

<http://champpenal.revues.org> Revue publiée avec le concours du Centre National de la Recherche Scientifique

Tome II
Responsabilité / Irresponsabilité pénale



Jean Louis SENON

Troubles psychiques et réponses pénales

Table des matières

Comment ont été conciliés les fondements du droit pénal et l'apport de la clinique psychiatrique ?
Responsabilité, liberté de vouloir, et irresponsabilité des malades mentaux : de la Rome antique aux aliénistes du XIX^e
siècle
Evolution de la responsabilité en droit pénal
La médicalisation de la responsabilité
Enseignement de l'expertise psychiatrique au XIX^e siècle
Comment entendre les critiques actuelles apportées à l'exercice de la psychiatrie publique en France ayant rapport
avec la situation des prisons?
Une psychiatrie publique liberticide ?
Une psychiatrie publique par trop libérale, faisant des prisons les asiles de la république ?
Qu'en est-il de la diminution avancée des irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 al 1 du Code
pénal ?
L'orientation du détenu malade mental
Qu'en est-il en droit pénal comparé des conséquences de l'irresponsabilité pénale ?
Conclusion : A la recherche renouvelée d'un difficile équilibre entre santé, justice et social

Texte intégral

« Pour deux raisons la folie nous rend irresponsable, parce qu'elle nous désassimile et parce qu'elle nous aliène, parce qu'elle nous fait étranger à notre milieu et parce qu'elle nous fait étranger à nous même. Elle refond le moi, bien que, le plus souvent, elle le fasse tomber du côté où il penchait déjà, et le moi nouveau qu'elle lui substitue a pour essence d'être insociable... Voilà pourquoi nos principes défendent de punir le fou... Toute folie est une extravagance qui nous isole d'autant plus qu'elle est fixée, consolidée et chronique. » (*Tarde, La philosophie pénale, 1890, p 113-114*).

Pour traiter des rapports entre troubles psychiques et réponses pénales sous le regard de l'œuvre de Gabriel Tarde, nous nous questionnerons en plusieurs temps :

- comment ont été conciliés les fondements du droit pénal et l'apport de la clinique psychiatrique ?
- comment entendre à l'époque actuelle les critiques exprimées sur le désengagement de la psychiatrie ?

- qu'en est-il des réponses psychiatriques et pénales aux sujets malades mentaux irresponsabilisés ?

Comment ont été conciliés les fondements du droit pénal et l'apport de la clinique psychiatrique ?

Responsabilité, liberté de vouloir, et irresponsabilité des malades mentaux : de la Rome antique aux aliénistes du XIX^e siècle

Gabriel Tarde, dans la Philosophie pénale, rappelle que « la responsabilité a comme fondement la liberté du vouloir ». Responsabilité, liberté ou libre arbitre et volonté ont toujours été étroitement liés dans l'appréciation de la capacité du sujet à répondre de ses actes répréhensibles. Comme le présente D Bouley dans une remarquable synthèse historique et philosophique, « la responsabilité reste un concept intimement lié à une certaine façon de penser les rapports entre les individus, ses comportements et la société ¹. En ce sens la responsabilité de chaque individu est un des fondements de la société à laquelle il appartient et toute société peut se décrire par la façon dont elle détermine la responsabilité pénale de ses membres. De tous temps, l'appréciation de la responsabilité pénale de l'individu a oscillé entre deux positions extrêmes : ne prendre en compte que le crime dont la sanction est la conséquence automatique ou à l'opposé fixer le regard sur l'individu et apprécier sa volonté libre.

Michel Villey ² rappelle que la responsabilité objective apparaît dans ses premières définitions dans le droit romain durant le premier siècle de la République : « Est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non d'un acte de sa volonté libre ». C'est à l'époque d'Hadrien (76-138) que s'affirme le principe selon lequel on doit prendre en compte la volonté de l'auteur et non pas seulement le résultat du crime. Le dol est alors défini comme volonté mauvaise et désir de nuire et l'incapacité dolosive rend le crime non imputable aux impubères ou aux fous. Après des siècles marqués par l'emprise chrétienne bien synthétisée par la pensée de Saint Augustin qui affirme dans les confessions que « la conscience d'avoir une volonté propre est à l'origine du péché », c'est au siècle des lumières qu'est prise en compte la capacité de l'agent et non plus la faute commise vis-à-vis de la justice divine.

Kant, en faisant l'hypothèse de l'autonomie de la volonté trace la voie des définitions de l'imputabilité et de la responsabilité. En définissant la raison pratique, raison que l'homme éprouve dans la conscience du devoir, Kant suggère que le pouvoir de discerner et d'avoir un comportement adapté, impose la jouissance du libre arbitre ³. Dans ce cadre, la responsabilité suppose l'implication d'un sujet libre et disponible qui se reconnaît dans un acte intentionnel et délibéré. Comme le souligne D. Bouley, « le principe du vouloir est pour Kant l'unique source de la valeur morale d'une action » ⁴. En ce sens la responsabilité a bien comme fondement la liberté de vouloir telle que la définit Gabriel Tarde.

