

**SANTÉ, JUSTICE ET DANGEROUSITÉS :
POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION
DE LA RÉCIDIVE**

RAPPORT DE LA COMMISSION SANTÉ-JUSTICE

PRÉSIDIÉE PAR MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS BURGELIN

JUILLET 2005



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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

Rapport de la commission Santé-Justice

JUILLET 2005

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

- Plan -

INTRODUCTION	4
I – L’EVALUATION DE LA DANGEROUSITE DES AUTEURS D’INFRACTIONS	13
A – LE RENFORCEMENT DES OUTILS PROPRES AUX CHAMPS JUDICIAIRE ET SANITAIRE	14
1 – <i>L’outil statistique</i>	14
2 – <i>La recherche</i>	17
a – La recherche en matière de dangerosité criminologique	17
b – La recherche en matière de dangerosité psychiatrique	21
3 – <i>La formation en matière de dangerosité psychiatrique</i>	22
B – L’AMELIORATION DES EXPERTISES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES.....	23
1 – <i>Les experts psychiatres et psychologues</i>	23
a – Les difficultés actuelles.....	23
b – Les propositions de la commission.....	26
2 – <i>Les expertises psychiatriques et psychologiques</i>	27
a – L’opportunité du recours aux expertises psychiatriques et psychologiques	27
b – Le contenu des expertises psychiatriques et psychologiques	28
C – LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHO-CRIMINOLOGIE.....	32
1 – <i>L’élaboration d’une recherche en matière psycho-criminologique</i>	32
2 – <i>Le développement des formations communes en matière psycho-criminologique</i>	33
3 – <i>La création d’un centre de documentation psycho-criminologique</i>	34
4 – <i>L’instauration d’équipes ressources interrégionales</i>	35
II – LA PRISE EN COMPTE DE LA DANGEROUSITE DANS LE TRAITEMENT JUDICIAIRE ET MEDICAL DES AUTEURS D’INFRACTIONS	37
A – LA PRISE EN COMPTE DE LA DANGEROUSITE AU MOMENT DE L’EXAMEN DE LA DECLARATION D’IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLES MENTAUX ET DE SES SUITES	38
1 – <i>L’article 122-1, alinéa 1, du code pénal</i>	39
a – L’état du droit.....	39
b – Les limites du dispositif législatif actuel.....	40
c – L’instauration d’une audience ad hoc sur l’imputabilité des faits devant une chambre spécialisée du tribunal de grande instance	41
2 – <i>L’hospitalisation d’office des personnes déclarées pénalement irresponsables pour troubles mentaux</i>	43
a – La procédure.....	43
b – Les limites du dispositif actuel	44
c – Les propositions de la commission.....	45

B – LA PRISE EN COMPTE DE LA DANGEROUSITE AU MOMENT DU CHOIX, DE L'EXECUTION ET DE L'AMENAGEMENT DE LA PEINE	48
1 – <i>La prise en compte de la dangerosité au moment du choix de la peine</i>	48
a – Une meilleure intégration de l'atténuation de la responsabilité pénale pour troubles mentaux dans le prononcé de la peine	49
b – La nécessité d'un avis médical préalable à l'exécution d'un sursis avec mise à l'épreuve portant obligation de soins.....	51
c – L'élargissement du champ d'application de la peine de suivi socio-judiciaire.....	53
2 – <i>La prise en compte de la dangerosité au moment de l'exécution de la peine</i>	59
a – En milieu ouvert.....	60
b – En milieu fermé.....	62
3 – <i>La prise en compte de la dangerosité au moment de l'aménagement de la peine</i>	66
a – L'état du droit.....	66
b – Individualisation des peines privatives de liberté et prévention de la récidive	69
c – Les propositions de la commission.....	69
C – LA PRISE EN COMPTE DE LA DANGEROUSITE PAR UN SUIVI POSTERIEUR A L'EXECUTION DE LA PEINE	70
1 – <i>Les mesures de sûreté en milieu ouvert</i>	71
a – Le placement sous surveillance électronique à titre de mesure de sûreté	71
b – Un suivi de protection sociale.....	74
2 – <i>Une mesure de sûreté en milieu fermé : la création de centres fermés de protection sociale</i> 75	
a – L'exemple des pays étrangers.....	76
b – La proposition de la commission	76
CONCLUSION :	80
RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION	81
ANNEXES	87

- 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 de la Santé et des Solidarités 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.

¹ Direction des libertés publiques et des affaires juridiques.

² Ministère de la Justice.

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

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.

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 psychopathique qui serait, pour la moitié d'entre eux, qualifié de moyen ou sévère⁷. 35% des détenus interrogés ont été

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.

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).

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 psychopathique et, surtout, la rupture dans la prise en charge

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.

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.

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.

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. 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.

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 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,

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.

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.

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.

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.

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* I, p. 13.

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.

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.

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

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.

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 Wilhey 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%.

L'évaluation de la dangerosité constitue donc une tâche ardue à laquelle sont confrontés l'institution judiciaire, les professionnels de santé, notamment les 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 2005, 59.372 individus étaient détenus dans les établissements pénitentiaires* français, soit une évolution de +30,7% 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

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. LXXVI.

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).

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 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.

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.

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 HYEEST *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 »).

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](#)).

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 criminelles³⁶ et comportementales³⁷, elles consistent à

³⁵ Supra Introduction, pp. 4 et s. (notamment pp. 8-9).

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* ».

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](#)).

▪

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 dérive³⁹.

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 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.

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 récurrence*), 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 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

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 récurrence des infractions pénales*, Assemblée nationale, Rapport n°1979 du 8 décembre 2004, p.11.

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](#)).

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

⁴³ Supra I, p. 13.

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>).

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.

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](#)).

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.

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

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

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.

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 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.

⁴⁹ 20% des postes hospitaliers sont actuellement vacants.

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.

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,

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.

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

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.

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. CVI)

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.

⁵⁴ Supra I-A-3, pp. 22 et s. .

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

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 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.

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.

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 :

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

- la description de la personnalité de l'intéressé et son évolution depuis sa condamnation* ;
- sa dangerosité en milieu libre ;
- 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.

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.

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

- l'évaluation de la situation de l'individu en fonction de ses composantes pathologiques éventuelles et des faits qui lui sont reprochés ;
- 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 ;
- la détermination de son quotient intellectuel ;
- 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](#)).

⁵⁹ Infra II-B-1-a, pp. 49 et s..

▪

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](#)) :

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

▪

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.

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 délinquants sexuels⁶² doivent être complétées par des recherches d'ordre plus général en psycho-criminologie.

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

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

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.

passage à l'acte criminel), l'évaluation de ces dangers 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

⁶⁴ Infra II, pp. 37-38.

⁶⁵ Supra I-A-2-a, p. 20.

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.

*

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 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

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.

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.

⁶⁸ Anti-dépresseurs, neuroleptiques et anti-psychotiques, thymorégulateurs, sédation de l’angoisse 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.

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, auxquels doivent être associées des interventions socio-thérapeutiques, menées en 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.

⁷⁰ Supra Introduction, pp. 4 et s. (notamment pp. 8-9).

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 neuropsychique⁷¹, 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.

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.

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

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

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.

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 [de l'auteur \(n°37\)](#) et l'autre pour état mental déficient ([n°43](#)).

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.

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. XCI).

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, alinéa1, 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 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.

⁷⁹ Cf. infra II-C-1-a, pp. 71 et s..

⁸⁰ Cf. infra II-C-1-b, pp. 74-75.

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'acquittement* 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 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.

⁸¹ Cf. infra II-C-2-b, pp. 75 et s..

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

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.

c – Les propositions de la commission

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 sa 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 prononcer d'éventuelles mesures de sûreté* après la sortie du patient de l'hôpital ([proposition n°15](#)).

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 :

- 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 ;
- 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 ;
- 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

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..

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.

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 ;

- 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 ;
- 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.

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 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.

⁸⁶ Infra II-C, pp. 70 et s..

⁸⁷ Infra. II-C-2-b, pp. 75 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..

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.

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.

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.

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.

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.

*

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.

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

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.

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 :

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

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.

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 leurs personnalités 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.

¹⁰² Article 721-1 du code de procédure pénale.

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

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*.

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.

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

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 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

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..

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.

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,

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.

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.

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

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.

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](#)).

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.

*

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.

¹¹⁶ Supra. I-C-4, pp. 35-36.

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

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, 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 dépourvus.

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.

*

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

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.

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 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 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

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

¹²⁴ Supra II-B-1-c, pp. 53 et s. (notamment pp. 57-58).

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.

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 crû de 26% depuis 2001.

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'implantation 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

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*.*

¹²⁶ Supra I-A-2-a, pp. 17 et s. (notamment pp. 19-20).

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 condamnées en tenant 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. (notamment p. 10).

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 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, ayant purgé une peine* d'emprisonnement ou 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.

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.

Ainsi, l'autorité judiciaire devrait avoir la possibilité de prévenir la perpétration de nouvelles infractions en prononçant des mesures susceptibles d'être mises en œuvre en raison de la dangerosité avérée de l'individu, à l'issue de l'exécution de sa peine* ou de l'hospitalisation d'office ordonnée sur le fondement précité.

Ces mesures, dites de « *sûreté* », seraient donc d'une nature différente de 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* est quant à elle dépourvue de tout but répressif. Elle est destinée à prévenir le risque de réitération ou de récidive grâce à la resocialisation de la personne, sa soumission à un traitement, etc..

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.

¹³¹ La distinction entre ces deux notions, qui avait été clairement faite par l'école positiviste à la fin du XIX^{ème} siècle, a été brouillée par le législateur et le juge, au fil des réformes qui ont créé 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.

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.

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.

*

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.

Outre le dispositif susdécrit de surveillance électronique domiciliaire, les Etats-Unis et la Grande-Bretagne ont mis en place un second système, 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 améliore le suivi de la personne en permettant notamment de savoir 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 postérieurement à la fin des travaux de la présente commission.

*

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 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.

¹³⁷ Ecoles, stades, jardins publics, etc. .

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 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-judiciaire¹³⁸ puisse être instauré à titre de mesure de sûreté* pour l'ensemble des auteurs d'infractions présentant une dangerosité criminologique¹³⁹. Toutefois, cette mesure étant dépourvue de toute connotation pénale, il a paru préférable de la désigner sous une

¹³⁸ Supra II- B- 1- c, pp. 53 et s..

¹³⁹ Supra I, pp. 13 et s..

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, de la gendarmerie et 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

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 dangerosité¹⁴¹. 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.

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

¹⁴¹ Un projet de réforme 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.

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 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*.

*

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-

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

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 qu'elle n'apparaisse 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 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 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 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 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 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 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.

Conclusion :

Au terme de ce rapport, le groupe de travail ne peut qu'avoir conscience de la modestie des propositions qu'il formule, 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. 33](#)) ;
 - b – en psychiatrie médico-légale ([I-A-2-c, p. 22](#)) ;
 - c – en psycho-criminologie ([I-C-2, p. 34](#)) ;
 - d – en alcoologie et toxicomanie ([II, p. 38](#)).

- 2 – Développement de la recherche sur :
 - a – l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et de ses facteurs ([I-A-2-b, p. 22](#)) ;
 - b – le suivi de groupes d'auteurs d'infractions pénales ([I-A-2-a, p. 20](#)) ;
 - c – le suivi de groupes de criminels multirécidivistes ([I-C-1, p. 33](#)) ;
 - d – la psycho-criminologie : indicateurs, évaluation et modes de prise en charge des individus présentant une dangerosité psycho-criminologique ([I-C-1, p. 32](#)) ;
 - 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. 20](#)) ;
 - 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. 37](#)).

- 3 – Amélioration de l'évaluation de la dangerosité des détenus :
 - a – création de Centres régionaux d'observation ([I-A-2-a, p. 20](#)) ;
 - 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. 66](#)).

- 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. 18](#)).

- 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. 26](#)) ;
 - 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. 26](#)) ;
 - 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. 65](#)).
- 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. 26](#)) ;
 - 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. 28](#)).
- 7 – Modification des imprimés de mission-type des expertises psychiatriques ordonnées après le jugement pénal par la reformulation ou l'ajout de questions :
- a – 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. 30](#)) ;
 - b – sur l'état de dangerosité de la personne ([I-B-2-b, p. 31](#)).
- 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. 32](#)).
- 9 – Amélioration de l'outil statistique par la détermination d'indicateurs de la dangerosité ([I-A-1, p. 17](#)).
- 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. 35](#)).

11 – Création d'un réseau national d'équipes ressources interrégionales d'évaluation de la dangerosité ([I-C-4, p. 35](#)).

12 – Amélioration du travail en réseau :

- a – instauration de réseaux santé-justice à un niveau territorial pertinent, départemental ou régional ([II-B-2, p. 60](#)) ;
- 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. 62](#)) ;
- 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. 62](#)).

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. 45](#)) ;
- 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. 45](#)) ;
- 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. 46](#)).

14 – Renforcement de la coordination entre les autorités préfectorale, judiciaire et sanitaires 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 ([II-A-2-c, p. 46](#)) ;
- b – meilleure articulation entre les différents acteurs pour l'inscription au fichier des personnes recherchées des patients hospitalisés d'office et qui, se trouvant en sortie thérapeutique sous contrôle, ne sont plus suivies par les équipes de soins ([II-A-2-c, p. 46](#)) ;

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. 46](#)).

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. 47](#)).

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. 50](#)) ;

b – création d'une question supplémentaire posée au jury quant aux modalités de prise en charge du condamné ([II-B-1-a, p. 50](#)) ;

c – rédaction par la cour d'assises de recommandations quant aux modalités de prise en charge de l'intéressé ([II-B-1-a, p. 50](#)).

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. 41](#)).

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. 53](#)) ;
- 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. 53](#)).

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. 58](#)) ;
- b – faculté pour les médecins coordonnateurs d'intervenir à un niveau régional, et non départemental ([II-B-1-c, p. 58](#)) ;
- 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. 58](#)).

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. 58](#)).

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. 59](#)).

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. 60](#)) ;

ANNEXES

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

ANNEXES

SOMMAIRE GENERAL

ANNEXE N°1 LETTRE DE MISSION DE LA COMMISSION SANTE-JUSTICE	III
ANNEXE N°2 COMPOSITION DE LA COMMISSION SANTE-JUSTICE.....	V
ANNEXE N°3 LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES PAR LA COMMISSION SANTE-JUSTICE	VIII
ANNEXE N°4 GLOSSAIRE.....	XI
ANNEXE N°5 TEXTES DE REFERENCE	XXI
ANNEXE N°6 SCHEMAS PROCEDURAUX RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX	LX
ANNEXE N°7 L'ORGANISATION DES SOINS AUX PERSONNES DETENUES	LXV
ANNEXE N°8 STATISTIQUES	LXXII
ANNEXE N°9 LES POLITIQUES PENALES MENEES PAR LES PARQUETS, RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX	LXXIX
ANNEXE N°10 DROIT COMPARE : LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'INFRACTIONS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX	LXXXVI
ANNEXE N°11 NOTE D'ORIENTATION SUR UNE POSSIBLE REFORME DES REGLES APPLICABLES EN MATIERE D'IRRESPONSABILITE PENALE	XCI
ANNEXE N°12 SCHEMAS PROCEDURAUX RECAPITULATIFS DES PROPOSITIONS DE LA COMMISSION.....	XCVIII
ANNEXE N°13 DEPECHE-CIRCULAIRE DU GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE, DU 23 FEVRIER 2005, RELATIVE AUX FRAIS DE JUSTICE ET AU TARIF DES EXPERTISES PSYCHIATRIQUES.....	CVI

ANNEXE N°1

Lettre de mission de la commission Santé-Justice

Paris, le 22 JUIL. 2004

Monsieur le Procureur Général,

La complexité des situations individuelles qui sont au confluent de la justice et de la psychiatrie et l'extrême gravité de certains comportements qui relèvent à la fois du juge et du médecin ont créé chez nos concitoyens une très forte attente en termes de protection de la société.

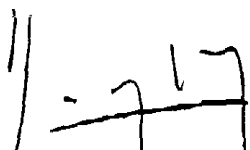
Les professionnels de la justice et de la santé rencontrent en effet de grandes difficultés dans la prise en charge des personnes qui commettent des infractions pénales alors qu'elles sont atteintes de troubles mentaux ou qu'elles présentent un profil dangereux.

