

Communication

## Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ?

### How better answer to clinical and forensic problems to preserve open and dynamic psychiatry?

J.-L. Senon <sup>a,\*</sup>, C. Manzanera <sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef de service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale, Université de Poitiers, SHUPPM, CHHL et CHU La-Milètrie, BP 587, 86021 Poitiers, France*

<sup>b</sup> *Praticien Hospitalier, Hôpital Camille-Claudel, 16000 Angoulême, France*

Disponible sur internet le 27 octobre 2005

À la mémoire du Doyen Pierre Couvrat, ancien professeur de droit pénal à l'université de Poitiers et ancien président de l'Association française de criminologie

#### Résumé

La psychiatrie française connaît actuellement une période de crise au moment où l'opinion publique a été très touchée par la commission de plusieurs crimes par des malades mentaux. Nous redécouvrons à cette occasion la violence des malades mentaux peut-être un peu trop oubliée depuis le développement des chimiothérapies et des thérapies institutionnelles qui ont été à l'origine de la désinstitutionnalisation du secteur. Ces événements graves surviennent à une période particulière marquée par le développement du sentiment d'insécurité et de la peur du crime avec la mise en place de politiques pénales de tolérance zéro. Ces événements nous amènent à nous poser la question d'une disjonction entre justice et psychiatrie.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

French Psychiatry currently knows a critical period at the time when the opinion was very touched by the commission of several crimes by mentally ill patients. We rediscover one this occasion the violence off the patients perhaps too forgotten since the development of chemotherapies and institutional therapies which were at the origin of the desinstitutionalisation of the French sector of psychiatry. These serious events occur at one particular period marked by the development of the insecurity and the fear of the crime with the installation of tolerance zero penal policies. these events lead custom to ask the question of a disjunction between justice and psychiatry.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Crime ; Insécurité ; Irresponsabilité pénale ; Justice ; Psychiatrie

*Keywords*: Crime; Insecurity; Justice; Penal irresponsibility; Psychiatry

La psychiatrie française traverse une période critique où les professionnels de santé comme l'opinion publique ont été meurtris par la commission de plusieurs crimes perpétrés par

des malades mentaux, crimes fortement médiatisés amenant un questionnement sur la psychiatrie d'aujourd'hui : qu'en est-il de la recrudescence des violences commises par des malades mentaux à l'hôpital, notamment vis-à-vis des membres des équipes soignantes, pourquoi des personnes présentant des troubles mentaux ayant nécessité des hospitalisa-

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jean.louis.senon@wanadoo.fr](mailto:jean.louis.senon@wanadoo.fr) (J.-L. Senon).

tions sous contrainte et manifestation dangereuses sont-elles sorties de l'hôpital sans obligations de soins, comment comprendre les interruptions de soins manifestement à l'origine de rechutes, comment analyser ce que la presse présente comme une augmentation des fugues de l'hôpital de patients hospitalisés en HDT ou HO ? Tout se passe comme si ces développements médiatiques nous faisaient redécouvrir la violence des malades mentaux, violence peut-être un temps oubliée depuis le développement des chimiothérapies modernes et la désinstitutionnalisation douce qu'a connue la France avec le développement du secteur. Mais ce questionnement des professionnels ravive les peurs qui hantent notre société : malades mentaux dangereux échappant aux soins, rechutes assimilées aux risques de récurrence d'actes délictueux, stigmatisation du malade mental autour de l'idée que l'horreur de nombre de crimes ne peut s'expliquer que par la folie. Dans ce contexte, les malades mentaux deviennent très vite les boucs émissaires du sentiment d'insécurité populaire, d'autant qu'ils sont souvent en difficulté d'insertion du fait de leur maladie. Les professionnels de santé doivent éclairer le débat et élaborer une réflexion sur la société actuelle pour préserver une psychiatrie moderne ouverte et dynamique.

### 1. Un contexte : le développement du sentiment d'insécurité dans les sociétés industrialisées contemporaines

Toutes les sociétés industrialisées connaissent en Europe comme aux États-Unis un développement du sentiment d'insécurité. L'accroissement de la petite délinquance et des incivilités de proximité est souvent avancé comme la première des causes de ce développement. La sociologie nous apprend que le sentiment d'insécurité est fortement lié à une crise du lien social, à tout ce qui génère abandon, solitude et impossibilité d'intégration sociale. Les conséquences de la crise socioéconomique actuelle, la précarisation, le chômage comme la maladie mentale sont au centre de ces situations d'isolement et d'abandon.

