retrouvent dans la trajectoire de nombre de psychotiques chroniques à l'issue de leurs hospitalisations. Le problème récurrent dans notre pays est bien celui des moyens dont disposent les équipes de secteur pour assurer la réhabilitation et le suivi après la sortie de l'hôpital.

L'enquête épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues menée par la DGS et la DAP, dont quelques éléments ont été confiés à la presse en début d'année à l'occasion du dixième anniversaire de la loi de 1994 confiant la santé en milieu pénitentiaire aux hôpitaux, doit être source de réflexion pour les professionnels. Cette enquête rigoureuse, dirigée par Bruno Falissard et Frédéric Rouillon, a concerné 799 hommes et 99 femmes de 23 établissements pénitentiaires représentatifs de la population pénale : maisons d'arrêt, centres de détention ou maisons centrales. Dans les résultats globaux, présentés par la presse quotidienne, « huit détenus sur dix présentent un trouble psychiatrique » [2]. L'enquête retrouve une population qui a été suivie par un psychiatre ou un psychologue avant l'incarcération dans 36 % des cas ou qui a fait l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie dans 17 % des cas. Les troubles thymiques des détenus atteignent dans cette enquête un niveau très supérieur à celui qui a été avancé par la méta-analyse de Fazel et Danesh : 38 % de syndromes dépressifs, 5 % de dépressions mélancoliques, 7 % d'états dépressifs chroniques et 7 % de manies ou hypomanies. Les troubles anxieux sont eux aussi très représentés : 16 % d'agoraphobies, 15 % de phobies sociales, 21 % de névroses traumatiques et 28 % d'anxiétés généralisées. Ce niveau élevé de troubles thymiques et anxieux peut en partie s'expliquer comme favorisé par l'incidence du

**Tableau 1.** Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (% population pénale). D'après l'Igas [6]

Pathologies psychiatriques	Études internationales				Études françaises	
	Méta-analyse Fazel et Danesh	Roesch (hommes prévenus)	Teplin (prévenus)	Motiuk (hommes condamnés)	Gravier 1999	Dauver Gallet <i>et al.</i>
Psychoses chroniques	4	5	4	3	2,15	4,75 3,5 (MA) 4,6 (CD)
Dépression	12	10	14	—	3,5	—
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	15,5 —

milieu et de la menace judiciaire, mais que dire des pathologies psychotiques retrouvées : 25 % des détenus présentent des troubles psychotiques dont 9 % de schizophrénies, 3 % de schizophrénies dysthymiques et 8 % des psychoses chroniques non schizophréniques ? Ces chiffres sont plus de deux fois supérieurs à ceux de la méta-analyse de Fazel si l'on ne prend en compte que les schizophrénies, et 6 fois supérieurs pour un diagnostic élargi de psychose chronique. Par contre, les personnalités antisociales ne ressortent qu'à hauteur de 30 % alors que, pour de nombreuses études, elles se situent à environ 45 % de la population pénale pour les hommes détenus. Il faudra bien entendu apporter les pondérations souhaitables sur ces chiffres qui utilisent un outil de mesure et un protocole difficilement comparables à ceux des études internationales publiées. Mais cette enquête, dont la rigueur ne peut être contestée, a le mérite de poser le problème en termes de santé publique et donc en termes d'organisation des soins puisque, depuis la loi du 18 janvier 1994, les établissements pénitentiaires sont desservis par les hôpitaux et donc par le secteur de psychiatrie.

### Mise en cause de l'expertise pénale et effet pervers de l'altération du discernement de l'article 122-1 alinéa 2

Le nombre grandissant des psychotiques chroniques incarcérés a été imputé par la presse nationale et spécialisée à la diminution des irresponsabilités pénales prononcées par les experts en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal. Il est important dans ce domaine de prendre en compte la réalité des chiffres avant de tirer des conclusions hâtives sur l'inflexion très critiquée des pratiques expertales. Les irresponsabilités pénales article 64 puis 122-1 du Code pénal ont représenté 0,46 % en 1987, 0,51 en 88, 0,67 en 1989, 0,55 en 90, 0,51 en 1991, 0,72 en 1992, 0,61 en 1993, 0,51 en 1994, 0,46 en 1995, 0,28 en 1997 puis 0,45 % en 1999 [6]. Plus important que le pourcentage sur un nombre aussi réduit de dossiers, l'évolution des non-lieux pour irresponsabilité pénale a concerné 200 dossiers en 1998, 270 en 1999, 299 en 2000, 300 en 2001 et 285 en 2002 [1]. Des éléments non vérifiables font état d'environ 600 dossiers par an dans les années 1970-1980, mais ces données avancées ne sont pas contrôlées (tableau 2).