Tel est le champ de réflexion qu'il nous a paru nécessaire de soumettre à une commission composée de professionnels du plus haut niveau. Nous vous remercions d'avoir bien voulu en accepter la présidence, ce qui constitue d'ores et déjà pour nous le gage d'une grande qualité des travaux en même temps que celui de perspectives pragmatiques et opérationnelles d'amélioration du fonctionnement de nos institutions judiciaires et médicales.

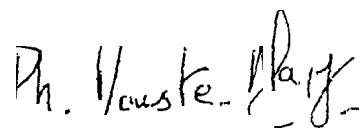
Dans le cadre ainsi tracé, nous souhaitons que les travaux de votre commission soient aussi libres et audacieux que possible. Il vous appartiendra notamment d'étudier les voies d'amélioration de la prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions pénales qui sont atteints de troubles mentaux, et également de réfléchir au suivi des personnes qui, ayant fait l'objet d'une condamnation pénale, nécessitent, notamment en détention, une prise en charge psychiatrique particulière.

Nous avons demandé à la Direction générale de la santé et à la Direction des affaires criminelles et des grâces d'assurer le secrétariat général de votre commission qui disposera, pour l'exécution de sa mission, du soutien de la Chancellerie et du Ministère de la santé.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Procureur général, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.



Dominique PERBEN



Philippe DOUSTE-BLAZY

Monsieur Jean-François BURGELIN
Procureur général de la Cour de cassation
5 quai de l'Horloge
75055 PARIS RP

ANNEXE N°2

Composition de la commission Santé-Justice

Président :

- Jean-François BURGELIN, procureur général honoraire près la Cour de cassation

Membres :

- Isabelle AUNE, médecin urgentiste à Nemours, secrétaire nationale de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF)
- Sophie BARON-LAFORET, chef de service de psychiatrie au centre hospitalier de Thuir (Pyrénées-Orientales)
- Michel BONNEAU, sous-directeur des libertés publiques et de la police administrative, direction des libertés publiques et des affaires juridiques, ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales
- Jean-François CORDET, préfet de la Seine-Saint-Denis
- Bernard CORDIER, chef de service de psychiatrie à l'hôpital Foch (Suresnes)
- Valérie DECROIX, directrice de la maison d'arrêt de Loos-les-Lille
- Michel DELPUECH, préfet des Hauts-de-Seine
- Jeanine DRAI, conseillère à la cour d'appel de Paris
- Dominique ESPERBEN, vice-présidente chargée de l'application des peines au tribunal de grande instance de Bordeaux
- Maurice FERRERI, Professeur de psychiatrie, chef du service de psychiatrie et de psychologie médicale de l'hôpital Saint-Antoine et de l'unité de psychiatrie de l'hôpital Tenon (Paris)
- Jean-Yves LE BORGNE, avocat au barreau de Paris

- Marie-Elisabeth MEYER-BUISAN, expert psychiatre inscrit sur la liste de la Cour de cassation, praticien hospitalier au centre hospitalier Sainte-Anne (Paris)
- Xavier RONSIN, avocat général près la cour d'appel de Rennes
- Jean-Luc WARSMANN, député des Ardennes
- François ZOCCHETTO, sénateur de la Mayenne

Rapporteurs :

- Direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice

Myriam QUEMENER, sous-directrice de la justice pénale générale

François CAPIN-DULHOSTE, chef du bureau des politiques pénales générales et de la protection des libertés individuelles

Aude MARLAND, magistrat au bureau des politiques pénales générales et de la protection des libertés individuelles

Cyril TROUSSARD, rédacteur juridique au bureau des politiques pénales générales et de la protection des libertés individuelles

- Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Solidarités

Anne-Noëlle MACHU, attachée au bureau de la santé mentale

ANNEXE N°3

Liste des personnes auditionnées par la commission Santé-Justice

- Gilbert AZIBERT, directeur de l'Ecole nationale de la magistrature
- Jean-Pierre BAILLY, directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation des Yvelines
- Hugues BERBAIN, adjoint au directeur de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice
- Jean-Pierre BERTHET, chroniqueur judiciaire (*TF1*)
- Alain BOULAY, président de l'association « Aide aux parents d'enfants victimes » (APEV)
- Betty BRAHMY, médecin chef au service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis
- Roland COUTANCEAU, psychiatre, responsable du centre médico-psychologique pour adultes de La Garenne-Colombes (Hauts-de-Seine)
- Edouard COUTY, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé et des Solidarités
- William DAB, titulaire de la chaire « hygiène et sécurité » au Conservatoire national des arts et métiers (précédemment, directeur général de la Santé, ministère de la Santé et des Solidarités)
- Jacques FEILLARD, psychiatre médecin chef de l'infirmerie psychiatrique près la préfecture de police de Paris
- Patricia GARNIER, directrice du centre national d'observation de Fresnes
- Michaël JANAS, juge de l'application des peines au tribunal de grande instance de Draguignan, président de l'Association nationale des juges de l'application des peines (ANJAP)
- Christian KOTTLER, psychiatre, chef de service de l'unité pour malades difficiles du centre hospitalier de Villejuif (Val-de-Marne)
- Pierre LEMOUSSU, maître de conférences à l'Ecole nationale de la magistrature
- Jean-Claude MARIN, procureur de la République près le tribunal de grande instance de Paris (précédemment, directeur des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice)
- Patrice MOLLE, directeur de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice
- Jacqueline REMY, journaliste (*L'Express*)

- Ramiro RIERA, inspecteur général de l'administration, ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales
- Jean-Louis SENON, professeur de psychiatrie et de psychologie médicale, université et hôpitaux de Poitiers
- Dominique SIMONOT, journaliste (*Libération*)
- Loïc VILLERBU, professeur de psychologie, université de Rennes II
- Daniel ZAGURY, expert psychiatre près la cour d'appel de Paris, chef de service, centre psychiatrique du Bois de Bondy (Seine-Saint-Denis)

ANNEXE N°4

Glossaire

➤ Accusé	XIV
➤ Acquittement	XIV
➤ Classement sans suite	XIV
➤ Condamnation	XIV
➤ Culpabilité	XIV
➤ Détenu.....	XIV
➤ Etablissement pénitentiaire (prison)	XIV
✓ <i>centre de détention</i>	XIV
✓ <i>centre pénitentiaire</i>	XIV
✓ <i>établissement pour peine</i>	XV
✓ <i>maison d'arrêt</i>	XV
✓ <i>maison centrale</i>	XV
➤ Expert judiciaire.....	XV
➤ Imputabilité	XV
➤ Injonction de soins	XV
➤ Irresponsabilité pénale	XV
➤ Libération conditionnelle.....	XVI
➤ Mesure de sûreté	XVI
➤ Non-lieu.....	XVI
➤ Obligation de soins.....	XVI
➤ Peine	XVI
➤ Peine complémentaire.....	XVI
➤ Période de sûreté	XVII
➤ Placement à l'extérieur.....	XVII
➤ Placement sous surveillance électronique	XVII
➤ Prévenu.....	XVII
➤ Récidive	XVII

➤ Réitération.....	XVII
➤ Relaxe	XVII
➤ Schizophrénie	XVII
➤ Semi-liberté	XVIII
➤ Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)	XVIII
➤ Suivi socio-judiciaire (SSJ).....	XVIII
➤ Sursis simple.....	XVIII
➤ Sursis avec mise à l'épreuve (SME)	XVIII
➤ Troubles mentaux	XIX
➤ Troubles de la personnalité	XIX
➤ Troubles du comportement	XX
➤ Trouble psychique ou neuropsychique.....	XX

Accusé

Personne mise en examen pour un crime et renvoyée devant une cour d'assises pour y être jugée.

Acquittement

Décision d'une cour d'assises déclarant non-coupable un *accusé* traduit devant elle pour crime.

Classement sans suite

Décision par laquelle le ministère public (parquet) choisit de ne pas exercer l'action publique, c'est-à-dire de ne pas déclencher de poursuites pénales.

Condamnation

En matière pénale, décision de justice déclarant une personne coupable d'avoir commis une infraction et prononçant une *peine*.

Culpabilité

Etat de l'individu reconnu coupable par une juridiction répressive d'avoir commis une infraction.

Détenu

Personne incarcérée dans un *établissement pénitentiaire* au titre de la détention provisoire ou en vertu d'une *condamnation*.

Etablissement pénitentiaire (prison)

Structure pénitentiaire dont le nom varie en fonction du régime de détention et des catégories de condamnations des détenus qu'elle accueille :

centre de détention

établissement pénitentiaire accueillant les condamnés qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion.

centre pénitentiaire

établissement pénitentiaire qui comporte au moins deux quartiers à régimes de détention différents (*maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale*).

établissement pour peine

centres de détention et maisons centrales recevant exclusivement des condamnés dont le reliquat de peine est au moins égal à un an.

maison d'arrêt

établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes détenues provisoirement et les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à un an, ou les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peine (*centre de détention ou maison centrale*).

maison centrale

établissement pénitentiaire qui reçoit les condamnés les plus difficiles dans le cadre d'un régime de détention essentiellement axé sur la sécurité.

Expert judiciaire

Professionnel habilité, chargé par un juge de donner son avis technique sur des faits dans le cadre d'une procédure judiciaire. L'expert, dont la rémunération est forfaitaire en matière pénale, est inscrit sur une liste établie par la cour d'appel ou par la Cour de cassation.

Imputabilité

Caractère d'une infraction qui peut être mise au compte d'une personne jouissant d'une volonté libre et consciente.

Injonction de soins

Mesure prononcée, dans le cadre de la peine de *suivi socio-judiciaire*, à l'encontre d'un condamné pour crime ou délit à caractère sexuel, s'il est établi après une *expertise* médicale que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Pour sa mise en œuvre, le juge de l'application des peines désigne un médecin coordonnateur qui, en liaison avec le médecin traitant, s'assure de son déroulement et en réfère au magistrat.

Irresponsabilité pénale

La responsabilité pénale suppose la commission d'une infraction, intentionnelle ou non (notion de *culpabilité*), et le rattachement de cette faute à l'auteur du fait (notion d'*imputabilité*).

Dès lors, l'irresponsabilité pénale peut résulter d'obstacles légaux tenant :

- soit à des faits justificatifs spécifiés par la loi faisant disparaître le caractère illicite de l'acte prohibé (ordre de la loi, commandement de l'autorité légitime, légitime défense, état de nécessité) ;

- soit à des causes de non-imputabilité faisant disparaître l'élément psychologique de l'infraction (*troubles psychiques ou neuropsychiques* ayant aboli le discernement ; contrainte).

Libération conditionnelle

Mise en liberté anticipée ordonnée par la tribunal de l'application des peines ou le juge de l'application des peines, contrôlée par ce dernier, au bénéfice d'une personne condamnée à une peine d'emprisonnement, qui a purgé une partie de cette peine et manifesté des efforts sérieux de réadaptation sociale.

Mesure de sûreté

Mesure de défense sociale imposée par l'autorité judiciaire à un délinquant ou un criminel dangereux, afin de prévenir les infractions futures qu'il pourrait commettre et que son état rend probables, de l'aider ou de le soumettre à un traitement (mesures socio-éducatives à l'égard des mineurs, des alcooliques dangereux et des toxicomanes, etc.).

Non-lieu

Ordonnance du juge d'instruction mettant fin aux poursuites pénales lorsqu'il estime que l'infraction n'est pas établie, qu'il n'y a pas de charges suffisantes contre la personne mise en examen, que l'auteur ou le complice de l'infraction est pénalement irresponsable, que l'auteur est inconnu ou que l'action publique est éteinte.

Obligation de soins

Dans le cadre du *sursis avec mise à l'épreuve*, d'une peine de *suivi socio-judiciaire* ou d'un aménagement de peine d'emprisonnement, mesure prononcée, selon les cas, par la juridiction de jugement ou le juge de l'application des peines, avec ou sans *expertise* médicale préalable, qui impose à un condamné de se soumettre à des soins et à un suivi médical pendant un temps déterminé.

Peine

Sanction édictée par la loi et prononcée par le juge répressif ayant pour but de réprimer la commission d'une infraction, de prévenir sa *récidive* et d'assurer la réinsertion sociale du condamné.

Peine complémentaire

Sanction qui s'ajoute ou peut s'ajouter à la *peine* principale, selon qu'elle est obligatoire ou facultative pour le juge pénal (exemples : interdiction des droits civils, civiques et de famille, interdiction de séjour, confiscation, suspension du permis de conduire, fermeture d'établissement, etc.).

Période de sûreté

Période de la peine au cours de laquelle aucune mesure d'individualisation ne peut intervenir, à l'exception des autorisations de sortie sous escorte et des crédits de réductions de peine et de réductions de peine supplémentaires, qui ne seront imputés que sur la partie de la peine excédant la durée de ladite période.

Placement à l'extérieur

Forme d'individualisation de la *peine* qui, sous différentes modalités, permet à un condamné d'exercer une activité (travail, formation) en dehors d'un *établissement pénitentiaire*, avec ou sans la surveillance continue de l'administration pénitentiaire.

Placement sous surveillance électronique

Obligation constitutive d'un contrôle judiciaire, ou modalité d'exécution des courtes *peines* privatives de liberté par laquelle le condamné est contraint à ne pas quitter son domicile ou tout autre lieu désigné, en dehors de certains horaires préalablement établis par le juge d'application des peines. L'administration pénitentiaire contrôle l'exécution de cette mesure au moyen d'un dispositif électronique porté par le condamné.

Prévenu

Personne (en liberté ou détenue dans un *établissement pénitentiaire*) poursuivie pour un délit, et qui n'a pas encore été jugée ou dont la *condamnation* n'est pas définitive en raison de l'exercice des voies de recours.

Récidive

Situation d'un individu déjà condamné qui commet une nouvelle infraction de même nature, selon certaines conditions et dans un certain délai, pouvant entraîner le prononcé d'une *peine* plus lourde que celle normalement encourue.

Réitération

Situation d'une personne qui a déjà été condamnée et qui commet une nouvelle infraction, mais dans des conditions ne correspondant pas au cadre de la *récidive* légale.

Relaxe

Décision d'un tribunal correctionnel ou d'un tribunal de police déclarant un prévenu non coupable.

Schizophrénie

Trouble mental qui se caractérise par la dissociation (une perte de la cohésion et de l'unité de la personnalité qui s'exprime dans le domaine psychique, de la

pensée, du langage, dans l'affectivité et dans le comportement), le délire (illusion, imagination, interprétation, hallucinations), et le repli dans le monde intérieur du sujet. Ces symptômes doivent perdurer pendant un mois, certains troubles persistant pendant six mois au moins.

Elle apparaît entre 15 et 25 ans le plus fréquemment. Elle concerne environ 1% de la population générale adulte.

Semi-liberté

Mesure d'individualisation d'une *peine* d'emprisonnement permettant à un condamné d'exercer, en dehors d'un *établissement pénitentiaire*, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, de bénéficier d'un traitement médical ou de participer à la vie de sa famille.

Le détenu est astreint à rejoindre l'établissement pénitentiaire à l'expiration du temps nécessaire à l'accomplissement de l'activité qui a justifié la semi-liberté.

Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Structure départementale dépendant de l'administration pénitentiaire, chargée par l'autorité judiciaire du suivi des personnes condamnées, incarcérées ou non (suivi individuel, préparation à la sortie, enseignement, travail, propositions de soins, contribution aux activités sportives et lutte contre la toxicomanie).

Suivi socio-judiciaire (SSJ)

Peine prononcée par la juridiction de jugement contre l'auteur d'une infraction à caractère sexuel, qui permet de soumettre ce dernier à des mesures de surveillance et d'assistance sous le contrôle du juge de l'application des peines. La durée de la mesure prononcée et le quantum de l'emprisonnement encouru en cas de non-respect de ces obligations dépendent de la nature de l'infraction initialement commise. La juridiction peut également assortir ce suivi d'une *injonction de soins*, si une expertise préalable de la personne poursuivie conclut que celle-ci est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Sursis simple

Mesure accordée par une juridiction pénale qui dispense une personne condamnée d'exécuter la *peine* prononcée.

En cas de condamnation à une peine d'emprisonnement pour une nouvelle infraction commise pendant le délai d'épreuve prévu par la loi, le sursis sera révoqué, sauf dispense accordée par la juridiction de jugement.

Sursis avec mise à l'épreuve (SME)

Mesure accordée par une juridiction pénale qui dispense une personne condamnée d'exécuter la *peine* d'emprisonnement prononcée, sous réserve de

se soumettre pendant un temps déterminé à certaines obligations fixées par l'autorité judiciaire (de soins, de formation...).