Le sentiment d'insécurité a bien à voir avec la difficulté de chaque citoyen à prendre des risques personnels en les assumant, pour faire face à l'incertitude de l'avenir à une époque de crise socioéconomique, qui ravive chômage et précarisation. Insécurité et victimes sont devenues les deux bannières des politiques. Nous vivons dans une société où tout est attendu de l'État et de ses institutions dans la protection de chaque citoyen, et la compassion sociale médiatisée vis-à-vis de la victime est la caractéristique de toutes les sociétés contemporaines. Pour C. Melman [9], « le sentiment d'insécurité est tel, et les transformations éthiques, familiales, politiques si profondes, qu'il importe que l'État donne aux citoyens le sentiment de veiller sur eux, d'être une garantie contre les dommages susceptibles de leur être infligés ». Dans le même temps et comme le rappellent Y. Cartuyvels et P. Mary [2], la violence du social ne fait que croître, et l'insécurité doit aussi être rapportée à la dégradation du lien social, à la montée de l'individualisme comme au passage de violence

collective à des peurs individuelles. Pour eux, « si petite délinquance et incivilités multiples contribuent à le nourrir, le sentiment d'insécurité au quotidien renvoie surtout à un manque de sûreté et de prévisibilité dans les rapports sociaux ». Le lien entre insécurité et psychopathologies communicationnelles est aussi souligné par P. Mary ; le sentiment d'insécurité naît de la difficulté de communication avec un autre, vécu comme tellement différent qu'il devient menaçant. Les psychotiques chroniques, ayant des difficultés grandissantes d'insertion dans notre société, se retrouvent souvent dans la situation d'être vécus comme une menace pour leur voisinage, et leurs troubles du comportement sont très vite signalés à la police et à la justice, comme en témoigne l'activité des services d'urgences, souvent sollicités pour des réquisitions.

### 2. D'insécurité en peur du crime, vers des politiques pénales de tolérance zéro

Comme le souligne P. Robert [14], depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle on considère la criminalité comme « un risque de masse qu'il faut maintenir sous contrôle pour s'épargner les réactions sécuritaires » ; la délinquance est essentiellement envisagée en termes de sécurité, et l'attention se centre sur « les seuls délits qui portent directement atteinte à la sûreté des individus et de leurs biens ». Sentiment d'insécurité et peur du crime sont étroitement liés dans les études anglo-saxonnes. Par exemple, dans un travail comparatif réalisé en 2002, J.V. Roberts [15] classe les pays industrialisés par ordre décroissant : en Suisse, la peur du crime touche plus de 50 % des citoyens puis sont listés par ordre décroissant Portugal, Pologne, Japon, Australie, Belgique, Angleterre, Espagne, France, Canada, Pays Bas, États-Unis, puis Finlande où le pourcentage passe à 20 %. L'importance de la prise en compte par les politiques de la peur du crime apparaît par exemple pour la Suisse où l'année dernière, un vote d'initiative populaire, porté par 56 % de la population et par une grande majorité de cantons, a déterminé que « si un délinquant sexuel ou violent est qualifié d'extrêmement dangereux et non amendable dans les expertises nécessaires au jugement, il est interné à vie en raison du risque élevé de récurrence. Toute mise en liberté anticipée et tout congé sont exclus ». Dans l'article 123a de la Constitution suisse, il est ainsi défini une catégorie de personnes privées de liberté à vie. Aucune libération ne peut être envisagée sans que « de nouvelles connaissances scientifiques permettent d'établir que le délinquant peut être amendé et qu'il ne représente dès lors plus de danger pour la collectivité ».

La peur de l'homicide est devenue une des grandes peurs sociales. L. Mucchielli [11] nous rappelle pourtant que l'examen des expertises psychiatriques accompagnant les dossiers criminels des auteurs d'homicides met surtout en évidence « l'immatrité, les carences affectives, la dépressivité, l'anxiété et l'émotivité, ainsi que la fréquence de l'alcoolisme », sans oublier l'importance des problèmes sociaux avec l'inactivité

et la pauvreté. La maladie mentale, en tant que telle, n'est donc que l'exception, mais la forte médiatisation des homicides ravive les peurs et notre incapacité à penser. On assiste effectivement à une médiatisation de la violence « ordinaire » où l'exceptionnel est généralisé dans les représentations. Parallèlement, la violence « privée » se judiciarise et le fossé séparant l'aspiration au bonheur des citoyens et l'incompréhension des « crimes de la vie quotidienne » se creuse : « Comment ce crime horrible commis par quelqu'un à mon image pourrait-il être autre chose que le crime d'un fou ? », la question est présente de façon récurrente dans la presse rapportant un crime. Sur le plan psychosociologique, on constate que plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination et plus est grande l'exigence de punition. De la même façon, plus la médiatisation généralise et rend universel, plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée. N. Przygodzki-Lionet [13] illustre les liens entre médiatisation et surpénalisation du crime : « La focalisation des médias sur les affaires criminelles amène l'opinion publique à surestimer la fréquence des actes violents, cette distorsion perceptuelle facilitant l'émergence d'émotions négatives telles que la peur et le sentiment d'insécurité, ce qui conduit inévitablement à une sévérité accrue chez les individus... »