Evolution de la responsabilité en droit pénal

La responsabilité pénale en droit pénal européen a connu toute une évolution des théories classiques, à l'école positiviste puis néo-classique avant d'éclairer l'imputabilité et la culpabilité par les positions de la défense sociale nouvelle. Le droit classique se retrouve dans le Code pénal français de 1791 puis de 1810 comme dans le Code bavarois de 1813. Il fait le postulat du libre arbitre qui est le pré-supposé de toute incrimination. La responsabilité dans le Code pénal de 1810 est objective et calculée d'après la nature de l'infraction et non d'après la personnalité de

son auteur⁵. Le Code pénal de 1810 stipule dans son article 64 qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action. Dans cette approche, comme le rappellent Merle et Vitu⁶, la folie est assimilée avec certitude à une maladie mentale aliénante de l'esprit, exclusive du discernement et de la liberté de décision. La conséquence en est l'irresponsabilité du dément. Il est fondamental de rapprocher cette formulation de l'article 64 de la promulgation de la loi du 30 juin 1838 qui prévoit l'internement des malades mentaux, éventuellement sous le régime du placement d'office dans un asile d'aliéné. Les députés concevaient le rapport entre troubles psychiques et réponses pénales de façon dichotomique : responsables-incarcérés et irresponsables-internés. Plus que cela et dans cette logique, la loi de 1838 ne prévoit aucune mesure spéciale pour les conditions d'internement de l'aliéné délinquant, qui subi donc les mêmes conditions d'hospitalisation que l'aliéné non délinquant.

La théorie positiviste dans le sillage des travaux de Ferri et de Garofalo, dénie le libre choix. Tout comportement humain est déterminé et doit être étudié sous le regard du milieu, de l'hérédité et des tendances innées. Comme le schématise Michel Bénézech, « la liberté n'est qu'une illusion et les hommes sont agis même lorsqu'ils croient être libres »⁷. A la responsabilité morale se substitue la responsabilité sociale ou légale. La théorie néo-classique se veut intermédiaire entre le libre choix et le positivisme. Dans sa perspective la liberté existe mais de façon inégale et il faut essayer de doser la liberté individuelle pour juger l'homme. En France, l'article 64 avait été complété le 12 décembre 1905 par la circulaire Chaumié où il s'agissait pour l'expert psychiatre de « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité », introduisant ainsi la nouvelle catégorie des anormaux mentaux non irresponsables. La défense sociale nouvelle s'est initialement beaucoup centrée sur la protection sociale : elle demandait la mise en place de mesures de sûreté pour les anormaux et les multirécidivistes. Gramatica fonde l'appréciation de la responsabilité pénale sur les données subjectives de l'inculpé et non sur l'infraction. La société doit tout faire pour que le délinquant ne récidive pas.

La médicalisation de la responsabilité

La médicalisation de la responsabilité est antérieure à la naissance de la psychiatrie en tant que spécialité médicale dans « La philosophie de la folie » du trop méconnu Joseph Daquin de Chambéry, parue en 1791, ou le traité fondamental de J.C. Reil « Rhapsodie sur les méthodes de thérapeutique psychique applicables aux troubles mentaux » où pour la première fois le terme de « psychiaterie » est employé en 1803. Au XVIII^e siècle, Zacchias, médecin légiste, revendique effectivement un examen médical pour chaque fou ainsi qu'une exonération de peine rendant possible des soins. Pinel et les révolutionnaires de 1789 avaient déjà attiré l'attention des médecins sur les aliénés criminels à leur sens trop négligés par la médecine et la psychiatrie : « Ces aliénés loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante »... « Les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié doivent être soignés dans des asiles spéciaux »⁸. Pinel propose un « traitement moral » de l'aliénation... au moment où le droit pénal approfondit la notion d'élément moral des infractions⁹... Esquirol et Georget affirment la folie en tant que maladie sans en oublier les passages à l'acte médico-légaux : « Les passions arment une main homicide..., les aliénés attentent à la vie de leur semblable ; les uns devenus très susceptibles, très irritables, dans un accès de colère, frappent, tuent les personnes qui les contrarient ou dont ils croient être contrariés ; ils tuent les personnes qu'ils prennent à tort ou à raison pour des ennemis dont il faut se défendre ou se ranger, les autres trompés par des illusions des sens ou des hallucinations, obéissent à l'impulsion du délire »... « Quelques-uns tuent, motivent leur affreuse détermination, raisonnent leur action et ont la conscience du mal qu'ils commettent. Quelques autres sont des instruments aveugles d'une impulsion involontaire, instinctive qui les pousse au meurtre »... Depuis la naissance de la clinique, comme en témoignent ici les écrits d'Esquirol et Georget, le problème des passages à l'acte criminels des

malades mentaux s'est toujours posé en psychiatrie¹⁰. C'est dans ce contexte que Georget développe en 1825 le concept de monomanie homicide et avance l'impérieuse nécessité d'une expertise psychiatrique pour évaluer la responsabilité pénale de tout criminel. La monomanie sera balayée cinq ans après ; mais depuis, une expertise psychiatrique est réalisée dans chaque affaire criminelle.