En cas de non-respect de ces obligations ou de *condamnation* à une peine d'emprisonnement pour une nouvelle infraction commise pendant le délai d'épreuve, le sursis pourra être révoqué partiellement ou en totalité et l'individu devra alors exécuter sa peine.

Troubles mentaux

Ensemble syndrômique de manifestations psycho-pathologiques qui s'expriment dans la sphère intellectuelle et/ou affective et/ou comportementale. Ces troubles sont regroupés par catégories par la CIM 10^{ème} version (classement international des maladies – OMS) et par le DSM IV^{ème} version (*diagnostic and statistical manual of mental disorder*).

Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité existent comme catégorie de troubles mentaux depuis plus d'un siècle. Leur définition est extrêmement complexe et évolutive puisqu'elle dépend de la définition du concept de « personnalité » et de la vision de ce qui relève du « pathologique », c'est-à-dire susceptible d'être soigné, et de la « normalité ».

La personnalité peut être définie comme ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne. Elle se manifeste dans les domaines cognitifs (façon d'appréhender les choses, les gens, les événements, les attitudes et représentations) ; affectifs ; du contrôle des impulsions, de la satisfaction des besoins et de la façon de se conduire avec les autres.

Il est maintenant admis que la personnalité est conçue comme présentant un état « pathologique » lorsque ses manifestations font souffrir l'individu et/ou le corps social.

Néanmoins, les atteintes au corps social sont fortement liées à la culture de ce dernier. En cela, les troubles de la personnalité sont conçus comme des modalités de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifestent dans au moins deux des domaines de la personnalité précités.

Les troubles de la personnalité sont actuellement abordés selon une double approche :

- une approche catégorielle (groupe de pathologies distinctes et identifiables par le regroupement de symptômes) : les troubles de la personnalité sont présents dans la CIM 10^{ème} version (classement international des maladies – OMS) et dans le DSM IV^{ème} version (*diagnostic and statistical manual of mental disorder*) ;
- une approche dimensionnelle (distinction de traits de personnalité reliés entre eux).

Troubles du comportement

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 caractériser un trouble aigu de la personnalité, le plus fréquemment permanent.

Trouble psychique ou neuropsychique

Trouble mental ou neurologique manifesté, ou non, par un trouble du comportement et qui, selon qu'il abolit ou seulement altère le discernement ou le contrôle des actes, permet à l'autorité judiciaire d'exclure ou d'atténuer la responsabilité pénale de celui qui en était atteint au moment des faits.

ANNEXE N°5

Textes de référence

- Textes pénaux applicables aux auteurs d'infractions atteints de troubles mentauxXXIII
- Articles L.3211-11 à L.3214-5 du code de la santé publique..... XXXIV
- Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs XXXIX

TEXTES PENAUX APPLICABLES AUX AUTEURS D'INFRACTIONS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX

1 – Les individus atteints de troubles mentaux au moment de la commission des faits

Lorsqu'il ressort de l'enquête diligentée par les services de la police ou de la gendarmerie nationales, ou d'une information judiciaire, que des faits délictuels ou criminels sont imputables à un individu, il appartient à l'autorité judiciaire, en s'appuyant sur l'avis d'experts psychiatres, de déterminer si ce dernier est pénalement responsable de ses actes.

Le code pénal distingue deux cas de figure, selon que le discernement ou le contrôle des actes de l'intéressé a été aboli ou altéré au moment des faits par un trouble psychique ou neuropsychique. Dans le premier cas, la personne est considérée comme pénalement irresponsable, tandis que, dans le second, sa responsabilité reste entière. Pour autant, l'altération du discernement n'est pas sans incidence sur la peine prononcée par la juridiction de jugement.

ARTICLE 122-1 DU CODE PENAL :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

1-1 – L'appréciation de l'étendue du discernement d'un individu

L'autorité judiciaire peut requérir un expert psychiatre aux fins d'examiner le mis en cause et de se prononcer sur sa responsabilité pénale. Les conclusions de l'expert ne lient pas l'autorité judiciaire mandante¹.

Le cadre légal dans lequel l'expertise psychiatrique est ordonnée dépend du stade de la procédure auquel elle intervient.

1-1-1 – Pendant l'enquête préliminaire ou de flagrance

En flagrance, comme en préliminaire, le parquet peut avoir recours, par voie de réquisitions écrites, à toute personne qualifiée pour faire procéder à une expertise

¹ Cass. crim. 11 mars 1958 (Bulletin criminel n°238).

psychiatrique de la personne mise en cause et déterminer si cette dernière est, ou non, pénalement responsable.

**ARTICLE 60 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(en flagrance) :**

« S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées.

Sauf si elles sont inscrites sur une des listes prévues à l'article 157, les personnes ainsi appelées prêtent, par écrit, serment d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience. (...) »

**ARTICLE 77-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(en préliminaire) :**

« S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, le procureur de la République ou, sur autorisation de celui-ci, l'officier de police judiciaire, a recours à toutes personnes qualifiées.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéa de l'article 60 sont applicables. »

ARTICLE 157 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent soit sur une liste nationale établie par le bureau de la Cour de cassation, soit sur une des listes dressées par les cours d'appels, le procureur général entendu.

(...)

A titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes. »

1-1-2 – Pendant l'information judiciaire

Le juge d'instruction peut ordonner une expertise psychiatrique aux fins notamment de déterminer l'étendue de la responsabilité pénale de la personne mise en examen.

ARTICLE 81 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Le juge d'instruction procède, conformément à la loi, à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité. (...) »

(...) Le juge d'instruction peut prescrire un examen médical, un examen psychologique ou ordonner toutes mesures utiles. (...) »

1-1-3 – Au stade du jugement

Le tribunal correctionnel, comme la cour d'assises, peuvent ordonner une expertise psychiatrique du prévenu ou de l'accusé s'ils l'estiment nécessaire.

**ARTICLE 434 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(tribunal correctionnel) :**

« Si le tribunal estime qu'une expertise est nécessaire, il y est procédé conformément aux articles 156 à 166, 168 et 169. »

**ARTICLE 283 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(cour d'assises) :**

« Le président, si l'instruction lui semble incomplète ou si des éléments nouveaux ont été révélés depuis sa clôture, peut ordonner tous actes d'information qu'il estime utiles. (...) »

1-2 – Les conséquences juridiques de l'irresponsabilité pénale d'un individu pour troubles mentaux

L'abolition du discernement de l'auteur d'une infraction est, en l'état actuel de la législation, une cause de non-imputabilité des faits.

CASS. CRIM. 2 AOUT 1951² :

« La démence n'étant pas une excuse légale, elle est nécessairement comprise dans la question intentionnelle et par suite dans la question relative à la culpabilité. »

Trois cas de figure doivent être distingués :

☛ Si les faits n'ont donné lieu à aucune ouverture d'information judiciaire et qu'aucune juridiction de jugement n'a été saisie, le parquet classe la procédure sans suite à raison de l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux (motif juridique) ou de l'état mental déficient de l'intéressé. Cette décision doit être notifiée à la victime (motif d'opportunité).

ARTICLE 40 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1. »

ARTICLE 40-2 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Le procureur de la République avise les plaignants et les victimes si elles sont identifiées (...) des poursuites ou des mesures alternatives

² Bulletin criminel n°243.

aux poursuites qui ont été décidées à la suite de leur plainte ou de leur signalement. »

☞ Si une information judiciaire a été ouverte à la suite des faits, sans qu'une juridiction de jugement ne soit encore saisie, il appartient au magistrat instructeur chargé du dossier, après avoir recueilli les réquisitions écrites du parquet et précisé s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a matériellement commis l'infraction qui lui est reprochée³, de rendre une ordonnance de non-lieu pour tirer les conséquences de l'abolition du discernement de la personne en raison de ses troubles mentaux. Cette ordonnance est notifiée à la partie civile, comme au mis en examen.

ARTICLE 177 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Si le juge d'instruction estime que les faits ne constituent ni crime, ni délit, ni contravention, ou si l'auteur est resté inconnu, ou s'il n'existe pas de charges suffisantes contre la personne mise en examen, il déclare, par une ordonnance, qu'il n'y a lieu à suivre. »

Lorsque l'ordonnance de non-lieu est motivée par l'existence de l'une des causes d'irresponsabilité pénale prévue par le premier alinéa de l'article 122-1, les articles 122-2, 122-3, 122-4, 122-5 et 122-7 du code pénal ou par le décès de la personne mise en examen, elle précise s'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés. (...) »

☞ Si une juridiction de jugement est saisie, c'est à elle qu'il incombe de statuer, le cas échéant, sur la responsabilité pénale de l'individu poursuivi. En matière délictuelle, le tribunal correctionnel qui estime le prévenu pénalement irresponsable en raison de troubles mentaux le relaxe des fins de la poursuite. En matière criminelle, la question de la responsabilité pénale de l'accusé, lorsqu'elle est invoquée, doit être expressément posée au jury et, si la réponse est négative, l'individu est déclaré non-coupable et acquitté.

**ARTICLE 470 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(tribunal correctionnel) :**

« Si le tribunal estime que le fait poursuivi ne constitue aucune infraction à la loi pénale ou que le fait n'est pas établi, ou qu'il n'est pas imputable au prévenu, il renvoie celui-ci des fins de la poursuites. »

**ARTICLE 349-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(cour d'assises) :**

« Lorsqu'est invoquée comme moyen de défense l'existence de l'une des causes d'irresponsabilité pénale prévue par les articles 122-1 (premier alinéa), 122-2, 122-3, 122-4 (premier et second

³ Modification du deuxième alinéa de l'article 177 du code de procédure pénale par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

alinéas), 122-5 (premier et second alinéas) et 122-7 du code pénal, chaque fait spécifié dans le dispositif de la décision de mise en accusation fait l'objet de deux questions posées ainsi qu'il suit :

1° L'accusé a-t-il commis tel fait ?

2° L'accusé bénéficie-t-il pour ce fait de la cause d'irresponsabilité pénale prévue par l'article ... du code pénal selon lequel n'est pas pénalement responsable la personne qui ... ?

Le président peut, avec l'accord des parties, ne poser qu'une seule question concernant la cause d'irresponsabilité pour l'ensemble des faits reprochés à l'accusé. (...) »

**ARTICLE 361-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(cour d'assises) :**

« Si, lorsqu'il est fait application des dispositions de l'article 349-1, la cour d'assises a répondu positivement à la première question et négativement à la seconde question, elle déclare l'accusé coupable. Si elle a répondu négativement à la première question ou positivement à la seconde question, elle déclare l'accusé non coupable. »

**ARTICLE 363 DU CODE DE PROCEDURE PENALE
(cour d'assises) :**

« Si le fait retenu contre l'accusé ne tombe pas ou ne tombe plus sous l'application de la loi pénale, ou si l'accusé est déclaré non coupable, la cour d'assises prononce l'acquittement de celui-ci. »

2 – Le choix des peines prononcées à l'encontre des personnes souffrant de troubles mentaux

L'existence de troubles mentaux, qui peut le cas échéant se traduire par une altération du discernement de la personne, a une incidence sur la sanction prononcée. Le principe de la personnalisation de la peine exige, en effet, qu'il soit tenu compte de l'état de santé mentale du prévenu ou de l'accusé au moment des faits.

Ainsi, l'auteur de l'infraction peut être condamné à des peines spécifiques, de nature à prévenir la réitération et la récidive par un suivi médical et/ou psychologique variable(s) selon le cadre juridique dans lequel il(s) est (sont) mis en oeuvre.

2-1 – L'emprisonnement assorti d'un sursis avec mise à l'épreuve avec obligation de soins

Lorsqu'un sursis avec mise à l'épreuve est décidé par la juridiction de jugement, 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 ans.

ARTICLE 734 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Le tribunal ou la cour qui prononce une peine peut, dans les cas et selon les conditions prévus par les articles 132-29 à 132-57 du code pénal, ordonner qu'il sera sursis à son exécution. »

ARTICLE 739 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Lorsqu'une condamnation est assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, le condamné est placé sous le contrôle du juge de l'application des peines (...).

Au cours du délai d'épreuve, le condamné doit satisfaire à l'ensemble des mesures de contrôle prévues par l'article 132-44 du code pénal et à celles des obligations particulières prévues par l'article 132-45 du même code qui lui sont spécialement imposées, soit par la décision de condamnation, soit par une décision que peut, à tout moment, prendre le juge de l'application des peines. »

Parmi les mesures imposées, l'obligation de soins apparaît adaptée aux condamnés pour lesquels une prise en charge médicale ou psychologique a été estimée nécessaire.

ARTICLE 132-45 DU CODE PENAL :

« La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

(...) 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. (...) »

Le sursis avec mise à l'épreuve n'est applicable qu'aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de cinq ans au plus.

ARTICLE 132-41 DU CODE PENAL :

« Le sursis avec mise à l'épreuve est applicable aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de 5 ans au plus, en raison d'un crime ou d'un délit de droit commun. (...) »

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 révoqué en partie ou en totalité.

ARTICLE 132-47 DU CODE PENAL :

« Le sursis avec mise à l'épreuve peut être révoqué par la juridiction de jugement dans les conditions prévues par l'article 132-48.

Il peut également l'être par la juridiction chargée de l'application des peines, selon les modalités prévues par le code de procédure pénale, lorsque le condamné n'a pas satisfait aux mesures de contrôle et aux obligations particulières qui lui étaient imposées. (...) »

2-2 – Le suivi socio-judiciaire avec injonction ou obligation de soins

Le suivi socio-judiciaire peut être prononcé à titre de peine complémentaire ou, en matière correctionnelle, de peine principale.

ARTICLE 131-36-7 DU CODE PENAL :

« En matière correctionnelle, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale. »

Il emporte pour le 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.

Le non-respect de ces obligations est sanctionné par l'exécution d'une peine d'emprisonnement dont le quantum, limité par la loi, est déterminé par la juridiction de jugement.

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.

ARTICLE 131-36-1 DU CODE PENAL :

« Dans les cas prévus par la loi, la juridiction de jugement peut ordonner un suivi socio-judiciaire.

Le suivi socio-judiciaire emporte, pour le 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 destinées à prévenir la récidive. La durée du suivi socio-judiciaire ne peut excéder 10 ans en cas de condamnation pour délit ou 20 ans en cas de condamnation pour crime. Toutefois, en matière correctionnelle, cette durée peut être portée à 20 ans par décision spécialement motivée de la juridiction de jugement ; lorsqu'il s'agit d'un crime puni de 30 ans de réclusion criminelle, cette durée est de 30 ans; lorsqu'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, la cour

d'assises peut décider que le suivi socio-judiciaire s'appliquera sans limitation de durée, sous réserve de la possibilité pour le tribunal de l'application des peines de mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de trente ans, selon les modalités prévues par l'article 712-7 du code de procédure pénale.

La décision de condamnation fixe également la durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations qui lui sont imposées. Cet emprisonnement ne peut excéder 2 ans en cas de condamnation pour délit et 5 ans en cas de condamnation pour crime. (...) »

ARTICLE 131-36-5 DU CODE PENAL :

« Lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine privative de liberté sans sursis, il s'applique, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter du jour où la privation de liberté a pris fin. (...) »

Les mesures de surveillance et d'assistance peuvent être l'une des mesures prévues dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve (et notamment l'obligation de soins), d'autres interdictions spécifiques ou une injonction de soins.

L'injonction de soins ne peut être décidée qu'au vu d'une expertise psychiatrique préalable concluant à la pertinence d'un suivi médical. Sa mise en œuvre est confiée à un médecin coordonnateur, chargé d'une mission d'interface entre le juge d'application des peines et le médecin traitant. Le médecin coordonnateur est désigné par ce magistrat sur une liste établie par le procureur de la République et invite le condamné à choisir un médecin traitant. Informé par ce dernier de toutes les difficultés survenues dans l'exécution du traitement, le médecin coordonnateur est alors habilité à en avertir le juge de l'application des peines ou le conseiller d'insertion et de probation.

ARTICLE 131-36-2 DU CODE PENAL :

« Les mesures de surveillance applicables à la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire sont celles prévues à l'article 132-44.

Le condamné peut aussi être soumis par la décision de condamnation ou par le juge de l'application des peines aux obligations prévues à l'article 132-45. (...) »

ARTICLE 132-45 DU CODE PENAL :

« La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

(...) 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. (...) »

ARTICLE 131-36-4 DU CODE PENAL :

« Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins.