Au sentiment d'insécurité et à la peur du crime, les pays industrialisés, dans le sillage des États-Unis, répondent par la diffusion d'une politique pénale de « tolérance zéro ». On oublie trop souvent que cette politique pénale qui actuellement touche quasiment toute l'Europe a été développée dans les années 1984, dans le sillage de la thèse de C. Murray, « *Losing Ground* », selon laquelle l'aide financière aux démunis sans insertion est responsable de l'accroissement de la pauvreté et d'une délinquance acquisitive de compensation favorisée par l'inactivité [22]. Dans ce sillage, G. Kelling et C. Coles avancent que seule une politique pénale inflexible de répression de la petite criminalité peut réduire le crime dans les communautés. W. Bratton, responsable de la sécurité du métro de New York, puis chef de la police de la ville, a appliqué la politique de tolérance zéro de façon inflexible, en réprimant les nuisances mineures telles que la mendicité, l'ébriété, les menaces et les comportements antisociaux des marginaux. Les malades mentaux sont une des premières cibles de cette répression, d'autant que la désinstitutionnalisation psychiatrique américaine livre à la rue ceux qui ne peuvent trouver place dans les hôpitaux. Comme nous l'évoquons avec Eliot Louan, la situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiatriques dans la ville de New York reste un problème de société, en dépit de la mise en place des tribunaux de santé mentale [7]. Sans en être à ce stade, notre pays doit se poser des questions face à la croissance des malades mentaux incarcérés.

### 3. En France, se confirme une disjonction justice–psychiatrie et psychiatrie–réadaptation sociale

Toute société établit sa sécurité sur un équilibre ténu entre Justice et Psychiatrie, c'est-à-dire entre la répression et le

choix de la sanction établi par le Code pénal, et la nécessité de soigner celui qui est reconnu malade mental, en faisant l'hypothèse que ces soins seront de nature à réduire sa dangerosité [20]. En France, il est ainsi possible de constater que toute modification du Code pénal a été contemporaine d'une évolution des lois établissant les soins sous la contrainte des malades mentaux : Code pénal de 1810 et loi de 1838, puis loi du 30 juin 1990 et Code pénal de 1994 en sont les exemples. Les deux textes, Code pénal et Code de la santé publique, avaient, jusqu'à ces dernières années, réussi à conserver un relatif équilibre. Le poids des pressions sociales libertaires de ces dernières décennies, dénonçant l'hospitalisation en psychiatrie comme un internement attentant gravement à la liberté individuelle, comme l'évolution du secteur de psychiatrie délibérément tourné vers un modèle ambulatoire, ont introduit ce que l'on peut interpréter comme une disjonction entre justice et psychiatrie. On peut en donner pour preuve le fait que l'application de l'article 122-1, qui établit l'abolition du discernement et donc l'irresponsabilité pénale, n'a plus, depuis la loi de mars 2002, comme conséquence le placement d'office de la personne : d'après cette loi, il faut, en prenant en compte l'état de la personne au moment de la rédaction du certificat, certifier l'existence d'une maladie mentale, la nécessité de soins et la constatation d'une dangerosité. De la même façon, le fait que la reconnaissance d'une responsabilité atténuée en application de l'article 122-1 alinéa 2 soit le plus souvent à l'origine d'une majoration de peines est un autre témoin de la disjonction psychiatrie–justice.

Cette disjonction apparaît bien de façon longitudinale dans les rapports ministériels ou interministériels récents : le rapport Cléry-Melin repris dans le plan Psychiatrie et santé mentale, le groupe de travail sur l'expertise pénale comme dans ceux qui se centrent sur les problèmes de justice, le rapport Viout sur l'affaire d'Outreau, et le rapport Burgelin très récemment.

### 4. Un carrefour pour la psychiatrie publique à la recherche d'un équilibre entre liberté individuelle et protection de la personne malade et de son entourage

La psychiatrie actuelle doit faire face à deux discours critiques opposés, se superposant souvent de façon parfaitement clivée. Le premier revendique contre une psychiatrie présentée comme chaque jour plus liberticide. Pour preuves, il est avancé un nombre trop élevé de lits, et des hospitalisations à la demande d'un tiers en constante augmentation. Cette critique défend une judiciarisation de la loi de 1990 afin de mieux protéger la liberté individuelle, une réaffirmation du consentement comme pièce centrale de la relation médecin–malade conformément à la loi de mars 2002. Un second discours, à l'opposé, dénonce une psychiatrie par trop libertaire, s'appuyant sur le fait que les prisons sont devenues des asiles et que les malades mentaux irresponsabilisés échappent aux soins comme à la justice.