Enseignement de l'expertise psychiatrique au XIX^e siècle

Les aliénistes des XVIII^e et XIX^e siècles ont développé un intérêt marqué pour la psychiatrie médico-légale et criminelle. L'expertise pénale occupe une place de choix dans la pratique psychiatrique du XIX^e siècle. Tous les grands traités de clinique psychiatrique lui font une place honorable. Régis dans son traité, dont la première édition date de 1887, étudie la « capacité d'imputation » dont découle la responsabilité pénale. Cette capacité d'imputation suppose pour lui la liberté de juger et de discerner, c'est-à-dire de faire « le départ entre ce qui est bien et ce qui est mal, entre ce qui est utile et ce qui est nuisible, entre ce qui est légal et ce qui est illégal. Elle suppose aussi pour lui la liberté de se décider de se déterminer sur les motifs fournis par la faculté de juger ». Il y a irresponsabilité quand une de ces conditions psychologiques manque. Régis accepte le concept de « responsabilité semi-atténuée des semi aliénés » : dans les périodes d'incubation des maladies mentales, dans l'hystérie, l'épilepsie, et l'alcoolisme¹¹... Dide et Guiraud dans leur traité de psychiatrie développent la discussion médico-légale de l'expertise. Il s'agit bien chez l'aliéné irresponsable « d'expliquer que les troubles du jugement mis en relief dans l'étude clinique expliquent bien l'acte antisocial, qu'il s'agit là d'un symptôme clinique de la maladie »¹²... Rogues de Fursac développe de façon importante le chapitre médico-légal de son traité, notamment dans l'édition de 1923¹³. Il insiste sur le rôle de « conseiller technique » du psychiatre : « le psychiatre est absolument qualifié pour prévoir les réactions futures d'un délinquant psychiquement anormal et les effets que l'on peut attendre sur sa conduite à venir de l'indulgence ou de la sévérité... L'expert doit non seulement établir l'existence de troubles psychiques chez le sujet soumis à son examen mais démontrer que ces troubles existaient au temps de l'infraction... Rogues de Fursac insiste surtout sur l'importance d'assurer la défense sociale au moyen de mesures médicales : « j'estime en effet que l'expert n'a le droit de déclarer irresponsable un individu que s'il peut proposer des mesures d'ordre médical suffisantes pour assurer la défense sociale, soit en modifiant au moyen d'une thérapeutique appropriée le psychisme du sujet, soit en l'internant dans un asile d'aliéné avec la certitude que son état mental permettra de l'y conserver aussi longtemps que persistera chez lui l'état dangereux ». Gilbert Ballet pour sa part soutient la position de Jules Falret selon laquelle il n'y a point de responsabilité partielle pour les aliénés : le code oppose justement la responsabilité des hommes sains d'esprit et l'irresponsabilité des aliénés. Pour Gilbert Ballet, toutes les psychoses confirmées entraînent l'irresponsabilité pénale »¹⁴. Pour tous les psychiatres de la première moitié du XIX^e siècle, la schizophrénie est devenue le modèle de la maladie mentale irresponsabilisante. L'expert doit rechercher avec attention l'injonction hallucinatoire, l'automatisme mental et le syndrome d'influence. La mise en évidence du délire paranoïde est la base de l'analyse clinique s'orientant vers l'irresponsabilité du sujet.

Comment entendre les critiques actuelles apportées à l'exercice de la psychiatrie publique en France ayant rapport avec la situation des prisons ?

Tous les pays industrialisés ont connu depuis les années 1960 un important courant de désinstitutionnalisation psychiatrique visant à promouvoir une psychiatrie ambulatoire en fermant les hôpitaux-asiles. Il en est ainsi des Etats-Unis où la désinstitutionnalisation a été majeure, tout comme en Italie où les hôpitaux psychiatriques ont été fermés. Il faut noter que si la France, comme tous les pays occidentaux, s'est engagée depuis la libération dans un courant de désinstitutionnalisation, elle a mis en place et maintenu un dispositif de soins psychiatriques publics de secteur qui organise dans chaque département des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en apportant des soins au plus près des besoins des malades mentaux. En dépit de la période de pénurie

préoccupante en psychiatres et en soignants que connaît actuellement l'hôpital public français, la psychiatrie de secteur a dans l'ensemble maintenu sur tout le territoire national ce dispositif de soins que nombre de pays industrialisés nous envient. Depuis la loi de 1994, les secteurs de psychiatrie générale interviennent dans les établissements pénitentiaires de leur ressort géographique en complément de l'action des SMPR, secteurs médico-psychologiques régionaux implantés au nombre de deux à trois par région pénitentiaire et proposant des soins de jour, para-hospitaliers, dans un quartier spécialisé de l'établissement pénitentiaire de leur implantation ¹⁵.