Comme le souligne très clairement le rapport de l'Igass et de l'IGSJ, *Santé et des détenus*, de juin 2001, « le pourcentage des non-lieux obtenus en 1987 avec l'article 64 du Code pénal par rapport au nombre de person-

nes mises en examen est pratiquement identique à celui obtenu en 1999 avec le premier alinéa de l'article 122-1 du nouveau Code pénal. On voit bien que la modification de la loi n'a pas eu d'effet réel sur le taux des malades mentaux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité » [1]. Si l'on fait référence aux nombres de dossiers, on constate que ceux-ci sont sensiblement les mêmes par rapport aux affaires jugées depuis 1991, soit par exemple 372 en 1991, 370 en 1993, 340 en 1995, 190 en 1997, 286 en 1999, 287 en 2000, 299 en 2000 et 285 en 2002 (tableau 2). Le problème est bien, comme le confirme le rapport de l'Igass/IGSJ, que « le nombre de personnes ayant fait l'objet d'un non-lieu en raison de problèmes mentaux dans une affaire criminelle est de très longue date en France resté extrêmement faible par rapport au nombre de ceux qui font l'objet d'une condamnation » [1]. La pratique expertale est loin de tout expliquer, les expertises n'étant obligatoires qu'en matière criminelle et quand il s'agit d'un crime sexuel. Cette tendance ne doit probablement que se majorer du fait de la politique judiciaire visant à obtenir une plus grande célérité pour juger les personnes ayant commis des infractions, en multipliant les méthodes de jugement rapide telles que la comparution immédiate ou le rendez-vous judiciaire, autant de formules où aucune expertise psychiatrique n'est réalisée. Cependant, cet effet négatif de la procédure pénale sur les non-lieux pour irresponsabilité pénale n'est effectif que sur la partie de la population pénale, il est vrai la plus nombreuse, des auteurs de délits condamnés à de courtes peines, cela en dehors de toute affaire criminelle. C'est probablement dans cette population d'auteurs de délits condamnés à de courtes peines que se recrutent nombre de psychotiques en milieu pénitentiaire.

Cette stabilité très relative des irresponsabilités pénales ne doit pas cacher un autre phénomène propre à la justice de notre pays. Effectivement, les experts prononcent souvent des responsabilités atténuées en application de l'article 122-1 alinéa 2. Cette atténuation de la responsabilité qui, dans l'esprit de l'ancienne circulaire Chaumié, devait aller dans les sens d'une atténuation de la peine, se concrétise souvent devant la cour d'assises par un allongement de la durée des peines, le jury populaire, dans une réaction sécuritaire, cherchant à protéger les citoyens. Aucune étude n'a été réalisée au niveau national visant à chiffrer le nombre de dossiers d'expertise proposant une altération de la responsabilité pénale en application de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal. Le rapport de l'Igass et de l'IGSJ constate ce phénomène : « plusieurs procureurs et procureurs généraux ont signalé que para-

Tableau 2. Évolution du nombre de dossiers : article 64 puis 122-1 CP

Années	1987	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02
Nombre	444		511		372		370		340		190	211	286	287	299	285
%	0,46	0,51	0,67	0,55	0,51	0,72	0,61	0,51	0,46	0,42	0,28	0,45				

doxalement le deuxième alinéa de l'article 122-1 pouvait jouer contre les prévenus, dans la mesure où il ne comporte pas une atténuation systématique de la peine, comme l'excuse de minorité. Au contraire, dès que le prévenu présente des troubles mentaux, des peines plus lourdes sont parfois décidées, et les réquisitions du parquet sont de plus en plus souvent dépassées par les cours d'assises » [1]. Certains travaux en cours de réalisation sur des cours d'appel laissent penser que près d'un tiers des expertises se prononcent pour une altération du discernement ? Cet effet pervers qui sur-responsabilise ceux qui, au contraire, devraient obtenir une indulgence particulière de la justice est un problème majeur dans l'organisation judiciaire de notre pays.