Concernant l'aspect liberticide de la psychiatrie, un certain nombre de travaux modèrent cette pensée. Les données nationales montrent une très nette diminution des hospitalisations à temps plein en hôpital psychiatrique durant les années 1970 à 2000 (divisées par trois) et un effondrement de la durée moyenne de séjour (divisée par cinq). Bien qu'une majoration notable des hospitalisations à la demande d'un tiers (multipliées par deux) soit régulièrement soulignée, les placements d'office restent stables durant la même période.

Au sein de l'Assemblée Nationale, G. Hache déclarait : « La représentation parlementaire se trouve face à une menace pour les droits de l'homme sans avoir la moindre explication par le ministre de la santé... » [18]. Ainsi, le Sénat et l'Assemblée Nationale mettent l'accent sur le non-respect de la loi de mars 2002 qui restreint insuffisamment les hospitalisations contraintes, aboutissant au constat d'une banalisation abusive des hospitalisations sous contrainte et de l'utilisation des sorties d'essai comme obligation de soins en ambulatoire, sans qu'aucun cadre légal ne garantisse les droits de la personne malade.

## 5. La prison comme révélateur

Une étude épidémiologique sur la santé mentale des détenus en France, menée conjointement sous les auspices des ministères de la Santé et de la Justice, a connu la publication de ses premiers résultats en décembre 2004 [17,21]. Ces résultats fragmentaires et donc à traiter avec prudence sont particulièrement préoccupants et posent la question de l'organisation et de la continuité des soins en psychiatrie dans notre pays, comme celle de l'expertise pénale et de l'application des articles 122-1 alinéa 1 et 2 du Code pénal. Cette étude DGS-DAP dirigée par F. Rouillon et B. Falissard proposait d'étudier à la fois sur le plan transversal et longitudinal la population carcérale de 23 établissements pénitentiaires. Leur échantillon était composé de 799 hommes et de 99 femmes. Les résultats montrent que huit détenus sur dix souffrent de « troubles psychiatriques » dont 56 % de troubles anxieux ; 47 % des hommes et 51 % des femmes de troubles de l'humeur, 35 à 42 % apparaissent « manifestement malades », enfin 25 % souffrent de troubles psychotiques dont 9 % de schizophrénie. Près d'un tiers des hommes rencontrés présentent un trouble de la personnalité de type psychopathique [16,17]. Cette étude épidémiologique rend actuelle la conclusion du rapport Pradier : « Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu d'accueil pour un nombre

croissant de psychotiques rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière par les responsables médicaux. »

L'étude DGS-DAP peut être pondérée par d'autres enquêtes françaises plus modestes et par les données des méta-analyses internationales. De 1998 à 1999 a été étudiée la population de patients psychotiques incarcérés à la maison d'arrêt Saint-Michel et au centre de détention de Muret à Toulouse par l'équipe du SMPR [5]. Gallet *et al.* retrouvaient dans la maison d'arrêt, 17 patients psychotiques, soit 3,5 % des détenus, dont des schizophrènes et des paranoïaques. Au sein de cette population, 46 % avaient des antécédents psychiatriques, 66 % étaient incarcérés pour la première fois. Trente et un pour cent des délits révélaient une psychose et 23 % voyaient le diagnostic de psychose porté pour la première fois. La majorité avait des antécédents judiciaires lourds à type de trafic de stupéfiants, vols... Au centre de détention de Muret, 28 patients psychotiques étaient recensés, soit 4,6 % des détenus avec la même distribution entre schizophrènes et paranoïaques. Pour 63 % d'entre eux, il s'agissait de la première incarcération dont 80 % pour le meurtre d'un proche. Enfin, dans 51 % des cas le délit révélait la psychose.

La méta-analyse internationale de Fazel et Danesh sur les pathologies psychiatriques présentes dans les populations de détenus prend en compte toutes les études publiées valides [4] (Tableau 1). Elle retrouve 4 % de psychotiques chroniques, 12 % de dépressifs et conclut à une grande proximité en termes de distribution des pathologies avec les populations de patients des milieux psychiatriques. Ses conclusions, bien que très pondérées par rapport à l'étude française DGS-DAP, nous amènent à nous poser deux questions : l'hôpital se serait-il vidé de ses psychotiques et travaillons-nous maintenant dans l'utopie de psychotiques chroniques devenus non dangereux à l'ère des nouveaux antipsychotiques ?

