

Santé, justice et dangers :
pour une meilleure prévention de la récidive

Rapport de la commission Santé-Justice

AVRIL 2005

MINISTERE DE LA JUSTICE
MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE

- Plan -

Introduction

I – L'évaluation de la dangerosité des auteurs d'infractions

A – Le renforcement des outils propres aux champs judiciaire et sanitaire

1 – L'outil statistique

2 – La recherche

a – La recherche en matière de dangerosité criminologique

b – La recherche en matière de dangerosité psychiatrique

3 – La formation en matière de dangerosité psychiatrique

B – L'amélioration des expertises psychiatriques et psychologiques

1 – Les experts psychiatres et psychologues

a – Les difficultés actuelles

b – Les propositions de la commission

2 – Les expertises psychiatriques et psychologiques

a – L'opportunité du recours aux expertises psychiatriques et psychologiques

b – Le contenu des expertises psychiatriques et psychologiques

C – Le développement de la psycho-criminologie

1 – L'élaboration d'une recherche en matière psycho-criminologique

2 – Le développement des formations communes en matière psycho-criminologique

3 – La création d'un centre de documentation psycho-criminologique

4 – L'instauration d'équipes ressources interrégionales

II – La prise en compte de la dangerosité dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions

A – La prise en compte de la dangerosité au moment de l'examen de la déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux et de ses suites

1 – L'article 122-1, alinéa 1, du code pénal

a – L'état du droit

b – Les limites du dispositif législatif actuel

c – L'instauration d'une audience ad hoc sur l'imputabilité des faits devant une chambre spécialisée du tribunal de grande instance

2 – L'hospitalisation d'office des personnes déclarées pénalement irresponsables pour troubles mentaux

a – La procédure

b – Les limites du dispositif actuel

c – Les propositions de la commission

B – La prise en compte de la dangerosité au moment du choix, de l'exécution et de l'aménagement de la peine

1 – La prise en compte de la dangerosité au moment du choix de la peine

a – Une meilleure intégration de l'atténuation de la responsabilité pénale pour troubles mentaux dans le prononcé de la peine

b – La nécessité d'un avis médical préalable à l'exécution d'un sursis avec mise à l'épreuve portant obligation de soins

c – L'élargissement du champ d'application de la peine de suivi socio-judiciaire.....

2 – La prise en compte de la dangerosité au moment de l'exécution de la peine

a – En milieu ouvert

b – En milieu fermé

3 – La prise en compte de la dangerosité au moment de l'aménagement de la peine.....

a – L'état du droit

b – Individualisation des peines privatives de liberté et prévention de la récidive

c – Les propositions de la commission

C – La prise en compte de la dangerosité par un suivi postérieur à l'exécution de la peine

1 – Les mesures de sûreté en milieu ouvert

a – Le placement sous surveillance électronique à titre de mesure de sûreté

b – Un suivi de protection sociale

2 – Une mesure de sûreté en milieu fermé : la création de centres fermés de protection sociale

a – L'exemple des pays étrangers.....

b – La proposition de la commission

Conclusion :

Récapitulatif des propositions de la commission

ANNEXES

- Rapport -

Introduction

L'année 2004 a été marquée par la commission de crimes particulièrement graves, perpétrés par des personnes qui, par le passé, avaient déjà eu affaire à la justice et été prises en charge par la psychiatrie. Nos concitoyens s'en sont d'autant plus émus que ces événements se sont inscrits dans le contexte d'une société de plus en plus avide de sécurité et qui, par refus de l'aléa et du risque, se caractérise par la recherche constante d'un coupable, personne physique ou institution, susceptible d'endosser la responsabilité des faits commis.

L'opinion publique a ainsi été amenée à se demander pourquoi des personnes, dont la dangerosité apparaissait manifeste, avaient été laissées ou remises en liberté par les autorités administrative et judiciaire, et pour quelle raison leur suivi médical avait été interrompu.

Par lettre du 22 juillet 2004, le ministre de la Justice et le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille ont confié à une commission Santé-Justice le soin d'étudier les voies d'amélioration de la prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions qui sont atteints de troubles mentaux* ou qui présentent un profil dangereux, et de réfléchir au suivi des personnes qui, ayant fait l'objet d'une condamnation* pénale, nécessitent un suivi psychiatrique, en particulier lors de leur détention.

Cette commission était composée de préfets, de magistrats, de médecins – psychiatres et urgentiste – d'un avocat, de parlementaires, d'une directrice d'établissement pénitentiaire* et d'un représentant du ministère de l'Intérieur¹. Le directeur des affaires criminelles et des grâces² et le directeur général de la santé³ ont assumé les fonctions de rapporteurs.

Il a été procédé à l'audition de personnalités qualifiées et à l'étude d'une importante documentation. En raison de la pluridisciplinarité de la commission, les débats furent d'un grand intérêt, reflétant les différentes approches que l'on peut avoir de la justice, de la santé publique et du milieu carcéral.

Certes, des difficultés de communication ont pu apparaître, en particulier dans l'emploi de termes techniques, problème qu'il ne semble pas inutile de relever, car il contribue trop souvent à alimenter les malentendus existant entre les professionnels de la médecine et de la justice, les médias et l'opinion publique.

¹ Direction des libertés publiques et des affaires juridiques.

² Ministère de la Justice.

³ Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, ci-après dénommé « ministère de la Santé ».

C'est donc avec le constant souci d'allier l'exactitude des mots et la clarté de l'expression à la rigueur de la pensée qu'a été rédigé le présent rapport. Il a été tenu compte à la fois de l'extrême sensibilité de nos concitoyens à l'égard du sujet traité et de la volonté légitime des acteurs de la vie sanitaire et judiciaire d'éviter les mises en cause infondées et les amalgames trompeurs, notamment quant à la notion de trouble mental.

*

En effet, il importe de ne pas confondre les différents troubles qui peuvent affecter une personne et de bien distinguer, d'une part, les troubles mentaux liés à une pathologie mentale avérée et, d'autre part, les troubles de la personnalité* et du comportement*, ces derniers n'étant pas tous du ressort de la psychiatrie.

Les troubles mentaux constituent des manifestations psychopathologiques, s'organisant le plus souvent en maladie psychiatrique aiguë ou chronique, et s'exprimant dans la sphère intellectuelle, affective et/ou comportementale. Ils relèvent de soins psychiatriques codifiés.

Les troubles de la personnalité correspondent, quant à eux, à des traits de personnalité rigides, inadaptés et responsables d'une altération plus ou moins sévère des relations sociales et professionnelles. Ces troubles peuvent être aigus, transitoires et réactionnels à une situation de conflit ou de contrainte ; ils peuvent aussi être permanents s'ils traduisent une organisation psychique particulière, caractéristique des personnalités pathologiques.

Enfin, les troubles du comportement peuvent constituer l'expression comportementale, soit d'un trouble ou d'une maladie psychiatrique, soit d'un trouble de la personnalité. Habituellement, cette terminologie est employée pour désigner un trouble aigu ou, le plus souvent, permanent, de la personnalité.

*

La question de la prévalence de l'ensemble de ces troubles dans la population carcérale est hautement symbolique et propice à toutes les interprétations. Il apparaît essentiel de disposer sur ce sujet de données scientifiques incontestées.

Selon certains observateurs, le très grand nombre de détenus* souffrant de troubles mentaux* montre la faillite ou les limites, tant du régime légal actuel de l'irresponsabilité pénale* fondée sur des troubles de cette nature, que du système de soins psychiatriques français.

D'autres en déduisent également que la prison remplit de nouveau la fonction asilaire à laquelle les réformes médico-légales du XIX^{ème} siècle avaient voulu mettre un terme.

Divers professionnels considèrent au contraire qu'il conviendrait de limiter au maximum les aménagements de peine*, et notamment les libérations conditionnelles, afin de mieux protéger la société d'individus considérés comme « *mentalement dangereux* ».

Plusieurs études ont été menées par les ministères de la Justice et de la Santé pour évaluer la proportion de personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux et pour identifier les pathologies concernées.

Dans un rapport relatif à l'organisation des soins aux détenus, daté de juin 2001⁴, les inspections générales des services judiciaires et des affaires sociales ont constaté qu'aux termes d'une enquête réalisée en 1997 sur la santé des « *entrants en prison* »⁵, 8,6% des hommes et 13% des femmes incarcérés étaient déjà régulièrement pris en charge par un service psychiatrique. 18,6% de ces mêmes entrants suivaient un traitement médicamenteux psychotrope⁶. En additionnant le nombre des malades anciennement suivis et nouvellement diagnostiqués, le pourcentage des sujets présentant à l'entrée des troubles mentaux était compris, chez les hommes, entre 14% et 25%, cette proportion pouvant atteindre 30% chez les femmes.

Une nouvelle étude épidémiologique sur la santé mentale des détenus en France menée auprès de 998 personnes, a été confiée en 2003 par les ministères de la Justice et de la Santé à une société indépendante. Les premiers résultats, communiqués au mois de décembre 2004, ont confirmé le caractère préoccupant de la situation.

Il ressort de cette analyse que plus d'un tiers des personnes détenues interrogées a consulté préalablement à son incarcération un psychologue, un psychiatre ou un médecin généraliste pour un motif psychiatrique. Parmi eux, 69,9% ont bénéficié d'un suivi psychiatrique ou psychologique régulier et 16% ont déjà été hospitalisés pour des raisons psychiatriques. Une estimation de la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale métropolitaine aboutit à constater qu'environ 14% des détenus souffrent de schizophrénie* ou de troubles psychotiques chroniques non schizophréniques. Par ailleurs, près d'un tiers des hommes rencontrés présenterait un trouble de la personnalité* de type

⁴ Inspection générale des services judiciaires/Inspection générale des affaires sociales, *L'organisation des soins aux détenus – rapport d'évaluation*, ministère de la Justice/ministère de l'Emploi et de la Solidarité, juin 2001 (voir infra I-A-1, pp. 14 et s.).

⁵ Une nouvelle enquête en la matière a été réalisée en 2003 (Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère chargé de la Santé, *La santé des personnes entrées en prison en 2003*, Etudes et Résultats n°386, mars 2005).

⁶ Produits de substitution non inclus.

psychopathe qui serait, pour la moitié d'entre eux, qualifié de moyen ou sévère⁷. 35% des détenus interrogés ont été considérés comme « *manifestement ou gravement malades* » et un entretien sur cinq a débouché sur une procédure de signalement auprès de l'équipe soignante.

Il importe de préciser que, l'exploitation des résultats n'étant pas achevée, ces données sont encore provisoires, et devront être mises en perspective avec d'autres études⁸.

*

En dépit des analyses précitées, tous les psychiatres auditionnés par la commission se sont montrés sceptiques quant à l'existence d'une corrélation entre criminalité et troubles mentaux.

Ainsi, selon l'étude de M. HÄFNER et M. BÖDER⁹, « *le risque de passage à l'acte violent est sensiblement identique dans la population présentant une maladie mentale et dans la population générale : les actes imputables aux personnes souffrant de ces troubles représentant 3% des actes violents et 5,6% des (homicides)* »¹⁰. Il ressort de nombreux travaux internationaux qu'il faut en outre pondérer ces chiffres en prenant en considération les éléments de désocialisation et de précarisation, qui multiplient par plus de 10 le risque de passage à l'acte violent¹¹. De fait, dans une étude publiée en 2004, Sheilagh HODGINS¹² démontre que la violence des individus présentant une schizophrénie dépend en réalité de plusieurs paramètres : la prise d'alcool, la consommation de drogues, les troubles de la personnalité de type psychopathe et, surtout, la rupture dans la prise en charge avec arrêt du traitement. Une revue de la littérature¹³ rappelle également que l'abus de substances et les antécédents de violence, que cette dernière ait été commise ou subie, constituent un des facteurs prépondérants¹⁴ de passage à l'acte criminel, que la personne soit, ou non, atteinte de schizophrénie.

⁷ Il convient de noter que ces données correspondent à des taux moyens calculés à l'échelle nationale. On observe ainsi une concentration de ces difficultés en certains lieux, en particulier dans les maisons centrales (55% des détenus en maison centrale présenteraient un trouble d'ordre psychotique).

⁸ Voir, par exemple, Magali COLDEFY, Patricia FAURE et Nathalie PRIETO, *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*, Etudes et Résultats n°181, juillet 2002 – Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la santé ; Seena FAZEL et John DANESH, *Three serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*, The Lancet, February 16, 2002, p. 545.

⁹ H.HAFNER et W. BODER, *Crimes of violence by mentally ill offenders*, Cambridge – University press, 1982.

¹⁰ Jean-Louis SENON, *Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne*, Congrès de l'information psychiatrique, 1^{er} octobre 2004.

¹¹ Ibid.

¹² Sheilagh Hodgins, Micheline Lapalme, Jean Toupin, *Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a two-year follow-up*, Journal of affective disorders, n°55, 1999.

¹³ Elisabeth WALSH, A. BUCHANAN et Thomas FAHY, *Violence and schizophrenia : examining the evidence*, British J Psychiatry, 2002.

¹⁴ Si le rôle crucial joué par la consommation d'alcools et de toxiques dans le passage à l'acte n'est pas nouveau, il doit néanmoins être rappelé et faire l'objet d'actions de prévention (II-Introduction, pp.

La société, largement influencée par le discours médiatique, associe donc à tort la folie des actes criminels particulièrement graves à celle de leur auteur, et a de ces derniers une représentation qui repose sur des présupposés aussi partiels que contestables.

Ainsi, l'opinion publique omet que les personnes atteintes de troubles mentaux sont aussi des sujets vulnérables, victimes d'autrui, qui ont besoin d'être protégés et accompagnés. En outre, aucun des individus mis en cause dans les affaires récemment divulguées par la presse n'a été considéré comme souffrant de troubles tels qu'ils auraient aboli son discernement au moment des faits.

Constatant que tous les délinquants et criminels souffrant de troubles mentaux ne présentent pas un état dangereux et, qu'inversement, tous les individus dangereux ne sont pas atteints de maux de cette nature, il a donc paru opportun à la commission de réfléchir de manière approfondie au concept de dangerosité des auteurs d'infraction.

En effet, « *la notion de dangerosité occupe à l'heure actuelle un rôle prépondérant en matière de justice pénale au point de constituer l'un des critères sur lesquels les magistrats, voire les autorités administratives, fondent leurs décisions portant sur la privation de liberté* »¹⁵.

Aussi relative que plurielle, cette notion est complexe.

D'une part, elle repose sur un système de valeurs et de normes s'inscrivant dans une société déterminée, et donc variable dans le temps, comme dans l'espace. En outre, l'état de dangerosité d'un même individu ne présente pas nécessairement un caractère permanent et linéaire, mais peut au contraire être transitoire, s'atténuer, voire disparaître ou croître.

D'autre part, la dangerosité d'une personne revêt différentes formes : elle peut être d'ordre criminologique et/ou psychiatrique.

Dans son acception criminologique, la dangerosité peut se définir comme « *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une*

37-38), comme d'évaluations individuelles lors des suivis judiciaires, sociaux, médicaux et psychologiques.

¹⁵ Dominique GIOVANNANGELLI, Jean-Philippe CORNET, Christian MORMONT, *Etude comparative dans les 15 pays de l'Union européenne : les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels*, Programme STOP de la commission européenne, Université de Liège, septembre 2000.

infraction contre les personnes ou les biens »¹⁶. L'évaluation de l'état dangereux se confond alors avec le pronostic de la réitération* et de la récidive*.

Plus précisément, il importe de ne pas confondre la dangerosité en milieu ouvert et en milieu fermé. Ainsi, la bonne adaptation à l'univers carcéral ne saurait être systématiquement considérée comme le gage d'une absence de dangerosité en milieu libre. De fait, des détenus présentant un pronostic élevé de récidive, comme ceux condamnés pour des infractions à caractère sexuel, peuvent avoir un bon comportement en prison sur le plan de la discipline ; inversement, la réaction à l'emprisonnement peut se traduire chez certaines personnes par un rejet des règles et de la hiérarchie pénitentiaires, attitude qui, pour autant, n'est pas forcément le signe d'une dangerosité criminologique en milieu ouvert.

La dangerosité psychiatrique, quant à elle, se définit comme un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante.

Ce concept s'est vu conférer une place importante dans l'histoire de la psychiatrie par deux lois essentielles. La première, du 12 février 1810, fondatrice du code pénal, a situé la personne atteinte de troubles mentaux en dehors de la sphère judiciaire en introduisant la notion de libre arbitre dans le droit français¹⁷. « *C'est dans cette extériorité que la psychiatrie va trouver son champ d'existence et fonder officiellement et publiquement son savoir* »¹⁸. La seconde loi, du 30 juin 1838, a adjoint aux objectifs premiers de soigner par l'hospitalisation et de prévenir toute détention arbitraire, la préoccupation de protéger l'ordre public. Certains établissements hospitaliers spécialisés ont ainsi reçu du législateur de l'époque la mission d'accueillir les patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation d'office ordonnée par le préfet¹⁹, et dont « *l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes* »²⁰.

¹⁶ Définition de Christian DEBUYST, issue du II^{ème} cours international de criminologie de Paris en 1953, in Rapport d'information Assemblée nationale, n°1718, du 7 juillet 2004, sur *le traitement de la récidive des infractions pénales*, p. 45.

¹⁷ Article 64 de l'ancien code pénal.

¹⁸ Jean-Luc SENNINGER et Vincent FONTAA, *Les unités pour malades difficiles*, Observatoire de la violence psychiatrique, Editions Heures de France, 1994 ; Louis ROURE et Philippe DUIZABO, *Violence, Agressivité, état dangereux*, In Louis ROURE, Philippe DUIZABO, *Les comportements violents et dangereux*, Masson, Paris, 2003, pp. 11-35.

¹⁹ A Paris, cette compétence est dévolue au préfet de police.

²⁰ Article L.343 du code de la santé publique tel qu'issu de la rédaction de la loi du 30 juin 1838.

La complexité de la notion de dangerosité psychiatrique trouve une illustration dans l'oscillation constante entre deux conceptions, l'une consistant à considérer l'agression comme la possible traduction d'un trouble mental et l'autre visant à reconnaître également le rôle important joué par les facteurs environnementaux.

Le plus souvent, la dangerosité psychiatrique peut être suspendue par les thérapeutiques médicamenteuses et psychologiques, ainsi que par un suivi régulier. Ce constat va à l'encontre de la représentation que l'on se fait couramment des « *malades mentaux* » ou des « *fous* », dont il ressort qu'ils ne pourraient être guéris et présenteraient toujours une propension à la violence²¹.

Cette représentation erronée est d'ailleurs source d'exclusion pour les personnes atteintes de troubles mentaux et, par conséquent, tend à retarder leur recours aux soins. De surcroît, elle méconnaît la multiplicité des facteurs de la dangerosité, qui peuvent être à la fois individuels, situationnels et victimologiques²².

Au terme de ces observations liminaires, la commission s'est attachée à étudier les modalités d'une évaluation de la dangerosité (I), afin de mieux prendre en compte cette dernière dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions (II)²³.