Les critiques actuelles apportées à l'exercice de la psychiatrie publique dans notre pays sont à prendre en compte pour étudier les rapports contemporains entre troubles psychiques et réponses pénales. Ces critiques, venant des politiques comme des associations de malades et de familles, et relayées par la presse, vont dans deux sens opposés :

- la psychiatrie est plus que jamais liberticide : les hôpitaux psychiatriques sont trop dotés en lits et les hospitalisations sous la contrainte trop fréquentes ;
- la psychiatrie est par trop libertaire : l'hôpital psychiatrique est trop ouvert, les prisons sont devenues des asiles et le malade mental irresponsabilisé échappe tout autant aux soins qu'à la justice ;
- A ces deux critiques opposées s'ajoute celle de la mutation des pratiques des experts avec la diminution avancée des irresponsabilités pénales prononcées en application de l'article 122-1 al 1 du Code pénal et des ses conséquences sur l'orientation du détenu malade mental.

Une psychiatrie publique liberticide ?

A l'appui de la première thèse avançant le fait que la psychiatrie est par trop liberticide, les arguments s'appuient sur la constatation que le nombre d'hospitalisations sous la contrainte ne fait que croître, passant de plus de 20.000 hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) prononcées en 1985, à plus de 40.000 en 1994 pour atteindre près de 60.000 en 2003. Les HDT représentent actuellement 14% des hospitalisations en psychiatrie contre 11% en 1990 et le bilan des commissions départementales des hospitalisations souligne « une banalisation abusive des HDT en urgence ». Le nombre des hospitalisations d'office reste par contre relativement stable aux alentours de 5.000 depuis 1985. Dans le même temps, le nombre des lits d'hospitalisation à temps complet a été divisé par trois en un quart de siècle et la durée moyenne de séjour est passée de 250 jours en 1970 à moins de 33 jours en 2000. La file active des patients suivis en psychiatrie ne fait aussi que croître témoignant de l'augmentation constante des demandes et de l'élargissement des missions confiées aux équipes soignantes. Au-delà de l'augmentation dénoncée des HDT dans notre pays, nos parlementaires s'inquiètent aussi de la menace pour la liberté individuelle que représentent les sorties d'essai des malades mentaux : « les sorties d'essai sont utilisées comme obligation de soins en ambulatoire sans qu'aucun cadre légal ne garantisse les droits de la personne malade ». ¹⁶ Il est alors fait référence à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, qui en établissant les droits de la personne malade, fait du consentement de celle-ci la pièce centrale de la relation médecin-malade et la meilleure protection de la liberté individuelle ¹⁷. Le Sénat vient de s'émouvoir de cette constatation en proposant une commission d'enquête sur ces pratiques de la psychiatrie publique et G. Hache estimait au parlement que « la représentation parlementaire se trouve face à une menace pour les droits de l'homme » ¹⁸.

Une psychiatrie publique par trop libérale, faisant des prisons les asiles de la république ?

La thèse opposée est aussi soulignée par nos élus : le rapport Foch constatait en 1999 que « la prison est finalement souvent le seul lieu d'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves »¹⁹. Régulièrement la presse nationale dénonce le fait que les prisons accueillent une très grande proportion de malades mentaux : les chiffres cités vont jusqu'à laisser supposer que 50 à 60 % de la population pénale seraient dans notre pays constituée de personnes détenues présentant des troubles psychotiques ! Pour débattre de ce problème, il est essentiel de se centrer dans un premier temps sur les pathologies psychiatriques reconnues, appartenant à l'axe I des classifications internationales que ce soit le DSM IV ou la CIM 10. Il faut en particulier se focaliser sur les psychoses chroniques et notamment sur la schizophrénie, les idées souvent avancées par la presse nationale étant que les psychotiques chroniques s'accumulent dans la prison, faute d'avoir des réponses sanitaires adaptées par les hôpitaux psychiatriques.

Pour étudier les pathologies présentées en détention en France, on peut actuellement s'appuyer sur deux à trois études françaises et surtout sur une méta-analyse internationale qui vient d'être publiée. Une recherche importante sera validée au début de l'année 2005.

L'équipe du SMPR de Toulouse a réalisé une étude comparative de la population pénale de la maison d'arrêt et du centre de détention proche²⁰. À la maison d'arrêt et de Toulouse, Gallet et al retrouvaient en 1998-99, 17 psychotiques chroniques représentant 3,5 % des détenus. Sur le plan diagnostique il s'agissait de schizophrènes dans trois cas sur quatre, et de paranoïaques pour le quart restant. Dans 46 % des cas, ces détenus avaient des antécédents psychiatriques. 66 % étaient incarcérés pour la première fois et il faut surtout noter que, dans 31 % des cas, les délits été révélateurs de la psychose. Dans 23 % des cas, le diagnostic de psychose été porté pour la première fois. L'étude réalisée à la même époque au CD de Muret retrouvait 4,6 % des détenus présentant une psychose chronique. Dans trois cas sur quatre il s'agissait de schizophrénie et pour le quart restant de psychose paranoïaque. 38 % des détenus présentaient des antécédents psychiatriques. Dans 63 % des cas, il s'agissait de la première incarcération. Pour les schizophrènes il s'agissait dans 80 % des cas du meurtre d'un proche. Il est important de noter que sur cette population pénale de moyennes et longues peines, dans 51 % des cas, le délit révèle la psychose (il s'agissait d'un meurtre dans 55 % des cas, et de viols dans 27 % des cas). Pour 82 % de ces détenus malades, il s'agissait de la première incarcération et dans 36 % des cas, l'acte été commis sur un proche.