Cette injonction peut être prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi après une expertise médicale (...) que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Cette expertise est réalisée par deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie. Le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-6-1 pourra être mis à exécution.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine. »

ARTICLE 763-7 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le second alinéa de l'article 718 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté. (...) »

ARTICLE 718 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« (...) les personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour toute infraction visée aux articles 222-23 à 222-32, 227-25 à 227-27 du code pénal exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté. »

ARTICLE 706-47 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Les personnes poursuivies pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal

doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

Cette expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République.

Cette expertise est communiquée à l'administration pénitentiaire en cas de condamnation à une peine privative de liberté, afin de faciliter le suivi médical et psychologique en détention prévu par l'article 718. »

3 – L'exécution des peines prononcées à l'encontre des personnes souffrant de troubles mentaux

Le cadre juridique de la prise en charge psychiatrique et psychologique des personnes condamnées dépend de la nature de la peine prononcée à leur encontre.

3-1 – En milieu fermé

En cas d'exécution d'une peine d'emprisonnement ferme⁴, le suivi médical des détenus relève des équipes de soins intervenant dans chaque établissement pénitentiaire. Il appartient en outre aux autres intervenants de recueillir toute demande de soins (juges de l'application des peines, personnel pénitentiaire, service pénitentiaire d'insertion et de probation - SPIP), voire d'inciter aux soins dans l'hypothèse où un suivi socio-judiciaire a été ordonné.

Le cas échéant, il pourra être procédé à l'hospitalisation d'office de la personne au sein d'un centre hospitalier habilité, les individus les plus dangereux pouvant être dirigés vers une unité pour malades difficiles (UMD).

ARTICLE D.398 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L.3213-1 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D.394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

⁴ Le régime juridique ci-après exposé est également applicable aux détenus provisoires.

3-2 – En milieu ouvert

Lorsque le condamné exécute sa peine en milieu ouvert, il appartient au juge de l'application des peines compétent de modifier, le cas échéant, les interdictions et les obligations mises à la charge de l'intéressé, pour mettre en place un éventuel suivi médical ou psychologique dans le cadre d'une obligation de soins ou, si un suivi socio-judiciaire a été ordonné, d'une injonction de soins.

ARTICLE 763-3 DU CODE DE PROCEDURE PENALE :

« (...) Le juge de l'application des peines peut (...), s'il est établi après une expertise médicale ordonnée postérieurement à la décision de condamnation que la personne astreinte à un suivi socio-judiciaire est susceptible de faire l'objet d'un traitement, prononcer une injonction de soins. Cette expertise est réalisée par deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie. Le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-6-1 pourra être mis à exécution. (...) »

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Troisième partie - Livre II - Titre Ier

Chapitre I^{er}

Droits des personnes hospitalisées

Article L.3211-11

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L.6121-2.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

- 1^o Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;*
- 2^o Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.*

Chapitre III

Hospitalisation d'office

Article L.3213-1

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L.3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L.3213-2, L.3213-4 à L.3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L.3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L.3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Article L.3213-2

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L.3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Article L.3213-3

Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation.

Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L.3222-5 par le directeur de l'établissement.

Article L.3213-4

Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L.3222-5.

Article L.3213-5

Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L.3212-11 et L.3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai.

Article L.3213-6

A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

Article L.3213-7

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'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L.3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L.3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.

Article L.3213-8

Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L.3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

Article L.3213-9

Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

Article L.3213-10

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre IV **Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux**

Article L.3214-1

L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

Article L.3214-2

Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L.3211-3, L.3211-4, L.3211-6, L.3211-8, L.3211-9 et L.3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L.3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat visé à l'article L.3214-5.

Article L.3214-3

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L.3214-1.

Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L.3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L.3213-1.

Article L.3214-4

La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L.3213-3, L.3213-4 et L.3213-5.

Article L.3214-5

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

LOI N°98-468 DU 17 JUIN 1998
RELATIVE A LA PREVENTION ET A LA REPRESSION DES INFRACTIONS
SEXUELLES AINSI QU'A LA PROTECTION DES MINEURS

NOR : JUSX9700090L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AU SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

Chapitre Ier

Dispositions modifiant le code pénal

Article 1er

Il est inséré, après l'article 131-36 du code pénal, une sous-section 6 ainsi rédigée :

« Sous-section 6

« Du suivi socio-judiciaire

« Art. 131-36-1. - Dans les cas prévus par la loi, la juridiction de jugement peut ordonner un suivi socio-judiciaire. Le suivi socio-judiciaire emporte, pour le 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 destinées à prévenir la récidive. La durée du suivi socio-judiciaire ne peut excéder dix ans en cas de condamnation pour délit ou vingt ans en cas de condamnation pour crime. La décision de condamnation fixe également la durée maximum de l'emprisonnement encouru par le condamné en cas d'inobservation des obligations qui lui sont imposées. Cet emprisonnement ne peut excéder deux ans en cas de condamnation pour délit et cinq ans en cas de condamnation pour crime. Les conditions dans lesquelles le juge de l'application des peines peut ordonner, en tout ou partie, l'exécution de l'emprisonnement sont fixées par le code de procédure pénale. Le président de la juridiction, après le prononcé de la décision, avertit le condamné des obligations qui en résultent et des conséquences qu'entraînerait leur inobservation.

« Art. 131-36-2. - Les mesures de surveillance applicables à la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire sont celles prévues à l'article 132-44. Le condamné peut aussi être soumis par la décision de condamnation ou par le juge de l'application des peines aux obligations prévues à l'article 132-45. Il peut également être soumis à une ou plusieurs obligations suivantes : 1° S'abstenir de paraître en tout lieu ou toute catégorie de lieux spécialement désigné, et notamment les lieux accueillant

habituellement des mineurs ; 2° 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 ; 3° Ne pas exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs.

« Art. 131-36-3. - Les mesures d'assistance auxquelles est soumise la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire ont pour objet de seconder ses efforts en vue de sa réinsertion sociale.

« Art. 131-36-4. - Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins.

« Cette injonction peut être prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi après une expertise médicale, ordonnée dans les conditions prévues par le code de procédure pénale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Cette expertise est réalisée par deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie. Le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 pourra être mis à exécution.

« Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

« Art. 131-36-5. - Lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine privative de liberté sans sursis, il s'applique, pour la durée fixée par la décision de condamnation, à compter du jour où la privation de liberté a pris fin.

« Le suivi socio-judiciaire est suspendu par toute détention intervenue au cours de son exécution.

« L'emprisonnement ordonné en raison de l'inobservation des obligations résultant du suivi socio-judiciaire se cumule, sans possibilité de confusion, avec les peines privatives de liberté prononcées pour des infractions commises pendant l'exécution de la mesure.

« Art. 131-36-6. - Le suivi socio-judiciaire ne peut être ordonné en même temps qu'une peine d'emprisonnement assorti, en tout ou partie, du sursis avec mise à l'épreuve.

« Art. 131-36-7. - En matière correctionnelle, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale.

« Art. 131-36-8. - Les modalités d'exécution du suivi socio-judiciaire sont fixées par le titre VII bis du livre V du code de procédure pénale. »

Article 2

Après l'article 221-9 du code pénal, il est inséré un article 221-9-1 ainsi rédigé :

« Art. 221-9-1. - Les personnes physiques coupables d'un meurtre ou d'un assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie encourent également le suivi socio-judiciaire selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-8. »

Article 3

La section 5 du chapitre II du titre II du livre II du code pénal est complétée par un article 222-48-1 ainsi rédigé :

« Art. 222-48-1. - Les personnes coupables des infractions définies aux articles 222-23 à 222-32 peuvent également être condamnées à un suivi socio-judiciaire selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-8. »

Article 4

La section 6 du chapitre VII du titre II du livre II du code pénal est complétée par un article 227-31 ainsi rédigé :

« Art. 227-31. - Les personnes coupables des infractions définies aux articles 227-22 à 227-27 peuvent également être condamnées à un suivi socio-judiciaire selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-8. »

Article 5

A l'article 131-10 du code pénal, il est inséré, après les mots : « retrait d'un droit », les mots : « , injonction de soins ou obligation de faire. »

Chapitre II

Dispositions modifiant le code de procédure pénale

Article 6

Le premier alinéa de l'article 721-1 du code de procédure pénale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Sauf décision du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, et qui refusent de suivre un traitement pendant leur incarcération, ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale. »

Article 7

L'article 721-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf décision du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes condamnées pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 si, lorsque leur condamnation est devenue définitive, le casier judiciaire faisait mention d'une telle condamnation. »

Article 8

Il est créé, au livre V du code de procédure pénale, un titre VII bis ainsi rédigé :

« TITRE VII bis

« DU SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

« Art. 763-1. - La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-8 du code pénal est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines dans le ressort duquel elle a sa résidence habituelle ou, si elle n'a pas en France de résidence habituelle, du juge de l'application des peines du tribunal dans le ressort duquel a son siège la juridiction qui a statué en première instance. Le juge de l'application des peines peut désigner le comité de probation et d'assistance aux libérés pour veiller au respect des obligations imposées au condamné. Les dispositions de l'article 740 sont applicables.

« Art. 763-2. - La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est tenue de justifier, auprès du juge de l'application des peines, de l'accomplissement des obligations qui lui sont imposées.

« Art. 763-3. - Pendant la durée du suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter les mesures prévues aux articles 131-36-2 et 131-36-3 du code pénal.

« Sa décision est exécutoire par provision. Elle peut être soumise à l'examen du tribunal correctionnel par le condamné ou le procureur de la République dans les conditions prévues par le troisième alinéa de l'article 739. Le juge de l'application des peines ne peut, à peine de nullité, siéger au sein du tribunal saisi de l'une de ses décisions.

« Le juge de l'application des peines peut également, s'il est établi après une expertise médicale ordonnée postérieurement à la décision de condamnation que la personne astreinte à un suivi socio-judiciaire est susceptible de faire l'objet d'un traitement, prononcer une injonction de soins. Cette expertise est réalisée par deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie. Le juge de l'application des peines avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1

du code pénal pourra être mis à exécution. Les dispositions de l'alinéa précédent sont alors applicables.

« Art. 763-4. - Lorsque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit exécuter cette mesure à la suite d'une peine privative de liberté, le juge de l'application des peines peut ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération. Cette expertise est obligatoire si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant.

« Le juge de l'application des peines peut en outre, à tout moment du suivi socio-judiciaire et sans préjudice des dispositions de l'article 763-6, ordonner, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, les expertises nécessaires pour l'informer sur l'état médical ou psychologique de la personne condamnée.

« Les expertises prévues par le présent article sont réalisées par un seul expert, sauf décision motivée du juge de l'application des peines.

« Art. 763-5. - En cas d'inobservation des obligations mentionnées aux articles 131-36-2 et 131-36-3 du code pénal ou de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner, par décision motivée, la mise à exécution de l'emprisonnement prononcé par la juridiction de jugement en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 du code pénal. L'exécution peut porter sur tout ou partie de cette peine. Cette décision est prise en chambre du conseil, à l'issue d'un débat contradictoire au cours duquel le juge de l'application des peines entend les réquisitions du procureur de la République et les observations du condamné ainsi que celles de son conseil. Cette décision est exécutoire par provision. Elle peut faire l'objet d'un appel dans les dix jours devant la chambre des appels correctionnels, qui statue dans le délai d'un mois.

« En cas d'inobservation des obligations ou de l'injonction de soins, le juge de l'application de peines peut délivrer un mandat d'amener contre le condamné.

« Si celui-ci est en fuite ou réside à l'étranger, il peut délivrer un mandat d'arrêt.

« Les dispositions des articles 122 à 124 et 126 à 134 sont alors applicables, les attributions du juge d'instruction étant exercées par le juge de l'application des peines.

« L'accomplissement de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire. En cas de nouveau manquement par le condamné à ses obligations, le juge de l'application des peines peut de nouveau ordonner la mise à exécution de l'emprisonnement pour une durée qui, cumulée avec la durée de l'emprisonnement exécuté, ne saurait excéder celle fixée par la juridiction de condamnation.

« Art. 763-6. - Toute personne condamnée à un suivi socio-judiciaire peut demander à la juridiction qui a prononcé la condamnation ou, en cas de pluralité de condamnations, à la dernière juridiction qui a statué de la relever de cette mesure. Si la condamnation a été prononcée par une cour d'assises, la juridiction compétente pour statuer sur la demande est la chambre d'accusation dans le ressort de laquelle la cour d'assises a son siège.

« La demande ne peut être portée devant la juridiction compétente qu'à l'issue d'un délai d'un an à compter de la décision de condamnation. En cas de refus opposé à cette première demande, une autre demande ne peut être présentée qu'une année

après cette décision de refus. Il en est de même, éventuellement, des demandes ultérieures.

« La demande de relèvement est adressée au juge de l'application des peines, qui ordonne une expertise médicale et la transmet à la juridiction compétente avec les conclusions de l'expert ainsi que son avis motivé.

« L'expertise est réalisée par deux experts en cas de condamnation pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie.

« La juridiction statue dans les conditions prévues par les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 703.

« La juridiction peut décider de relever le condamné d'une partie seulement de ses obligations.

« Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque le suivi socio-judiciaire est prononcé comme peine principale.

« Art. 763-7. - Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le second alinéa de l'article 718 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté.

« Elle est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois.

« En cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur sans surveillance ou de mesure de semi-liberté, les obligations résultant du suivi socio-judiciaire sont applicables.

« Art. 763-8. - Lorsque le suivi socio-judiciaire est prononcé par une juridiction spéciale des mineurs, le juge des enfants, le tribunal pour enfants et la chambre spéciale des mineurs exercent les attributions dévolues par le présent titre au juge de l'application des peines, au tribunal correctionnel et à la chambre des appels correctionnels, jusqu'à la fin de la mesure de suivi socio-judiciaire, sauf si le juge des enfants se dessaisit au profit du juge de l'application des peines.

« Le juge des enfants désigne un service du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse pour veiller au respect des obligations imposées au condamné. Lorsque ce dernier a atteint l'âge de sa majorité, le juge des enfants peut désigner à cette fin le comité de probation et d'assistance aux libérés ; il peut également se dessaisir au profit du juge de l'application des peines.

« Art. 763-9. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des dispositions du présent titre. »

Chapitre III

Dispositions modifiant le code de la santé publique

Article 9

Il est créé, au livre III du code de la santé publique, un titre IX ainsi rédigé :

« TITRE IX

« DU SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

« Art. L. 355-33. - Pour la mise en oeuvre de l'injonction de soins prévue par l'article 131-36-4 du code pénal, le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres, ou de médecins ayant suivi une formation appropriée, établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur qui est chargé :

« 1° D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;

« 2° De conseiller le médecin traitant, si celui-ci en fait la demande ;

« 3° De transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ;

« 4° D'informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables, à raison notamment de l'évolution des soins en cours.

« Art. L. 355-34. - Les rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction ainsi que, le cas échéant, le réquisitoire définitif, l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel, l'arrêt de mise en accusation et le jugement ou l'arrêt de condamnation et, s'il y a lieu, toute autre pièce du dossier sont communiqués, à sa demande, au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur. Il en est de même des rapports des expertises ordonnées par le juge de l'application des peines en cours d'exécution, éventuellement, de la peine privative de liberté ou du suivi socio-judiciaire.

« Le médecin traitant délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins.

« Art. L. 355-35. - Le médecin traitant est habilité, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement. Lorsque le médecin traitant informe le juge ou l'agent de probation, il en avise immédiatement le médecin coordonnateur.

« Le médecin traitant peut également informer de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement le médecin coordonnateur qui est habilité, dans les mêmes

conditions qu'à l'alinéa précédent, à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation.

« Le médecin traitant peut également proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale.

« Art. L. 355-36. - L'Etat prend en charge les dépenses afférentes aux interventions des médecins coordonnateurs.

« Art. L. 355-37. - Les modalités d'application du présent titre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

TITRE II

DISPOSITIONS AYANT POUR OBJET DE PREVENIR ET DE REPRIMER LES INFRACTIONS SEXUELLES, LES ATTEINTES A LA DIGNITE DE LA PERSONNE HUMAINE ET DE PROTEGER LES MINEURS VICTIMES

Chapitre Ier

Dispositions modifiant le code pénal

Article 10

Il est inséré, après l'article 132-16 du code pénal, un article 132-16-1 ainsi rédigé :

« Art. 132-16-1. - Les délits d'agressions sexuelles et d'atteintes sexuelles sont considérés, au regard de la récidive, comme une même infraction. »

Article 11

A l'article 222-23 du code pénal, les mots : « en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes » sont remplacés par les mots : « en donnant des ordres, proférant des menaces, imposant des contraintes ou exerçant des pressions graves ».