²¹ Marie ANGUIS, avec la collaboration de Jean-Luc ROELANDT et d'Aude CARIA, *La perception des problèmes de santé mentale (...)*, Etudes et résultats n°116, mai 2001 – DREES.

²² Infra *Introduction*, pp. 4 et s..

²³ Il convient de préciser à ce stade que la commission a choisi de ne pas analyser le cas particulier des mineurs auteurs d'infractions, compte tenu de la très grande spécificité de leur problématique et de l'ampleur de la thématique à aborder.

A l'hétérogénéité de la notion même de dangerosité²⁴, exposée en introduction, fait écho la complexité de l'évaluation de cette dernière.

Cet exercice nécessite en effet la prise en compte de nombreux éléments : les circonstances du passage à l'acte, la nature de l'infraction commise, les addictions éventuelles (facteurs situationnels), mais aussi les éventuelles psychopathologies et la personnalité de l'auteur, son environnement social et familial, l'impact de la sanction sur son comportement, l'état de réitération* ou de récidive* (facteurs individuels), ou bien encore son attitude à l'égard de la victime et ses liens avec celle-ci (facteurs victimologiques).

La pluralité de ces éléments suppose donc des outils diversifiés d'évaluation. En outre, cette dernière doit non seulement s'intéresser à la situation présente, mais aussi future, de l'intéressé, ce qui suppose le développement d'outils prédictifs du passage à l'acte délictueux ou criminel.

Or, « *les prévisions les plus sérieuses sur l'état dangereux occasionnel ou permanent laissent obligatoirement une place à l'imprévisible en matière d'activité humaine et de circonstances* »²⁵. De fait, les études internationales²⁶ sur la récidive des criminels atteints de troubles mentaux* et les auteurs d'infractions à caractère sexuel font apparaître une forte proportion d'individus dont la dangerosité a été surestimée (faux diagnostics positifs)²⁷ ou sous-estimée (faux diagnostics négatifs), ces derniers étant proportionnellement moins nombreux.

L'évaluation de la dangerosité constitue donc une tâche ardue à laquelle sont confrontés l'institution judiciaire, les professionnels de santé, notamment les

²⁴ Dans un souci d'allègement du style, le rapport évoquera ci-après le concept de dangerosité au singulier, en précisant, lorsqu'il est question d'une dangerosité spécifique, si cette dernière est d'ordre psychiatrique ou criminologique.

²⁵ Christiane de BEAUREPAIRE, Michel BENEZECH et Christian KOTTLER (sous la direction de), *Les dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*, éd. John Libbey Eurotext, 2004.

²⁶ John MONAHAN, Henri STEADMAN, Paul APPELBAUM and al., *Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk*, British journal of psychiatry 2000 ; 176 : 312-9. R. BLACKBURN, *Risk assessment and prediction*, in James Mc GUIRE, Tom MASON, Aisling O'KANE, *Crime and legal process: a guide for forensic practitioners*, ed. Behaviour, New York : John Wiley and sons, 2000, pp. 177-204. On notera qu'en France aucune étude de cette nature n'a encore été réalisée.

²⁷ Etude John MONAHAN, op. cit. : les faux diagnostics positifs sont de l'ordre de 65 à 85%.

psychiatres, comme les personnels pénitentiaires, et ce dans un domaine où la société ne tolère plus aucune erreur d'appréciation.

Pour autant, il est nécessaire de ne pas laisser l'opinion publique dans l'illusion qu'il est possible de déterminer avec certitude si un individu est ou non un récidiviste en puissance. Compte tenu des multiples paramètres à prendre en compte et ainsi que des événements récents l'ont démontré, il ne peut être mis à la charge des magistrats ou des professionnels de santé une obligation de résultat. Ceux-ci ne sauraient être soumis qu'à une obligation de moyens, sous-entendant prudence, diligence et compétence. Rien de plus. Mais rien de moins non plus.

*

Il ressort des travaux de la commission que l'évaluation de la dangerosité des auteurs d'infractions nécessite à la fois le renforcement des outils propres aux champs judiciaire et sanitaire (A), l'amélioration des expertises (B) et le développement de la psycho-criminologie (C).

A – Le renforcement des outils propres aux champs judiciaire et sanitaire

1 – L'outil statistique

L'absence de données chiffrées significatives rend difficile une appréhension précise de la proportion, dans la population pénale générale, des auteurs d'infractions présentant un état dangereux, que ce dernier soit d'ordre criminologique ou lié à un trouble mental*.

Sur le plan criminologique, il peut tout d'abord être fait référence aux condamnations* criminelles et correctionnelles.

Ainsi, il ressort des chiffres communiqués par le casier judiciaire national que les infractions en matière sexuelle ont connu un accroissement considérable depuis vingt ans, les condamnations criminelles passant de 562 en 1984 à 1.687 en 2003 (+200%), et les condamnations correctionnelles de 1.553 à 5.438 (+250%). Le nombre de personnes condamnées et détenues* pour de tels faits a, quant à lui,

connu une évolution encore plus marquée, passant de 1.118 en 1980 à 8.109 en 2003 (+650%)²⁸.

Une tendance similaire, quoique moins prononcée, a été constatée sur la même période concernant les condamnations criminelles pour homicides volontaires et pour violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, les premières augmentant de près de +40% (de 361 à 504) et les secondes de +25% (de 224 à 280)²⁹. Le nombre de personnes incarcérées pour ces motifs, à la suite d'une condamnation, s'est également fortement accru, respectivement de +69,5% et de +230%.

Concernant le recensement des auteurs d'infractions pénales souffrant de troubles mentaux, la commission a pu réunir des éléments chiffrés sur la population carcérale, ainsi que sur les classements sans suite* et les ordonnances de non-lieu* fondés sur l'existence de troubles de cette nature.

Au 1^{er} avril 2004, 62.569 individus étaient détenus dans les établissements pénitentiaires* français, soit une évolution de +37,8% de cette population depuis 1990 (45.420)³⁰.

Le nombre de classements sans suite motivés, soit par l'état mental déficient, soit par l'irresponsabilité pénale* pour troubles mentaux de la personne mise en cause, a quant à lui augmenté entre 1998 et 2003, de +23%³¹ et +55%³² respectivement. Les statistiques antérieures, notamment entre les années 1980 et 1998, ne sont pas disponibles.

Par ailleurs, sur une plus longue période, il ressort des données tirées du répertoire de l'instruction³³ que la proportion des ordonnances de non-lieu prononcées pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux (article 122-1, alinéa 1, du code pénal) est restée stable par rapport au nombre de personnes mises en examen entre 1987 (0,46%) et 1999 (0,45%). En valeur absolue, une diminution est même

²⁸ Statistiques trimestrielles de la direction de l'administration pénitentiaire – ministère de la Justice (2004).

²⁹ Voir annexe n°8 – Statistiques : les condamnations criminelles et correctionnelles, p. LXXVII.

³⁰ Ces 62.569 personnes se répartissaient de la manière suivante : 39.856 individus condamnés à une peine d'emprisonnement ferme (contre 24.840 en 1990, soit +60,5%) et 22.713 placés en détention provisoire (contre 20.580 en 1990, soit +10,4%).

³¹ De 4.946 en 1998 à 6.089 en 2003 pour les classements sans suite motivés par l'état déficient du mis en cause, selon les chiffres issus des « Cadres du parquet » (mars 2005).

³² De 2.385 en 1998 à 3.705 en 2003 pour les classements sans suite motivés par l'irresponsabilité pénale du mis en cause, selon les chiffres issus des « Cadres du parquet » (mars 2005).

³³ Direction des affaires criminelles et des grâces, édition 2001.

constatée, le nombre d'ordonnances de non-lieu pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux étant passé de 444 à 286.

Pour autant, si le nombre d'ordonnances de non-lieu prononcées en application du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal a régressé de -18% entre 1999 et 2003, passant de 286 à 233, il a en revanche très fortement augmenté (+114%) au regard du nombre total d'ordonnances de non-lieu (qui a pour sa part chuté de 9.423 à 3.902 dans le même laps de temps, soit une baisse de -58,6 %).

*

L'ensemble de ces statistiques ne suffit pas à évaluer la proportion de la population pénale pouvant être qualifiée de dangereuse.

En effet, ces données sont parcellaires, le nombre d'acquittements* résultant de l'abolition du discernement de l'accusé* ne pouvant être estimé, compte tenu de l'absence de motivation des arrêts des cours d'assises³⁴. De même, les personnes condamnées, non détenues et souffrant de troubles mentaux ne peuvent pas être dénombrées.

En outre, même des statistiques affinées sur ces points s'avèreraient peu exploitables, les individus atteints de troubles mentaux ne pouvant être systématiquement assimilés à des personnes dangereuses³⁵.

Surtout, ces chiffres ne tiennent pas compte des circonstances dans lesquelles les infractions recensées ont été commises. Or, on ne peut déduire du seul caractère criminel d'un acte le risque de réitération* ou de récidive* de celui qui le commet : la dangerosité de l'auteur d'un parricide peut ainsi être considérée comme relativement faible, tandis que celle d'un tueur en série ou même de l'auteur d'un vol avec violences est susceptible de s'avérer particulièrement élevée.

Toutefois, si aucun outil statistique n'apparaît susceptible de prendre l'entière mesure de la notion de dangerosité, eu égard au caractère protéiforme de cette dernière, il n'en demeure pas moins essentiel de définir des indicateurs permettant de mieux circonscrire la population pénale dangereuse (**proposition n°9**).

³⁴ On notera toutefois que certains chiffres, portés à la connaissance de la commission, mais qui n'ont pu être vérifiés, font état d'une chute spectaculaire du nombre de déclarations d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux d'auteurs de crimes lors des vingt dernières années (voir, par exemple, Jean-Jacques HUEST *in* rapport Sénat, n°449 du 28 juin 2000, sur *les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, p. 41 : « Le nombre d'accusés jugés irresponsables au moment des faits est passé de 17% au début des années 80 à 0,17% pour l'année 1997 »).

³⁵ Supra Introduction, pp. 4 et s..

2 – La recherche

La modestie du savoir actuel en matière de dangerosité doit inviter à la prudence et conduire à développer des études et une méthodologie rigoureuse, afin d'accroître les connaissances des professionnels dans ce domaine.

a – La recherche en matière de dangerosité criminologique

La recherche de techniques d'évaluation de la dangerosité criminologique doit être approfondie, tant en amont qu'en aval de la condamnation* pénale.

En amont, de nouvelles formes d'aide à l'enquête sont apparues récemment dans les procédures judiciaires, principalement au cours de l'enquête initiale ou de l'instruction. Appelées analyses criminelle³⁶ et comportementale³⁷, elles consistent à éclairer les policiers et les gendarmes par l'examen et le traitement objectif de l'ensemble des informations recueillies sur la scène de crime et sur la victime.

Ainsi, l'analyse criminelle permet non seulement la satisfaction d'objectifs à court terme, tels que l'identification et l'interpellation de l'auteur d'une infraction, mais également la prévision de l'évolution de la criminalité à moyen et long terme par zone géographique et par catégorie d'infractions.

L'analyse comportementale donne quant à elle des orientations d'enquête par la mise en exergue des phénomènes sériels, la détermination d'un profil d'auteur et l'assistance à audition.

Le développement de ces techniques, qui prennent principalement appui sur des données objectives répertoriées dans des fichiers³⁸, contribuerait à améliorer la détection de la dangerosité criminologique (**proposition n°4**).

³⁶ Selon l'Organisation internationale de police criminelle (Interpol), l'analyse criminelle se définit comme « *la recherche et la mise en évidence méthodique de relations entre des données de criminalité elles-mêmes d'une part, entre des données de criminalité et d'autres données significatives possibles d'autre part* » in Rapport du groupe de travail interministériel sur *Analyse criminelle et analyse comportementale*, Direction des affaires criminelles et des grâces, juin 2003, p.5.

³⁷ Selon une définition interministérielle, l'analyse comportementale constitue « *une technique d'aide à l'enquête alliant les protocoles traditionnels d'investigation et l'analyse des données objectives issues de la ou des procédure(s), fondée sur des connaissances liées à la compréhension du comportement humain et pouvant requérir l'accès à des systèmes automatisés de traitement de données judiciaires* » in Rapport du groupe de travail interministériel sur *Analyse criminelle et analyse comportementale*, op. cit., p.23.

³⁸ En France, il existe actuellement plusieurs fichiers judiciaires : le FAED (fichier automatisé des empreintes digitales), le FNAEG (fichier national automatisé des empreintes génétiques), le FIJAIS (fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles) et le SALVAC (système d'analyse des liens de la violence associée aux crimes) ; ce dernier fichier a pour but de centraliser

■

Il ressort des conclusions d'un groupe de travail sur ces nouvelles formes d'aide à l'enquête, piloté par le ministère de la Justice en 2003, que l'usage de celles-ci doit être entouré de certaines précautions afin d'éviter tout risque de dérive ³⁹.

Ainsi, seul le statut d'officier de police judiciaire spécialement formé apparaît approprié à la pratique de l'analyse criminelle, comme de l'analyse comportementale.

De plus, cette dernière ne saurait être envisagée que pour déterminer des orientations d'enquête à l'égard de personnes qui ne sont ni mises en examen, ni témoins assistés : le but de son utilisation est de permettre l'interpellation de l'auteur de l'infraction, et non pas d'établir sa culpabilité^{*40}.

Enfin, ces techniques ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'une procédure judiciaire et doivent faire l'objet d'un rapport écrit versé au dossier.

*

En aval de la condamnation pénale, l'administration pénitentiaire doit s'attacher à évaluer la dangerosité que les détenus* peuvent présenter, à la fois dans l'intérêt des personnels pénitentiaires et des codétenus (risques d'agression), dans celui de l'institution (risques d'évasion et de trafics), de la société et des victimes potentielles (risques de réitération* ou de récidive*), mais aussi dans l'intérêt des intéressés eux-mêmes (risques de suicide)⁴¹.

Plus spécifiquement, le Centre national d'observation (CNO) de Fresnes, contribue à l'évaluation de la dangerosité des détenus : les condamnés dont le comportement disciplinaire a posé de graves problèmes ou dont le reliquat de peine* est supérieur à

l'ensemble des informations relatives aux crimes de sexe et de sang, afin d'aider les enquêteurs à opérer des rapprochements entre différentes affaires ; il fait l'objet d'un projet de loi en cours d'élaboration.

³⁹ Rapport du groupe de travail interministériel sur *Analyse criminelle et analyse comportementale*, op. cit., pp.23-24.

⁴⁰ Par deux arrêts des 28 novembre 2001 (Bulletin criminel 2001, p. 823) et 29 janvier 2003 (Bulletin criminel 2003, p. 81), la chambre criminelle de la Cour de cassation a annulé les opérations d'expertises réalisées par un analyste comportemental sur une personne gardée à vue, considérant que l'exercice des droits de la défense avait été compromis.

⁴¹ Gérard LEONARD, *Traitement de la récidive des infractions pénales*, Assemblée nationale, Rapport n°1979 du 8 décembre 2004, p.11.

dix ans doivent être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire au sein de cette structure, pendant environ six semaines. Un rapport final est ensuite rédigé, en tenant compte de l'ensemble du parcours carcéral de l'intéressé (signalement des services médicaux, des surveillants pénitentiaires, expertises, etc.).

Toutefois, le nombre limité de places disponibles au sein du CNO, structure nationale, engendre des délais d'attente souvent importants pour les détenus. De plus, l'engorgement des prisons conduit parfois à retarder, voire modifier leur affectation, telle que résultant de l'évaluation susmentionnée. Enfin, les rapports établis par les équipes du Centre national d'observation restent insuffisamment exploités par les établissements pénitentiaires*.

Si la commission ne peut que recommander l'amélioration de l'évaluation de la dangerosité des détenus au sein du CNO, il lui apparaît également pertinent d'envisager l'extension de ces techniques à l'ensemble de la population pénitentiaire dangereuse, par la régionalisation de cette structure (**proposition n°3 – a**). Cette modification serait susceptible de favoriser une évaluation de proximité, un rapprochement familial et une meilleure orientation des personnes.

De surcroît, sur le modèle d'une recherche publiée en mars 2004 sur la récidive des sortants de prison, analysant la fréquence du retour devant la juridiction pénale des condamnés libérés entre le 1^{er} juin 1996 et le 30 avril 1997⁴², des études longitudinales de groupes d'auteurs d'infractions seraient particulièrement indiquées, en ce qu'elles permettraient de suivre sur une longue période le parcours de ces derniers, et notamment les éventuelles réitérations ou récidives. Ces recherches devraient également prendre en compte les paramètres individuels situationnels et victimologiques susceptibles de favoriser le passage à l'acte⁴³ (**proposition n°2 – b**).

*

Enfin, à l'instar d'une étude menée en 2003 sur la libération conditionnelle⁴⁴, la commission préconise que des recherches scientifiques soient entreprises sur l'impact, en termes de prévention de la récidive, de la nature des différentes peines prononcées, de leurs modalités d'exécution et de leur éventuel aménagement (**proposition n°2 – e**).

b – La recherche en matière de dangerosité psychiatrique

Qu'elle s'inscrive dans un objectif thérapeutique ou dans le cadre d'une expertise pénale, l'évaluation de la dangerosité psychiatrique d'un individu se fait par le biais d'entretiens cliniques, libres et/ou structurés, avec un expert* psychiatre ou psychologue.

Pour le praticien chargé de l'évaluation, il s'agit en premier lieu d'analyser le trouble mental* dont souffre le sujet.

⁴² Annie KENSEY et Pierre TOURNIER, *La récidive des sortants de prison*, Cahiers de démographie pénitentiaire, mars 2004.

⁴³ Supra *Introduction*, pp. 4 et s..

⁴⁴ Pierre TOURNIER, *Les systèmes de libération sous condition dans les Etats membres du conseil de l'Europe*, avril 2004 (voir article sur Internet : <http://champpenal.revues.org/document37.html>).

Doivent en deuxième lieu être étudiés les facteurs statiques relatifs à son identité et sa famille, son histoire psychiatrique et ses antécédents médico-légaux. Sont également pris en compte les actes antérieurs de violences, commis ou subis, leur reconnaissance par l'intéressé, ainsi que les moyens mis en œuvre par ce dernier pour apaiser ses tensions internes.

En troisième lieu, l'évaluation doit prendre en considération les éléments dynamiques de la personne, susceptibles de révéler l'existence de conflits intra psychiques et les mécanismes de défense repérés au cours de la prise en charge psychiatrique.

Enfin, les paramètres situationnels ou environnementaux sont analysés, le plus souvent de manière évolutive.

Les évaluations cliniques peuvent par ailleurs être enrichies par le recours à des questionnaires, des tests et des échelles, qui doivent être considérés comme des outils, et non comme des contraintes.

En effet, les questionnaires constituent un support utile ou complémentaire à l'entretien. Celui portant sur les investigations cliniques pour les auteurs d'agressions sexuelles (QICPAAS) est fréquemment employé dans une visée thérapeutique.