Benoit Dauver retrouve sur le CD de Caen, où il est étudiée une population de 400 détenus, sensiblement les mêmes chiffres pour ce qui concerne les psychoses chroniques très légèrement supérieures à 4 %²¹. Dans l'évaluation des SMPR réalisée par la DRESS en 2001, sur 1100 sujets il est retrouvé 50 % de « troubles psychiatriques », mais en notant bien que les symptômes les plus fréquents sont l'anxiété les troubles anxiodépressifs et les troubles de l'adaptation. Dans cette étude, il était rapporté que 40 % des détenus avaient des antécédents.

Une importante méta-analyse a été réalisée par l'équipe d'Oxford et de Cambridge dirigée par Senna Fazel et John Danesh²². Ils passent en revue 62 publications internationales portant sur 22.790 détenus de 12 pays occidentaux ayant une moyenne d'âge de 29 ans et qui sont des hommes dans 81 % des cas. Si les résultats de cette méta-analyse sont loin des propos caricaturaux et alarmants de la presse nationale de ces derniers mois, ils sont néanmoins préoccupants, retrouvant 4 à 10 fois plus de pathologies psychiatriques dans les établissements pénitentiaires que dans la population générale, alors que les prisons sont partout sous-dotées en soignants. Pour mémoire il ne faut pas oublier que des chiffres identiques ont toujours été retrouvés dans les lieux où se concentrent les populations

précarisées, comme les foyers d'hébergement par exemple. Fazel et Danesh retrouvent 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 constatent respectivement 4 % de psychoses chroniques, 12 % de troubles dépressifs et 42 % de troubles de la personnalité, avec 21 % de personnalités antisociales. En ce qui concerne les psychoses chroniques chez les hommes prévenus, les auteurs constatent une dispersion très relative dans les études publiées validées : de 5 % dans le travail de Roesch à 2 % dans celui de Powell. Chez les femmes, les fourchettes pour les psychoses chroniques sont comprises entre 3 et 5% de la population pénale de femmes détenues. Fazel et Danesh font une comparaison avec la population générale : quatre fois plus de psychoses ou de dépressions dans la prison et 10 fois plus de personnalités antisociales au sens du DSM IV. En dépit de droits pénaux très différents et d'organisations médico-socio-psychiatriques très hétérogènes, les chiffres retrouvés par la méta-analyse publiée dans le Lancet sont suffisamment homogènes pour penser qu'il s'agit là d'un problème commun à tous les pays industrialisés : comment répondre au mieux aux besoins de soins psychiatriques des établissements pénitentiaires ? Comment établir dans une société démocratique un équilibre satisfaisant entre psychiatrie, prison et hébergement social ? Peut-on aller plus loin dans la fermeture des lits hospitaliers de psychiatrie comme dans celle des foyers d'hébergement ? Quelle réponse donner aux délinquants présentant des personnalités psychopathiques ? ²³

On peut donc synthétiser l'ensemble de ces éléments de la façon suivante :

- il est retrouvé dans les établissements pénitentiaires entre 3 et 8% de psychoses chroniques, en notant que dans près de 50 % des cas le délit ou le crime sont révélateurs de la psychose ;
- les troubles dépressifs représentent aux alentours de 10 à 30 % des détenus ; dans la plupart des cas il s'agit de troubles de l'adaptation anxiodépressifs mais aussi d'épisodes dépressifs majeurs au sens du DSM IV, bien compréhensibles quand on prend en compte le choc de l'incarcération et du développement de l'affaire pénale ;
- l'alcoolisme est retrouvé chez 20 à 40 % des détenus, ces mêmes chiffres sont validés pour ce qui concerne les toxicomanies ;
- un problème de fond est celui des personnalités antisociales et de la psychopathie en particulier, qui dans la plupart des études représentent entre 30 et 60 % des personnes détenues, avec une part importante de délits et crimes récidivants.

Qu'en est-il de la diminution avancée des irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 al 1 du Code pénal ?

Le nombre des psychotiques chroniques incarcérées 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. Si la diminution des irresponsabilités pénales est particulièrement nette en un quart de siècle en prenant par exemple comme référence l'évolution entre 1975 et 2004, il convient par contre de nuancer cette affirmation pour ce qui

concerne l'évolution de ces 10 à 15 dernières années.

En reprenant les chiffres communiqués par l'IGASS et l'IGSJ²⁴, le pourcentage des dossiers criminels évoluant vers une irresponsabilité a connu l'évolution suivante : 0,46 % en 1987, 0,51% en 88, 0,67% en 89, 0,55% en 90, 0,51% en 91, 0,72% en 92, 0,61% en 93, 0,51% en 94, 0,46% en en 95, 0,42% en 96, 0,28% en 97 et 0,45% en 1999.