### **Le malade mental comme bouc émissaire des politiques pénales sécuritaires ?**

Il est important de relier cette réaction sécuritaire à un possible renforcement de la peur de la maladie mentale, notamment des psychoses schizophréniques [17]. L'interpellation actuelle de la psychiatrie survient dans une période où la montée des peurs, et notamment de la peur du crime, se développe dans les pays occidentaux. En reprenant les travaux de Roberts [13], les mesures de la peur du crime sont parallèles à celles des politiques de sur-répression pénale en direction notamment des auteurs de crimes sexuels ou de crimes récidivants. La peur du crime touche plus de 50 % des citoyens suisses (qui viennent de voter une loi imposant une réclusion à vie des auteurs de crimes récidivants), 50 % des Portugais, 45 % des Belges, 35 % des Français, 25 % des Canadiens ou 20 % des Finlandais. Dans notre pays, les médias comme l'opinion publique confondent régulièrement auteur de crime et malade mental, comme si les crimes les plus graves ne pouvaient être commis que par des malades mentaux. On ne peut pas ne pas rapprocher cette constatation des données de l'enquête grand public pratiquée en mai 2001 dans un échantillon représentatif de la population française [17]. Dans cette enquête, la schizophrénie est représentée comme folie dans 69 % des cas, violence dans 16 % des cas alors que la souffrance n'apparaît que dans 12 % des représentations des personnes explorées ; 48 % des Français considèrent que les schizophrènes sont dangereux pour les autres.

### **Maladies mentales et violences**

Deux pièges nous guettent dans l'étude des rapports entre schizophrénie et violence :

– assimiler schizophrénie et crime, en stigmatisant le malade schizophrène comme criminel en puissance ;

– oublier que nombre de schizophrènes dans leur évolution peuvent être amenés à des passages à l'acte violents, notamment au moment des poussées processuelles et quand il existe une rupture du contrat de soins et de la prise du traitement.

Dans un remarquable travail de synthèse publié en 2002, Walsh *et al.* [20] reprennent l'ensemble des études centrées sur le rapport entre violence et schizophrénie. Dans les études de populations de patients schizophrènes avant ou pendant et après la sortie, il apparaît bien que la prévalence de la violence est maximum, touchant 20 % de la population étudiée, avant et pendant l'accès aigu de la maladie. Cette prévalence n'est que de 9 % après la sortie. Walsh *et al.* rappellent que la prévalence de la violence est moins élevée dans la schizophrénie que pour d'autres pathologies psychiatriques : elle est de 19 % dans les épisodes dépressifs majeurs, 15 % dans les troubles bipolaires, 29 % dans les addictions et, surtout, 25 % dans les troubles de la personnalité. La comparaison de groupes de schizophrènes à la population générale ou à des groupes témoins montre que les excès d'actes violents dans les groupes de schizophrènes sont retrouvés entre un facteur 4 pour l'étude de Wessely (1994) et un facteur 12 dans l'étude de cohorte prospective de Tiihonen (1997). Les études de prévalence dans la communauté comme celle de Swanson (1990) montrent que 8 % des patients atteints de schizophrénie sont violents, *versus* 2 % de ceux qui n'ont aucun trouble psychiatrique [20]. En cas d'abus de substances, alcool ou drogues, ce pourcentage passe à 30 %. Dans l'étude de Haffner et Boder, rétrospective sur 10 ans, le risque de passage à l'acte violent est sensiblement identique dans la population de malades mentaux et la population générale : les actes imputables aux malades mentaux représentent 3 % des actes violents et 5,6 % des meurtres et homicides [20]. Il faut tempérer ces chiffres en prenant en compte le fait que la désocialisation et la précarisation majorent le risque de passage à l'acte violent dans un facteur supérieur à dix dans nombre de travaux internationaux.

S. Hodgins, dans un travail publié en 2004 [5], montre bien que les facteurs prédictifs de la violence chez les schizophrènes sont au nombre de quatre : la prise d'alcool, la consommation de drogues, la coexistence de troubles de la personnalité de type psychopathique et, surtout, une rupture dans la prise en charge avec arrêt traitement. Dans ce travail particulièrement riche, les auteurs mettent l'accent sur le rôle majeur de la surveillance et de la prévention joué par le psychiatre et son équipe pour les actes délictueux effectués par les personnes souffrant de troubles mentaux. Ils insistent sur la nécessité d'un programme thérapeutique rigoureux et prolongé dans le temps avec des évaluations répétées des facteurs de risque et s'interrogent sur les difficultés des hôpitaux psychiatriques généraux à assurer la prise en charge en leur sein de patients schizophrènes ayant pu être violents.