De même, les tests sont fondés, quant à eux, sur l'interprétation par le patient d'images, de dessins, de photographies, etc. . Certains peuvent avoir un caractère projectif.

-
Les échelles, enfin, consistent pour le praticien à attribuer une cotation aux réponses données par la personne à des questions. Certaines existent déjà sur le plan international, mais leur utilisation par les professionnels de santé se heurte dans notre pays à des difficultés de traduction, de validation et de standardisation⁴⁵.

Compte tenu de l'insuffisant recours aux outils précités, les membres de la commission préconisent que des recherches-actions soient menées en France, d'une part, sur les facteurs d'émergence de la dangerosité psychiatrique et, d'autre part, sur l'évaluation de cette dernière, afin de valider de nouveaux procédés (**proposition n°2 – a**).

3 – La formation en matière de dangerosité psychiatrique

La commission estime que les formations initiale et continue des psychiatres et des psychologues dans le domaine médico-légal devraient être renforcées, afin de mieux prendre en considération les problématiques relatives à la dangerosité psychiatrique, dans la pratique clinique, comme dans la mise en œuvre de l'expertise pénale (**proposition n°1 – b**).

⁴⁵ D. GIOVANNANGELLI, JP. CORNET, C. MORMONT, op. cit..

En matière de formation initiale, d'une part, il conviendrait de développer l'enseignement médico-légal au sein du troisième cycle de psychiatrie⁴⁶. Par ailleurs, l'instauration d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) dans ce domaine serait souhaitable.

D'autre part, la formation continue pourrait être complétée par la création de diplômes universitaires spécifiques.

⁴⁶ Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de psychiatrie.

B – L'amélioration des expertises psychiatriques et psychologiques

L'amélioration des expertises psychiatriques et psychologiques suppose le renforcement, tant du statut et des conditions d'exercice des experts*, que du contenu des missions imparties par l'autorité judiciaire.

1 – Les experts psychiatres et psychologues

Psychiatres et psychologues constituent des praticiens bien distincts : les premiers sont des médecins ayant acquis une spécialité en matière de psychiatrie, tandis que les seconds sont des professionnels non répertoriés par le code de la santé publique et ayant suivi des études universitaires de psychologie. Pour autant, les psychiatres, comme les psychologues, rencontrent des obstacles dans l'exercice de leurs activités en matière expertale.

a – Les difficultés actuelles

Il ressort des auditions réalisées par la commission que la pratique des expertises pénales se heurte à de nombreuses difficultés liées tant à des problèmes d'ordre démographique qu'à des conditions matérielles de travail jugées insuffisantes.

En premier lieu, alors que près de 13.000 psychiatres⁴⁷, dont 5.200 praticiens hospitaliers, étaient recensés en France en 2003, seuls 700 à 800 experts*, pour la plupart exerçant à l'hôpital, étaient dénombrés.

Cette faible proportion s'explique par la conjonction entre, d'une part, une augmentation des demandes de prise en charge et, d'autre part, une offre de soins limitée. En effet, aux disparités géographiques importantes d'installation des psychiatres en France⁴⁸ s'ajoute une structure déficitaire du secteur public depuis plusieurs années⁴⁹, elle-même renforcée par la volonté massive des psychiatres nouvellement formés d'exercer une activité libérale.

Or, il est à craindre que ces phénomènes ne s'amplifient à l'avenir, dans la mesure où la structure d'âge des psychiatres est susceptible d'entraîner d'ici 2015 une diminution de leur nombre de l'ordre de 20%.

En deuxième lieu, la disponibilité des experts est fortement remise en question par les modifications législatives successives, qui ont conduit à considérablement accroître les possibilités pour l'autorité

⁴⁷ Ce qui représente la deuxième densité la plus élevée du monde.

⁴⁸ A titre d'exemple, on compte 9,30 praticiens pour 1.000 habitants en Champagne-Ardenne, contre 87 à Paris.

⁴⁹ 20% des postes hospitaliers sont actuellement vacants.

judiciaire de recourir à une expertise psychiatrique, et ce à tous les stades de la procédure : pendant l'enquête (évaluation de l'état mental de la personne gardée à vue), l'instruction (obligation pour certaines infractions criminelles et/ou à caractère sexuel), lors du jugement (à la demande du président du tribunal correctionnel ou de la cour d'assises) ou de la phase post-sentencielle (lorsque le juge de l'application des peines est saisi d'une demande d'aménagement d'une peine* d'emprisonnement).

Dans ces conditions, les magistrats sont souvent amenés à solliciter les mêmes praticiens, qui deviennent ainsi, de fait, spécialisés dans la fonction expertale.

Or tous les psychiatres auditionnés s'accordent à souligner l'importance pour les autorités judiciaire, administrative et sanitaire, de recourir à des professionnels, certes dotés d'une compétence reconnue sur le plan expertal, mais qui continuent également à entretenir une pratique de soins leur permettant de rester en contact avec le terrain. Le recours à des « *experts en série* » risque, en effet, d'engendrer, au fil des années, une diminution de la compétence de ces derniers et un manque de recul par rapport à leur mission.

Subsidiairement, ces dérives engendrent des absences répétées, ce qui, s'agissant des praticiens exerçant dans le secteur public hospitalier n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement des services.

Enfin, en troisième lieu, les experts psychiatres dénoncent l'insuffisance de leur rémunération, notamment au regard du temps qui leur est nécessaire pour s'entretenir, parfois à plusieurs reprises, avec l'intéressé, pour rédiger un rapport de qualité et pour participer aux audiences.

Plus particulièrement, le statut des praticiens hospitaliers⁵⁰ prévoit que ces derniers peuvent percevoir, en sus de leurs honoraires, des émoluments liés aux expertises requises par les autorités judiciaires ou administratives, dans des conditions fixées par arrêté du 30 mai 1962⁵¹. Or, ces dispositions réglementaires n'ont jamais été actualisées malgré l'évolution du statut, entraînant un manque de lisibilité entre les activités hospitalière et libérale, tant en termes de rémunération perçue, que de disponibilité.

Les praticiens soulignent aussi des conditions d'accès et d'accueil dans les établissements pénitentiaires* parfois perfectibles, qu'il s'agisse des horaires d'ouverture de l'établissement au public ou des locaux où les entretiens ont lieu.

⁵⁰ Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

⁵¹ Arrêté des ministres de la Santé et chargé du Budget.

L'ensemble de ces éléments contribue de toute évidence à décourager les bonnes volontés et peut expliquer le manque d'appétence de beaucoup de psychiatres pour la pratique expertale.

*

Le recours aux experts psychologues se heurte à des difficultés d'une nature différente.

Ainsi, si l'on recense 32.000 professionnels en France, nombre d'entre eux sont au chômage.

En outre, dans la mesure où seul l'usage du titre de psychologue, conditionné par l'obtention d'un diplôme universitaire de troisième cycle, est réglementé par la loi⁵², et où, par conséquent, il existe une grande variété de diplômes, tous les psychologues ne suivent pas une formation en psychopathologie clinique.

Il en résulte une absence de lisibilité, notamment quant au contenu de l'enseignement dispensé aux psychologues et aux compétences correspondantes, ce qui n'est pas sans incidence sur le recrutement des experts en la matière.

b – Les propositions de la commission

Afin de susciter chez les psychiatres et les psychologues de nouvelles vocations pour la pratique des expertises, la commission considère que les conditions de réalisation de ces dernières doivent être améliorées.

Cette amélioration doit tout d'abord passer par un renforcement du statut des experts* psychiatres. Il est donc proposé d'augmenter sensiblement la rémunération de ces derniers, afin de tenir compte à la fois de leur temps de présence aux audiences et du défraiement du travail de secrétariat⁵³ (**proposition n°5 – a**). Une demi-journée d'intérêt public spécifique pourrait également être prévue par le statut des praticiens hospitaliers (**proposition n°5 – b**).

En outre, la commission estime que l'accroissement du nombre d'experts psychiatres passe par l'amélioration de l'enseignement en psychiatrie médico-légale et en matière expertale, notamment par le biais d'un dispositif de tutorat, permettant à des psychiatres en formation initiale ou continue de réaliser des expertises conjointement avec des experts figurant sur les listes (**proposition n°6 – a**).

A ce titre, les dispositions du décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004 contribuent à cette recommandation en incitant les praticiens désirant être inscrits sur les listes d'experts et voir cette inscription maintenue, à se former de manière spécifique et continue.

⁵² Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 (J.O. 28 juillet 1985, p.8471).

⁵³ Contrairement aux termes de la dépêche-circulaire du garde des Sceaux, ministre de la Justice, du 23 février 2005, relative aux frais de justice et au tarif des expertises psychiatriques (voir annexe n°13, p. CVII)

Enfin, la commission considère que la formation des psychologues, tant en psychopathologie clinique qu'en psychologie légale, devrait être renforcée et sa lisibilité améliorée⁵⁴.

2 – Les expertises psychiatriques et psychologiques

La qualité des expertises psychiatriques et psychologiques rendues peut être améliorée en ciblant les situations où ces examens sont nécessaires et en perfectionnant les questions posées aux praticiens.

a – L'opportunité du recours aux expertises psychiatriques et psychologiques

L'évaluation de la dangerosité apparaît délicate dans le cadre de certaines mesures et des procédures rapides.

Ainsi, la limitation de la durée maximale des gardes à vue implique nécessairement pour les experts* psychiatres ou psychologues saisis la restitution de leur rapport à très brève échéance.

De même, la contrainte de délai de la procédure de comparution immédiate, qui consiste pour le parquet à notifier au prévenu* qui lui est déféré sa traduction immédiate devant le tribunal correctionnel⁵⁵, semble difficilement compatible avec le temps nécessaire à une évaluation de qualité de la dangerosité du prévenu*.

Dès lors, le ministère public en est souvent réduit à ne pas ordonner d'expertise, lorsque la procédure présente un caractère d'urgence, et en dehors des cas où une telle mesure est obligatoire⁵⁶.

Afin de pallier ces obstacles, il apparaît opportun de mieux définir les examens psychiatriques pertinents avant jugement. Aussi, la commission recommande que les experts missionnés dans le cadre de procédures rapides voient leur rôle limité à un avis médico-psychologique sur la nécessité de soins immédiats ou d'une hospitalisation d'office, et sur l'opportunité d'ordonner ultérieurement une expertise approfondie, notamment quant à l'utilité d'une injonction de soins*.

Cette préconisation implique que les personnels des lieux de garde à vue et, le cas échéant, le médecin généraliste chargé d'examiner la personne, portent une attention particulière à l'état mental de cette dernière. En cas de doute, la commission recommande que l'intéressé soit conduit au service des urgences de l'hôpital et fasse l'objet de l'examen médico-psychologique précité. Cette suggestion

⁵⁴ Supra I-A-3, p. 22.

⁵⁵ Et en tout cas avant le troisième jour ouvrable à l'issue de la mesure de garde à vue (articles 395 et 396 du code de procédure pénale).

⁵⁶ Les articles 706-47 et 706-47-1 du code de procédure pénale prévoient que toute personne poursuivie pour une infraction à caractère sexuel ou pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, doit être soumise à une expertise médicale avant son jugement sur le fond.

de la commission suppose toutefois la possibilité pour ces structures d'accueillir en toute sécurité des patients dangereux (**proposition n°6 – b**).

De manière plus spécifique, la commission estime que le parquet doit faire un usage prudent de la procédure de comparution immédiate pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel⁵⁷. En particulier, la possibilité d'un renvoi au fond du dossier ne doit pas être négligée, dans l'attente qu'une expertise psychiatrique de la personne déférée puisse être réalisée dans de bonnes conditions.

b – Le contenu des expertises psychiatriques et psychologiques

Les voies d'amélioration du contenu des expertises diffèrent selon que la réflexion porte sur les examens psychiatriques ou psychologiques et selon que ces derniers sont réalisés avant ou après la condamnation* pénale.

⁵⁷ L'on rappellera que l'expertise psychiatrique de ces personnes doit **obligatoirement** être ordonnée avant tout jugement au fond (articles 706-47 et 706-47-1 du code de procédure pénale).

Les questions traditionnellement posées dans le cadre des expertises psychiatriques ordonnées avant le jugement pénal sont relatives à :

- Ñ la présence de troubles mentaux* chez l'individu ;
- Ñ la relation entre ces derniers et les faits reprochés ;
- Ñ l'abolition ou l'altération du discernement de l'intéressé en raison des troubles mentaux décelés ;
- Ñ l'état dangereux de la personne ;
- Ñ son accessibilité à une démarche de soins ;
- Ñ son accessibilité à une sanction pénale ;
- Ñ sa réadaptation sociale ;
- Ñ le cas échéant, en matière d'infractions à caractère sexuel, la nécessité d'un traitement psychiatrique sous la forme d'une injonction de soins* ;
- Ñ le cas échéant, la description de la prise en charge psychiatrique de la personne, le diagnostic établi et les traitements administrés.

Après le prononcé du jugement pénal, la mission de l'expert* psychiatre comporte généralement l'examen des points suivants :

- Ñ la description de la personnalité de l'intéressé et son évolution depuis sa condamnation* ;
- Ñ sa dangerosité en milieu libre ;
- Ñ la nécessité d'une surveillance médicale en milieu libre.

▪

L'expert psychologue⁵⁸ doit quant à lui décrire, d'une part, la personnalité de l'individu dans son unité, sa complexité et sa globalité et, d'autre part, les conditions dans lesquelles le milieu d'origine, les conceptions éducatives et l'histoire de l'intéressé ont contribué à former sa personnalité, afin de donner une hypothèse explicative de l'acte et une interprétation du parcours du sujet.

Les éléments principalement analysés par les experts psychologues, avant comme après la condamnation pénale, sont donc :

⁵⁸ Les expertises psychologique et psychiatrique sont reconnues par le législateur comme autonomes depuis la loi n°93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale.

- Ñ l'évaluation de la situation de l'individu en fonction de ses composantes pathologiques éventuelles et des faits qui lui sont reprochés ;
- Ñ les caractéristiques et les particularités de sa personnalité, les circonstances et conditions qui ont influé sur la formation de celle-ci, les mobiles intellectuels et les motivations affectives qui inspirent habituellement sa conduite ;
- Ñ la détermination de son quotient intellectuel ;
- Ñ ses possibilités de réadaptation sociale.

*

Si l'ensemble de ces questions est majoritairement apparu pertinent à la commission pour ce qui concerne les expertises psychiatriques et psychologiques ordonnées avant le jugement pénal, une précision semble devoir être apportée dans la mission des experts psychiatres, lorsque ces derniers concluent à l'atténuation de la responsabilité pénale de l'individu pour troubles mentaux, en application de l'article 122-1, alinéa 2, du code pénal⁵⁹.

En effet, il a paru utile à la commission que le médecin se prononce non seulement sur l'accessibilité de la personne à la sanction pénale, mais encore sur les modalités de la prise en charge de l'individu qui lui apparaissent les plus appropriées.

La commission propose donc que la question posée à l'expert relativement à l'accessibilité à la sanction pénale soit ainsi complétée : « Le sujet est-il accessible à une sanction pénale *et, dans l'affirmative et en cas d'altération de son discernement, quelles modalités de prise en charge apparaissent les plus adaptées à son état et à sa personnalité ?* » (**proposition n°7 – a**).

▪

En outre, la mission des experts psychiatres commis au stade de l'application des peines* gagnerait à être précisée, afin que l'autorité judiciaire compétente soit mieux éclairée sur l'état de dangerosité du détenu* et, partant, sur l'opportunité de prononcer une mesure d'individualisation de la peine.

Dans le cadre des formations initiale et continue, l'Ecole nationale de la magistrature pourrait ainsi proposer de nouveaux imprimés de mission-type d'expertise psychiatrique comportant l'ensemble des points suivants (**proposition n°7 – b**) :

- Ñ l'évolution du condamné depuis la commission des faits ;
- Ñ la persistance ou l'aggravation des troubles mentaux constatés initialement et/ou l'apparition de nouveaux troubles ;

⁵⁹ Infra II-B-1-a, pp. 49 et s..

- Ñ dans la perspective d'un aménagement de la peine, l'état de dangerosité psychiatrique et criminologique de la personne en milieu libre⁶⁰ ;
- Ñ la compatibilité de son état mental avec son placement ou son maintien en détention ;
- Ñ dans l'affirmative, les modalités de prise en charge qui semblent les plus adéquates ;
- Ñ la possibilité d'une réadaptation sociale au sens criminologique du terme⁶¹ ;
- Ñ l'impact présumé des soins sur l'état de dangerosité du détenu* ;
- Ñ en matière d'infraction à caractère sexuel, l'opportunité de prévoir la poursuite des soins en milieu libre ;
- Ñ l'attitude du condamné à l'égard de la victime et ses liens avec elle.

■

La commission recommande enfin l'instauration d'un référentiel commun aux expertises psychiatriques et psychologiques, portant notamment sur la clinique de l'expertise pénale et ses limites, et ce au regard des questions posées par l'autorité judiciaire. A ces fins, l'organisation d'une conférence de consensus rassemblant l'ensemble des praticiens, qu'ils soient ou non experts, est nécessaire (**proposition n°8**).

C – Le développement de la psycho-criminologie

La psycho-criminologie est une discipline issue de la criminologie clinique et de l'observation de l'individu.

Relevant à la fois des sciences juridiques, médicales et humaines, elle est diversement appréciée par les différents professionnels concernés. Le développement de cette matière suppose l'organisation de recherches et de formations spécifiques.

1 – L'élaboration d'une recherche en matière psycho-criminologique

Les études déjà menées en Europe sur la prévention de la récidive* et le traitement de la dangerosité des les délinquants sexuels⁶² doivent être complétées par des recherches d'ordre plus général en psycho-criminologie.

⁶⁰ La réponse à cette question suppose que l'expert dispose d'une formation et d'une compétence spécifiques en psycho-criminologie, voir infra I-C-2, pp. 33-34.

⁶¹ La réponse à cette question suppose que l'expert dispose d'une formation et d'une compétence spécifiques en psycho-criminologie, voir infra I-C-2, pp. 33-34.

⁶² D. GIOVANNANGELLI, J.P. CORNET, C. MORMONT, op. cit..

Pour que la France soit en mesure de développer cette discipline autonome, à l'instar des pays anglo-saxons qui ont procédé à des analyses et élaboré des outils d'évaluation de la dangerosité des auteurs d'infractions pénales⁶³, il apparaît nécessaire à la commission d'approfondir les recherches sur trois sujets essentiels (**proposition n°2 – d**) : les indicateurs de toutes les formes de dangerosité (et, singulièrement, la part des troubles graves de la personnalité* dans les facteurs de passage à l'acte criminel), l'évaluation de ces dangerosités et les modalités de la prise en charge pluridisciplinaire des individus qui présentent ces caractéristiques⁶⁴.

De plus, dans le prolongement de la proposition n°2 – b⁶⁵, une étude longitudinale spécifique de suivi des personnes criminelles multirécidivistes pourrait être mise en place à bref délai, afin d'améliorer la connaissance que les professionnels ont de cette population, et en particulier d'identifier les facteurs de réitération* et de récidive. Les résultats de cette analyse permettraient ainsi aux différents experts* de mieux appréhender et évaluer les risques de passage à l'acte pour certains individus (**proposition n°2 – c**).