Article 12

Il est rétabli, à l'article 222-45 du code pénal, un 3° ainsi rédigé :

« 3° L'interdiction d'exercer, soit à titre définitif, soit pour une durée de dix ans au plus, une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs. »

Article 13

I. - L'article 222-24 du code pénal est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications. »

II. - L'article 222-28 du code pénal est complété par un 6° ainsi rédigé :
« 6° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications. »

III. - Il est inséré, à l'article 225-7 du code pénal, un 10° ainsi rédigé :
« 10° Grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications. »

IV. - Le premier alinéa de l'article 227-22 du code pénal est complété par les mots : « ou lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications ».

V. - Il est inséré, à l'article 227-26 du code pénal, un 5° ainsi rédigé :
« 5° Lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications. »

Article 14

Il est inséré, après l'article 255-16 du code pénal, une section 3 bis ainsi rédigée :

« Section 3 bis

« Du bizutage

« Art. 225-16-1. - Hors les cas de violences, de menaces ou d'atteintes sexuelles, le fait pour une personne d'amener autrui, contre son gré ou non, à subir ou à commettre des actes humiliants ou dégradants lors de manifestations ou de réunions liées aux milieux scolaire et socio-éducatif est puni de six mois d'emprisonnement et de 50 000 F d'amende.

« Art. 225-16-2. - L'infraction définie à l'article 225-16-1 est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende lorsqu'elle est commise sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur.

« Art. 225-16-3. - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions commises lors de manifestations ou de réunions liées aux milieux scolaire et socio-éducatif prévues par les articles 225-16-1 et 225-16-2.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« 1° L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 ;

« 2° Les peines mentionnées aux 4° et 9° de l'article 131-39. »

Article 15

I. - Au 1° de l'article 226-14 du code pénal, les mots : « de sévices ou de privations » sont remplacés par les mots : « de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles ».

II. - Dans le premier alinéa de l'article 434-3 du code pénal, les mots : « de mauvais traitements ou privations » sont remplacés par les mots : « de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles ».

Article 16

I. - Dans les articles 222-12 et 222-13 du code pénal, il est inséré un 11° ainsi rédigé :

« 11° Lorsque les faits sont commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif, ou, à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves, aux abords d'un tel établissement. »

II. - Il est inséré, au deuxième alinéa des articles 227-18, 227-18-1, 227-19 et 227-21 du code pénal, après les mots : « lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans », les mots : « ou que les faits sont commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif ou, à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves, aux abords d'un tel établissement ».

III. - La deuxième phrase du premier alinéa de l'article 227-22 du code pénal est complétée par les mots : « ou que les faits sont commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif ou, à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves, aux abords d'un tel établissement ».

Article 17

L'article 227-23 du code pénal est ainsi rédigé :

« Art. 227-23. - Le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.

« Le fait de diffuser une telle image ou représentation, par quelque moyen que ce soit, de l'importer ou de l'exporter, de la faire importer ou de la faire exporter, est puni des mêmes peines.

« Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende lorsqu'il a été utilisé, pour la diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de télécommunications.

« Les dispositions du présent article sont également applicables aux images pornographiques d'une personne dont l'aspect physique est celui d'un mineur, sauf s'il est établi que cette personne était âgée de dix-huit ans au jour de la fixation ou de l'enregistrement de son image. »

Article 18

A l'article 227-25 du code pénal, les mots : « deux ans d'emprisonnement et 200 000 F d'amende » sont remplacés par les mots : « cinq ans d'emprisonnement et 500 000 F d'amende ».

Article 19

I. - L'article 222-22 du code pénal est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables. »

II. - Le dernier alinéa de l'article 227-26 du code pénal est supprimé.

III. - Il est inséré, après l'article 227-27 du code pénal, un article 227-27-1 ainsi rédigé :

« Art. 227-27-1. - Dans le cas où les infractions prévues par les articles 227-22, 227-23 ou 227-25 à 227-27 sont commises à l'étranger par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables. »

Article 20

Il est inséré, après l'article 227-28 du code pénal, un article 227-28-1 ainsi rédigé :

« Art. 227-28-1. - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions prévues par les articles 227-18 à 227-26.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« 1° L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 ;

« 2° Les peines mentionnées aux 2°, 3°, 4°, 5°, 7°, 8° et 9° de l'article 131-39.
« L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

« Dans le cas prévu par le 4° de l'article 227-26, la peine mentionnée au 1° de l'article 131-39 est également encourue. »

Article 21

L'article 227-29 du code pénal est complété par un 5° et un 6° ainsi rédigés :

« 5° La confiscation de la chose qui a servi ou était destinée à commettre l'infraction ou de la chose qui en est le produit ;

« 6° L'interdiction, soit à titre définitif, soit pour une durée de dix ans au plus, d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs. »

Article 22

Il est inséré, après l'article 450-3 du code pénal, un article 450-4 ainsi rédigé :

« Art. 450-4. - Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, de l'infraction prévue par l'article 450-1.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« 1° L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 ;

« 2° Les peines mentionnées à l'article 131-39.

« L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. »

Chapitre II

Dispositions modifiant le code de procédure pénale et concernant la protection des victimes

Article 23

L'article 2-2 du code de procédure pénale est complété par les mots : « ou, à défaut, celui du juge des tutelles saisi en application de l'article 389-3 du code civil. Cette condition n'est toutefois pas exigée lorsque les faits ont été commis à l'étranger et qu'il est fait application des dispositions du second alinéa de l'article 222-22 et de l'article 227-27-1 du code pénal ».

Article 24

A l'article 2-3 du code de procédure pénale, il est ajouté, après les mots : « de défendre ou d'assister l'enfance martyrisée », les mots : « ou les mineurs victimes d'atteintes sexuelles ».

Article 25

Le dernier alinéa de l'article 7 du code de procédure pénale est ainsi rédigé :

« Le délai de prescription de l'action publique des crimes commis contre des mineurs ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces derniers. »

Article 26

Le dernier alinéa de l'article 8 du code de procédure pénale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le délai de prescription de l'action publique des délits commis contre des mineurs prévus et réprimés par les articles 222-9, 222-11 à 222-15, 222-27 à 222-30, 225-7, 227-22 et 227-25 à 227-27 du code pénal ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces derniers.

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, le délai de prescription est de dix ans lorsque la victime est mineure et qu'il s'agit de l'un des délits prévus aux articles 222-30 et 227-26 du code pénal. »

Article 27

Le premier alinéa de l'article 40 du code de procédure pénale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il s'agit de faits commis contre un mineur et prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal, l'avis de classement doit être motivé et notifié par écrit. »

Article 28

Il est créé, au livre IV du code de procédure pénale, un titre XIX ainsi rédigé :

« TITRE XIX

« DE LA PROCEDURE APPLICABLE AUX INFRACTIONS DE NATURE SEXUELLE ET DE LA PROTECTION DES MINEURS VICTIMES

« Art. 706-47. - Les personnes poursuivies pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal doivent être soumises, avant tout jugement sur le fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

« Cette expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République.

« Cette expertise est communiquée à l'administration pénitentiaire en cas de condamnation à une peine privative de liberté, afin de faciliter le suivi médical et psychologique en détention prévu par l'article 718.

« Art. 706-48. - Les mineurs victimes de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 peuvent faire l'objet d'une expertise médico-psychologique destinée à apprécier la nature et l'importance du préjudice subi et à établir si celui-ci rend nécessaires des traitements ou des soins appropriés.

« Une telle expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République.

« Art. 706-49. - Le procureur de la République ou le juge d'instruction informe sans délai le juge des enfants de l'existence d'une procédure concernant un mineur victime de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 et lui en communique toutes pièces utiles, dès lors qu'une procédure d'assistance éducative a été ouverte à l'égard du mineur victime de cette infraction.

« Art. 706-50. - Le procureur de la République ou le juge d'instruction, saisi de faits commis volontairement à l'encontre d'un mineur, désigne un administrateur ad hoc lorsque la protection des intérêts de celui-ci n'est pas complètement assurée par ses

représentants légaux ou par l'un d'entre eux. L'administrateur ad hoc assure la protection des intérêts du mineur et exerce, s'il y a lieu, au nom de celui-ci les droits reconnus à la partie civile. En cas de constitution de partie civile, le juge fait désigner un avocat d'office pour le mineur s'il n'en a pas déjà été choisi un.

« Les dispositions qui précèdent sont applicables devant la juridiction de jugement.

« Art. 706-51. - L'administrateur ad hoc nommé en application de l'article précédent est désigné par le magistrat compétent, soit parmi les proches de l'enfant, soit sur une liste de personnalités dont les modalités de constitution sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise également les conditions de leur indemnisation.

« Art. 706-52. - Au cours de l'enquête et de l'information, l'audition d'un mineur victime de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 fait, avec son consentement ou, s'il n'est pas en état de le donner, celui de son représentant légal, l'objet d'un enregistrement audiovisuel.

« L'enregistrement prévu à l'alinéa précédent peut être exclusivement sonore si le mineur ou son représentant légal en fait la demande.

« Lorsque le procureur de la République ou le juge d'instruction décide de ne pas procéder à cet enregistrement, cette décision doit être motivée.

« Le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire chargé de l'enquête ou agissant sur commission rogatoire peut requérir toute personne qualifiée pour procéder à cet enregistrement. Les dispositions de l'article 60 sont applicables à cette personne, qui est tenue au secret professionnel dans les conditions de l'article 11.

« Il est par ailleurs établi une copie de l'enregistrement aux fins d'en faciliter la consultation ultérieure au cours de la procédure. Cette copie est versée au dossier. L'enregistrement original est placé sous scellés fermés.

« Sur décision du juge d'instruction, l'enregistrement peut être visionné ou écouté au cours de la procédure. La copie de ce dernier peut toutefois être visionnée ou écoutée par les parties, les avocats ou les experts, en présence du juge d'instruction ou d'un greffier.

« Les huit derniers alinéas de l'article 114 du code de procédure pénale ne sont pas applicables à l'enregistrement. La copie de ce dernier peut toutefois être visionnée par les avocats des parties au palais de justice dans des conditions qui garantissent la confidentialité de cette consultation.

« Le fait, pour toute personne, de diffuser un enregistrement ou une copie réalisée en application du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

« A l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date de l'extinction de l'action publique, l'enregistrement et sa copie sont détruits dans le délai d'un mois.

« Art. 706-53. - Au cours de l'enquête ou de l'information, les auditions ou confrontations d'un mineur victime de l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 sont réalisées sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction, le cas échéant à la demande du mineur ou de son représentant légal, en présence d'un psychologue ou d'un médecin spécialistes de l'enfance ou d'un membre de la famille du mineur ou de l'administrateur ad hoc désigné en application de l'article 706-50 ou encore d'une personne chargée d'un mandat du juge des enfants.

« Art. 706-54. - Il est créé un fichier national automatisé destiné à centraliser les traces génétiques ainsi que les empreintes génétiques des personnes condamnées pour l'une des infractions visées à l'article 706-47 en vue de faciliter l'identification et la recherche des auteurs d'infractions sexuelles.

« Ce fichier est placé sous le contrôle d'un magistrat.

« Les modalités d'application du présent article, y compris la durée de conservation des informations enregistrées, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat après avis de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés.

« Les empreintes génétiques des personnes à l'encontre desquelles il existe des indices graves et concordants de nature à motiver leur mise en examen pour l'une des infractions visées à l'article 706-47 peuvent faire l'objet, à la demande du juge d'instruction ou du procureur de la République, d'un rapprochement avec les données incluses au fichier. Elles ne peuvent toutefois y être conservées. »

Article 29

Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article 722 du code de procédure pénale, après les mots : « réductions de peines », sont insérés les mots : « n'entraînant pas de libération immédiate ».

Article 30

Dans la première phrase du cinquième alinéa de l'article 722 du code de procédure pénale, les mots : « pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans » sont remplacés par les mots : « pour meurtre ou assassinat d'un mineur ».

Article 31

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal. »

Chapitre III

Dispositions relatives à l'interdiction de mise à disposition de certains documents aux mineurs

Article 32

La mise à la disposition du public de tout document fixé soit sur support magnétique, soit sur support numérique à lecture optique, soit sur support semi-conducteur, tel que vidéocassette, vidéodisque, jeu électronique, est soumise aux dispositions du présent chapitre.

Toutefois, ces dispositions ne s'appliquent pas aux documents, autres que ceux mentionnés à l'article 34, qui constituent la reproduction intégrale d'une oeuvre cinématographique ayant obtenu le visa prévu à l'article 19 du code de l'industrie cinématographique.

Lorsque le document mentionné au premier alinéa présente un danger pour la jeunesse en raison de son caractère pornographique ou de la place faite au crime, à la violence, à la discrimination ou à la haine raciales, à l'incitation à l'usage, à la détention ou au trafic de stupéfiants, l'autorité administrative peut, par arrêté motivé et après avis de la commission mentionnée à l'article 33, interdire :

1° De le proposer, de le donner, de le louer ou de le vendre à des mineurs ;

2° De faire en faveur de ce document de la publicité par quelque moyen que ce soit. Toutefois, la publicité demeure possible dans les lieux dont l'accès est interdit aux mineurs.

En fonction du degré de danger pour la jeunesse que présente le document, l'autorité administrative prononce la première interdiction ou les deux interdictions conjointement.

L'arrêté d'interdiction est publié au Journal officiel de la République française.

Un décret en Conseil d'Etat précise, en tant que de besoin, les catégories de documents qui peuvent faire l'objet d'une interdiction.

Article 33

Il est institué une commission administrative chargée de donner un avis sur les mesures d'interdiction envisagées.

Cette commission comprend, outre son président choisi parmi les membres du Conseil d'Etat ou de la Cour de cassation, des représentants de l'administration, des professionnels des secteurs concernés et des personnes chargées de la protection de la jeunesse. La composition et les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La commission a également qualité pour signaler à l'autorité administrative les documents mentionnés à l'article précédent qui lui paraissent justifier une interdiction.

Article 34

Les documents mentionnés à l'article 32 reproduisant des oeuvres cinématographiques auxquelles s'appliquent les articles 11 et 12 de la loi de finances pour 1976 (no 75-1278 du 30 décembre 1975) sont soumis de plein droit à l'interdiction prévue au 1° dudit article .

L'autorité administrative peut, en outre, prononcer à l'égard de ces documents, après avis de la commission mentionnée à l'article 33, l'interdiction prévue au 2° de l'article 32.

L'éditeur ou le producteur ou l'importateur ou le distributeur chargé de la diffusion en France du support soumis à l'interdiction de plein droit prévue au premier alinéa peut demander à en être relevé. L'autorité administrative se prononce après avis de la commission mentionnée à l'article 33.

Article 35

Les interdictions prévues aux articles 32 et 34 doivent être mentionnées de façon apparente sur chaque unité de conditionnement des exemplaires édités et diffusés.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article , et notamment le délai dans lequel la mesure prévue doit être mise en oeuvre et les sanctions en cas d'inexécution de cette obligation.

Article 36

Le fait de contrevenir aux interdictions prononcées conformément à l'article 32 ou à celles résultant de l'article 34 est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 100 000 F.

Article 37

Le fait, par des changements de titres ou de supports, des artifices de présentation ou de publicité ou par tout autre moyen, d'éluder ou de tenter d'éluder l'application des dispositions de l'article 32 ou de l'article 34 est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 200 000 F.

Article 38

Les personnes physiques coupables des infractions prévues aux articles 36 et 37 encourrent également la peine complémentaire de confiscation de la chose qui a servi à commettre l'infraction ou était destinée à la commettre ou de la chose qui en est le produit.

Article 39

Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions mentionnées aux articles 36 et 37 dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

- l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;
- la confiscation prévue par le 8° de l'article 131-39 du code pénal.