En reprenant les chiffres de l'Annuaire Statistique de la Justice (ASJ, 2004)²⁵ on peut retrouver les chiffres suivants :

- nombre de dossiers classés sans suite pour irresponsabilité pénale : 2885 en 1999, 3157 en 2000, 3186 en 2001, 3292 en 2002, et 3708 en 2003 ;
- nombre de dossiers classés sans suite pour état mental déficient : 5356 en 1999, 5431 en 2000, 5359 en 2001, 5773 en 2002, et 6096 en 2003 ;
- les non-lieux pour irresponsabilité pénale ont évolué depuis 1998 de façon linéaire : 211 dossiers en 1998, 286 dossiers en 1999, 287 dossiers en 2000, 299 en 2001, et 285 dossiers en 2002.

S'agissant du faible pourcentage de dossiers d'irresponsabilité par rapport au volume des dossiers traités par les tribunaux de grande instance ou par les cours d'assises, il convient d'être très prudent dans l'exploitation des chiffres en prenant en compte la taille réduite de l'échantillon par rapport au nombre total de dossiers gérés par la justice pénale, de la présentation au parquet, jusqu'au jugement.

L'orientation du détenu malade mental

L'orientation vers des soins appropriés du détenu malade mental est une des missions essentielles des équipes de psychiatrie de secteur intervenant dans la prison comme des SMPR²⁶.

Pour cette orientation, il est indispensable de prendre en compte les « verrous régulateurs » entre prison et hôpital psychiatrique pour les détenus malades mentaux qui sont déterminés par le Code pénal et le Code de procédure pénale :

- le Code pénal de 1994 dans son article 122-1 prévoit l'irresponsabilité pénale comme abolition du discernement. Il comporte deux alinéas :

- N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou

neuro-psychique ayant aboli son discernement.

- 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.

- le Code de procédure pénale prévoit dans son article D 398 que les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique.

Cette orientation peut être schématisée de la façon suivante :

- s'il s'agit d'un prévenu en attente de son jugement, il convient que le psychiatre intervienne auprès du juge d'instruction pour qu'une expertise psychiatrique soit rapidement diligentée. Trois cas sont alors possibles :

- l'expert reconnaît une irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal : si le juge d'instruction ne sollicite pas de contre-expertise, un non lieu est prononcé et le dossier est transmis au préfet qui peut, au vu de l'expertise, (et souvent d'un certificat médical réglementaire), signer un arrêté d'hospitalisation d'office réalisée dans le secteur d'appartenance de la personne malade ;
- l'expert conclue à la responsabilité auquel cas les soins sont donnés en détention si le détenu est consentant (en ambulatoire ou si l'état le nécessite après admission dans un SMPR) ; si le détenu n'est pas consentant il peut être fait application de l'article D 398 du Code de procédure pénale qui prévoit qu'un détenu malade mental peut être hospitalisé d'office sur le secteur psychiatrique ;
- si l'expert est en faveur d'une responsabilité atténuée selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal aucune mesure spécifique ne peut être envisagée et l'on se retrouve dans le cas précédant de la responsabilité totale. Souvent même, la cour d'assises peut prononcer de façon paradoxale des peines plus lourdes, le jury cherchant à protéger la société face à une personne considérée comme responsable mais néanmoins malade mental et donc en risque de récidive. C'est là un des problèmes majeurs que connaît notre pays pour ce qui concerne les réponses pénales aux troubles psychiques.

- S'il s'agit d'un condamné aucune nouvelle procédure d'expertise n'est possible. Deux cas sont possibles :

- Si le détenu malade mental est consentant, il fait l'objet, selon son état clinique soit de soins ambulatoires par

l'équipe de secteur intervenant dans la prison, soit il est proposé à l'admission du SMPR de la région. Si son état n'est pas compatible avec l'admission au SMPR, il est fait application de l'article D 398 CPP et il est hospitalisé d'office sur le secteur de rattachement ou l'UMD.

- Si le détenu malade n'est pas consentant, il est fait application à son égard de l'article D 398 CPP et il est hospitalisé d'office sur le secteur ou en UMD.

Ces procédures d'orientation du détenu malade mental sont souvent difficilement applicables. Obtenir une hospitalisation d'office en application de l'article D 398 CPP se révèle souvent bien difficile du fait de la réticence des préfets ou plus souvent encore de celles des secteurs ne disposant pas le plus souvent de services adaptés à l'accueil d'un malade mental judiciarisé, surtout si le sujet a été reconnu responsable et condamné, et si des mesures particulières de surveillance doivent être prises, en particulier pour éviter une évasion.

De la même façon, l'admission est difficile dans les SMPR, souvent surencombrés et se limitant à l'admission de détenus de leur établissement d'implantation consentant à leurs soins. Les UMD sont des réponses imparfaites, ces structures fonctionnant avec des listes d'attente de plusieurs mois.

C'est une des raisons pour lesquelles ministère de la Justice et ministère de la Santé ont prévu de créer des unités hospitalières accueillant des détenus malades, les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) qui devraient être implantées dans les hôpitaux psychiatriques selon le même procédé que les UHSI pour les pathologies médicales : unités interrégionales de soins aux détenus malades mentaux soignés par un personnel hospitalier volontaire de l'hôpital psychiatrique et surveillé par des pénitentiaires. Ces UHSA devraient compléter les unités pour malades difficiles qui répondent mal aux besoins des établissements pénitentiaires du fait de leur longue liste d'attente. En plus de Sarreguemines, Villejuif, Cadillac, et Montfavet, une nouvelle UMD doit être implantée à Plouguernevel en Bretagne.