2 – Le développement des formations communes en matière psycho-criminologique

De trop nombreux malentendus demeurent entre les professionnels de la santé et de la justice, ainsi que cela a été souligné en introduction. Outre les questions sémantiques, qui constituent autant de sources d'incompréhension, les médecins reprochent aux magistrats de vouloir les contraindre à remplir des missions qui ne seraient pas les leurs, tandis que ces derniers font grief aux premiers de se retrancher indûment derrière leur secret professionnel.

Afin de remédier à ces méprises, des formations communes sont mises en place par l'Ecole nationale de la magistrature, l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire et les Universités (Facultés de médecine et de droit).

Compte tenu de l'importance de ces formations communes, la commission estime que celles-ci devraient être sensiblement développées, avec l'appui des différents services déconcentrés (**proposition n°1 – a**).

Dispensées à l'ensemble des professionnels concernés, elles sont capitales à un double titre : elles permettent de mieux connaître les missions et les pratiques de chacun, comme les représentations réciproques. Leur objectif n'est pas d'aboutir à une confusion des langages et des rôles, mais de comprendre ceux de l'autre et, par conséquent, de faciliter le travail en commun.

⁶³ A l'heure actuelle, la simple transposition des échelles de dangerosité créées dans les pays d'Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada) serait prématurée. Cependant, elles doivent être validées et intégrées dans les recherches à mener en France.

⁶⁴ Infra II, pp. 37-38.

⁶⁵ Supra I-A-2-a, pp. 17 et s..

*

En outre, l'enseignement des professionnels de la justice, de la santé et du champ social en matière psycho-criminologique doit être renforcé, à l'instar de celui mis en place dans les Universités de Rennes et de Grenoble, afin d'enrichir le savoir de l'ensemble de ces praticiens sur le parcours des auteurs d'infractions pénales et l'évaluation, comme la prise en charge, de leur dangerosité (**proposition n°1 – c**).

Cette formation spécifique permettrait le développement d'expertises approfondies sur la question de la réitération* ou de la récidive*, examens dont la réalisation pourrait notamment être confiée à des psychologues, indépendamment des expertises psychologiques et psychiatriques traditionnelles.

3 – La création d'un centre de documentation psycho-criminologique

Les experts* chargés d'examiner une personne ignorent trop souvent l'existence de mesures similaires antérieures : leur information en ce domaine repose principalement sur la bonne volonté du sujet, qui leur signale, ou non, ses antécédents psychiatriques ou psychologiques.

Or, cette déperdition de renseignements peut s'avérer préjudiciable à la continuité de l'action judiciaire et à la qualité de l'évaluation de la dangerosité de l'intéressé, en particulier dans le cadre des décisions d'individualisation de la peine*. En outre, ces actes surabondants contribuent à augmenter les frais de justice.

Afin de pallier ces inconvénients, il a paru judicieux à la commission de proposer la création d'un centre de documentation psycho-criminologique. Cette base de données nationale recenserait l'ensemble des expertises psychiatriques et psychologiques ordonnées par l'autorité judiciaire et les évaluations effectuées par les équipes ressources interrégionales⁶⁶. Pourraient également être répertoriées les hospitalisations d'office, uniquement lorsque celles-ci sont prononcées après une déclaration d'irresponsabilité pénale* pour troubles mentaux*, en application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal⁶⁷ (**proposition n°10**).

Ce centre de documentation serait alimenté par l'autorité judiciaire et géré par le ministère de la Justice, le service du casier judiciaire national paraissant particulièrement adapté à l'accomplissement de cette tâche.

Pour éviter tout risque de dérive, seuls les magistrats concernés, ainsi que les experts* psychiatres et psychologues missionnés, pourraient avoir accès à ce fichier.

Toutefois, pour une meilleure application de la réglementation sur les armes, le préfet devrait pouvoir consulter les données relatives aux hospitalisations d'office ordonnées après une déclaration

⁶⁶ Infra. I-C-4, pp. 35-36

⁶⁷ Cette déclaration d'irresponsabilité pénale pourrait émaner du procureur de la République, comme du juge d'instruction ou de la juridiction de jugement.

d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. Il ne pourrait cependant avoir connaissance des autres mesures répertoriées.

4 – L'instauration d'équipes ressources interrégionales

Le caractère pluriel de la dangerosité des individus suppose une évaluation pluridisciplinaire, effectuée par l'ensemble des professionnels des champs judiciaire, administratif, social et sanitaire, aux fins de prévenir la réitération* et la récidive* par la mise en commun des savoirs.

Ainsi, la désignation d'un seul expert* ou la commission successive d'experts isolés ne saurait suffire à une évaluation de qualité. Il apparaît donc pertinent de proposer la création d'un réseau national d'équipes ressources interrégionales (**proposition n°11**).

Saisies par l'autorité judiciaire, ces équipes auraient pour charge d'apprécier la dangerosité d'auteurs d'infractions pénales sous tous ses aspects par l'instauration de séquences d'évaluation dans le temps, afin de permettre une appréciation de l'évolution de la personnalité de l'individu expertisé.

Les équipes ressources interrégionales seraient constituées non seulement d'experts sanitaires, sociaux et administratifs, mais aussi de magistrats et membres de l'administration pénitentiaire agissant en qualité d'experts.

La mission d'évaluation impartie aux membres de ces équipes devrait impérativement être distinguée de leurs attributions décisionnelles originelles.

Ainsi, les médecins ne sauraient être à la fois chargés de soigner et d'évaluer une même personne.

De la même manière, les magistrats participeraient au titre de leur expérience particulière, et non dans le cadre de leur fonction juridictionnelle classique. Pour ce faire, le statut particulier de ces magistrats pourrait être envisagé de deux façons : soit celui d'un expert indépendant soumis comme tel à une inscription sur une liste nationale *ad hoc* ou sur une liste d'une autre cour d'appel que la sienne, soit celui d'un chargé de mission intervenant volontairement dans une équipe située en dehors de sa cour d'appel de rattachement, et pris en charge par la Direction des services judiciaires du ministère de la Justice.

*

Ces équipes ressources interrégionales auraient également la tâche d'initier et de développer la recherche et la formation pluridisciplinaires en matière d'évaluation de la dangerosité, ainsi que les relations avec tous les partenaires concernés.

Ces missions ne pourraient être réalisées qu'en lien avec les universités, par le biais de conventions, et avec les organismes de recherches spécifiques tels que l'INSERM, par la participation des équipes ressources à des programmes de recherche.

II – La prise en compte de la dangerosité dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions

Le caractère pluriel et multifactoriel de la dangerosité suppose qu'à la pluridisciplinarité de son évaluation fasse écho une diversification des modes de prise en charge.

Ainsi, les pouvoirs de guérison et les capacités prédictives de la médecine ne doivent pas être surestimés.

Certes, les différents types de traitements psychiatriques (médicamenteux⁶⁸, thérapies de groupe ou individuelles) et leurs diverses modalités de mise en œuvre (suivis ambulatoires, à temps partiel⁶⁹) peuvent avoir un impact positif sur la dangerosité des personnes, à condition toutefois que la continuité des soins soit systématiquement précisée en fonction des indications thérapeutiques, et assurée de manière effective.

Sur ce point, la commission préconise que soit organisée une conférence de consensus sur la prise en compte de la dangerosité par les professionnels de santé, les différentes thérapeutiques possibles et l'ensemble des acteurs concernés ([proposition n°2 – f](#)).

Pour autant, la variabilité, selon les individus, de l'incidence socialisante d'un traitement psychiatrique doit être soulignée : si ce dernier peut être efficace lorsque les facteurs fragilisants extérieurs à la pathologie mentale ou aux troubles de la personnalité* ne sont pas prédominants, il peut en revanche avoir des effets limités si des paramètres environnementaux ou relatifs à l'usage de toxiques, et plus particulièrement d'alcool, ont substantiellement contribué à la perpétration des faits.

Il convient sur ce point de rappeler que, depuis plusieurs années, le développement de consultations hospitalières d'alcoologie (C.H.A.) et la création de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (C.S.S.T.) ont facilité l'accès individuel à des prises en charge spécifiques, grâce à des suivis ambulatoires et des soins appropriés, notamment sous la forme de post-cures.

L'on précisera que si la nature de la mission impartie à la commission a conduit cette dernière à n'étudier le rôle de l'alcool que concomitamment à l'existence d'un trouble mental* et/ou de la personnalité, il importe d'insister sur la nécessité de soutenir les campagnes de prévention et d'information sur l'alcoolisme, dont l'effet désinhibant favorise le passage à l'acte violent ([proposition n°1 – d](#)).

En conséquence, il est nécessaire que la dangerosité psychiatrique soit prise en compte dans les suivis assurés par les professionnels de santé, **lesquels auxquels** doivent être **associées** des interventions socio-thérapeutiques, menées en

⁶⁸ Anti-dépresseurs, neuroleptiques et anti-psychotiques, thymorégulateurs, sédation de l'anxiété ou traitement de substitution.

⁶⁹ Sous la forme de consultations en centre médico-psychologique (C.M.P.) ou de prises en charge à temps partiel, dans des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P.) ou en hôpital de jour.

articulation avec les professionnels de l'éducation, de champ social et de la justice, et ce à tous les stades de la procédure.

Ainsi, l'éventuelle dangerosité d'un individu auteur d'une infraction doit être prise en considération, à la fois lors de l'examen de la déclaration d'irresponsabilité pénale* pour troubles mentaux et de ses suites (A), au moment du choix, de l'exécution et de l'aménagement de la peine* (B) et lors d'un suivi postérieur à l'exécution de cette dernière (C).

A – La prise en compte de la dangerosité au moment de l'examen de la déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux et de ses suites

Toute personne souffrant de troubles mentaux* ne doit pas être systématiquement considérée comme dangereuse, ainsi qu'il a été souligné en introduction⁷⁰.

Toutefois, certains individus atteints de troubles de cette nature présentent un état dangereux, en lien ou non avec ces maux. Cette situation doit être prise en compte, tant lors de l'éventuelle déclaration d'irresponsabilité pénale* prononcée en application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal, qu'au moment et à l'issue de la mesure d'hospitalisation d'office le cas échéant ordonnée.

1 – L'article 122-1, alinéa 1, du code pénal

a – L'état du droit

La responsabilité pénale de l'auteur d'une infraction est subordonnée à la faculté pour ce dernier d'avoir pu décider librement de commettre les faits incriminés.

Ainsi, l'article 122-1 du code pénal distingue selon que le discernement de la personne a été aboli par un trouble psychique ou neuropsychique*⁷¹, ce qui entraîne l'irresponsabilité pénale* de l'intéressé (alinéa 1), ou simplement altéré par un tel trouble, ce qui atténue sa responsabilité pénale sans la remettre en cause (alinéa 2).

Cependant, le trouble psychique ou neuropsychique ne peut constituer une cause d'irresponsabilité pénale qu'à la condition d'être concomitant aux faits et en rapport direct avec l'infraction commise.

⁷⁰ Supra Introduction, pp. 4 et s..

⁷¹ Voir annexe n°4 – Glossaire, p. XI.

Ces éléments sont souverainement appréciés par les juges du fond, qui forment le plus souvent leur conviction après avis d'un expert* psychiatre, qui ne les lie pas⁷².

*

L'irresponsabilité pénale d'un individu pour troubles mentaux* peut être prise en compte par l'autorité judiciaire à différents stades de la procédure.

En premier lieu, à l'issue de l'enquête initiale, si cette irresponsabilité ne fait aucun doute et si l'infraction est de faible gravité, le procureur de la République peut décider de ne pas engager de poursuites et de classer la procédure sans suite⁷³.

En deuxième lieu, au terme de l'information judiciaire, le juge d'instruction, au vu des conclusions des experts* psychiatres qu'il a commis, peut rendre une ordonnance de non-lieu* sur le fondement de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal. Depuis la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, le magistrat a l'obligation de préciser dans son ordonnance s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés⁷⁴. Il doit en outre notifier oralement les conclusions des experts à la partie civile, qui est en droit d'interjeter appel de la décision du magistrat⁷⁵ et de demander qu'une contre-expertise soit ordonnée⁷⁶.

Enfin, lors de l'audience de jugement, le tribunal correctionnel ou la cour d'assises peut décider de la relaxe* ou de l'acquittement* de l'auteur de l'infraction si l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux de celui-ci lui paraît établie au regard des débats et des pièces du dossier.

b – Les limites du dispositif législatif actuel

En l'état actuel du droit, toute déclaration d'irresponsabilité pénale* pour troubles mentaux* ne donne pas lieu à un procès, même si, en cas d'appel d'une ordonnance de non-lieu* motivée par l'existence de tels troubles, une audience publique peut être tenue devant la chambre de l'instruction, en présence de l'intéressé si la partie civile en fait la demande et si son état de santé le permet⁷⁷.

⁷² Cass. crim. 11 mars 1958 (Bulletin criminel n°238).

⁷³ Il existe deux types de classements sans suite fondés sur l'état mental de la personne mise en cause : l'un pour irresponsabilité pénale (n°34) et l'autre pour état mental déficient (n°37).

⁷⁴ Article 177 du code de procédure pénale.

⁷⁵ Article 186, alinéa 2, du code de procédure pénale.

⁷⁶ Article 167-1 du code de procédure pénale.

⁷⁷ Article 199-1 du code de procédure pénale.

Néanmoins, cette procédure n'est pas apparue satisfaisante à la commission, le président de la chambre de l'instruction n'ayant en particulier pas la possibilité de faire comparaître d'office la personne mise en examen.

En outre, en dépit de la récente modification législative précitée, les informations communiquées aux victimes sur les circonstances de l'infraction sont parfois incomplètes, les investigations du magistrat instructeur étant généralement moins approfondies dès lors que l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal paraît susceptible de s'appliquer. L'ordonnance de clôture de l'information intervient en effet plus rapidement et comporte souvent une motivation plus succincte sur le déroulement des faits.

Enfin, la société contemporaine, aidée en cela par la vulgarisation du discours psychiatrique, tend à penser que l'audience pourrait constituer une étape nécessaire au « travail de deuil » du plaignant, en ce qu'elle permettrait à ce dernier d'obtenir une explication plus détaillée sur les faits et d'être publiquement reconnu en sa qualité de victime.

c – L'instauration d'une audience ad hoc sur l'imputabilité des faits devant une chambre spécialisée du tribunal de grande instance

Tirant les conséquences des limites susmentionnées, la commission s'est ralliée aux conclusions d'un groupe de travail piloté par la direction des affaires criminelles et des grâces en 2003⁷⁸. Celui-ci avait recommandé l'instauration d'une audience spécifique statuant sur l'imputabilité* des faits, afin de permettre un véritable débat judiciaire, même en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale* pour troubles mentaux* de l'auteur (**proposition n°17**).

Cette juridiction pourrait être composée du président du tribunal de grande instance ou de tout magistrat du siège désigné par lui, et de deux assesseurs.

Elle serait saisie par le juge d'instruction, qui clôturerait son information en rendant, simultanément ou successivement, d'une part, une ordonnance de non-lieu* fondée sur l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal et, d'autre part, une ordonnance motivée de « *renvoi devant la chambre spécialisée d'imputabilité* du tribunal de grande instance* ».

Cette saisine pourrait être obligatoire en matière criminelle et facultative dans les autres cas. Dans cette dernière hypothèse, les parties devraient en faire la demande

⁷⁸ Direction des affaires criminelles et des grâces, *Note d'orientation sur une possible réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale*, décembre 2003 (voir annexe n°11, p. XCII).

expresse lorsque la clôture de l'information leur serait notifiée et avant l'expiration du délai de vingt jours prévu par l'article 175 du code de procédure pénale.

Si, à l'issue de cette audience, les faits poursuivis apparaissent imputables au mis en cause, la juridiction devrait également pouvoir se prononcer sur l'opportunité d'ordonner des mesures de sûreté* à l'encontre de l'intéressé, applicables soit immédiatement après l'audience, soit, en cas d'hospitalisation d'office, à la levée de cette mesure. La personne pourrait ainsi se voir imposer, à titre de sûreté, un placement sous surveillance électronique*⁷⁹, un suivi de protection sociale⁸⁰ ou un placement dans un centre fermé de protection sociale⁸¹. Cette décision serait périodiquement révisée au vu de l'évolution de l'individu.

Afin de limiter les recours procéduraux à la charge des plaignants, la juridiction statuerait enfin sur les intérêts civils.

Soucieuse de préserver les droits de la défense et la dignité des personnes reconnues pénalement irresponsables pour troubles mentaux, la commission estime nécessaire d'entourer cette audience de garanties. Ainsi, la comparution de l'intéressé ne pourrait être ordonnée que si son état mental, dûment constaté par certificat médical, le permet. En outre, l'individu devrait impérativement être représenté par un administrateur ad hoc et assisté d'un avocat, le cas échéant commis d'office. Enfin, toutes les décisions de la juridiction seraient susceptibles d'appel devant une chambre spécialisée de la cour d'appel.

2 – L'hospitalisation d'office des personnes déclarées pénalement irresponsables pour troubles mentaux

a – La procédure

L'article L.3213-7 du code de la santé publique dispose que « *lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu*, d'une décision de relaxe*, ou d'acquiescement* en application des dispositions de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal, nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent le*

⁷⁹ Cf. infra II-C-1-a, pp. 71 et s..

⁸⁰ Cf. infra II-C-1-b, pp. 74-75.

⁸¹ Cf. infra II-C-2-b, pp. 76 et s..

préfet⁸² qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission [départementale des hospitalisations psychiatriques](...)».

Lorsque ces conditions sont réunies, le préfet peut ordonner une hospitalisation d'office, en se fondant sur un avis médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade, document qui doit être rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil. Il peut s'agir d'une expertise psychiatrique si celle-ci est récente.

Le préfet avise ensuite le procureur de la République, le maire de la commune de résidence du patient et la famille de ce dernier, de l'hospitalisation d'office (HO) éventuellement mise en œuvre, de tout renouvellement de la mesure et de toute sortie.

Dans le but de favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale, les personnes hospitalisées d'office peuvent bénéficier de sorties d'essai décidées par le préfet, pour une durée de trois mois renouvelables dans les mêmes conditions de forme que l'HO, au vu d'une proposition écrite et motivée d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient, conformément à l'article L.3211-11 du code de la santé publique. Ces sorties constituent une simple modification de la prise en charge, les patients concernés demeurant sous le régime de l'hospitalisation d'office. Un suivi médical est donc maintenu et le psychiatre traitant transmet un certificat au préfet tous les mois.

L'article L.3213-8 du code de la santé publique prévoit qu'il ne peut être mis fin à une HO par le préfet que sur les décisions conformes de deux psychiatres, extérieurs à l'établissement d'accueil du patient et inscrits sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Ces deux expertises concordantes doivent conclure que la personne n'est plus dangereuse, ni pour elle-même, ni pour autrui.