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES ET DE COORDINATION

Article 40

Il est inséré, après l'article 873 du code de procédure pénale, un article 873-1 ainsi rédigé :

« Art. 873-1. - Le premier alinéa de l'article 763-7 est ainsi rédigé :

« "Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté." »

Article 41

I. - L'article 133-16 du code pénal est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, lorsque la personne a été condamnée au suivi socio-judiciaire prévu à l'article 131-36-1 ou à la peine d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs, la réhabilitation ne produit ses effets qu'à la fin de la mesure. »

II. - Le dernier alinéa de l'article 736 du code de procédure pénale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette disposition ne s'applique pas au suivi socio-judiciaire prévu à l'article 131-36-1 du code pénal ou à la peine d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs. »

III. - Le dernier alinéa de l'article 746 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette disposition ne s'applique pas à la peine d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs. »

IV. - Le cinquième alinéa (4°) de l'article 775 du code de procédure pénale est complété par les mots : « ; toutefois, si a été prononcé le suivi socio-judiciaire prévu par l'article 131-36-1 du code pénal ou la peine d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs, la décision continue de figurer au bulletin n°2 pendant la durée de la mesure ; ».

V. - Après l'avant-dernier alinéa (3°) de l'article 777 du code de procédure pénale, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Décisions prononçant le suivi socio-judiciaire prévu par l'article 131-36-1 du code pénal ou la peine d'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant un contact habituel avec des mineurs, pendant la durée de la mesure. »

Article 42

Il est inséré, après l'article 901 du code de procédure pénale, un article 902 ainsi rédigé :

« Art. 902. - Le premier alinéa de l'article 763-7 est ainsi rédigé :

« "Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté." »

Article 43

L'article 2270-1 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le dommage est causé par des tortures et des actes de barbarie, des violences ou des agressions sexuelles commises contre un mineur, l'action en responsabilité civile est prescrite par vingt ans. »

Article 44

Il est inséré, après le sixième alinéa (c) de l'article 35 de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, un alinéa ainsi rédigé :

« Les deux alinéas a et b qui précèdent ne s'appliquent pas lorsque les faits sont prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal et ont été commis contre un mineur. »

Article 45

A l'article 20-4 de l'ordonnance no 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, les mots : « et les peines prévues par les articles 131-25 à 131-35 du code pénal » sont remplacés par les mots : « et les peines de jour-amende, d'interdiction des droits civiques, civils et de famille, d'interdiction d'exercer une fonction publique ou une activité professionnelle ou sociale, d'interdiction de séjour, de fermeture d'établissement, d'exclusion des marchés publics et d'affichage ou de diffusion de la condamnation ».

Article 46

Le 4° de l'article 38 du code des douanes est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les dispositions du présent article s'appliquent également aux objets de toute nature comportant des images ou des représentations d'un mineur à caractère pornographique visées par l'article 227-23 du code pénal. »

Article 47

Lorsqu'un crime ou un délit a été commis à l'intérieur de l'enceinte d'un établissement scolaire ou lorsqu'il a concerné, aux abords immédiats de cet établissement, un élève de celui-ci ou un membre de son personnel, le ministère public avise le chef de l'établissement concerné de la date et de l'objet de l'audience de jugement par lettre recommandée adressée dix jours au moins avant la date de l'audience. Lorsqu'il est fait application des articles 395 à 397-5 du code de procédure pénale, cet avis est adressé dans les meilleurs délais et par tout moyen.

Article 48

Les nouvelles dispositions de l'article 706-52 du code de procédure pénale entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} juin 1999.

Article 49

L'article 87-1 du code de procédure pénale est abrogé.

Article 50

Les dispositions des articles 7 et 8 du code de procédure pénale, dans leur rédaction résultant des articles 25 et 26 de la présente loi, sont applicables aux infractions non encore prescrites lors de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 51

La présente loi est, à l'exception de ses articles 31 et 46, applicable dans les territoires d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Mayotte.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 17 juin 1998.

Jacques Chirac
Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine Aubry

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'intérieur,
Jean-Pierre Chevènement

La ministre de la culture et de la communication,
Catherine Trautmann

Le secrétaire d'Etat à la santé,
Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,
Jean-Jack Queyranne

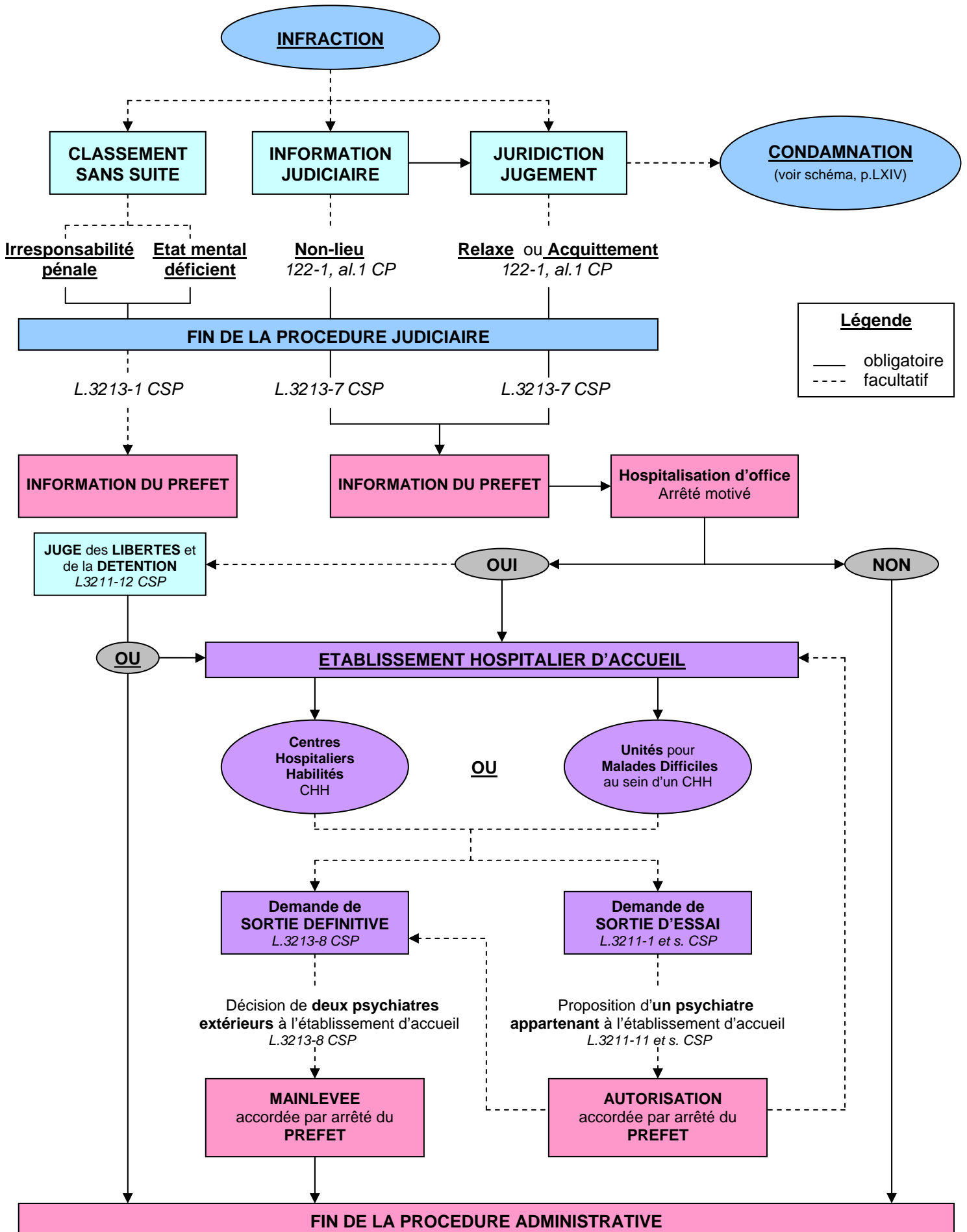
ANNEXE N°6

**Schémas procéduraux relatifs à la prise en charge des auteurs
d'infractions atteints de troubles mentaux**

- Les conséquences de l'application des dispositions de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal..... LXII
- Les conséquences de l'application des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale LXIII
- L'exécution des peines prononcéesLXIV

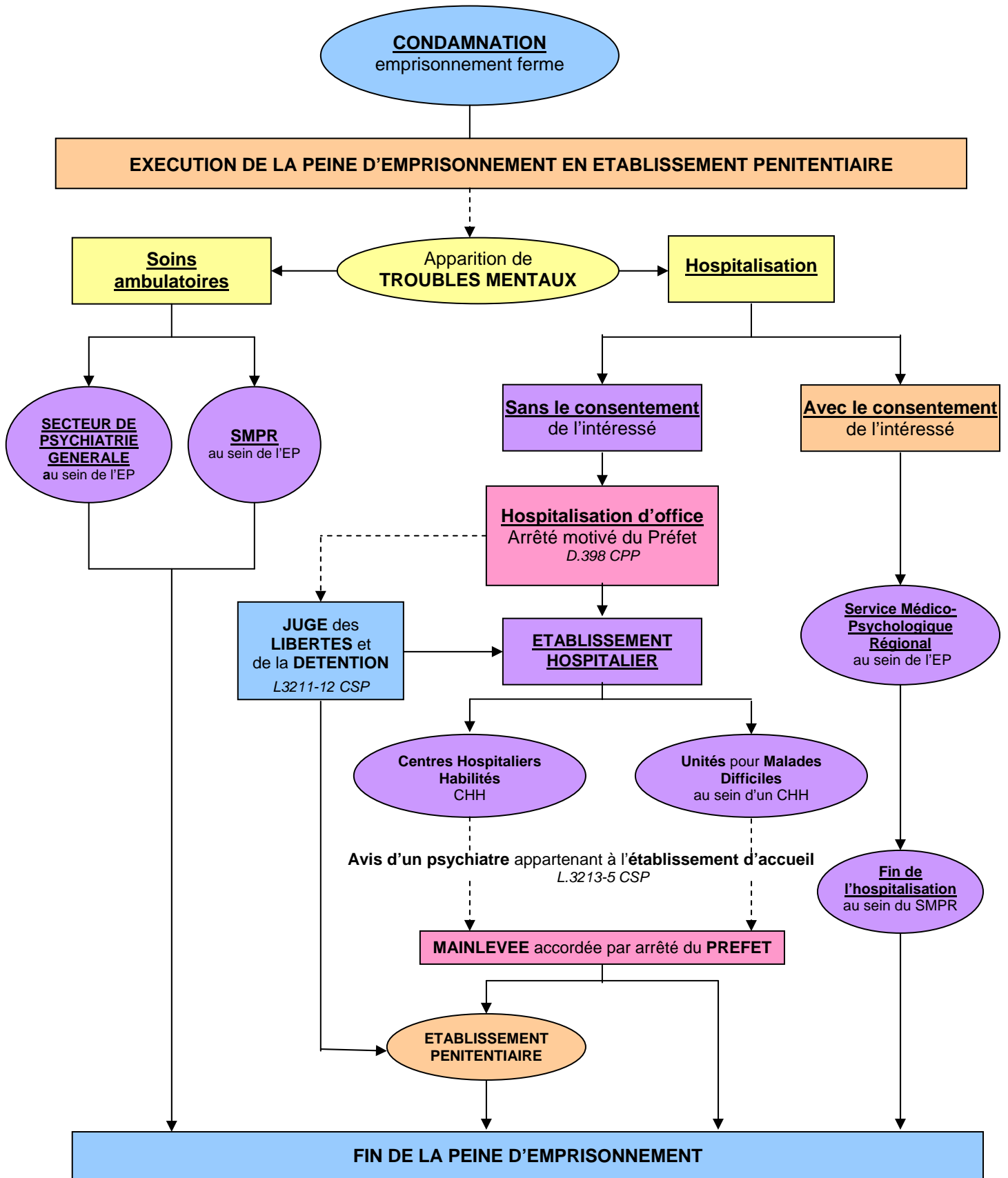
Infractions pénales et troubles mentaux : état du droit

Conséquences de l'application des dispositions de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal



Infractions pénales et troubles mentaux : état du droit

Conséquences de l'application des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale

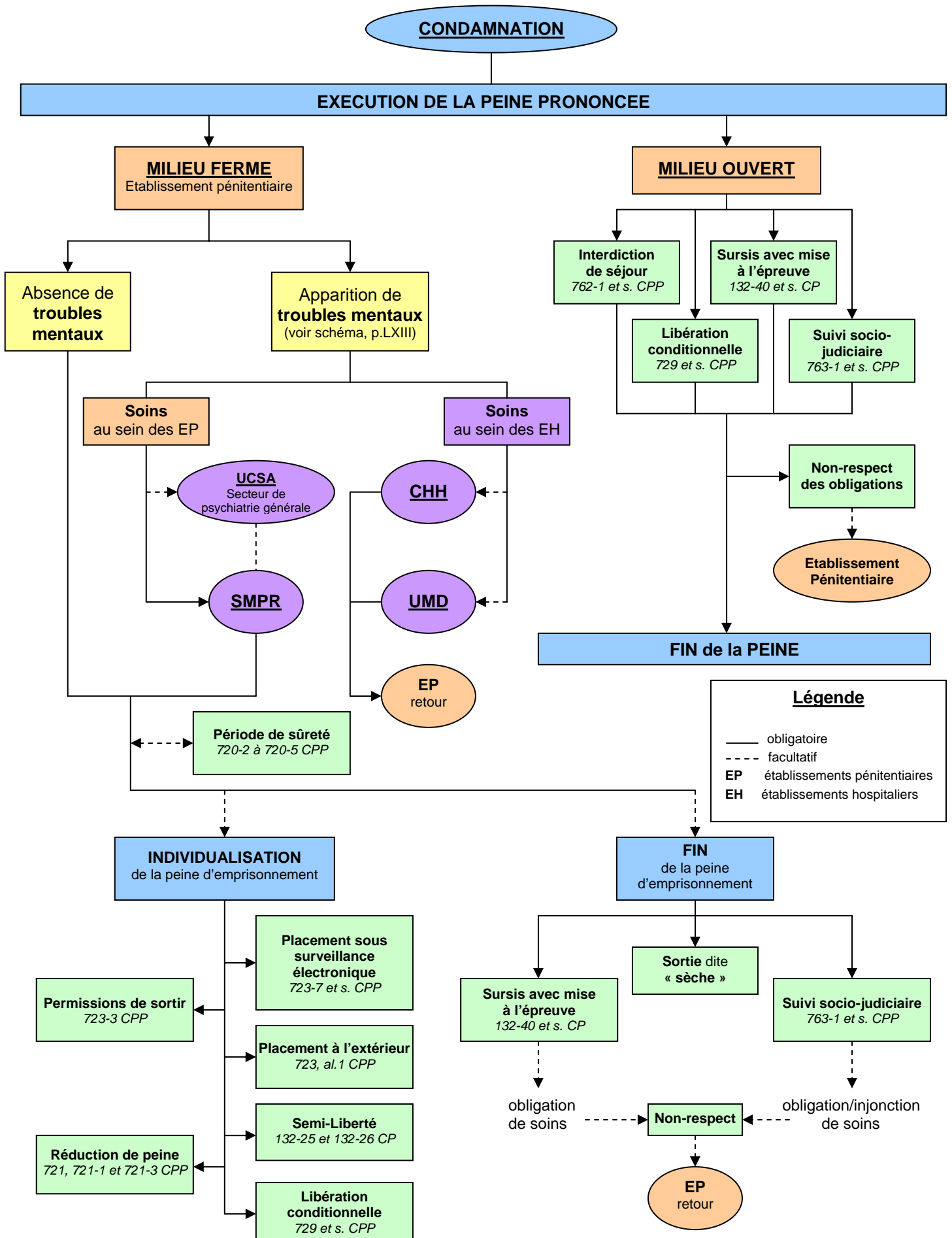


Légende

- obligatoire
- - - facultatif
- SMPR service médico-psychologique régional

Infractions pénales et troubles mentaux : état du droit

Exécution des peines prononcées



ANNEXE N°7

L'organisation des soins aux personnes détenues

L'organisation des soins en direction des personnes détenues vise à leur assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celle dont dispose l'ensemble de la population.

Dans le cadre de la réforme de la loi du 18 janvier 1994, une convention est passée entre chaque établissement pénitentiaire (hors programme à gestion mixte⁵ dit 13 000) et un établissement de santé pour assurer les soins somatiques, et le cas échéant, si ce dernier n'est pas en mesure d'assurer les prestations psychiatriques, avec un second établissement de santé. Ces protocoles fixent les conditions d'interventions des établissements hospitaliers.