## 6. L'expertise pénale comme catalyseur

Le nombre grandissant de 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. La presse spécialisée avançait même l'hypothèse d'une division par dix de l'irresponsabilité pénale prononcée par les experts ces dix dernières années. Les résultats retrouvés au sein des différentes études statistiques de la justice contredisent ces chiffres avancés. L'étude des pourcentages d'irresponsabilité selon l'article 122-1 prononcés entre 1987 et

Tableau 1  
Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (% population pénale) [8]

Pathologies psychiatriques	Études internationales					Études françaises		
	Fazel Danesh Méta-analyse	Roesch	Teplin	Motiuk	Gravier 1999	Gallet 2000	Dauver 2001	DGS-DAP 2004
Psychoses chroniques	4	5	4	3	E,15	3,5 (MA) 4,6 (CD)	4,75	25 dont 14 Schizophrénies et psychoses chroniques
Dépression	12	10	14	/	3,5	/	/	47
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	/	15,5	30

Tableau 2

Évolution du nombre de dossiers articles 64 puis 122-1 CP

Année	1987	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02
Nb	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				

Tableau 3

Évolution des classements sans suite pour troubles mentaux [11]

Année	Classements sans suite pour irresponsabilité pénale	Classement sans suite pour état mental déficient	Total
1998	2385	4946	7331
1999	2885	5356	8241
2000	3157	5431	8588
2001	3186	5359	8545
2002	3294	5773	9067
2003	3705	6089	9794

Tableau 4

Non-lieu pour irresponsabilité pénale liée à des troubles mentaux [16]

	Ordonnances de non-lieu	Dont pour irresponsabilité pénale liée à des troubles mentaux	%
1998	9377	211	2,3%
1999	9423	286	2,8%
2000	7698	287	3,7%
2001	6483	200	4,6%
2002	5282	285	5,4%
2003	3902	233	6%
Évolution 1998/2003	-58 %	+10,4%	+160,9%

1999 ne montre qu'une relative stabilité en passant de près de 0,5 % des jugements à environ 0,4 % [1] (Tableaux 2 et 4).

Dans le même ordre d'idées, le nombre absolu de classements sans suites pour irresponsabilité pénale est passé de presque 3000 cas en 1999 à plus de 3500 cas en 2003. Durant la même période et selon les mêmes sources, les classements sans suite ont progressé, passant de 5000 environ à 6000 en 2003 (Tableau 3).

Il est à noter que le nombre d'hospitalisations d'office décidées par les préfets à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour maladie mentale est passé de 234 en 1998, 221 et 1999, 230 en 2000, 234 en 2001 et 263 en 2003 [1].

## 7. Le malade mental comme bouc émissaire

Selon une enquête IPSOS parue en 2002 et réalisée auprès de 1014 personnes, il apparaît que les représentations spontanées de la schizophrénie sont par ordre d'importance : une maladie pour 69 % des gens interrogés (folie, démence, cinglé, barjot), synonyme de violence pour 16 % (crainte, peur, danger, agressivité, crime), des soins pour 14 %, de la souffrance dans 12 % des cas, des troubles du comportement pour 6 %, et enfin de renfermement pour 5 % des personnes [19]. Deux autres scores ont été individualisés dans ce travail : le score de connaissance et le score de stigmatisation. Le pre-

mier fait apparaît que 5 % des personnes interrogées pensent qu'il s'agit d'une maladie physique, et 22 % qu'il s'agit d'une maladie qu'on ne peut soigner. Au deuxième score, celui de *stigmatisation*, les chiffres sont plus éloquents encore puisque 48 % pensent que les schizophrènes sont dangereux pour les autres, et 68 % qu'ils sont dangereux pour eux-mêmes.

Plusieurs facteurs interviennent dans la stigmatisation du malade mental comme bouc émissaire. Tout d'abord, il y a l'influence de la précarisation et de l'absence d'insertion du malade stabilisé, laissant vide l'aspect communautaire indispensable à une véritable réhabilitation des schizophrènes. Ensuite, il existe de nombreuses failles dans le travail de réhabilitation nécessaire à la stabilisation des patients. Pour B. Gravier [6], l'anticipation de la dangerosité va bien au-delà de cette question. Elle doit tenir compte du contexte, de ce que l'auteur peut induire chez ceux qui l'approchent et de la réponse qui va suivre l'évaluation. La prise en compte, comme le rappelle J.-L. Dubreucq [3], d'une clinique médico-légale précise, en particulier pour ce qui est des psychoses schizophréniques, est incontournable : si les troubles mentaux graves sont responsables de 0,16 cas d'homicides pour 100 000 habitants, les hommes atteints de schizophrénie présentent huit à dix fois plus de risques de commettre un homicide. Il est dans ce cadre indispensable de ne pas oublier que le nombre d'événements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi psychiatrique et que tout patient ayant été violent doit être suivi et évalué régulièrement sur une période critique d'au moins 20 semaines.

Du point de vue judiciaire, on assiste à une véritable pénalisation en rafale de la petite délinquance, notamment acquiescitive, et à une accélération de la justice rendue aux malades mentaux fragilisés par le biais de la comparution immédiate sans expertise.