En 2001, 234 hospitalisations d'office ont été prononcées à la suite de l'application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal. Ce nombre est stable depuis 1998, même si le chiffre de 263 mesures, prévisionnel pour l'année 2003, traduit une augmentation récente. Il n'existe pas aujourd'hui d'évaluation de la durée effective de l'hospitalisation, comme de la mesure.

b – Les limites du dispositif actuel

⁸² L'information du préfet par l'autorité judiciaire n'est pas un préalable juridiquement nécessaire à la décision administrative d'hospitalisation d'office.

Le dispositif légal actuel des hospitalisations d'office décidées après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal pâtit d'un manque de précision textuelle et sa mise en œuvre pose des difficultés, tant en termes de sorties d'essai que de coordination entre les autorités administratives et judiciaires.

En premier lieu, la formulation de l'article L.3213-8 du code de la santé publique est ambiguë, puisqu'il en ressort que la levée de l'hospitalisation d'office intervient sur « *décision* » de deux psychiatres experts* choisis par le préfet. Or, ce dernier et le juge des libertés et de la détention étant seuls compétents pour ordonner la levée d'une hospitalisation d'office, le ministère de la Santé a indiqué, en s'appuyant sur des conclusions d'une mission juridique permanente du Conseil d'Etat, que les psychiatres experts ne fournissent que des « *avis* » au préfet, lequel n'est pas lié par ceux-ci.

En deuxième lieu, alors même que la sortie de l'hôpital est effective quelle que soit sa nature (définitive ou à titre d'essai), on peut déplorer un manque d'harmonisation entre, d'une part, les règles applicables à la levée de l'hospitalisation d'office, qui ne peut être ordonnée qu'au vu de deux avis médicaux délivrés par des experts et, d'autre part, la décision de sortie d'essai, qui repose sur le certificat d'un seul psychiatre. En outre, le déroulement de ces sorties provisoires est mal codifié et leur longue durée conduit trop souvent à en faire des obligations de soins* en ambulatoire déguisées.

En troisième lieu, l'articulation entre les autorités judiciaire et administrative reste insuffisante.

En effet, l'article L.3213-7 du code de la santé publique ne prévoit pas l'obligation, pour l'autorité judiciaire, d'aviser le préfet en cas de classement sans suite* pour irresponsabilité pénale* due à des troubles mentaux* ou pour état mental déficient. De fait, seuls certains parquets informent l'autorité administrative à l'issue de décisions de cette nature.

En outre, le préfet n'est parfois que tardivement avisé par les magistrats des décisions de relaxe*, d'acquiescement* ou de non-lieu* prises en application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal. Ces retards rendent plus difficile l'éventuelle mise en œuvre d'une hospitalisation d'office, en cas de remise en liberté de l'intéressé après l'audience.

La commission préconise que les imprécisions ou les erreurs textuelles précitées soient corrigées. Ainsi, à l'article L.3213-8 du code de la santé publique, le terme « décision » devrait être remplacé par « avis » ([proposition n°13 – a](#)). En outre, à l'article L.3213-7 du même code, les « autorités judiciaires » mentionnées mériteraient d'être précisées : le procureur de la République ou le procureur général près la cour d'appel, selon la juridiction concernée, apparaissent les plus indiqués ([proposition n° 13 – b](#)).

De plus, la commission rappelle que l'avis médical portant sur « *l'état actuel de la personne* », prévu par l'article L. 3213-7 du code de la santé publique avant toute décision d'hospitalisation d'office par le préfet, doit être récent.

Par ailleurs, elle recommande que l'information immédiate de l'autorité administrative par les magistrats compétents après toute déclaration d'irresponsabilité pénale* pour troubles mentaux* soit effective ([proposition n°14 – a](#)), et également obligatoire après toute décision de classement sans suite* fondée sur l'irresponsabilité pénale ou l'état mental déficient de la personne mise en cause ([proposition n°14 – c](#)).

La commission préconise également que, dans le cadre des sorties d'essai, un contrôle sanitaire plus étroit soit exercé par la D.D.A.S.S. sous l'égide du préfet. Afin de traduire symboliquement cette préoccupation, elle suggère que les « *sorties d'essai* » soient désormais dénommées « *sorties thérapeutiques sous contrôle* » ([proposition n°13 – c](#)).

De surcroît, il apparaît important qu'une meilleure coordination soit mise en œuvre entre les préfetures, les autorités judiciaires et sanitaires ainsi que les établissements hospitaliers, dans l'inscription, sur le fichier des personnes recherchées tenu par les forces de l'ordre, des personnes hospitalisées d'office à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux et qui, bénéficiant d'une sortie d'essai, ne sont plus suivies par les équipes de soins et les établissements de santé responsables de leur prise en charge ([proposition n°14 – b](#)).

Enfin, si la judiciarisation de l'ensemble de la procédure susdécrite d'hospitalisation d'office est adoptée par la plupart des pays européens, cette solution n'a pas paru opportune à la commission. Il lui semble en effet pertinent que le préfet reste compétent pour ordonner les hospitalisations d'office après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal, compte tenu de ses attributions en matière de protection de l'ordre public et de sûreté des personnes. En outre, cette décision doit conserver un caractère sanitaire, l'instruction administrative du dossier étant réalisée par la DDASS, dont les liens structurels étroits avec les services de psychiatrie facilitent la mise en œuvre de l'hospitalisation au sein des établissements de santé habilités.

L'HO, comme la levée, doivent ainsi rester de la seule compétence du préfet, sous réserve des pouvoirs propres dévolus par l'article L.3211-12 du code de la santé publique au juge des libertés et de la détention⁸³. Cependant, la commission estime que de nouvelles attributions pourraient être confiées à ce magistrat, seul ou en collégialité selon les décisions envisagées⁸⁴, lui permettant de

⁸³ En vertu de l'article L.3211-12 du code de la santé publique, une personne hospitalisée d'office peut à tout moment solliciter sa sortie immédiate auprès du juge des libertés et de la détention du lieu de la situation de l'établissement. Ce magistrat peut également se saisir d'office.

⁸⁴ Infra II-C, pp. 70 et s..

prononcer d'éventuelles mesures de sûreté* après la sortie du patient de l'hôpital, que cette sortie soit accordée à titre d'essai ou définitif (**proposition n°15**).

Sur ce dernier point, la commission préconise que, dans le cadre des sorties d'essai, un contrôle sanitaire plus étroit soit exercé par la D.D.A.S.S. sous l'égide du préfet. Afin de traduire symboliquement cette préoccupation, elle suggère que les « *sorties d'essai* » soient désormais dénommées « *sorties thérapeutiques sous contrôle* » (**proposition n°13 – c**).

Ainsi, tirant par ailleurs les conclusions du manque d'harmonisation entre les règles applicables aux décisions de sortie thérapeutique sous contrôle et définitive, la commission recommande que la procédure suivante soit mise en œuvre lors de toute demande de sortie :

Ñ sursis à statuer ordonné par l'autorité préfectorale dès qu'une sortie d'HO du patient est envisagée, suivi de la saisine, d'une part, de deux psychiatres experts pour avis sur la sortie et sur la nécessité d'une évaluation de la dangerosité de la personne et, d'autre part, du procureur de la République quant à l'opportunité du prononcé de mesures de sûreté ;

Ñ saisine immédiate par le procureur de la République, s'il l'estime opportun⁸⁵, du juge des libertés et de la détention, ou d'une juridiction collégiale présidée par lui s'il envisage un placement en centre fermé de protection sociale⁸⁶. Le juge ou la juridiction disposerait alors d'un délai de deux mois pour statuer sur l'opportunité de telles mesures ;

Ñ possibilité pour le juge des libertés et de la détention ou la juridiction collégiale présidée par lui de solliciter, avant de prendre sa décision, l'avis des équipes ressources interrégionales chargées, le cas échéant, d'évaluer la dangerosité criminologique du patient hospitalisé. Cette consultation serait obligatoire avant toute décision de placement dans un centre fermé de protection sociale⁸⁷.

Ñ dans tous les cas, recueil de l'avis de la partie civile par le juge des libertés et de la détention ou la juridiction collégiale présidée par lui.

Ñ en fonction de la dangerosité de la personne et de l'avis de la partie civile, le juge des libertés et de la détention ou la juridiction collégiale présidée par lui pourrait ordonner des mesures de sûreté⁸⁸, applicables dès la levée de la mesure d'hospitalisation d'office ou dès la mise en œuvre de la sortie thérapeutique sous contrôle.

⁸⁵ Si ce magistrat n'estime pas utile de solliciter la mise en place d'une mesure de sûreté, il en informe le préfet, qui demeure libre d'accorder ou de refuser la sortie de l'intéressé.

⁸⁶ Infra II-C, pp. 70 et s..

⁸⁷ Infra. II-C-2-b, pp 76 et s..

⁸⁸ Les mesures de sûreté pourront consister en un placement sous bracelet électronique, un suivi de protection sociale ou un placement en centre fermé de protection sociale, voir infra. II-C, pp. 70 et s..

B – La prise en compte de la dangerosité au moment du choix, de l'exécution et de l'aménagement de la peine

1 – La prise en compte de la dangerosité au moment du choix de la peine

Avant ~~que~~ d'étudier les condamnations* qui semblent le mieux prendre en compte la dangerosité des personnes poursuivies, il importe de rappeler que les juridictions répressives peuvent assortir certaines peines* privatives de liberté d'une période de sûreté*, durant laquelle le condamné estimé particulièrement dangereux ne peut bénéficier d'aucune mesure d'individualisation de sa peine*⁸⁹.

Cette mesure est applicable de plein droit pour les infractions particulièrement graves⁹⁰ lorsqu'une condamnation à un emprisonnement ferme d'une durée supérieure ou égale à dix ans⁹¹ est prononcée.

De manière plus générale, certaines peines ou modalités de peines paraissent particulièrement adaptées aux personnes souffrant de troubles mentaux* et/ou présentant un état de dangerosité, soit par une meilleure prise en considération de l'éventuelle atténuation de leur responsabilité pénale (a), soit par l'imposition d'une obligation de soins* (b) ou d'une injonction de soins* (c), soit par la création d'un délit autonome spécifique (d).

a – Une meilleure intégration de l'atténuation de la responsabilité pénale pour troubles mentaux dans le prononcé de la peine

La formulation même de l'article 122-1, alinéa 2, du code pénal traduit la volonté du législateur de tirer les conséquences de l'atténuation de la responsabilité pénale en diminuant la peine* prononcée : « *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* ».

Or, force est de remarquer que, dans certaines procédures criminelles où il est fait application de l'alinéa précité, l'atténuation de responsabilité, subséquente à l'altération du discernement constatée chez l'accusé*, ne se traduit guère par une diminution de la peine* prononcée, mais au contraire par son aggravation.

⁸⁹ Article 132-23 du code pénal, infra II-B-3-b, p. 69.

⁹⁰ Notamment les violences et homicides volontaires aggravés, les tortures et actes de barbarie.

⁹¹ Article 132-23, alinéas 1 et 2, du code pénal.

Cette situation peut s'expliquer par la crainte du jury populaire de voir remis en liberté à trop brève échéance des individus dont il présume qu'ils présentent un état dangereux singulier, eu égard aux troubles dont ils souffrent.

Pourtant, il a été à plusieurs reprises souligné que les personnes atteintes de troubles mentaux* sont présumées à tort particulièrement dangereuses.

En outre, ce n'est pas le moindre des paradoxes que de constater que les individus dont le discernement a été diminué puissent être plus sévèrement sanctionnés que ceux dont on considère qu'ils étaient pleinement conscients de la portée de leurs actes.

*

Au terme de ces réflexions, il est apparu nécessaire à la commission de mieux encadrer les condamnations* prises en application du second alinéa de l'article 122-1 du code pénal, afin que les décisions rendues prennent réellement en compte l'altération du discernement du prévenu* ou de l'accusé dans le prononcé de la peine*.

Certains pays voisins ont ainsi fait le choix, dans cette hypothèse, de prévoir des réductions de peine* automatiques (Espagne), voire d'assortir systématiquement du suivi socio-judiciaire* la sanction prononcée (Pays-Bas).

Toutefois, la commission n'a pas jugé opportun de procéder à une modification de la législation française en ce sens, considérant que les juridictions de jugement doivent pouvoir adapter leurs décisions à chaque cas d'espèce, sans être contraintes à l'excès par des peines* ou des modalités de peines* automatiques.

Dès lors, elle estime plus pertinent, dans un premier temps et en matière criminelle, de rappeler aux magistrats professionnels la nécessité d'informer les jurés sur les principes fondateurs de l'article 122-1, alinéa 2, du code pénal (**proposition n°16 – a**).

De surcroît, la commission considère qu'il est impératif que l'administration pénitentiaire puisse mettre en œuvre ses missions générales de réinsertion sociale du condamné et de prévention de la récidive* dès le début de l'exécution de la peine. A ces fins, elle propose que le tribunal correctionnel ou la cour d'assises motive toute condamnation à une peine d'emprisonnement ferme sur les modalités de détention et de prise en charge les plus adaptées aux personnes dont le discernement a été altéré.

Certes, des difficultés particulières d'application de cette préconisation peuvent se poser en matière criminelle, le jury ne pouvant se déterminer que sur la base de questions préalablement posées et la décision rendue ne devant pas être motivée.

La commission préconise donc que, lorsqu'une atténuation de la responsabilité pénale de l'accusé est envisagée, une question supplémentaire relative aux modalités de prise en charge de l'intéressé soit posée à la cour. Pour y répondre, celle-ci pourra s'appuyer sur l'avis délivré par l'expert* psychiatre sur ce point⁹², mais aussi sur tous les éléments de personnalité portés à sa connaissance lors de l'instruction de l'affaire à l'audience (**proposition n°16 – b**).

Par ailleurs, pour ne pas contrevenir au principe de non-motivation des arrêts criminels, la décision de la juridiction sur ces questions pourrait faire l'objet de simples recommandations écrites, rédigées dans un bref délai par les magistrats professionnels au vu des débats intervenus pendant le délibéré (**proposition n°16 – c**).

b – La nécessité d'un avis médical préalable à l'exécution d'un sursis avec mise à l'épreuve portant obligation de soins

Le sursis avec mise à l'épreuve* est une peine* applicable aux condamnations* à l'emprisonnement prononcées pour une durée de cinq ans au plus, en répression d'un crime ou d'un délit de droit commun⁹³.

Le condamné est dispensé d'exécuter la peine privative de liberté qui a été assortie du sursis avec mise à l'épreuve à la condition de se soumettre à certaines obligations ou interdictions fixées par le tribunal correctionnel, la cour d'assises ou le juge de l'application des peines pendant un délai d'épreuve déterminé, qui ne peut être inférieur à dix-huit mois, ni supérieur à trois ans⁹⁴.

Le contrôle du respect des mesures imposées est confié au juge de l'application des peines, assisté en général du service pénitentiaire d'insertion et de probation* ; si le condamné s'y soustrait, le sursis* prononcé peut être totalement ou partiellement révoqué.

La juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines peut prendre en compte l'existence de troubles mentaux* en assortissant le sursis avec mise à l'épreuve d'une obligation dite « *de soins* », emportant pour le condamné la nécessité de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, et ceci même sous le régime de l'hospitalisation⁹⁵.

⁹² Supra. I-B-2-b, pp. 28 et s..

⁹³ Article 132-41 du code pénal.

⁹⁴ Article 132-40 du code pénal. Le seuil plancher de dix-huit mois sera ramené à un an à compter du 31 décembre 2006.

⁹⁵ Articles 132-45, 3ème alinéa, du code pénal et 739 du code de procédure pénale.

*

L'obligation de soins* ne constitue pas une immixtion de l'autorité judiciaire dans le champ sanitaire, puisque son contenu relève exclusivement du corps médical. Elle est considérée comme respectée dès lors que le condamné a rencontré un médecin et, le cas échéant, engagé le suivi estimé nécessaire par le praticien.

Pour autant, il apparaît pertinent que la mise en œuvre des obligations de soins soit médicalement fondée. A défaut, ces mesures risquent d'être dépourvues de conséquences pratiques et d'engendrer un décalage entre les attentes du juge de l'application des peines, de la personne condamnée et du médecin responsable de la prise en charge. Le rôle de ce dernier ne doit en effet pas se limiter à produire un certificat attestant de l'existence de soins, sous peine d'être perçu comme la simple caution d'une décision judiciaire.

Quoique la dangerosité des individus multirécidivistes puisse apparaître manifeste même en l'absence de certificat médical, la commission estime donc souhaitable que l'exécution d'une mesure d'obligation de soins repose systématiquement sur un avis médical préalable quant à son opportunité. Elle suggère donc une modification du texte de l'article 132-45, 3°, du code pénal de la manière suivante : « ***Sur avis médical, se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, y compris sous le régime de l'hospitalisation*** » (**proposition n°18 – b**).

*

Enfin, dans la mesure où le sursis avec mise à l'épreuve participe d'une réelle individualisation de la peine, la commission recommande que son prononcé, mixte ou total, ne soit pas limité aux condamnations dont le quantum n'excède pas cinq ans, mais soit au contraire étendu à celles comprises entre cinq et dix ans d'emprisonnement. La durée de la mise à l'épreuve pourrait alors se trouver allongée en conséquence et être comprise entre trois et cinq ans (**proposition n°18 – a**).

c – L'élargissement du champ d'application de la peine de suivi socio-judiciaire

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles instaure une peine de suivi socio-judiciaire*, qui peut être prononcée à titre complémentaire ou, en matière correctionnelle, à titre principal. Elle est applicable aux auteurs des infractions limitativement énumérées à l'article 706-47 du code de procédure pénale⁹⁶.

Elle vise à imposer au condamné l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance.

⁹⁶ Infractions à caractère sexuel, à l'exception de l'exhibition, et meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie.

Le non-respect de ces obligations ou interdictions est sanctionné par l'exécution d'une peine* d'emprisonnement dont le quantum, limité par la loi, est déterminé au moment du prononcé de la condamnation* initiale⁹⁷.

La durée maximale du suivi socio-judiciaire a été allongée par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, qui prévoit même la possibilité d'un suivi sans limitation de durée, en répression des crimes punis de la réclusion criminelle à perpétuité.

■

Parmi les mesures de surveillance et d'assistance qui peuvent être imposées au condamné dans le cadre du suivi socio-judiciaire figure l'ensemble des obligations et interdictions prévues dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve*⁹⁸, et plus particulièrement l'obligation de soins*. En outre, des interdictions spécifiques ont été instaurées⁹⁹.

Par ailleurs, s'il est établi après une ou plusieurs expertises médicales que l'auteur est susceptible de faire l'objet d'un traitement, une injonction de soins* peut être prononcée, soit par la juridiction de jugement¹⁰⁰, soit, après la condamnation initiale, par le juge de l'application des peines¹⁰¹.

Toutefois, il convient de préciser que si aucun traitement ne peut être entrepris sans le consentement de l'intéressé, un refus de ce dernier peut se traduire par la mise à exécution de la peine d'emprisonnement fixée par la juridiction.