Le maintien durable d'un suivi longitudinal du patient schizophrène est donc le problème majeur avec la nécessité d'un travail en réseau pour établir et maintenir l'insertion professionnelle et familiale. De la même façon, la nécessité d'un travail sur la prise en charge partenariale des personnalités psychopathiques apparaît bien dans notre pays où ces psychopathologies ne sont surtout connues que des équipes des SMPR et des UMD.

## Conséquences en droit pénal comparé des irresponsabilités pénales

En droit pénal et sanitaire comparé, il apparaît que toutes les législations étudiées sauf celle de la France, donnent au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux [18]. Un récent rapport du Sénat [14] rappelle que toutes les législations européennes retiennent l'irresponsabilité pénale du malade mental mais que la France occupe une position isolée en ce qui concerne les suites de l'irresponsabilité pénale. Effectivement, les conséquences de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux peuvent amener à deux situations différentes selon la législation [11] :

– soit le juge pénal peut conserver après le non-lieu le pouvoir de décider des mesures appliquées au délinquant malade mental, tant pour la durée que pour la nature des soins ;

– soit le juge est dessaisi au profit de la juridiction administrative qui peut prononcer ou non un internement. Le juge pénal n'intervient pas dans ce cas après le non-lieu.

En Allemagne, le tribunal peut prononcer à l'encontre des malades mentaux délinquants une mesure de rééducation et de sûreté. Cette mesure peut être éducative, curative (comportant notamment le placement dans un hôpital psychiatrique ou une désintoxication) ou simplement protectrice, avec notamment des interdictions professionnelles. Le tribunal peut prononcer le placement du délinquant malade mental en hôpital psychiatrique dans certaines conditions : le danger pour la collectivité, une vraisemblable (et non possible) récurrence ou un danger directement lié à l'état mental.

En Italie, l'article 222 du Code pénal prévoit que les personnes irresponsabilisées sont acquittées et internées dans un hôpital psychiatrique. Cet article a été déclaré inconstitutionnel en 1982 et l'internement n'est décidé que si la dangerosité est confirmée.

En Espagne, le tribunal peut prononcer une mesure de sûreté pour les délits. Dans ce cas, le placement en hôpital psychiatrique remplace la peine de prison et l'obligation de soins se substitue aux autres peines. Le code pénal espagnol prévoit même que la durée de placement ne peut dépasser la peine de prison qui aurait été encourue.

Aux Pays-Bas, le tribunal peut prononcer pour les personnes irresponsabilisées soit un placement en hôpital psy-

chiatric que quand le danger pour eux-mêmes ou la collectivité est confirmée, soit une mise à disposition avec obligation d'hospitalisation ou de prise en charge à domicile.

En Grande-Bretagne, en cas d'irresponsabilité pour troubles mentaux, le juge peut placer en hôpital psychiatrique, mettre sous tutelle des services sociaux, obliger à un traitement adapté ou encore simplement mettre en liberté.

En reprenant ces études de droit pénal comparé, on constate que la France est le seul pays européen où le juge pénal est dessaisi au profit de la juridiction administrative, l'instance pénale n'intervenant pas après le non-lieu. Plus encore, une hospitalisation d'office n'est pas le corollaire obligatoire pour la loi du non-lieu transmis par le parquet au préfet. La loi du 4 mars 2002 rend encore plus difficile la mise en place d'une hospitalisation d'office qui ne peut être prononcée qu'à trois conditions : l'existence d'une maladie mentale, la nécessité de soins et l'existence d'un trouble à l'ordre public avec danger pour les autres ou pour la personne.

## Une obligation de soins ambulatoires pour permettre le maintien d'une psychiatrie publique ouverte

Face aux trois témoins d'alerte que sont l'accumulation de pathologies psychiatriques en détention, les violences commises par des malades mentaux échappant aux soins et les problèmes posés par la prise en charge de malades mentaux irresponsabilisés, la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte semble incontournable, de même que la possibilité de donner des soins sous contrainte aux détenus souffrant de pathologies psychiatriques.