L'altération du discernement en application de l'article 122-1 alinéa 2, loin de plaider en faveur du malade mental, joue un rôle de majoration de la responsabilité pénale et amène une surpénalisation. Aucune étude 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 n'a été réalisée au niveau national. Le rapport de l'IGASS et de l'IGSJ constate ce phénomène : « Plusieurs procureurs et procureurs généraux ont signalé que paradoxalement, 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 » [3]. 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 surresponsabilise ceux qui, au contraire, devraient obtenir une indulgence particulière de la justice, est un problème majeur dans l'organisation judiciaire de notre pays.

Afin de limiter cette évolution, F. Millaud, de l'institut Ph. Pinel de Montréal, propose de mener une évaluation de la véritable dangerosité centrée sur le malade psychotique et sur l'hétéroagressivité [10]. S'appuyant sur une clinique et un interrogatoire précis, ils recherchent des réponses adaptées à la prise en charge de cette violence en s'appuyant également sur l'évaluation de l'alliance thérapeutique (pseudo-alliance, capacité à demander de l'aide). La contrainte de soins apparaît alors comme un allié thérapeutique, rendant nécessaire la connaissance par les thérapeutes des mesures d'internement, légales et judiciaires. Enfin, l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés pourrait permettre une plus grande facilité d'approche et de prévention de cette dangerosité.

## 8. Les conséquences de l'irresponsabilité pénale sur le chantier

Une étude sénatoriale réalisée entre 2003 et 2004 rapportait que toutes les législations étudiées, sauf la France, donnent au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins appliqués aux délinquants atteints de troubles mentaux. Effectivement, les conséquences de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux peuvent amener à deux situations différentes en législation comparée [12] :

- 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 qu'en ce qui concerne 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 de rééducation et de sûreté peut être éducative, curative (comportant notamment le placement dans un hôpital psychiatrique ou une désintoxication), ou simplement protectrice avec notamment des interdictions professionnelles. En Allemagne, le tribunal peut prononcer le placement du délinquant malade mental en hôpital psychiatrique dans certaines conditions : le danger pour la collectivité ou 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. En Grande-Bretagne, en cas d'irresponsabilité pour troubles mentaux, le juge peut placer en hôpital psychiatrique ou mettre sous tutelle des services sociaux ou encore obliger à un traitement adapté ou simplement de 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.

Deux questions se posent pour le système français : faut-il envisager un jugement d'imputabilité des faits pour le malade déclaré irresponsable en application de l'article 122-1 alinéa 1 et ne faut-il pas accepter le principe de soins pénalement ordonnés pour ces mêmes malades ?

La commission Burgelin a fait dans ce domaine plusieurs propositions :

- création d'une juridiction *ad hoc* statuant sur l'imputabilité des faits reprochés à une personne déclarée pénalement irresponsable en application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, ainsi que sur les intérêts civils et d'éventuelles mesures de sûreté : placement sous surveillance électronique, sous suivi de protection sociale ou en centre fermé de protection sociale ;
- possibilité d'étendre la peine de suivi sociojudiciaire à l'ensemble des auteurs d'infractions présentant une dangerosité criminologique et, en matière d'injonction de soins, aux personnes souffrant de troubles mentaux en lien avec les faits commis ;
- instauration de mesures de sûreté susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'individus présentant encore une dangerosité d'ordre criminologique après avoir purgé leur peine ou être sortis d'une hospitalisation d'office ordonnée après application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal.

## 9. Les soins ambulatoires sous contrainte comme réponse partielle

Il se confirme aujourd'hui que l'hospitalisation à la demande d'un tiers ne suffit plus pour soigner des patients atteints de troubles psychotiques chroniques chez lesquels l'alliance thérapeutique, indispensable à une observance, est longue à établir. Dans ces cas, des soins ambulatoires sous contrainte sont impératifs, dans le cadre de la modification de la loi de 1990.

Cependant, si on s'adresse aux seuls malades mentaux irresponsables selon l'article 122-1 du Code pénal, la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte ne concernera environ que 300 personnes malades par an. Ne faudrait-il pas étendre un tel dispositif de soins ambulatoires sous contrainte aux sujets qui ont été reconnus comme ayant présenté une altération du discernement si l'expert considère qu'ils relèvent d'un traitement ? Ces soins pénalement ordonnés donneront aux équipes de psychiatrie les moyens de prendre en charge longitudinalement des patients, mais rassureront aussi

Tableau 5  
Limites des interventions de psychiatrie publique dans les établissements pénitentiaires

Secteurs psychiatriques intervenant en milieu pénitentiaire	Limites des différentes réponses sanitaires	
	SMPR	UMD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens</li> <li>• Surcharge</li> <li>• Difficulté à réaliser le travail d'accueil et de dépistage des entrants</li> <li>• Formation</li> <li>• Stigmatisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détenu malade consentant</li> <li>• Moyens</li> <li>• Défaut de régionalisation : actions surtout locales</li> <li>• SMPR accaparés par troubles du comportement</li> <li>• Travail de liaison insuffisamment développé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surcharge</li> <li>• Listes d'attente</li> <li>• Obligation d'assurer les pathologies suraiguës des secteurs</li> <li>• Peu de travail de liaison avec les SMPR</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés liées à la prison</li> <li>• D 398 difficilement accueillis</li> <li>• Unités Intersectorielles médico-légales</li> </ul>		

les jurys d'assises et les tribunaux correctionnels afin que ces sujets ne soient plus surpénalisés.