Si la personne a été condamnée à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, en complément d'une peine d'emprisonnement, il est mis en œuvre à l'issue de l'incarcération. Cependant, le condamné est informé qu'il peut commencer son traitement pendant sa période de détention. Il est alors invité par le juge d'application des peines à entreprendre des soins. Tout refus de sa part sera considéré par ce magistrat comme la manifestation d'une volonté insuffisante de réadaptation sociale et il ne pourra alors bénéficier de réductions de peines supplémentaires¹⁰².

⁹⁷ Articles 131-36-1 et suivants du code pénal.

⁹⁸ Article 132-45 du code pénal.

⁹⁹ Ces interdictions spécifiques, prévues à l'article 131-36-2 du code pénal, sont :

Ñ s'abstenir de paraître en tout lieu ou toute catégorie de lieux spécialement désignée, et notamment les lieux accueillant habituellement des mineurs ;

Ñ s'abstenir de fréquenter ou d'entrer en relation avec certaines personnes ou certaines catégories de personnes, et notamment des mineurs, à l'exception, le cas échéant, de ceux désignés par la juridiction ;

Ñ ne pas exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs.

¹⁰⁰ Article 131-36-4 du code pénal.

¹⁰¹ Article 763-3 du code de procédure pénale.

¹⁰² Article 721-1 du code de procédure pénale.

L'innovation de ce dispositif est double. D'une part, l'autorité judiciaire ne peut décider d'une injonction de soins qu'au vu d'une expertise psychiatrique préalable concluant à l'accessibilité du condamné aux soins. D'autre part, la mise en œuvre de cette injonction est confiée à un médecin dit « *coordonnateur* », chargé d'une mission d'interface entre le juge d'application des peines et le médecin traitant¹⁰³, et désigné par ce magistrat sur une liste établie par le procureur de la République. Le médecin coordonnateur invite le condamné à choisir un médecin traitant, qui l'informe de toutes les difficultés survenues dans l'exécution du traitement, à charge pour le médecin coordonnateur de prévenir le juge de l'application des peines ou le conseiller d'insertion et de probation¹⁰⁴.

▪

Parmi les possibilités thérapeutiques envisagées dans le cadre d'une injonction de soins, la question de la prescription de traitements freinateurs de la libido, appelés de manière erronée « *castration chimique* », est souvent soulevée par l'opinion publique.

Ces anti-androgènes constituent une modalité thérapeutique parmi d'autres : la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles repose sur un éventail de soins et le traitement doit être aussi diversifié que leurs troubles ou leur personnalité sont hétérogènes. Lorsqu'une injonction de soins est prononcée, il appartient donc au médecin chargé du suivi, et à lui seul, de choisir le suivi médical le plus adéquat.

En outre, la prescription de ces médicaments est soumise aux mêmes règles déontologiques que tout autre traitement.

Sous réserve de ces précisions, l'intérêt des anti-androgènes est double : leur action est rapide chez un individu qui affirme ne plus pouvoir maîtriser ses pulsions et son comportement sexuels, et ils créent une situation favorable à l'impact d'une action psychothérapeutique, qu'elle soit psychanalytique ou cognitivo-comportementale.

Ces prescriptions présentent néanmoins certaines limites. Les médicaments ne disposent en effet, à l'heure actuelle, d'aucune autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) à ces fins et leur effet est uniquement symptomatique, sans incidence sur l'orientation sexuelle ou sur les troubles sous-jacents de la personnalité*.

¹⁰³ Article L.3711-1 et suivants du code de la santé publique.

¹⁰⁴ Article L.3711-3 du code de la santé publique.

Aussi des études approfondies **doivent-elles** encore être réalisées pour **mesurer** l'impact de cette prise en charge médicamenteuse. La Commission a ainsi noté qu'une recherche doit débuter courant 2005 sous la direction scientifique de M. **Serge STOLERU** (INSERM), aux fins de comparer l'efficacité de deux anti-androgènes dans le traitement de la pédophilie. Les résultats de cette analyse sont attendus pour 2007.

*

La commission tient à souligner le caractère novateur du dispositif de l'injonction de soins, en ce qu'il permet de clarifier les fonctions et d'instaurer une meilleure collaboration entre l'autorité judiciaire, l'expert* psychiatre et, par le biais du médecin coordonnateur, le praticien assurant le suivi.

Force est toutefois de constater que la mise en œuvre de l'injonction de soins est disparate en raison de l'implantation inégale des psychiatres sur le territoire national et de la rareté des médecins disponibles. Peu de praticiens ont une compétence spécifique dans le traitement des conduites sexuelles et semblent prêts à s'investir dans le champ expertal, la coordination et les soins **thérapeutiques**.

Certes, le rapport rédigé par M. Claude BALIER en 1995, relatif à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles¹⁰⁵, a contribué à rénover les pratiques dans cette matière, à un moment où le nombre de personnes incarcérées pour ce motif augmentait fortement¹⁰⁶.

Pour autant, lorsque la commission d'une infraction à caractère sexuel est la manifestation d'une pathologie mentale, celle-ci a le plus souvent trait à des troubles graves de la personnalité. Or, il s'agit d'un champ clinique encore mal connu des professionnels de la psychiatrie, tant sur le plan du diagnostic que sur celui des modalités de prise en charge. Dans ces conditions, la demande de suivi médical formulée par l'autorité judiciaire dans le cadre d'une injonction de soins constitue une charge de travail supplémentaire, parfois vécue par les praticiens comme indue. Il est donc nécessaire que cette mission, qui suppose le volontariat, soit mieux-explicitée dans les formations, et que les pratiques soient mieux encadrées.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'une peine aussi spécifique que le suivi socio-judiciaire, tant en termes de durée que de coordinations entre les différents acteurs, nécessite que les juges de l'application des peines et les conseillers d'insertion et de probation soient en nombre suffisant. Or, les tribunaux souffrent actuellement d'une

¹⁰⁵ Rapport du groupe de travail Santé et Justice présidé par Claude BALIER, *Traitements et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels*, 1995.

¹⁰⁶ Supra I-A-1, pp. 14 et s..

pénurie de moyens¹⁰⁷ qui a pu, à juste titre, décourager certaines juridictions d'ordonner des suivis socio-judiciaires qui resteraient inappliqués¹⁰⁸.

Afin de susciter des vocations chez l'ensemble des professionnels concernés, le plan « Psychiatrie et santé mentale », présenté le 20 avril 2005 par M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la Santé, prévoit la création, en trois ans, de cinq centres référents interrégionaux sur les agressions sexuelles, dits « centres ressources », ayant pour objectifs l'amélioration et la diffusion des connaissances et compétences auprès de l'ensemble des psychiatres et psychologues, grâce à des actions de recherche, de formation et la mise en place de réseaux et de partenariats aux niveaux local et national.

Dans le prolongement de ce projet, la commission recommande qu'il soit permis à des psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de troisième cycle en psychologie clinique (DESS) d'assurer le suivi du condamné (**proposition n°19 – a**) et que le médecin coordonnateur puisse intervenir à un niveau régional, et non départemental (**proposition n°19 – b**).

Par ailleurs, s'il est souhaitable que chacun de ces médecins ne prenne pas en charge plus de quinze personnes¹⁰⁹, la commission estime que le manque d'effectifs doit conduire, en cas de pénurie, à faire de ce seuil une simple recommandation, et non une obligation réglementaire (**proposition n°19 – c**).

En outre, si le caractère novateur du suivi socio-judiciaire a pu inciter le législateur à limiter prudemment son application aux infractions à caractère essentiellement sexuel, la commission considère qu'il pourrait aujourd'hui être utilement étendu, d'une part, en matière d'injonction de soins, à toutes les personnes souffrant de troubles mentaux* en lien avec l'infraction commise et, d'autre part, pour les autres mesures de surveillance et d'assistance, à tous les auteurs présentant un état de dangerosité criminologique (**proposition n°20**). Ainsi, ces deux nouvelles catégories de condamnés pourraient bénéficier, à l'issue de leur emprisonnement, de l'ensemble des mesures prévues par cette peine*.

d – La création d'une peine complémentaire d'interdiction d'entrer en relation avec certaines personnes, de paraître en certains lieux et de détenir ou porter une arme

En vue d'une meilleure protection des victimes et dès lors qu'une juridiction aura la conviction de la dangerosité criminologique d'un prévenu* ou d'un accusé*, la commission recommande qu'une peine complémentaire* nouvelle puisse être prononcée, consistant à interdire au condamné, dès qu'il aura recouvré la liberté, d'entrer en relation avec certaines personnes, de paraître en certains lieux et/ou de détenir ou porter une arme, que cette dernière soit ou non soumise à autorisation.

¹⁰⁷ Voir statistiques infra II-B-2, p.59.

¹⁰⁸ Le nombre de peines de suivi socio-judiciaire prononcées par les juridictions est passé de 265 en 2000 à 795 en 2003, soit une augmentation de +200%. Au 1^{er} janvier 2005, seuls 426 suivis socio-judiciaires étaient en cours, voir annexe n°8 – Statistiques : les condamnations à une peine de suivi socio-judiciaire, p. LXXVIII.

¹⁰⁹ Nombre fixé par un arrêté du ministre chargé de la Santé du 7 mars 2001, article R.3711-8 du code de la santé publique.

Ces interdictions pourraient être modifiées par le juge de l'application des peines chargé du suivi de la mesure, selon les modalités prévues à l'article 712-6 du code de procédure pénale.

Le non-respect de ces interdictions pourrait en outre être constitutif d'un délit autonome, dont le quantum de la peine encourue devrait être de l'ordre de cinq à dix ans d'emprisonnement pour être suffisamment dissuasif (**proposition n°21**).

2 – La prise en compte de la dangerosité au moment de l'exécution de la peine

La prise en compte de l'éventuelle dangerosité des condamnés au moment de l'exécution, comme de l'aménagement de leur peine* nécessite que certaines conditions soient remplies.

En premier lieu, seuls 240 juges de l'application des peines¹¹⁰ et 1.881 travailleurs sociaux de l'administration pénitentiaire¹¹¹ sont actuellement chargés de suivre 125.437 personnes et 138.855 mesures en milieu ouvert¹¹² et environ 61.000 écroués¹¹³.

Or, comme l'ont souligné tant le rapport de M. Jean-Luc WARSMANN¹¹⁴, que celui de la commission des lois de l'Assemblée nationale sur la prévention de la récidive*¹¹⁵, sans un nombre suffisant de professionnels, aucun suivi efficace des peines alternatives à la détention, aucune préparation des détenus* à la sortie de prison, ni aucun aménagement de peine ne seront possibles ou, en tout cas, ne constitueront un gage satisfaisant de prévention de la récidive*.

La commission tient donc à affirmer qu'afin d'assurer le suivi des auteurs d'infractions pénales présentant une dangerosité, il est impératif que le nombre de juges de l'application des peines et de conseillers d'insertion et de probation soit augmenté (**proposition n°22 – a**).

En second lieu, il est essentiel de renforcer, aux mêmes fins, l'articulation entre les professionnels des institutions judiciaires, pénitentiaires et sanitaires (équipes de soins et établissements de santé).

Ainsi, des conventions bipartites et des réseaux « *santé-justice* » formalisés pourraient être instaurés au niveau territorial le plus approprié (départemental ou régional), pour mieux prendre en charge les personnes sous main de justice (**proposition n°12 – a**).

¹¹⁰ Chiffres au 1^{er} janvier 2005, répartis de la manière suivante : 93 vice-présidents chargés des fonctions de juge de l'application des peines et 147 juges de l'application des peines.

¹¹¹ Chiffres des effectifs réels, au 1^{er} janvier 2005, répartis de la manière suivante : 137 chefs de service (sur 215 postes budgétaires) et 1.744 conseillers d'insertion et de probation (sur 2.057 postes budgétaires).

¹¹² Chiffres au 1^{er} janvier 2005.

¹¹³ Moyenne pour l'année 2004.

¹¹⁴ Rapport de la mission parlementaire auprès de M. Dominique PERBEN, garde des Sceaux, ministre de la Justice, confiée à M. Jean-Luc WARSMANN, député des Ardennes, 28 avril 2003.

¹¹⁵ Rapport d'information de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, op. cit.

Les équipes ressources interrégionales préconisées précédemment¹¹⁶ constitueraient, par leur caractère pluridisciplinaire, un soutien à ces réseaux.

a – En milieu ouvert

Sont exécutées en milieu ouvert les peines* et mesures dites « *restrictives de liberté* » comme le sursis avec mise à l'épreuve*, le suivi socio-judiciaire*, l'interdiction de séjour et la libération conditionnelle*.

La prise en compte de l'éventuelle dangerosité des condamnés en milieu ouvert concerne tous les professionnels intervenant dans l'exécution de la peine : le parquet, le juge d'application des peines, le service pénitentiaire d'insertion et de probation* (SPIP), les associations œuvrant à la réinsertion et les équipes de soins, si une obligation de soins* ou une injonction de soins* a été ordonnée.

*

Le SPIP est un service déconcentré de l'administration pénitentiaire à l'échelon départemental. Composé de travailleurs sociaux, il est chargé d'exécuter, sur saisine des autorités judiciaires, les mesures en milieu ouvert, de suivre les condamnés à une peine d'emprisonnement, et de mettre en œuvre la mission générale d'insertion et de prévention de la récidive* de l'administration pénitentiaire.

Ce service exerce donc un double mandat, dont l'équilibre doit être préservé : un mandat judiciaire, en vertu duquel il contrôle les obligations issues de la condamnation*, et un mandat social, au titre duquel il doit préserver ou recréer le lien social, par la recherche de relais extérieurs pour assurer, notamment, l'accès à la santé, à l'hébergement, au travail ou à la formation.

Aussi doit-il être rappelé qu'il est indispensable de renforcer les effectifs des SPIP* pour permettre un vrai travail social, impliquant une prise en charge rapide, comme un suivi régulier des personnes, au moins hebdomadaire pour les plus dangereuses, et non uniquement trimestriel ou semestriel comme cela est parfois pratiqué.

En outre, le renforcement des SPIP par des emplois ou des vacations de psychologues constituerait pour les professionnels qui les composent une aide en matière de supervision et de régulation face aux difficultés pouvant survenir dans le suivi¹¹⁷.

¹¹⁶ Supra. I-C-4, pp. 35-36.

¹¹⁷ Voir supra p. 60, proposition n°22 – a.

*

Une collaboration étroite entre les différents professionnels précités est particulièrement indiquée pour prendre en charge des patients qui associent une dangerosité psychiatrique et des facteurs de dangerosité criminologique. Elle favorise la continuité des soins et permet d'associer et de concilier les réponses sanitaires et sociales.

-

Ainsi, la commission recommande que ce type de patients ne soit pas pris en charge par une filière spécialisée de la psychiatrie, mais par des équipes oeuvrant en réseau (**proposition n°12 – b**). Il importe de préciser que les patients demeurent libres de choisir un praticien extérieur à ce dernier.

Plus particulièrement, la commission estime que la compétence spécifique des unités pour malades difficiles (UMD) dans la prise en compte de la dangerosité psychiatrique doit être mise à profit, afin, le cas échéant, que ces services puissent évaluer tant l'état mental du patient, que la situation qui a favorisé le passage à l'acte violent (**proposition n°12 – c**).

b – En milieu fermé

Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge psychiatrique des personnes détenues* incombe au service public hospitalier. Les soins ambulatoires courants sont prodigués dans la majorité des établissements pénitentiaires* par des équipes des secteurs de psychiatrie générale ; des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) assurant des soins plus intensifs sont implantés dans 26 établissements. Chaque structure assure en outre, avec leur consentement, l'hospitalisation des personnes écrouées dans le ressort d'un secteur de psychiatrie couvert par le SMPR. Lorsque les troubles mentaux* relèvent de l'article L.3213-1 précité, les détenus* concernés sont hospitalisés d'office au sein des établissements de santé, en application de l'article D.398 du code de procédure pénale.

*

Le rapport conjoint IGSJ–IGAS précité, du mois de juin 2001 et relatif à l'évaluation de l'organisation des soins aux détenus, considère que le dispositif de soins en milieu pénitentiaire présente des lacunes dans le traitement des troubles mentaux¹¹⁸, et que la place croissante de ceux-ci impose que des améliorations soient apportées.

Les inspecteurs regrettent notamment que les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) soient exclusivement implantés, à l'exception de deux d'entre eux,

¹¹⁸ Rapport IGSJ/IGAS, op. cit., pp. 70 et s. (Chapitre III).

dans les grandes maisons d'arrêt*, et non pas dans les établissements pour peines*, et que trois régions¹¹⁹ et un département d'outre-mer¹²⁰ en soient dépourvues.

Le rapport déplore également que les SMPR ne remplissent que trop rarement leur rôle régional et « *traitent d'abord les détenus* malades de leur établissement aux dépens de ceux des autres établissements* ».

L'IGSJ et l'IGAS font par ailleurs valoir qu'il existe une grande inégalité des moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie, sans que cela corresponde à une disparité de besoins.

Les inspecteurs ajoutent qu'aucune véritable hospitalisation complète n'est mise en œuvre dans les cellules d'hébergement des SMPR, celles-ci n'étant pourvues d'aucun équipement hospitalier traditionnel, et le personnel soignant ne pouvant intervenir librement la nuit¹²¹.

Enfin, les conditions du recours à l'hospitalisation psychiatrique sont critiquées, l'HO apparaissant exclusive de tout autre mode d'hospitalisation et présentant un risque important d'évasion dans la plupart des établissements, à l'exception des unités pour malades difficiles (UMD) qui, de fait, exercent une fonction de « *garde* » au détriment de leur vocation première¹²².

*

Certes, la commission constate que la création, par la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), constitue un progrès incontestable, qui s'inscrit dans le prolongement des recommandations des inspecteurs.

Ces nouvelles structures, conçues sur le modèle des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)¹²³, permettront d'hospitaliser dans un établissement

¹¹⁹ L'Auvergne, la Franche-Comté et le Limousin.

¹²⁰ La Guyane.

¹²¹ Le personnel soignant est absent la nuit dans vingt-quatre SMPR et, dans deux SMPR, ne peut accéder aux cellules en urgence sans l'aide extérieure d'un surveillant.

¹²² L'arrêté du 14 octobre 1986 **relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles** précise que les UMD prennent en charge des patients qui présentent pour autrui un danger certain et imminent tel, qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques adaptés et des mesures de sécurité particulières, et ne peuvent demeurer dans une unité de soins classique. Les patients sont tous hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation d'office.

¹²³ Les UHSI ont vocation à prendre en charge les détenus souffrant de troubles d'ordre somatique.

pénitentiaire des détenus présentant des pathologies mentales ne pouvant être traitées en ambulatoire, dans des conditions de sécurité et de santé satisfaisantes, et pour des courts ou des moyens séjours adaptés à l'état psychiatrique du patient et à son évolution.

Le projet de plan « Psychiatrie et santé mentale » précité¹²⁴ prévoit la mise en œuvre d'un programme portant création, à terme, de 705 lits répartis entre dix-neuf UHSA, avec, dans un premier temps, environ 300 lits sur le ressort de trois régions¹²⁵.