Nul ne souhaite dans notre pays, pas plus que dans les autres pays industrialisés, revenir au modèle de l'asile d'antan et de l'hospitalisation contrainte à vie. Nous désirons tous que la psychiatrie publique, bien représentée par le secteur en France, développe sa capacité à donner des soins de proximité préservant la vie familiale et sociale de nos patients en conformité avec ses droits, tels qu'ils sont réaffirmés par la loi du 4 mars 2002. Mais la psychiatrie publique française ne saurait négliger sa mission de protection du patient, de ses proches ou de la société, des troubles comportementaux que génère sa maladie. Le psychiatre ne peut oublier sa fonction sécuritaire dans une société qui, devenue plus dure pour les siens, oublie que la violence se rencontre aux confins de la maladie mentale et de la précarisation sociale qui peut en être le corollaire, si le nécessaire travail de réhabilitation n'est pas réalisé, le plus souvent faute de moyens. Dans un modèle de soins ambulatoires, et sans moyens nouveaux, comment assurer la prise en charge de patients présentant des troubles du comportement et des accès de violence ? Seule l'organisation d'une prise en charge longitudinale, évaluant systématiquement les ris-

ques de violence et attentive à accompagner le patient dans sa réhabilitation après la sortie de l'hôpital, conjuguant visites à domicile, travail partenarial avec le champ socio-éducatif, consultations régulières et interventions systématiques en cas d'échappement aux soins, peut permettre d'assurer cette fonction de protection et sera susceptible d'assurer la survie du modèle ambulatoire et libéral de la psychiatrie actuelle.

Face à l'absence de moyens nouveaux et à une démographie préoccupante pour les psychiatres et les infirmiers, la hiérarchisation des missions des équipes de secteurs, débordées par les missions nouvelles confiées à la psychiatrie, doit être réalisée avec réalisme en attribuant une priorité aux missions cardinales que sont celles de la prise en charge à long terme des patients présentant des psychoses schizophréniques et des troubles de l'humeur. Avant même de travailler dans les champs nouveaux où la psychiatrie est abusivement sur-sollicitée, il est important que nous nous donnions les moyens d'assurer une prise en charge de nos patients présentant des psychoses chroniques, et notamment des pathologies schizophréniques, en nous engageant dans un travail de réhabilitation, d'accompagnement d'insertion, assuré au long cours en protégeant nos malades des risques de marginalisation ou de précarisation comme des passages à l'acte violents qui peuvent survenir à l'occasion des poussées processuelles ou des arrêts de traitement. Cela suppose que les équipes de secteur aient les moyens de recevoir dans des services d'admission suffisamment sécurisés les patients schizophrènes décompensés, qu'il soit possible de prolonger l'hospitalisation jusqu'à une stabilisation clinique convenable et la mise en place d'un projet partenarial d'insertion adapté. La politique de diminution du nombre des lits installés, que nombre de nos départements ont connu ces dernières années, a atteint ses limites, générant pour les pathologies chroniques des hospitalisations trop brèves, ne permettant pas de préparer des projets de sortie cohérents et expliquant des rechutes à brève échéance.

Pour ces patients stabilisés après une hospitalisation à temps complet, comment permettre un suivi durable avec la prise d'un traitement adapté, représenté, pour la plus grande part des patients atteints de psychoses schizophréniques, par des antipsychotiques de nouvelle génération qui sont essentiellement à prise orale sans forme à action prolongée en dehors d'une seule molécule ?

Trois mesures devraient être étudiées pour répondre aux besoins des malades mentaux présentant des troubles du comportement avec violences :

- faire évoluer la loi de 1990 pour permettre la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte ;
- développer la possibilité de soins sous contrainte destinés aux détenus malades mentaux ;
- donner au juge pénal le pouvoir de décider de mesures de contrôle assorties de soins appliqués aux délinquants atteints de troubles mentaux.

Une évolution de la loi visant à permettre la mise en place de soins ambulatoires sous la contrainte est inévitable [8]. Dans de nombreuses situations, le recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers pour pouvoir imposer les soins ne serait pas indispensable si ces mêmes soins pouvaient être rendus obligatoires en consultation. De la même façon, cela permettrait de mettre fin à l'hypocrisie des sorties d'essai de HDT, considérées comme une grave atteinte à la liberté individuelle par nos parlementaires.

Deux cas d'évolution législative peuvent être travaillés : – Soit la loi de 1990 fait l'objet d'une réécriture avec, comme cela est sollicité par les associations de malades et leurs familles, une intervention du juge pénal : dans ce cas une obligation de soins ambulatoires peut être promulguée ; elle sera ordonnée par le juge des libertés pour un temps précis et éventuellement renouvelable au vu d'un ou plusieurs certificats médicaux justifiant de la pathologie et de la nécessité de soins et prenant en compte les antécédents de violences. Cette obligation de soins ambulatoires pourrait être envisagée soit après une HDT ou une HO, soit d'emblée après une intervention au décours de violences sans qu'une hospitalisation ne soit proposée initialement. On se rapproche ainsi de la notion de soins pénalement obligés mis en place dans le cadre de la loi de 1998 avec le suivi sociojudiciaire et obligation de soins appliqué aux auteurs d'infractions sexuelles [12].