1 – Le dispositif de prise en charge des soins somatiques en milieu pénitentiaire

1.1 Les d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)

Les soins somatiques sont dispensés dans le cadre d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), structures de soins implantées en milieu pénitentiaire et obligatoirement rattachées à un service hospitalier.

Les UCSA assurent les consultations médicales et les soins infirmiers courants, et mettent en œuvre des consultations de spécialités en fonction des besoins repérés dans l'établissement.

1.2 Le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues.

1.2.1 Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)

Le schéma national d'hospitalisation (SNH) des personnes détenues concerne les hospitalisations hors motifs psychiatriques. Il constitue le second volet de la réforme des soins aux personnes détenues et répond à un objectif de rationalisation de leur hospitalisation. Il doit permettre d'assurer des soins de qualité tout en facilitant la garde des personnes.

Le SNH a été officialisé par la signature, en date du 24 août 2000, d'un arrêté interministériel relatif à la création d'unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Cet arrêté prévoit, dans son article 5, l'organisation de la sécurité à l'intérieur de l'UHSI (administration pénitentiaire), l'accès à l'UHSI et la sécurité extérieure au sein du centre hospitalier universitaire (police), ainsi que l'escorte aller et retour des personnes détenues de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé (police ou gendarmerie).

⁵ 21 établissements pénitentiaires sur 186 fonctionnaient alors en gestion mixte : différentes fonctions telles que l'hébergement, la restauration, la maintenance, la santé, le travail pénitentiaire et la formation professionnelle des détenus y étaient assurées par des groupements d'entreprises privées dans le cadre de marchés publics à caractère multiservices.

L'organisation retenue s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article R.711-19 du code de la santé publique (CSP) qui définit deux niveaux d'hospitalisation pour les pathologies autres que psychiatriques :

- les hospitalisations urgentes ou de très courte durée relèvent de l'établissement de santé signataire du protocole ;
- les autres hospitalisations relèvent de 7 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans des centres hospitaliers universitaires⁶ (CHU) et de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), qui constitue le huitième pôle hospitalier à vocation interrégionale.

Les UHSI offrent une compétence médico-chirurgicale et accueillent des personnes des deux sexes, majeures et mineures. Les soins de suite et de réadaptation seront réalisés dans les UHSI situées au CHU de Marseille et à l'EPSNF. Ce dernier accueillera également la réadaptation fonctionnelle.

Les hospitalisations en services très spécialisés (service de réanimation, de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, etc) seront toujours réalisées dans les services concernés, le transfert vers l'UHSI se faisant secondairement sur avis médical, dès que la situation clinique du patient le permet.

La première UHSI a ouvert en février 2004 au CHU de Nancy, la seconde au CHU de Lille en octobre 2004, la troisième aux hospices civils de Lyon en février 2005. Les 5 autres ouvriront progressivement en :

- 2006 au CHU de Bordeaux, au CHU de Toulouse et à l'assistance publique (AP) de Marseille ;
- 2007 au CHU de Rennes et à l'assistance publique-Hôpitaux publics (AP-HP).

Le coût total de construction et des équipements, pour les 8 UHSI, s'élève à 37,5 millions d'euros. Les investissements ont été réalisés par les établissements hospitaliers et seront financés par l'assurance maladie. Les crédits de fonctionnement quant à eux (notamment le recrutement des personnels médicaux et non médicaux) s'élèveront à 35 millions d'euros.

1.2.2 L'établissement public de santé national de Fresnes

Cet établissement a été doté d'un statut d'établissement public d'hospitalisation en décembre 1985. En 1995, il a pris la dénomination d'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), spécifiquement destiné à l'accueil des personnes détenues.

En 2000, l'EPSNF s'est engagé dans le processus d'élaboration de son projet d'établissement. Le projet médical, qui a été validé en décembre 2000 par la direction

⁶ Bordeaux (16 lits), Lille (21 lits), Lyon (23 lits), Marseille (45 lits), Nancy (17 lits), Rennes (19 lits), Toulouse (16 lits).

de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et par la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), s'organisait autour d'une activité de court séjour comportant 121 lits.

Ce projet médical semble actuellement en décalage par rapport aux besoins actuels (vieillesse de la population pénale, handicap...) et demande à être reconsidéré.

2 – La réorganisation de l'offre de soins en santé mentale des personnes détenues

L'organisation de l'offre de soins psychiatriques aux personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis 1986, avec la création des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dès 1977. Depuis la loi de 1994, tous les établissements pénitentiaires ont passé convention avec un établissement de santé pour les soins psychiatriques.

L'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux rencontre des difficultés majeures. Les SMPR n'admettent dans leur service que les personnes détenues hospitalisées avec leur consentement et les hospitalisations sans consentement sont réalisées dans les établissements de santé sous le seul régime de l'hospitalisation d'office. Ces dernières hospitalisations sont passées d'une centaine en 1994 à plus de 1800 en 2004, ce qui explique la difficulté pour les établissements de santé de prendre en charge ce nombre exponentiel de personnes détenues en l'espace de dix ans.

C'est la raison pour laquelle la loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu dans son article 48 (art. L.3214-1 du code de la santé publique) que *"l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée"*.

Ainsi, un schéma de prise en charge cohérent va être mis en place permettant notamment :

- aux services médico-psychologiques régionaux (SMPR) de recentrer leur activité sur les prises en charge psychiatriques en ambulatoire (diversification des prises en charge par la mise en place d'ateliers thérapeutiques, d'ergothérapie, de Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel - CATTP...);
- d'offrir aux personnes détenues avec les UHSA, une palette de prise en charge hospitalière adaptée (hospitalisation avec et sans consentement des personnes détenues).

La prise en charge en santé mentale des personnes détenues est donc en pleine transition. Il convient cependant de présenter le dispositif existant.

2-1 Le dispositif actuel

2.1.1 Les soins psychiatriques courants

Dans la majorité des établissements pénitentiaires, les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont réalisés par l'équipe de secteur de psychiatrie générale locale de l'établissement de santé ayant passé convention.

Au nombre de 26 (24 en métropole et 2 dans des départements d'outre-mer), les SMPR sont des services d'un établissement de santé installés en établissement pénitentiaire. Ils assurent notamment les soins psychiatriques courants au bénéfice des personnes détenues dans leur établissement pénitentiaire d'implantation.

2.1.2 Les hospitalisations des personnes détenues pour motif psychiatrique

- *Les hospitalisations réalisées dans les SMPR*

Les SMPR assurent l'hospitalisation des personnes détenues y consentant et provenant de plusieurs établissements pénitentiaires du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire que chacun des SMPR couvre. De fait, seul 60% des SMPR procèdent à cette hospitalisation dans leur service en raison de lits autorisés. Ils pratiquent en outre une hospitalisation de jour en l'absence de personnels soignants de nuit (sauf deux SMPR).

- *Les hospitalisations d'office réalisées en établissement de santé (article D.398 du code de procédure pénale et L.3213-1 du code de la santé publique)*

Les hospitalisations sans consentement des personnes détenues sont réalisées en établissement de santé sous le régime de l'hospitalisation d'office en application de l'article D.398 du code de procédure pénale et de l'article L.3213-1 du code de la santé publique.

2.2 L'évolution du dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes détenues

Cette évolution s'inscrit dans le cadre plus général de la refonte de la politique de santé mentale et s'organise autour de deux axes :

- Une diversification de l'offre de soins en milieu pénitentiaire

Les soins psychiatriques ambulatoires seront développés (CATTP, ateliers thérapeutiques...) et devront être organisés sur un mode intersectoriel dans une perspective de travail en réseau avec l'ensemble des partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

En matière d'hospitalisation, les SMPR se limiteront à l'hospitalisation de jour, conformément à leur pratique actuelle. Ils resteront des services de recours pour des établissements pénitentiaires de leur région qui ne seront pas à même d'apporter ce type de prestation dans une perspective de soins gradués.

- Un schéma d'hospitalisation permettant de développer la qualité des soins et adapté aux contraintes de surveillance.

Une réforme concernant l'encadrement juridique et l'organisation des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues a été concrétisée par la loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice qui précise, dans son article 48, que l'ensemble des hospitalisations pour motif psychiatrique des personnes détenues sera réalisé dans des unités spécialement aménagées (UHSA).

Un groupe de travail interministériel santé-justice, mis en place durant le premier semestre 2003, a formulé des propositions sur le fonctionnement de ces unités et leur calibrage. Il a proposé que les UHSA soient implantées dans des établissements de santé délivrant des soins généraux ou dans des centres hospitaliers à vocation principalement psychiatrique, en fonction des possibilités locales.

Suite à ces propositions l'hypothèse prévoyant la réalisation de 19 UHSA en 6 ans (2007-2012) correspondant à 705 lits a été retenue. Sur ce sujet, une note ayant fait l'objet d'une évaluation financière a été adressée au cabinet en mai 2004.

La première tranche d'UHSA (5 UHSA pour 290 lits) répond aux besoins de prise en charge hospitalière psychiatrique des régions les plus denses en population pénale (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais Picardie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse, et pour les détenus longues peines de maison centrale).

Les premières UHSA devraient être opérationnelles à partir de 2008.

3 – Les moyens mis en œuvre

Les crédits affectés aux soins en milieu pénitentiaire réalisés par les établissements de santé ont évolué depuis 1994 de la manière suivante :

- en 1994 : 453 MF (incluant 333 MF octroyés au titre des soins somatiques, 60 MF de crédits préexistants en psychiatrie et 60 MF octroyés au titre des renforcement en psychiatrie) ;
- en 1996, renforcement au titre de la coordination en toxicomanie : +10 MF ;
- en 1997, renforcement pour les soins somatiques : +40 MF ;
- en 1998, renforcement au titre de la psychiatrie : +60 MF ;
- en 2001, reprise des établissements pénitentiaires du programme 13000 : +180 MF ;
- en 2002, renforcement des moyens des UCSA : +4,57 M€ ;
- en 2003, ouverture des établissements pénitentiaires du programme 4000 (le Pontet et Seysses) : +1,97 M€ ;

- en 2004, ouverture des établissements pénitentiaires du programme 4000 (Liancourt, Chauconin, La Farlède, Sequedin) et renforcement des moyens des UCSA : +5,45 M€

Le total des crédits alloués s'élève donc à 148,53 millions d'euros en tenant compte du taux d'évolution des dépenses.

ANNEXE N°8

Statistiques

- Les classements sans suite pour troubles mentaux..... LXXIV
- Les décisions de non-lieu pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux LXXV
- Quelques condamnations criminelles et correctionnelles..... LXXVI
- Les condamnations à une peine de suivi socio-judiciaire..... LXXVII
- Nombre d'hospitalisations d'office décidées par les préfets à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux..... LXXVIII

LES CLASSEMENTS SANS SUITE POUR TROUBLES MENTAUX

Il existe deux motifs de classement sans suite pour troubles mentaux :

- Un motif juridique : le classement sans suite pour irresponsabilité pénale (classement n°37) ;
- Un motif d'opportunité : le classement sans suite pour état mental déficient (classement n°43)

Année	Classements sans suite pour irresponsabilité pénale	n°37	Classements sans suite pour état mental déficient	n°43	Total
1998	2.385		4.946		7331
1999	2.885		5.356		8.241
2000	3.157	(dont 534 mineurs)	5.431	(dont 155 mineurs)	8.588
2001	3.186	(dont 442 mineurs)	5.359	(dont 163 mineurs)	8.545
2002	3.294	(dont 380 mineurs)	5.773	(dont 212 mineurs)	9.067
2003	3.705	(dont 444 mineurs)	6.089	(dont 187 mineurs)	9.794
Evolution 1998-2003	+ 55,3%		+23,1%		+33,6%

Source : Cadres du parquet – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

LES DECISIONS DE NON-LIEU POUR IRRESPONSABILITE PENALE DUE A DES TROUBLES MENTAUX

Le nombre de décisions

Année	Ordonnances de non-lieu	DONT ordonnances de non-lieu pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux	Evolution de la proportion des ordonnances de non-lieu pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux
1998	9.377	211	2,3%
1999	9.423	286	2,8%
2000	7.698	287	3,7%
2001	6.483	299	4,6%
2002	5.282	285	5,4%
2003	3.902 ⁷	233	6%
Evolution 1998-2003	-58%	+10,4%	+160,9%

Sources : Annuaire statistique de la justice 2005 et répertoire de l'instruction du ministère de la Justice 2005

La durée moyenne de l'information judiciaire

Année	Toutes décisions de clôture	Ordonnances de non-lieu	Ordonnances de non-lieu pour irresponsabilité pénale due à des troubles mentaux
1998	18,7 mois	24,2 mois	13,2 mois
1999	19,5 mois	24,8 mois	16,3 mois
2000	20,2 mois	25 mois	16 mois
2001	21,4 mois	26,3 mois	20,6 mois
2002	21,7 mois	29,1 mois	22,8 mois
2003	21,5 mois	29,4 mois	26,8 mois
Evolution 1998-2003	+15%	+21.5%	+103%

Sources : Annuaire statistique de la justice 2005

⁷ Compte tenu de l'ampleur de la chute constatée entre 2002 et 2003, ce chiffre est en cours de vérification.

QUELQUES CONDAMNATIONS CRIMINELLES ET CORRECTIONNELLES

Année	Homicides volontaires	Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	Viols et agressions sexuelles criminelles	Agressions sexuelles délictuelles
1984	361	224	562	1553
1985	593	243	618	1.669
1986	619	243	618	1.676
1987	595	263	574	1.674
1988	606	240	624	1.313
1989	576	254	677	1.782
1990	600	247	729	1.817
1991	535	241	913	1.845
1992	580	216	892	2.044
1993	544	243	1.045	2.165
1994	531	275	1.061	2.435
1995	583	270	1.080	2.919
1996	534	252	1.237	3.762
1997	526	270	1.434	4.726
1998	594	293	1.719	5.155
1999	618	345	1.917	5.161
2000	461	264	1.623	5.186
2001	483	276	1.656	5.033
2002	513	283	1.581	5.318
2003	504	280	1.687	5.438
Evolution 1984-2003	+39,6%	+25%	+200%	+250%

Source : Casier judiciaire national – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

LES CONDAMNATIONS A UNE PEINE DE SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE

Année	Nombre de mesures prononcées	Evolution
2000	265	-
2001	421	+58,8%
2002	642	+52,5%
2003	795	+23,8%
Total	2123	+200%

Source : Casier judiciaire national – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS D'OFFICE DECIDEES PAR LES PREFETS A LA SUITE D'UNE DECLARATION D'IRRESPONSABILITE PENALE POUR TROUBLES MENTAUX

Année	1998	1999	2000	2001	2003 (prévision)
Nombre d'HO 122-1	234	221	230	234	263
	sur 95 départements	sur 83 départements	sur 75 départements	sur 82 départements	sur 85 départements

Source : Annexe statistique des rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

ANNEXE N°9

Les politiques pénales menées par les parquets, relatives à la prise en charge des auteurs d'infractions atteints de troubles mentaux

Par dépêche en date du 20 septembre 2004, le Directeur des affaires criminelles et des grâces a demandé à l'ensemble des parquets généraux de l'informer des initiatives prises par les procureurs de la République, notamment les éventuels protocoles signés entre les autorités judiciaire, administrative et sanitaire, et de lui faire part de leurs suggestions afin d'améliorer le traitement des auteurs d'infractions pénales déclarés pénalement irresponsables et des détenus souffrant de troubles mentaux.

Il ressort en premier lieu des rapports adressés par les 35 cours d'appel que, en amont du prononcé de la peine, l'évaluation même de l'état mental des auteurs d'infractions, qu'ils soient ou non détenus, pose certaines difficultés.

En effet, l'ordonnance d'expertises médicales se heurte au manque de disponibilité des praticiens, de plus en plus sollicités par l'autorité judiciaire (Beauvais, Besançon, Bourges, Lons-le-Saunier, Nîmes, Riom), tout particulièrement dans les situations d'urgence (Reims) et concernant les mineurs (Caen, Guingamp, Saint-Etienne).

Pour remédier à cela, des protocoles sont parfois établis entre certains parquets et centres hospitaliers spécialisés (CHS) aux fins d'organiser des permanences d'experts psychiatres, requis pour l'examen de gardés à vue souffrant de troubles mentaux et susceptibles d'être incarcérés (Bayonne, Marseille, Orléans).