Cette première étape permettra la prise en charge hospitalière psychiatrique de 40% de la population pénale concernée au plan national, et répondra en outre aux besoins d'hospitalisation des personnes détenues dans l'ensemble des maisons centrales*.

Le calendrier prévisionnel fixe le choix des sites et envisage de débiter les études préliminaires en 2005, les études de programmation, les concours, la conception et le démarrage des travaux en 2006-2008 et la construction et l'ouverture des unités en 2009.

Toutefois, la commission tient à souligner l'importance de prendre en compte la carte sanitaire, et notamment la densité démographique des psychiatres, dans l'implantation prochaine de nouveaux établissements pénitentiaires* dans le cadre du programme « 13.200 places ». A défaut, il serait opportun que la planification sanitaire puisse rapidement être adaptée, afin de faire face aux besoins nouveaux qui ne manqueront pas d'apparaître.

▪

Concernant les autres aspects du dispositif actuel de prise en charge psychiatrique des détenus, et en l'état des informations communiquées à la commission, le constat effectué par la mission d'inspection IGSJ-IGAS demeure malheureusement d'actualité sur nombre de points.

Ainsi, le nombre de services médico-psychologiques régionaux n'a pas augmenté et les moyens en personnels n'ont guère été redéployés, alors que la population pénale a cru de 26% depuis 2001.

¹²⁴ Supra I-A-2-a, pp. 17 et s..

¹²⁵ Deux UHSA en Ile-de-France, une UHSA dans le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie, et une UHSA de 75 lits en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et en Corse.

La commission estime également que le rôle régional des SMPR mériterait également d'être soutenu, amplifié et évalué périodiquement.

En outre, elle tient à rappeler l'insuffisance globale des moyens des services de psychiatrie au regard des besoins des personnes détenues. Il pourrait sur ce point être envisagé des mesures incitatives spécifiques (statutaires, financières, recherche, enseignement, etc.) favorisant l'intervention des professionnels de santé en milieu pénitentiaire, afin de susciter des candidatures nouvelles et d'attirer des praticiens dans les zones géographiques d'implantations des établissements pénitentiaires les plus défavorisées sur le plan de la densité médicale (**proposition n°5 – c**).

Pour autant, la commission est consciente que, malgré l'augmentation prévisible de la population pénale, la perspective de la création d'un SMPR par établissement pénitentiaire n'est guère réaliste. De plus, la dispersion de détenus dangereux dans tous les établissements pénitentiaires supposerait de doter chacun d'eux d'effectifs très importants, tant en personnels pénitentiaires (surveillants et conseillers d'insertion et de probation) que sanitaires (pour ceux nécessitant des soins).

Inversement, la commission ne souhaite pas la création de nouveaux lieux accueillant spécifiquement des personnes détenues évaluées comme dangereuses sur le plan psychiatrique, en raison de l'inadaptation de telles structures à une prise en charge sanitaire adéquate.

Ainsi, elle considère plutôt que le parcours et la personnalité d'un détenu condamné peuvent nécessiter, à un moment donné, une prise en charge particulière impliquant des moyens renforcés, soit uniquement pénitentiaires en cas de dangerosité criminologique, soit à la fois pénitentiaires et sanitaires, en cas de dangerosités psychiatrique et criminologique.

La commission recommande donc l'élaboration, à l'issue d'un passage dans l'un des Centres régionaux d'observation précités¹²⁶, et sous réserve d'une estimation des moyens humains et matériels nécessaires, de projets de prise en charge confiés, au sein de chaque région pénitentiaire, aux équipes d'un ou plusieurs établissement(s) pour peine (**proposition n°3 – b**).

Ces projets supposeraient l'édiction d'un protocole en fixant les objectifs et prévoyant des évaluations périodiques. Afin d'éviter toute stigmatisation et tout isolement social, le séjour du détenu* serait organisé pour une durée limitée.

3 – La prise en compte de la dangerosité au moment de l'aménagement de la peine

¹²⁶ Supra I-A-2-a, pp. 17 et s..

a – L'état du droit

Aux termes de l'article 707, alinéas 2 et 3, du code de procédure pénale :

« L'exécution des peines* favorise, dans le respect des intérêts de la société et des droits des victimes, l'insertion ou la réinsertion des condamnés ainsi que la prévention de la récidive*.

A cette fin, les peines peuvent être aménagées en cours d'exécution pour tenir compte de l'évolution de la personnalité et de la situation du condamné. L'individualisation des peines doit, chaque fois que cela est possible, permettre le retour progressif du condamné à la liberté et éviter une remise en liberté sans aucune forme de suivi judiciaire ».

Pour éviter la désocialisation des personnes ~~incarcérées~~ condamnées en tenant ~~et tenir~~ compte de leur situation individuelle, les courtes peines d'emprisonnement peuvent également être aménagées préalablement à leur mise à exécution par le juge de l'application des peines, voire par la juridiction de jugement en ce qui concerne l'octroi d'une semi-liberté*, d'un placement à l'extérieur* ou sous surveillance électronique*.

*

Aux côtés de ce dispositif global, la loi du 9 mars 2004 précitée a créé une nouvelle procédure destinée à favoriser l'individualisation des fins de peine de prison.

Pour les condamnations* comprises entre six mois et deux ans d'emprisonnement, elle est applicable aux détenus* dont le reliquat de peine est de trois mois au plus et, pour les condamnations comprises entre deux et cinq ans d'emprisonnement, à ceux dont le reliquat de peine est de six mois au plus.

Le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation* peut proposer d'office au juge de l'application des peines que la fin de la peine soit exécutée en semi-liberté, en placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique.

Le magistrat décide alors d'homologuer ou de refuser cette proposition.

*

La loi du 9 mars 2004 a également instauré, depuis le 1^{er} janvier 2005, le crédit de réductions de peine.

Ce dispositif prévoit que les réductions de peine, jusque là consenties en raison de la bonne conduite du condamné¹²⁷, sont désormais déduites a priori de l'emprisonnement restant à effectuer¹²⁸.

Cependant, une fois l'intéressé élargi, toute nouvelle infraction commise pendant une période égale à la durée du crédit de réductions de peine obtenu pourra entraîner l'incarcération de la personne pour un laps de temps équivalent, en sus de l'éventuelle condamnation* prononcée consécutivement aux nouveaux faits perpétrés.

En permettant au détenu* de connaître, dès son arrivée en prison, sa date prévisionnelle de sortie, le crédit de peine confère aux travailleurs sociaux des bases sûres pour orienter l'accompagnement du condamné. En outre, celui-ci est incité à un meilleur comportement en milieu fermé et est mieux à même de se projeter dans l'avenir si une échéance précise est connue de lui. Enfin, ce dispositif, fondé sur la responsabilisation de l'individu, est dissuasif et, de ce fait, contribue à prévenir la réitération* et la récidive*.

*

Il y a lieu d'ajouter que les permissions de sortir éventuellement accordées par le juge de l'application des peines peuvent constituer un bon moyen d'évaluer la capacité du détenu à se réinsérer, tant sur le plan professionnel, familial que social.

¹²⁷ On rappellera ici qu'une bonne conduite en milieu carcéral ne signifie pas nécessairement que l'individu ne présentera pas de dangerosité en milieu libre, voir supra Introduction, pp. 4 et s..

¹²⁸ Pouvant aller jusqu'à trois mois la première année, puis deux mois les années suivantes, hors réductions de peine supplémentaires et décrets de grâces.

b – Individualisation des peines privatives de liberté et prévention de la récidive

De manière générale, il apparaît clairement à la commission que la mise en œuvre, dès la sortie de prison, de mesures d'individualisation des peines* privatives de liberté, participe de la prévention de la réitération* et de la récidive*, en ce qu'elle évite les « *libérations sèches* », c'est-à-dire le passage direct de la détention à la liberté.

En effet, les aménagements de peine tels que la semi-liberté*, le placement à l'extérieur* ou sous surveillance électronique* et la libération conditionnelle*, sont accordés aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réinsertion sociale. A ces fins ils doivent justifier, par exemple, d'un emploi ou d'une recherche active d'emploi, d'un domicile, d'une indemnisation des victimes, d'une participation essentielle à la vie de famille et/ou d'un suivi médical. Ces aménagements permettent d'imposer aux condamnés le respect de mesures de contrôle et d'obligations particulières, adaptées à leur personnalité et aux faits commis.

La dangerosité de l'individu peut ainsi être prise en compte par l'imposition, notamment, d'une interdiction d'entrer en relation avec les victimes, de paraître en des lieux déterminés, de détenir ou porter une arme, ou d'une obligation de soins*.

Toutefois, comme cela a été souligné à plusieurs reprises, le recours à l'individualisation des peines ne saurait contribuer de manière effective à la prévention de la réitération et de la récidive qu'à la condition de voir les moyens mis à la disposition des juges de l'application des peines et des travailleurs sociaux augmentés et mieux articulés, au stade de la préparation à la sortie comme du suivi des mesures ordonnées.

c – Les propositions de la commission

Les équipes ressources interrégionales, dont la création a été préalablement recommandée, devraient jouer un rôle charnière dans la détection de la dangerosité des individus pour lesquels un aménagement de peine* est envisagé, comme dans la coordination entre les différents professionnels concernés par le suivi de la mesure¹²⁹.

Par ailleurs, si l'ensemble de la commission s'associe à la proposition du rapport d'information rendu par la commission des lois de l'Assemblée nationale le 7 juillet 2004¹³⁰ sur la nécessaire augmentation du nombre des juges de l'application des peines, certains de ses membres ont estimé qu'il serait préférable que ne soient affectés à ces fonctions délicates que des magistrats

¹²⁹ Voir proposition n°11, supra I-C-4, p. 35.

¹³⁰ Rapport d'information de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, op. cit.

expérimentés. Cette recommandation apparaît d'autant plus importante dans les ressorts comportant une maison centrale* (**proposition n°22 – c**).

Enfin, il conviendrait que les difficultés rencontrées par les juges de l'application des peines dans l'exercice de leurs fonctions soient reconnues par les chefs de juridiction, afin qu'ils puissent exercer la plénitude de leurs attributions en disposant des moyens appropriés, et notamment d'un réel secrétariat-greffe (**proposition n°22 – b**).

C – La prise en compte de la dangerosité par un suivi postérieur à l'exécution de la peine

L'existence même de réitérations* et de récidives* atteste que la remise en liberté d'un individu, ~~condamné à~~ ayant purgé une peine* d'emprisonnement ou ~~ayant~~ fait l'objet d'une hospitalisation d'office ~~après application du~~ premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, n'implique pas pour autant la disparition de toute forme de dangerosité criminologique chez cette personne.

Considérant qu'un enfermement à vie en milieu pénitentiaire, comme hospitalier, ne saurait être envisageable, la commission estime qu'une forme de troisième voie doit être trouvée.

Ainsi, l'autorité judiciaire ~~devrait~~ ~~doit en effet~~ avoir la possibilité d'éviter les « sorties sèches » en prononçant des mesures ~~de sûreté~~ susceptibles d'être mises en œuvre en raison de la dangerosité avérée de l'individu, à l'issue de l'exécution de sa la peine* ou de l'hospitalisation d'office ordonnée sur le fondement précité.

Ces mesures, dites de « sûreté », auraient donc une finalité très différente de celle assignée à la peine¹³¹.

En effet, la peine est une sanction édictée par la loi et prononcée par une juridiction pénale, et dont l'objectif est de réprimer la commission d'une infraction et de prévenir toute récidive.

Imposée dans un but de défense sociale par les magistrats, la mesure de sûreté* serait quant à elle destinée ~~d'une part~~ à prévenir le risque de réitération ou de récidive grâce à la resocialisation de la personne, sa soumission à un traitement, etc..

¹³¹ La distinction entre ces deux notions, qui avait été clairement faite par l'école positiviste à la fin du XIXème siècle, a été brouillée par le législateur et le juge, au fil des réformes qui ont créé notamment l'interdiction de séjour, les déchéances professionnelles, la suspension du permis de conduire ou l'interdiction de se représenter à l'examen, etc.. Ces diverses incapacités ou mesures préventives ont souvent été présentées comme des peines, notamment de substitution à l'emprisonnement, alors qu'il s'agit en réalité de mesures de sûreté que l'on a évité d'appeler par leur nom.

La commission recommande l'instauration de plusieurs mesures de sûreté, en milieu ouvert comme en milieu fermé.

1 – Les mesures de sûreté en milieu ouvert

a – Le placement sous surveillance électronique à titre de mesure de sûreté

Dans leur rédaction actuelle, le code pénal et le code de procédure pénale permettent, sous certaines conditions, le placement sous surveillance électronique* d'un individu.

Concrètement, un émetteur électronique mobile est attaché à la cheville ou au poignet de l'intéressé, qui ne peut s'éloigner de son domicile à certaines heures de la journée, sous peine de déclencher une alarme contrôlée par l'administration pénitentiaire.

La pose d'un bracelet électronique est décidée à l'issue d'une enquête de faisabilité menée par un travailleur social¹³² et peut intervenir à différents stades de la procédure : au cours de l'instruction dans le cadre d'un contrôle judiciaire du mis en examen¹³³, lors du prononcé de la peine*, par la juridiction de jugement, pour toute condamnation* inférieure ou égale à un an d'emprisonnement¹³⁴, ou bien encore au moment de son aménagement, sur décision du juge de l'application des peines lorsque le reliquat de l'emprisonnement à effectuer est inférieur ou égal à un an¹³⁵.

Le non-respect du placement sous surveillance électronique est assimilé à une évasion¹³⁶.

Au 1^{er} mars 2005, 4.968 condamnés avaient été placés sous bracelet électronique depuis l'année 2000, et seulement 247 d'entre eux avaient ultérieurement fait l'objet d'une décision de retrait de la mesure, dont 20 pour **manquement aux horaires** d'assignation à domicile.

¹³² En particulier sur l'existence d'une ligne téléphonique et sur l'accord du propriétaire des lieux, si la résidence désignée n'est pas le domicile du condamné.

¹³³ Article 138 du code de procédure pénale.

¹³⁴ Article 132-26-1 du code pénal.

¹³⁵ Article 723-20 du code de procédure pénale.

¹³⁶ Article 434-29 du code pénal.

A cette même date, 779 condamnés exécutaient leur peine sous ce régime, chiffre susceptible de progresser significativement à l'avenir, puisque le financement de 3.000 bracelets a été prévu par la loi **précitée** d'orientation et de programmation pour la justice **du 9 septembre 2002**.

*

Outre le dispositif **susdécrit** de surveillance électronique domiciliaire, les Etats-Unis et la Grande-Bretagne ont mis en place un second système, **sophistiqué et** plus contraignant pour le condamné : le bracelet électronique **associé à** un émetteur GPS. Relié par satellite au réseau informatique de l'autorité de surveillance, cet appareil permet un meilleur suivi de la personne, **en sachant notamment** sur le champ si **cette dernière** tente de s'approcher de lieux qui lui seraient interdits¹³⁷.

Il serait, selon les pays qui l'expérimentent, particulièrement efficace à l'égard des pédophiles.

Pour lutter efficacement contre les violences conjugales, l'Espagne envisagerait même un équipement corrélatif de l'agresseur et de sa victime, tous deux porteurs de bracelets-émetteurs.

Avant de recommander une éventuelle transposition dans notre pays de ces dispositifs étrangers, une étude d'opportunité et d'impact, notamment financier, paraît s'imposer. C'est d'ailleurs l'objectif assigné à la mission confiée par M. Jean-Pierre RAFFARIN, premier ministre, à M. Georges FENECH, député du Rhône, **qui a rendu son rapport le 20 avril 2005**.

*

En France, dans son fonctionnement actuel, la surveillance électronique pourrait constituer une mesure de sûreté utile pour veiller à ce qu'une personne condamnée, qui aurait exécuté l'intégralité de sa peine, mais qui serait toujours considérée comme dangereuse **sur un plan criminologique**, reste à proximité du lieu qui lui a été désigné comme résidence. Il s'agirait ainsi d'une mesure **à la fois préventive et** dissuasive (**proposition n°23 – a**).

Il semble néanmoins essentiel à la commission d'encadrer le recours **à un tel** placement pour s'assurer de son efficacité.

Ainsi, cette mesure **de sûreté** ne devrait pouvoir être ordonnée qu'avec le consentement exprès de **l'intéressé**.

En outre, il ne saurait s'agir que d'**un placement** transitoire, compte tenu de la difficulté pour les individus, constatée dans la pratique, à supporter le port d'un bracelet électronique au-delà d'une

¹³⁷ Ecoles, stades, jardins publics, etc. .

période de l'ordre de six mois à un an. En tout état de cause, **la nécessité du maintien de la mesure** devrait être réévaluée périodiquement, en fonction de la persistance, ou non, de la dangerosité **criminologique de la personne**.

Le prononcé de ce placement sous surveillance électronique pourrait en outre utilement s'appuyer sur un avis médical, quant au principe même de cette mesure ou de son renouvellement au regard de l'état psychologique de **l'intéressé**, **et** quant aux modalités de mise en œuvre.

Le suivi **de la mesure** pourrait être confié aux services de police et de gendarmerie.

La violation des obligations auxquelles l'individu dangereux serait astreint constituerait un délit autonome (**proposition n°24**).

Il convient enfin de préciser que **la création** du placement sous surveillance électronique à titre de mesure de sûreté supposera une augmentation substantielle des moyens humains et matériels et engendrera donc un coût financier non négligeable.

b – Un suivi de protection sociale

La commission propose que le dispositif du suivi socio-judiciaire*¹³⁸ puisse être **instauré** à titre de mesure de sûreté* **pour** l'ensemble des auteurs d'infractions présentant **une dangerosité criminologique**¹³⁹. Toutefois, **cette mesure étant dépourvue de toute connotation pénale, il a paru préférable de la désigner sous une nouvelle terminologie, afin d'éviter toute confusion entre les différents cadres procéduraux : le « suivi de protection sociale » (proposition n°23 – b).**

Ce suivi pourrait ainsi permettre de prononcer, en sus de l'injonction de soins*, ordonnée après expertise psychiatrique, les interdictions de paraître en certains lieux, d'entrer en relation avec certaines personnes et de détenir ou porter une arme.

Le **contrôle** de l'exécution de la mesure pourrait être **de la compétence des services de la police, et de la gendarmerie et des services de la DDASS, sous l'autorité du préfet.**

La violation du suivi de protection sociale serait constitutive d'un délit autonome (**proposition n°24**).

Il **importe** de noter que l'opportunité de créer **cette nouvelle mesure** sera également subordonnée à une augmentation sensible des moyens humains destinés à sa mise en œuvre.

2 – Une mesure de sûreté en milieu fermé : la création de centres fermés de protection sociale

¹³⁸ Supra II- B- 1- c, pp. 53 et s..

¹³⁹ Supra I, pp. 13 et s..

Pour être efficace, une mesure de sûreté* doit être adaptée à la personnalité et à la dangerosité de l'individu qui en fait l'objet.