Qu'en est-il en droit pénal comparé des conséquences de l'irresponsabilité pénale ?

Un récent rapport du Sénat rappelle que toutes les législations européennes retiennent l'irresponsabilité pénale du malade mental²⁷. En Allemagne, le code pénal ne retient pas la culpabilité des personnes atteintes de troubles mentaux ; elles ne font pas l'objet d'une sanction mais d'une mesure de sûreté. L'irresponsabilité est envisagée dans l'article 20 du Code pénal allemand et l'imputabilité atténuée est reliée à une capacité amoindrie de discernement entraînant une réduction facultative de peine. En Espagne, l'irresponsabilité pour troubles mentaux est établie par l'article 20 du Code Pénal, l'article 21 envisageant la responsabilité atténuée avec réduction automatique de peine. En Italie l'article 88 du Code Pénal établit l'irresponsabilité pénale pour maladie mentale. L'article 95 envisage de façon originale l'irresponsabilité pour intoxication chronique. Aux Pays-Bas, l'article 39 établit l'irresponsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les conséquences de l'irresponsabilité pénale des délinquants malades mentaux peuvent amener à deux situations différentes en législation comparée :

- dans un premier cas, le juge est dessaisi au profit de la juridiction administrative qui peut prononcer ou non un internement. Dans ce cas le juge pénal n'intervient pas après le non-lieu.
- dans un deuxième cas, le juge pénal conserve après le non-lieu le pouvoir de décider des mesures appliquées au délinquant malade mental, tant pour la durée que la nature des soins.

Dans une étude de droit pénal et sanitaire comparé, il apparaît que toutes les législations étudiées sauf la France, donnent au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux. En Allemagne le tribunal peut prononcer à l'encontre des malades mentaux délinquants une mesure de rééducation et de sûreté : mesures éducatives variées, mesures curatives parmi lesquelles le placement dans un hôpital psychiatrique ou désintoxication ou encore des mesures protectrices comportant des interdictions professionnelles. Le tribunal peut, en Allemagne, prononcer le placement du délinquant malade mental en hôpital psychiatrique dans certaines conditions : danger pour la collectivité, vraisemblable (et non possible) récurrence ou danger directement lié à l'état mental. 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 les autres peines. Le code pénal espagnol prévoit que la durée de placement ne peut dépasser la peine de prison qui aurait été encourue. En Italie de 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. Aux Pays-Bas, le tribunal peut prononcer pour les personnes irresponsabilisées soit un placement en hôpital psychiatrique quand le danger pour eux-mêmes ou la collectivité est confirmé, 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 mettre simplement en liberté.

Conclusion : A la recherche renouvelée d'un difficile équilibre entre santé, justice et social

Toutes les sociétés démocratiques connaissent le même problème. Il leur faut toujours rechercher un nouvel équilibre entre santé, justice et social, c'est-à-dire entre la prison, l'hôpital psychiatrique et l'hébergement socioéducatif. Notre pays comme tous les autres connaît une situation de crise dans ses établissements pénitentiaires, crise favorisée par la surpopulation pénale actuelle. L'opinion publique, qui accuse la psychiatrie d'être libéricide face à ses malades mentaux, la met en cause comme démissionnant face aux personnes présentant notamment des psychoses chroniques, retrouvées en trop grand nombre dans les établissements pénitentiaires. Pour les détenus malades mentaux n'ayant pas été reconnus irresponsables au moment des faits, comment limiter la surpénalisation actuelle et apporter des soins adaptés, dignes de notre démocratie ?

Il se pose aussi en France, comme dans tous les pays industrialisés, le problème majeur de la réponse aux délinquants présentant, en dehors de toute pathologie psychiatrique évolutive au sens clinique du terme, des troubles de la personnalité de type psychopatique, à l'origine de crimes et délits récidivants : comment pour ceux-ci punir et soigner aux limites des connaissances thérapeutiques et en respectant éthique et déontologie ?

Pourtant, depuis la création de la clinique au décours de XIXe siècle, la psychiatrie publique est dans notre pays restée très présente dans la prison, avec la mise en place des secteurs médicopsychologiques régionaux depuis les années

1970 et surtout dans son rôle moteur pour la mise en place de la loi de 1994, qui fait que les hôpitaux remplissent toutes les missions de soins dans les établissements pénitentiaires. Depuis 1994, le secteur de psychiatrie générale intervient dans de la prison au titre de ses missions régulières et les SMPR ont la possibilité d'admettre des détenus présentant des troubles mentaux pour autant qu'ils soient consentants quand ils relèvent d'un établissement de leur région de rattachement. Il conviendrait manifestement de conforter le dispositif de soins psychiatriques actuels dans son intervention dans la prison sans pour autant se cacher les difficultés qu'amènera la pénurie à venir dans le dispositif de soins de secteur. Assurer une meilleure liaison fonctionnelle entre les secteurs de psychiatrie générale, les UMD, les UHSA et les SMPR sera une obligation dans ces prochaines années.