Enfin, persiste la difficulté d'articuler une juste peine et des soins ambulatoires sous contrainte. En ce sens, la loi de 1994 a constitué un véritable progrès, laissant cependant apparaître des limites à trois niveaux : secteurs de psychiatrie, SMPR, UMD. Les secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire sont loin d'avoir les moyens nécessaires, ils sont souvent surchargés, avec une difficulté à réaliser le travail d'accueil et de dépistage des entrants. Se pose pour eux le problème de la formation mais aussi celui des difficultés d'intervention dans le milieu singulier qu'est la prison. Les secteurs de psychiatrie générale sont en grande difficulté pour accueillir les détenus présentant des troubles mentaux en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Une réflexion au niveau régional devrait se poursuivre. Pour ce qui concerne les SMPR, leur action se limite dans notre pays à la prise en charge des détenus présentant des troubles mentaux consentants. Leur action est le plus souvent locale et non régionale. Actuellement très démunis sur le plan de leurs effectifs de psychiatres et d'infirmiers, leur avenir passe par l'exercice d'une véritable psychiatrie de liaison très ancrée dans leur hôpital de rattachement. Les UMD sont actuellement en surcharge, avec d'importantes files d'attente, et leur fonctionnement est entaché par l'obligation d'assurer la prise en charge de pathologies suraiguës que ces secteurs traitaient encore il y a quelques années. La mise en place d'unités sécurisées interrégionales est là aussi une réponse possible (Tableau 5).

Il conviendrait d'effectuer un certain nombre de révisions de notre système de soins mentaux actuel et de repenser l'articulation avec le versant judiciaire. Dans ce but, la désinstitutionnalisation semble aujourd'hui montrer ses limites. Il semble indispensable de maintenir des unités fermées sécurisées départementales ou régionales et de favoriser le décloisonnement des institutions. Parallèlement, il s'impose une nécessaire évolution de la pratique expertale en y intégrant l'évaluation de la dangerosité des patients psychotiques.

## 10. Des propositions en guise de conclusion

Après les drames récents, il est indispensable de redonner valeur à la clinique psychiatrique dans sa dimension médico-

légale selon deux niveaux : celui de la prédiction-prévention et celui de l'évaluation, comme le souligne sur le plan de l'analyse psychodynamique et institutionnelle Bruno Gravier [6]. Des principes simples ont été remarquablement précisés par J.-L. Dubreucq et F. Millaud ; ils méritent d'être rappelés : la nécessité d'une clinique précise et évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité est incontournable, que ce soit une clinique paranoïde avec la recherche des idées de persécution, d'influence, de grandeur, ou une clinique de schizophrénie évoluant sur un trouble de la personnalité psychopathique avec alcoolisations. Tous les travaux internationaux insistent sur la nécessité de prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool de cannabis et de tout autre substance. De la même façon, il est fondamental sur le plan clinique de repérer les patients ayant été violents avant et pendant l'admission lors de séjours antérieurs, et chez ceux-ci il convient d'évaluer avec précision les risques de dangerosité. Les travaux internationaux nous incitent aussi à planifier la prise en charge ambulatoire de façon rapprochée sur les 20 semaines suivant la sortie de l'hôpital, semaines souvent critiques où se focalise la dangerosité des patients schizophrènes comme de ceux présentant des troubles bipolaires. La nécessité d'utilisation d'outils d'évaluation de la dangerosité est un principe indispensable, et de la même façon, les équipes soignantes doivent, devant un schizophrène difficile, se donner les moyens d'élargir l'évaluation à un groupe de pairs avec un travail d'équipe soigneusement cadré.

Les événements récents incitent à limiter l'évolution et les effets de la désinstitutionnalisation en proposant le gel de la diminution du nombre de lits, un maintien de services fermés de type intersectoriel, une meilleure articulation entre prise en charge psychiatrique et hébergement social, et enfin un renforcement des liaisons entre secteur psychiatrique, UMD, SMPR et UHSA.