Ainsi, la mise en œuvre de mesures en milieu ouvert ne saurait suffire à protéger la société des agissements des auteurs d'infractions pénales les plus dangereux.

C'est la raison pour laquelle, s'inspirant de dispositifs instaurés dans d'autres pays, la commission a envisagé la création, en droit positif français, d'une mesure de sûreté en milieu fermé.

a – L'exemple des pays étrangers

Certains pays voisins de la France, à l'image de l'Allemagne et des Pays-Bas, ont depuis longtemps¹⁴⁰ adopté dans leur législation des mesures d'enfermement ordonnées à titre de mesure de sûreté par l'autorité judiciaire et destinées à contenir des individus qui, bien qu'ayant purgé leur peine*, demeurent dangereux pour **autrui**.

Proportionnées à la gravité de l'infraction initialement commise, comme aux risques de réitération* **ou de récidive***, ces mesures peuvent prendre différentes formes.

Ainsi, en Allemagne, le condamné est tout d'abord maintenu en détention après l'exécution de sa peine*, le temps nécessaire à la disparition de **sa dangerosité**¹⁴¹. Ensuite, un placement automatique sous contrôle judiciaire lui est systématiquement imposé, pendant une durée pouvant aller de deux à cinq ans.

Aux Pays-Bas, les individus dangereux sont susceptibles de faire l'objet d'un placement dans un centre fermé relevant de l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, ces deux pays ont également mis en place des procédures similaires à destination des auteurs d'infractions reconnus pénalement irresponsables pour troubles mentaux*. Ces **personnes** peuvent se voir appliquer des mesures de sûreté, exécutées, soit dans des établissements pénitentiaires* spécialisés (Pays-Bas), soit dans des structures de soins adaptées (Allemagne, Pays-Bas). Bien que prononcées potentiellement pour une durée illimitée, ces décisions font l'objet d'une révision périodique par l'autorité judiciaire¹⁴².

b – La proposition de la commission

La France peut trouver dans les expériences étrangères précitées, qui n'ont jamais été jugées contraires à la Convention européenne des droits de l'Homme, une source d'inspiration intéressante pour créer une mesure de sûreté* en milieu fermé.

Certes, le regroupement en quelques établissements de personnes dangereuses qui n'acceptent pas les règles minimales de vie en collectivité, poserait en particulier des problèmes de sécurité publique qui, sans être insurmontables, devraient être anticipés avec précision. Ainsi, la gestion d'individus enfermés pendant une longue

¹⁴⁰ Depuis 1933 pour l'Allemagne et 1928 aux Pays-Bas.

¹⁴¹ Un projet de réforme **actuellement en cours** prévoit la possibilité pour le tribunal d'ordonner cette mesure de sûreté en fin de peine, alors même qu'il n'aurait pas réservé expressément sa décision sur ce point dans sa condamnation initiale.

¹⁴² Annuellement en Allemagne et tous les deux ans aux Pays-Bas

période n'est souvent rendue possible que parce qu'ils disposent d'occupations (activités, travail, **formation, etc.**), d'une communauté de vie stable et de la possibilité de **conserver des** liens avec leurs familles et leurs proches.

En outre, il importerait d'évaluer les moyens immobiliers, financiers et humains que le parlement devrait voter spécifiquement, s'agissant d'établissements créés *ex nihilo*.

*

~~En dépit de ces réserves~~ Tout en étant consciente de ces réserves, la commission recommande qu'il soit possible d'ordonner, exclusivement à l'encontre d'individus particulièrement dangereux sur un plan criminologique et ayant commis des faits criminels d'une gravité singulière, leur maintien dans **une structure fermée**, adaptée à leur état, à l'issue de leur peine* ou d'une hospitalisation d'office prononcée après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal (**proposition n°23 – c**).

Ces nouveaux **établissements**, qui ne seraient ni des hôpitaux, ni des prisons, consisteraient en des lieux fermés et sécurisés d'hébergement, dotés d'équipes spécialisées dans la prise en charge des individus dangereux. Ils pourraient être dénommés « centres fermés de protection sociale » (CFPS), terminologie rejoignant trois préoccupations majeures de la commission : l'absence de toute connotation pénale, la mise à l'écart de la vie sociale et l'instauration d'un suivi des personnes enfermées.

Ainsi, tout en garantissant la sécurité publique, un des objectifs de ces centres serait de permettre aux personnes qui s'y trouvent placées d'accéder à des actions socio-éducatives, de formation, culturelles et/ou sportives et, le cas échéant, à des soins, sous la forme de conventions passées avec des structures de proximité.

La spécificité de cette mesure de sûreté, portant particulièrement atteinte à la liberté individuelle, exigerait de prévoir des garanties procédurales supérieures à celles proposées pour les mesures de sûreté en milieu ouvert, afin de n'apparaître ni arbitraire, ni contraire à la Constitution ou à la Convention européenne des droits de l'Homme.

La décision de placement dans un CFPS pourrait ainsi être prise ~~en fin de peine ou d'hospitalisation d'office prononcée après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal~~, par une juridiction collégiale présidée par le juge des libertés et de la détention, saisie par le parquet ou le juge de l'application des peines. Elle pourrait également être ordonnée *ab initio* par la juridiction de jugement ou la chambre spécialisée statuant en matière d'imputabilité*.

L'audience devant **cette** juridiction **collégiale** devrait avoir lieu en présence du ministère public, être contradictoire, et l'assistance d'un avocat serait obligatoire. La décision devrait être susceptible de recours.

Aucun placement ne pourrait être **prononcé décidé** sans une évaluation de la dangerosité **criminologique** de la personne par les équipes ressources interrégionales, afin, **notamment**, de tenir compte de l'évolution **de l'intéressé du condamné pendant sa** détention ou **son** hospitalisation d'office.

La durée initiale de la mesure ne devrait pas excéder un an, mais pourrait être renouvelée, dans les mêmes conditions procédurales que son prononcé et sous réserve que la dangerosité criminologique de la personne le nécessite.

La levée de la mesure pourrait être sollicitée tous les six mois par l'intéressé, auprès d'une chambre spécialisée de la cour d'appel.

Toute sortie non autorisée de l'intéressé du CFPS dans lequel il a été placé serait constitutive d'un délit autonome (**proposition n°24**).

Afin d'éviter toute confusion entre les CFPS et les prisons, il importerait **en outre** qu'ils soient matériellement bien distincts des établissements pénitentiaires* et ne soient pas gérés par cette administration. Il appartiendrait au législateur de **déterminer quels seraient les fonctionnaires les plus susceptibles de mener à bien** ces nouvelles missions.

Pour répondre au mieux à leur objet, **ces** structures **de petite taille devraient être** réparties harmonieusement à l'échelon interrégional et n'accueillir pas plus d'une vingtaine de personnes chacune, pour des raisons sécuritaires évidentes.

Le personnel des CFPS devrait être spécialisé dans la prise en charge de toutes les formes de dangers et bénéficier d'un statut privilégié, compte tenu de la difficulté de sa mission.

Si les **professionnels** chargés de l'encadrement et de la surveillance pourraient être rattachés en permanence à l'établissement, le suivi pluridisciplinaire des individus devrait quant à lui être confié à des intervenants extérieurs à la structure.

*

Au terme de l'ensemble de ces observations, ce n'est donc qu'après une réflexion approfondie que la majorité des membres de la commission a formulé cette

proposition, dont elle a mesuré le caractère exceptionnel au sein de notre arsenal juridique et les difficultés non négligeables de mise en œuvre.

~~Néanmoins, tout en garantissant la sécurité publique, ces CFPS auraient également pour objectifs la resocialisation des personnes et, si nécessaire, leur traitement.~~

~~Même mince, l'espoir d'une réinsertion sociale ne doit jamais être abandonné.~~

Conclusion :

Au terme de ce rapport, le groupe de travail ne peut qu'avoir conscience de la modestie des propositions qu'il fait, au regard de l'importance des sujets qu'il avait à traiter.

Il se trouvait placé au cœur d'une double exigence de notre société, qui se voudrait à la fois abritée des actes criminels et autorisée à vivre en toute liberté.

Ne saurait être négligée la volonté manifeste de notre politique de santé publique d'éviter, autant que faire se peut, l'enfermement des personnes souffrant de troubles mentaux*, alors que nos concitoyens ne veulent pas subir les conséquences de cette liberté.

C'est donc un chemin de crête étroit qu'a suivi **la commission**, afin de parvenir à proposer des améliorations sensibles de notre sécurité, tout en restant en deçà des frontières posées par la Convention européenne des droits de l'Homme. Dans le même esprit, les propositions retenues se sont voulues respectueuses des traditions culturelles de notre pays en matière d'humanisme ou de spécificités professionnelles. Pour autant n'ont pas été oubliés certains exemples étrangers dont la France, elle-même porteuse d'un esprit de novation unanimement reconnu, pourrait heureusement s'inspirer.

C'est dire le réalisme dont ce rapport a tenté de faire preuve en évitant toute proposition qui heurterait trop vivement notre sensibilité nationale.

Ce sont les seules limites que **la commission** a entendu donner à l'audace **dont il lui** avait été demandé de faire preuve.

Récapitulatif des propositions de la commission

1 – Renforcement des formations initiale et continue :

- a – communes aux professionnels de la justice et de la santé (I-C-2, p.) ;
- b – en psychiatrie médico-légale (I-A-2-c, p.) ;
- c – en psycho-criminologie (I-C-2, p.) ;
- d – en alcoologie et toxicomanie (II, p.).

2 – Développement de la recherche sur :

- a – l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et de ses facteurs (I-A-2-b, p.) ;
- b – le suivi de groupes d'auteurs d'infractions pénales (I-A-2-a, p.) ;
- c – le suivi de groupes de criminels multirécidivistes (I-C-1, p.) ;
- d – la psycho-criminologie : indicateurs, évaluation et modes de prise en charge des individus présentant une dangerosité psycho-criminologique (I-C-1, p.) ;
- e – l'impact, en termes de prévention de la récidive, des différentes peines prononcées et des divers régimes de détention (I-A-2-a, p.) ;
- f – les pratiques sur le thème de la dangerosité, des thérapeutiques possibles et des acteurs, par l'organisation d'une conférence de consensus sur ce sujet (II, p.).

3 – Amélioration de l'évaluation de la dangerosité des détenus :

- a – création de Centres régionaux d'observation (I-A-2-a, p.) ;
- b – élaboration de projets de prise en charge confiés, au sein de chaque région pénitentiaire, aux équipes d'un ou plusieurs établissement(s) pour peine (II-B-2-b, p.).

4 – Développement de l'analyse criminelle et de l'analyse comportementale dans le respect de trois précautions essentielles : statut d'officier de police judiciaire de l'analyste, nécessité d'un rapport écrit versé la procédure judiciaire, exclusion des mis en examen et des témoins assistés pour l'analyse comportementale (I-A-2-a, p.).

- 5 – Renforcement du statut des experts psychiatres et des professionnels de santé :
- a – augmentation sensible de la rémunération des experts psychiatres, incluant le temps de présence aux audiences et le défraiement du travail de secrétariat (I-B-1-b, p.) ;
 - b – instauration, dans le statut des praticiens hospitaliers, d'une demi-journée d'intérêt public spécifique pour l'exercice des activités expertales (I-B-1-b, p.) ;
 - c – création de mesures incitatives spécifiques (statutaires, financières, recherche, enseignement, etc.) pour les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire (II-B-2-b, p.).
- 6 – Limitation du recours aux expertises psychiatriques :
- a – mise en place d'un tutorat par les experts psychiatres inscrits sur les listes (I-B-1-b, p.) ;
 - b – pratique des examens médico-psychologiques des personnes gardées à vue par le service des urgences **des hôpitaux**, avec délivrance d'un avis médical sur la nécessité d'une hospitalisation d'office ou de soins immédiats, d'une part, et d'une expertise psychiatrique ultérieure, d'autre part (I-B-2-a, p.).
- 7 – Modification des imprimés de mission-type des expertises psychiatriques **ordonnées après le jugement pénal** par la reformulation ou l'ajout de questions :
- a – ~~pour les expertises psychiatriques ordonnées après le jugement pénal et~~ en cas d'altération du discernement du sujet, sur les modalités de prise en charge du détenu qui apparaissent les plus appropriées (I-B-2-b, p.) ;
 - b – ~~pour les expertises psychiatriques ordonnées après la condamnation~~ sur l'état de dangerosité de la personne (I-B-2-b, p.).
- 8 – Organisation d'une conférence de consensus relative à l'établissement d'un référentiel commun aux expertises pénales psychiatriques et psychologiques (I-B-2-b, p.).
- 9 – Amélioration de l'outil statistique par la détermination d'indicateurs de la dangerosité (I-A-1, p.).
- 10 – Instauration d'un Centre de documentation psycho-criminologique recensant l'ensemble des expertises psychiatriques et psychologiques ordonnées par l'autorité judiciaire, **les évaluations réalisées par** les équipes ressources interrégionales et les hospitalisations d'office, uniquement lorsque **ces dernières** sont prononcées après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal (I-C-3, p.).
- 11 – Création d'un réseau national d'équipes ressources interrégionales d'évaluation de la dangerosité (I-C-4, p.).
- 12 – Amélioration du travail en réseau :
- a – instauration de réseaux santé-justice à un niveau territorial pertinent, départemental ou régional (II-B-2, p.) ;
 - b – développement des réseaux d'équipes de psychiatrie sur la prise en charge des personnes présentant une dangerosité psychiatrique, associée à des facteurs de dangerosité criminologique (II-B-2-a, p.) ;
 - c – développement de l'appui des unités pour malades difficiles aux services de psychiatrie en termes de prise en charge de la dangerosité psychiatrique (II-B-2-a, p.).
- 13 – Amélioration des imprécisions textuelles du code de la santé publique :
- a – à l'article L.3213-8, remplacer le terme « *décision* » par « *avis* » (II-A-2-c, p.) ;
 - b – à l'article L.3213-7, substituer à l'expression les « *autorités judiciaires* » la formulation suivante : « *le procureur de la République ou le procureur général près la cour d'appel* » (II-A-2-c, p.) ;
 - c – à l'article L.3211-11, substituer à l'expression « *sortie d'essai* » la formulation suivante : « *sortie thérapeutique sous contrôle* » (II-A-2-c, p.).
- 14 – Renforcement de la coordination entre les autorités préfectorale, judiciaire **et** sanitaires ~~dans la mise en œuvre de toute hospitalisation d'office~~ après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal :

- a – effectivité de l'information immédiate du préfet par l'autorité judiciaire en cas de décision de non-lieu, de relaxe ou d'acquittement ~~prise en application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal~~ (II-A-2-c, p.) ;
- b – meilleure **articulation** entre les différents acteurs pour l'inscription au fichier des personnes recherchées des patients hospitalisés d'office ~~après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal~~, et qui, se trouvant en sortie thérapeutique sous contrôle, ne sont plus suivies par les équipes de soins (II-A-2-c, p.) ;
- c – information immédiate du préfet, par le parquet, de toute décision de classement sans suite fondée sur l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux* ou l'état mental déficient de la personne mise en cause (II-A-2-c, p.).

15 – Avant toute sortie thérapeutique sous contrôle ou définitive lors d'une hospitalisation d'office après application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal, obligation pour l'autorité administrative de saisir le procureur de la République, à charge pour lui de saisir à son tour le juge des libertés et de la détention ou une juridiction collégiale présidée par ce dernier, quant à l'opportunité du prononcé de mesures de sûreté : placement sous surveillance électronique, sous suivi de protection sociale ou en Centre fermé de protection sociale (II-A-2-c, p.).

16 – Meilleure intégration de l'atténuation de la responsabilité pénale pour troubles mentaux dans le prononcé de la peine en matière criminelle :

- a – explication à l'attention des membres du jury, par les magistrats professionnels de la cour d'assises, de ce que l'altération du discernement de l'accusé doit en principe conduire à une diminution de la peine prononcée (II-B-1-a, p.) ;
- b – création d'une question supplémentaire posée au jury quant aux modalités de prise en charge du condamné (II-B-1-a, p.) ;
- c – rédaction par la cour d'assises de recommandations quant aux modalités de prise en charge de l'intéressé (II-B-1-a, p.).

17 – 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** (II-A-1-c, p.).

18 – Amélioration de la peine de sursis avec mise à l'épreuve :

- a – extension aux condamnations dont le quantum de la peine d'emprisonnement excède cinq ans, sans dépasser dix ans, de la possibilité de prononcer un sursis avec mise à l'épreuve et rallongement en conséquence de la durée de la mise à l'épreuve, portée à cinq ans (II-B-1-b, p.) ;
- b – modification du texte de l'article 132-45, 3°, du code pénal pour rendre obligatoire l'existence d'un avis médical préalable à l'exécution d'un sursis avec mise à l'épreuve portant obligation de soins (II-B-1-b, p.).

19 – Facilitation de la mise en œuvre de l'injonction de soins dans le cadre du suivi socio-judiciaire :

- a – possibilité pour les psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de troisième cycle en psychologie clinique (DESS) d'assurer le suivi du condamné (II-B-1-c, p.) ;
- b – faculté pour les médecins coordonnateurs d'intervenir à un niveau régional, et non départemental (II-B-1-c, p.) ;
- c – en cas de pénurie, recommandation, sans caractère comminatoire, d'un seuil maximum de quinze personnes suivies par chaque médecin coordonnateur (II-B-1-c, p.).

20 – Possibilité d'étendre la peine de suivi socio-judiciaire 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 (II-B-1-c, p.).

21 – Création d'une nouvelle peine complémentaire d'interdiction d'entrer en relation avec certaines personnes, de paraître en certains lieux et de détenir ou porter une arme, dont la violation serait constitutive d'un délit autonome (II-B-1-d, p.).

22 – Renforcement des juges de l'application des peines **et de leurs moyens** :

- a – augmentation du nombre de juges de l'application des peines et des effectifs des services pénitentiaires d'insertion et de probation, notamment par l'intégration de psychologues au sein des équipes (II-B-2, p.) ;
- b – amélioration de la reconnaissance de la fonction de juge de l'application des peines ~~par les chefs de juridiction~~ par la mise à **leur** disposition de moyens appropriés, notamment d'un réel secrétariat-greffe (II-B-3-c, p.) ;
- c – affectation de magistrats expérimentés à ces fonctions, en particulier dans les ressorts comportant une maison centrale (II-B-3-c, p.).

23 – 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 :

- a – placement sous surveillance électronique (II-C-1-a, p.) ;
- b – suivi de protection sociale pouvant emporter une injonction ou une obligation de soins, l'interdiction de paraître en certains lieux et d'entrer en relation avec certaines personnes et l'interdiction de détenir ou porter une arme (II-C-1-b, p.) ;
- c – placement en Centre fermé de protection sociale (II-C-2-b, p.).

24 – Création d'un délit autonome de violation du placement, à titre de mesure de sûreté, sous surveillance électronique (II-C-1-a, p.), ~~ou~~ sous suivi de protection sociale (II-C-1-b, p.) ou en Centre fermé de protection sociale (II-C-2-b, p.).

ANNEXES