Pour autant un piège restera à éviter avec une vigilance continue, celui de réduire tous troubles du comportement et tout passage à l'acte criminel au seul déterminisme psychologique ou psychiatrique et de n'entrevoir de réponse que soignante. L'augmentation des attentes de la société vis-à-vis de la psychiatrie est préoccupante et nous faut être vigilants à ne pas tomber dans une psychiatrisation de tout comportement dans une société qui, du fait de son organisation et de son évolution, est de plus en plus dure et violente vis-à-vis des siens. Deux tentations très fortes sont à éviter soigneusement²⁸ : Assimiler les crimes les plus horribles à des crimes de malades mentaux, mais aussi penser que la psychiatrie puisse soigner et protéger de toute récidive les sujets atteints de troubles de la personnalité en rapport direct avec une précarisation qui se développe.

C'est à ce prix que nous pourrons résister à la démesure et faire œuvre de justice avec pondération et humanité.

Notes

- 1 Bouley D. et al : Les fondements historiques de la responsabilité pénale, *Ann Méd Psychol* 2002 ; 160 : 396-405
- 2 Villey M. : Esquisse historique du mot responsable. *Arch Phil Droit* 1984 ; 22 : 175-182
- 3 Kant : Critique de la raison pratique. Analytique de la raison pure pratique, PUF, collection Quadrige, 1997
- 4 Bouley D.: op cité
- 5 M. Jorda. Les délinquants aliénés et anormaux mentaux, 1966, Paris
- 6 R Merle, A Vitu : Traité de droit criminel, 1967, Cujas, Paris
- 7 Addad M, Benezech M : L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux, 1978, Litec, Paris
- 8 Senon JL (1998) Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994, *Ann Med Psychol*, 156, 3, 161-198
- 9 Renneville M : Psychiatrie et prison : une histoire parallèle, *Annales Médico-Psychologiques* 162 (2004) 653-656
- 10 Senon JL, Richard D (1999) Punir ou soigner : Histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994, *revue Pénitentiaire et de Droit pénal*, 1, Janvier-mars 1999
- 11 Régis E: Précis de psychiatrie, 1923, Doin, Paris
- 12 Dide M et Guiraud P : Psychiatrie clinique, 1893, Le François, puis P Guiraud : Psychiatrie clinique, 1956, Le François, Paris
- 13 Rogues de Fursac J : Manuel de Psychiatrie, 1893, 1917 et 1923, Félix Alcan, Paris
- 14 Ballet G: Traité de pathologie mentale, 1903, Paris
- 15 Senon JL : Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique dans la prison depuis la mise en place de la loi du 18 janvier 1994, *Revue de Sciences criminelles et de Droit pénal comparé*, 1994, 3 : 509-521
- 16 Senon JL : Commission d'enquête sur les internements sous contrainte, *Forensic, Revue de psychiatrie et psychologie légale*, 16, 10, 2003
- 17 Jonas C., Senon JL : Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie, EMC référence, Elsevier, 2004, Paris
- 18 Senon JL : Commission d'enquête sur les internements sous contrainte, *Forensic, Revue de psychiatrie et psychologie légale*, 16, 10, 2003
- 19 Rapport de l'Assemblée Nationale, Commission d'enquête sur la situation des prisons françaises, J. Foch, Rapporteur, 28 juin 2000
- 20 Gallet et al Les psychotiques incarcérés, *Forensic*, 2000, 2-3, 48-52

- 21 Dauver et al Eléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au Centre Pénitentiaire de Caen, Forensic, 2002 10, 15-21
- 22 Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners : a systematic review of 62 surveys, The Lancet, 2002, 359, 545-550
- 23 Senon JL : Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité Annales Médico Psychologiques 162 (2004) 646-652
- 24 IGAS, IGSP : Rapport sur l'organisation des soins aux détenus, Juin 2001, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice
- 25 Annuaire Statistique de la Justice, Ministère de la Justice, 2004
- 26 Manzanera C, Senon JL : Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques, Annales Médico Psychologiques, 162 (2004) 686-699
- 27 Sénat de la République française : l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, documents de travail du Sénat, Série législation comparée, 2004, 132 :28
- 28 Lameyre X. Senon J. L. : Résister à la démesure, Editorial, Forensic, Revue de psychiatrie et psychologie légale, 2003, 16, 1-2

Pour citer cet article

Jean Louis SENON, « Troubles psychiques et réponses pénales », Champ pénal, *Responsabilité / Irresponsabilité pénale* mis en ligne le 15 septembre 2005. URL : <http://champpenal.revues.org/document77.html>. Consulté le 29 mai 2008.

Quelques mots à propos de : Jean Louis SENON

Professeur de psychiatrie et de psychologie médicale, Université et hôpitaux, La Miletrie, BP 587 86021 Poitiers, jean.louis.senon@univ-poitiers.fr



Article précédent



Article suivant

ISSN électronique : 1777-5272

[Plan du site](#) - [Contacts](#) - [Crédits](#)

Nous adhérons à [Revues.org](#) - Édité avec Lodel - Flux de syndication