– Dans le cas où la loi de 1990 ne serait pas réécrite ou si sa réécriture n'envisage pas l'intervention du juge pénal, peut-on envisager des soins sous contrainte imposés par l'autorité administrative (préfet ou directeur de l'hôpital) ? L'évolution des recommandations européennes ne va pas dans ce sens, préférant confier au juge pénal toute atteinte aux libertés individuelles.

Parallèlement à la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte, le développement de structures permettant de soigner sous contrainte des détenus atteints de troubles mentaux est incontournable. La création des unités hospitalières de soins adaptés est une des réponses possibles permettant de soigner des détenus non consentants.

Un dernier questionnement concerne le devenir des quelque 300 malades mentaux irresponsabilisés chaque année en application de l'article 122-1 CP. Si l'on prend en compte l'isolement de notre pays, qui est le seul à ne pas imposer des soins pénalement obligés aux malades mentaux irresponsabilisés, ne faut-il pas envisager de donner au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle comportant éventuellement des soins appliqués aux délinquants atteints de troubles mentaux. Le modèle de la loi du 17 juin 1998 [12, 19], qui prévoit un lien entre le magistrat et le médecin traitant par l'intermédiaire d'un médecin coordonnateur en position d'évaluer la dangerosité du sujet, pourrait être travaillé pour préserver le secret professionnel et l'indépendance des soignants.

## Références

1. Annuaire statistique de la Justice, années 1998 à 2003, Ministère de la Justice.
2. ANONYME. Troubles psychiatriques en prison : huit détenus sur dix. *Quotidien du médecin*. décembre 2004 ; 10.
3. FAZEL S, DANESH J. Serious disorders in 23000 prisoners : a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002 ; 359.
4. GALLET E, CAMILLERI C, CROCHET F, LAURENCIN G, NOUVEL A. Les psychotiques incarcérés. *Forensic* 2000 ; 2-3 : 48-52.
5. HODGINS S, MULLER-ISERNER R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders : the role of psychiatric services. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 245-50.
6. IGAS. Santé des détenus. Rapport Igas/IGSJ juin 2001, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice.
7. JUAN F. Le dispositif de soins en santé mentale en milieu carcéral : évolution et actualités. Thèse de Médecine, Angers, 2005.
8. LAMEYRE X. Penser les soins pénalement obligés : un impératif éthique. In : *Les soins obligés, XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie, Thèmes et commentaires*. Dalloz, 2002.
9. MACHERET CHRISTIE F, GRAVIER B. Schizophrénie psychoses et prison. *La lettre de la Schizophrénie* 2001 ; 23 : 2-8.
10. MANZANERA C, SENON JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004 ; 162 : 686-99.
11. PRADEL J. *Droit pénal comparé*. 2002.
12. PRADEL J, SENON JL. De la prévention et de la répression des infractions sexuelles. Commentaire de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998. *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal* 1999 ; 3-4 : 208-43.
13. ROBERTS JV. La peur du crime et les attitudes à l'égard de la justice pénale au Canada : bilan des dernières tendances. *Rapport pour le ministre Solliciteur Général du Canada*. Canada : Travaux publics et Services gouvernementaux, 2001.
14. Sénat de la République Française. *L'irresponsabilité pénale des malades mentaux*. Documents de travail du Sénat Série législation comparée 2004 ; 28 : 132.
15. SENON JL, LAFAY N, PAPET N, MANZANERA C. Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire. *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal*. 2000 ; 506-23.
16. SENON JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Med Psychol* 2004 ; 162 : 646-52.
17. SENON JL. Evolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evolution psychiatrique* 2005 (à paraître).
18. SENON JL. Troubles psychiques et réponses pénales. Champpenal, tome II, 2005. <http://champpenal.revues.org/document77>, consulté le 29 janvier 2005.
19. TYRODE Y, BOURCET S, SENON JL, OLIÉ JP. Suivi socio-judiciaire : loi du 17 juin 1998, *Enc Med Chir, Psychiatrie*, 37-901 A 60, Elsevier, Paris, 2001.
20. WALSH E, BUCHANAN A, FAHY T. Violence and schizophrenia : examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002 ; 180 : 490-5.

SENON JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *L'Information Psychiatrique* 2005; 81 : 627-34