La disjonction entre la psychiatrie et la justice pourrait se travailler autour d'une meilleure articulation entre code pénal et loi de 1990, par la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte (juge pénal ou juge administratif ?), par un jugement d'imputabilité et une judiciarisation des soins pour les malades irresponsables selon l'article 122-1 du code pénal, et enfin une réalité de l'atténuation des peines et une réorga-

Tableau 6

## Recommandations cliniques en psychiatrie médico-légale

Recommandations cliniques en psychiatrie médico-légale
1. Travailler en référence à une clinique médico-légale précise évaluée longitudinalement dans sa dimension de dangerosité : <ol style="list-style-type: none"> <li>clinique paranoïde : idées de persécution, d'influence ou de grandeur : risques intrafamiliaux ou vis-à-vis des soignants ;</li> <li>schizophrénie évoluant sur une personnalité psychopathique : violence clastique envers le proche ou le compagnon ;</li> <li>clinique « pseudoneurologique » : dimension institutionnelle de la violence.</li> </ol>
2. Prendre en compte spécifiquement la consommation d'alcool, de cannabis ou de toute autre substance : prises en charge associées avec une équipe d'addictologie ?
3. Ne pas oublier que quand il y a eu violence avant ou pendant une admission précédente, le patient a un risque majoré de dangerosité pour l'admission suivante : toujours consulter un dossier médical précisément tenu à jour sur tous les critères de dangerosité.
4. Chez tout patient sortant de l'hôpital et ayant présenté des troubles graves, planifier le suivi ambulatoire de façon rapprochée sur une période de 20 semaines : cette période de 20 semaines est cruciale dans toutes les études internationales sur la violence des malades mentaux.
5. Utiliser des outils d'évaluation de la violence.
6. Devant tout schizophrène difficile, élargir l'évaluation à un groupe de pairs et ne pas laisser seul un jeune praticien ou une équipe isolée.

nisation des soins (peines réduites suivies d'obligation de soins) pour les cas d'altération du discernement selon l'article 122-1 alinéa 2 du code pénal.

Un renforcement de la formation initiale et permanente en psychiatrie médico-légale est incontournable par la création d'un DESC de psychiatrie médico-légale, un accès à des formations à l'expertise et à des formations spécifiques. La mise en place d'une conférence de consensus (ou Recommandations) sur la prise en charge du malade mental violent serait sûrement une aide pour les équipes soignantes (Tableau 6).

## Références

- [1] Annuaire statistique de la Justice, années 1998 à 2003. Ministère de la Justice, Paris.
- [2] Cartuyvels Y, Mary P. L'État face à l'insécurité. Bruxelles : Labor; 1999.
- [3] Dubreucq JL. Le risque de violence dans les troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163:10 (sous presse).
- [4] Fazel S, Danesh J. Serious disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:16.
- [5] Gallet E, Camilleri C, Crochet F, Laurencin G, Nouvel A. Les psychotiques incarcérés. *Forensic* 2000;2:3:48–52.
- [6] Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163:8 (sous presse).
- [7] Louan E, Senon JL. La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles psychiatriques dans les systèmes judiciaires et pénitentiaires de la ville de New York. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163:10 (sous presse).
- [8] Manzanera C, Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:686–99.
- [9] Melman C. L'homme sans gravité, Jouir à tout prix. Paris: Denoël; 2002.
- [10] Millaud F. Évaluation clinique de la dangerosité des malades mentaux. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163:10 (sous presse).
- [11] Mucchielli L. « Les homicides ». In: Mucchielli L, Robert P, editors. *Crime et sécurité, l'état des savoirs*. Paris: La Découverte; 2002.
- [12] Pradel J. *Droit pénal comparé*. 2002.
- [13] Przygodzki-Lionet N., La dimension psychosociale du choix de la peine lors du procès pénal. Congrès de l'Association Française de Criminologie, Lyon, Juin 2005, à paraître.
- [14] Robert P. « Le sentiment d'insécurité ». In: Mucchielli L, Robert P, editors. *Crime et sécurité, l'état des savoirs*. Paris: La Découverte; 2002.
- [15] Roberts JV. La peur du crime et les attitudes à l'égard de la justice pénale au Canada. Rapport au Solliciteur Général du Canada, 2002.
- [16] Santé, Justice et dangerosités, pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la Commission Santé-Justice présidée par M. Jean-François Burgelin, ministère de la Justice et ministère de la Santé, sous presse.
- [17] Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie moderne. Congrès de l'Information psychiatrique, Dijon, 1<sup>er</sup> octobre 2004. *Inf Psychiatr* 2005; (sous presse).
- [18] Senon JL. Commission d'enquête sur les internements sous contrainte. *Forensic* 2004;17:9.
- [19] Senon JL. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evol Psychiatr (Paris)* 2005;70:117–30.
- [20] Senon JL, Lafay N, Papet N, Manzanera C. Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire. In: *Revue pénitentiaire et de Droit Pénal*. Cujas; 2000. p. 506–23.
- [21] *Troubles psychiatriques en prison : huit détenus sur dix*. Le Quotidien du médecin, 10 décembre 2004, 7650, 13.
- [22] Wacquant L. *Les prisons de la misère*. Raisons d'agir, 1999.