En second lieu, en aval de la procédure, plusieurs parquets interrogés soulignent la nécessité d'élargir l'éventail des peines susceptibles d'être prononcées. Ils suggèrent par exemple la création d'une peine d'internement psychiatrique, dont la durée serait fixée par la juridiction de jugement et les modalités contrôlées par le juge de l'application des peines (Lyon) ou le prononcé, à titre principal ou complémentaire, de soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation en cas d'altération du discernement (Saint-Etienne).

Des suggestions similaires sont faites par le parquet général de Colmar à titre de mesure de sûreté à l'issue de l'exécution de la peine.

Pour autant, la plupart des rapports s'attache essentiellement à dresser un bilan du traitement judiciaire des délinquants souffrant de troubles mentaux autour de deux principaux axes de réflexion : leur prise en charge dans une structure hospitalière extérieure sous le régime de l'hospitalisation d'office (I) et l'organisation des soins en détention (II).

I – L'hospitalisation d'office

Les juridictions interrogées distinguent la procédure d'hospitalisation d'office selon qu'elle porte sur des personnes déclarées pénalement irresponsables (A), des détenus (B) ou des condamnés ayant purgé leur peine d'emprisonnement (C).

A – L'hospitalisation d'office de la personne déclarée pénalement irresponsable

Les parquets de Beauvais, Paris, Poitiers et Saumur constatent la diminution du nombre de déclarations d'irresponsabilité pénale sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal. Les vertus pédagogiques de la sanction pénale sont en effet parfois mises en avant par certains psychiatres, qui perçoivent la peine comme partie intégrante de la thérapie (Castres, Poitiers).

1 – La décision d’hospitalisation d’office des personnes déclarées pénalement irresponsables et sa mise en œuvre

Selon les dispositions de l’article L.3213-7 du code de la santé publique (CSP), lorsque les autorités judiciaires rendent une décision de non-lieu, de relaxe ou d’acquiescement fondée sur le premier alinéa de l’article 122-1 du code pénal, elles doivent immédiatement en aviser l’autorité préfectorale compétente afin que cette dernière puisse procéder, le cas échéant, à l’hospitalisation d’office de l’intéressé.

Il ressort des rapports des parquets que la mise en œuvre de ces dispositions se heurte au fait que, d’une part, toutes les décisions judiciaires ne sont pas prises en compte (décisions de classement sans suite) et, d’autre part, à la nécessité d’une bonne coordination entre les autorités judiciaire et administrative.

Ainsi, pour remédier à ces difficultés, les parquets de Besançon et de Poitiers informent le préfet, même lorsqu’ils décident de classer sans suite un dossier du fait de l’état mental du mis en cause. Il est par ailleurs relevé qu’une modification de l’article L.3213-7 du CSP pourrait être envisagée sur ce point, dans un souci d’harmonisation des pratiques.

Par ailleurs, quelques parquets ont mis en place un système d’alerte de l’autorité administrative dès le dépôt du rapport d’expertise constatant l’abolition du discernement (Douai, Pontoise) ou dès le réquisitoire définitif concluant à l’irresponsabilité pénale de l’intéressé (Evreux). La question de l’établissement d’un protocole au niveau national sur ce point est également posée (Reims, Villefranche-sur-Saône).

En outre, il a été suggéré de porter à 24 heures le délai imparti aux établissements pénitentiaires pour mettre à exécution une décision judiciaire d’élargissement d’un détenu (Valenciennes)⁸.

De manière plus générale, le parquet de Saint-Quentin déplore le manque de précision des termes de la loi quant à l’autorité chargée d’ordonner le certificat médical fondant la décision de placement en hospitalisation d’office, en particulier au regard de la nécessaire actualité dudit certificat.

2 – La mainlevée de l’hospitalisation d’office des personnes déclarées pénalement irresponsables

Des difficultés relatives à la mainlevée de l’hospitalisation d’office sont mises en exergue par plusieurs parquets généraux, tant au regard de la lourdeur du dispositif législatif que relativement à l’inadaptation, selon eux, de la politique sanitaire actuelle.

Une fois interné, le patient ne peut être remis en liberté que sur deux décisions conformes et séparées émanant de deux psychiatres n’exerçant pas dans l’établissement où l’intéressé est hospitalisé (article L.3213-8 du CSP).

⁸ En l’état actuel du droit, l’article D.289 du code de procédure pénale (CPP) prévoit que la levée d’écrou doit intervenir au plus tard à midi le jour de l’élargissement.

Or, pour contourner cette procédure, certains praticiens hospitaliers ont recours au régime des sorties d'essai, qu'ils estiment plus adapté en ce qu'il ne requière l'avis que d'un seul psychiatre issu de l'établissement d'accueil de l'intéressé (articles L.3211-11 et L.3211-11-1 du CSP).

Afin de lutter contre ces remises en liberté de fait (Saint-Etienne), certains parquets proposent que soit instauré un droit de regard de l'autorité judiciaire sur ces décisions (Colmar) ou, *a minima*, un droit de cette dernière à en être informée (Agen, Reims).

Enfin, plusieurs parquets dénoncent la politique sanitaire actuelle visant à réduire, au profit du traitement ambulatoire, tant le nombre de lits disponibles que la durée des hospitalisations psychiatriques (Agen, Guingamp). A Montbéliard, une commission pluridisciplinaire réunissant des représentants des autorités judiciaire, administrative et sanitaire étudie les cas individuels et détermine les mesures de suivi les plus appropriées à la sortie de l'hospitalisation d'office.

B – L'hospitalisation d'office de la personne détenue

1 – La décision d'hospitalisation d'office des détenus et sa mise en œuvre

Par principe, toute démarche de soins en détention est subordonnée à l'adhésion de l'intéressé. Ainsi, si l'établissement pénitentiaire doit garantir une offre de soins, les personnes incarcérées ne peuvent être contraintes de s'y soumettre que sous le régime d'une hospitalisation d'office, en application de l'article D.398 du code de procédure pénale (CPP).

Les parquets généraux font valoir plusieurs difficultés, quant à la procédure d'hospitalisation d'office des détenus et sa mise en œuvre.

En premier lieu, le parquet de Nîmes souligne la tendance de certains membres du personnel pénitentiaire et de certains praticiens exerçant en détention à abuser de l'hospitalisation d'office. Pour y remédier, une pratique rigoureuse a vu le jour, consistant à exiger deux certificats médicaux, dont un émanant d'un psychiatre, au lieu d'un seul prévu par les textes.

En second lieu, plusieurs parquets déplorent la lourdeur et les risques en termes de sécurité de la procédure d'hospitalisation d'office des détenus.

Ainsi, pour pallier à la complexité des conditions de transfèrement (Agen, Bastia), le parquet d'Avignon organise les trajets sous escorte de la gendarmerie, tandis que celui de Nîmes module cette escorte en fonction de l'état du détenu : la maréchaussée pour les individus signalés dangereux et le personnel pénitentiaire dans les autres cas.

Le parquet de Rouen fait part quant à lui de la crainte du personnel soignant hospitalier d'être agressé, et ce d'autant plus que les conditions de garde et de surveillance des détenus apparaissent insuffisamment garanties (Bastia, Poitiers, Riom, Tours).

Si les unités pour malades difficiles (UMD) peuvent constituer une solution à ces problèmes d'ordre sécuritaire, l'admission dans ces établissements, fondée sur une approche psychiatrique, et non criminologique, de la dangerosité, est considérée

comme trop restrictive (Colmar). Aussi le parquet de Nîmes suggère-t-il que des unités spécialement réservées aux détenus soient mises en place au sein des centres hospitaliers spécialisés, dispositif qui existe déjà à Limoges.

De manière générale et à l'instar de l'hospitalisation d'office en milieu ouvert, le manque de lits dans les hôpitaux est dénoncé tant en centre hospitalier spécialisé (Avignon, Bar-le-Duc, Caen, Nîmes, Nouméa) qu'en unité pour malades difficiles.

2 – La mainlevée de l'hospitalisation d'office des détenus

La qualité de la collaboration entre les autorités pénitentiaire et sanitaire pour la mainlevée de l'hospitalisation d'office des détenus est diversement appréciée selon les parquets généraux.

Dans le ressort du tribunal de grande instance d'Avignon, la coordination est considérée comme satisfaisante, un système de fiche d'information, émise par le centre hospitalier spécialisé à destination de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), ayant été instauré dans le but de faciliter le retour et la prise en charge en détention des individus ayant fait l'objet de soins extérieurs.

Par ailleurs, le parquet d'Épinal fait état de l'existence d'un protocole relatif à la mise en œuvre de l'hospitalisation d'office des détenus.

A l'inverse, les parquets d'Agen, Compiègne, Paris et Rouen déplorent que le rôle de certains praticiens se limite à la gestion de la crise du patient et que d'autres adoptent une attitude d'obstruction, soit en refusant la prise en charge des détenus au motif qu'ils ne nécessiteraient pas de soins (Morlaix, Saint-Brieuc), soit en organisant leur mise en liberté (Saint-Pierre de la Réunion).

C – L'hospitalisation d'office des condamnés ayant purgé leur peine d'emprisonnement

Plusieurs parquets généraux proposent de faciliter l'hospitalisation d'office des condamnés ayant purgé leur peine d'emprisonnement par l'élaboration d'un protocole type permettant l'identification claire de référents (Nantes), par l'assouplissement des conditions de transfèrement pour favoriser le rapprochement familial (Soissons) et par la création d'une mesure de sûreté applicable aux détenus : ces derniers seraient déclarés dangereux sur le plan criminologique à l'issue d'une expertise, dangerosité qui serait constatée soit *ab initio* par l'ordonnance de non-lieu (Albi), soit en cours de peine par le juge de l'application des peines (Laon).

II – L'organisation des soins en détention

Certaines juridictions relèvent une augmentation du nombre de détenus présentant des troubles mentaux de différentes natures, qu'ils soient de la personnalité, du comportement (Belfort, Poitiers) ou psychiatriques (Avignon, Nîmes). Pour ces derniers, les pathologies sont de plus en plus lourdes (Agen, Beauvais), la proportion de la population carcérale en besoin de soins et/ou de suivi ayant pu être estimée à 20% (Tulle).

Outre les protocoles en projet sur les ressorts d'une demi-douzaine de tribunaux de grande instance⁹, une douzaine d'autres sont d'ores et déjà mis en œuvre quant à l'organisation des soins en détention. Si la plupart d'entre eux a un caractère généraliste (Albi, Limoges, Tulle, Guéret, Montpellier, Moulins, Pau, Riom), d'autres ont un champ d'application plus spécifique, relatif au traitement des troubles mentaux dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (Ajaccio, Alençon) ou à la dispensation de soins et la coordination des actions de prévention (Avignon).

De manière générale, les parquets dressent un bilan contrasté de l'organisation des soins en détention, tant en termes de structures d'accueil (A), qu'au regard de la prise en compte de l'état mental des détenus dans la mise en œuvre de la peine (B).

A – Les structures d'accueil

Un bilan somatique et psychiatrique des entrants est effectué (Amiens, Metz, Rouen), parfois même en urgence dans un délai de 48 heures (Tours). Les individus présentant des troubles mentaux sont alors signalés au médecin coordonnateur (Mulhouse). A Limoges, le médecin-chef psychiatre de l'unité spécialisée du centre hospitalier spécialisé intervient même trois demi-journées par semaine en milieu pénitentiaire pour s'occuper des détenus signalés par l'unité de consultations et de soins ambulatoires.

Le manque de personnel qualifié (Agen, Besançon, Bourges, Lons-le-Saunier, Paris, Toulon, Nouméa) et la faiblesse des capacités d'accueil des structures en milieu carcéral (Tours) sont très largement rapportés, tant au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (Bastia, Tours, Riom, Soissons, Belfort, Blois ; exception Grasse) que dans les services médico-psychologiques régionaux – SMPR (Amiens, Avignon, Châteauroux, Lille, Lyon, Metz, Nîmes, Bastia, Agen, Péronne).

Pour pallier à ces carences, certains parquets généraux proposent de créer des structures spécifiques, à mi-chemin entre les établissements pénitentiaires et les centres hospitaliers spécialisés, qui prendraient exclusivement en charge les détenus (Paris, Poitiers). Selon le parquet général de Paris, l'organisation du service médico-psychologique régional de Fresnes en trois unités fonctionnelles paraît pouvoir constituer un modèle de référence.

B – La prise en compte de l'état mental des détenus dans la mise en œuvre de leur peine

Les parquets généraux déplorent l'insuffisante prise en compte de l'état mental des détenus tant dans l'exécution que dans l'aménagement de la peine.

Le manque d'effectif des médecins spécialisés est constaté (Bourges, Grenoble, Guéret), et ce de manière particulièrement accusée concernant l'exécution de la

⁹ Ces projets de protocole portent sur la transmission des informations (Angers, Colmar, Saint-Denis de la Réunion), la création d'une unité diurne de soins psychiatriques au sein de la maison d'arrêt (Rouen) ou encore le traitement des mineurs (Metz, projet Justice Psychiatrie 57). Au Mans, les psychiatres se sont opposés à un projet de protocole visant à permettre aux autorités administrative et judiciaire de contacter les médecins ayant déjà suivi les personnes détenues ou anciennement détenues et présentant un danger au sens psychiatrique du terme.

peine de suivi socio-judiciaire : celle-ci se trouve ainsi paralysée sur le ressort de certains tribunaux, faute de médecins coordonnateurs (Alençon, Péronne, Saint-Pierre de la Réunion).

Certains professionnels de santé tirent même argument de la prétendue incompatibilité entre les démarches thérapeutiques et de réinsertion pour adopter une attitude d'obstruction (Alençon, Lorient, Muret).

En matière d'aménagement de peine, plusieurs parquets généraux font état de l'existence de réunions pluridisciplinaires organisées aux fins d'évaluer la situation des détenus et de préparer leur sortie (Arras, Caen, Lorient, Nantes, Pointe-à-Pitre, Rouen). Lorsque l'état mental du condamné apparaît préoccupant, certains juges de l'application des peines ordonnent une expertise psychiatrique, sur laquelle pourra le cas échéant s'appuyer une décision d'hospitalisation d'office (Nancy).

L'évaluation de l'état mental de l'intéressé est ensuite prise en compte au travers du prononcé de deux principales mesures d'aménagement de peine : le placement extérieur, dans un établissement de soins (Dinan) ou en semi-liberté en hôpital de jour (Nice), et la libération conditionnelle avec obligation de soins (Agen, Nice, Tarascon). Le parquet général de Paris propose de lier plus rigoureusement l'octroi de ces mesures à l'obligation pour leur bénéficiaire éventuel de suivre un traitement. Enfin, dans certains ressorts, les détenus qui ont été élargis peuvent bénéficier, s'ils le désirent et suivant l'endroit où ils se trouvent, d'un hébergement d'urgence (deux places réservées dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale à Evreux ; le parquet de Dijon propose de généraliser cette mesure) ou d'une prise en charge par un centre médico-psychologique (Rouen, Toulon) ou toute autre structure adaptée (Lyon ; à l'état de proposition à Villefranche-sur-Saône). Le parquet général de Montpellier fait valoir que les psychiatres ayant eu à connaître d'un patient au cours de son incarcération devraient même être contraints de le suivre à sa sortie de détention.

Certains parquets généraux estiment toutefois qu'il est insuffisamment tenu compte de l'état mental des détenus pour l'aménagement de la peine. Ainsi, les parquets d'Ajaccio et Metz déplorent que la suspension de peine pour motifs médicaux, prévue à l'article 720-1-1 du CPP, soit expressément inapplicable aux détenus souffrant de troubles mentaux. Par ailleurs, le parquet de Limoges regrette que le sas de sortie instauré par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (articles 723-20 à 723-28 du CPP) ne soit pas mis en œuvre pour cette population pénale.

Conclusion : La nécessité d'améliorer la collaboration entre les différents intervenants

Des problèmes de communication et de coordination entre les différents intervenants sont mis en exergue (Blois, Montpellier, Toulouse), le plus souvent justifiés par la protection des secrets médical et professionnel (Arras, Belfort, Lorient, Reims).

Certains ressorts réussissent néanmoins à dépasser ces difficultés par l'instauration de réunions ou de groupes de travail pluridisciplinaires (Albertville, Limoges, Lorient, Nantes, Toulouse, Tulle), d'où la nécessité, selon le parquet de Paris, d'institutionnaliser les rapports entre le personnel pénitentiaire et les autorités médicales et judiciaires.

ANNEXE N°10

**Droit comparé : la prise en charge des auteurs d'infractions atteints
de troubles mentaux**

Par dépêche en date du 16 septembre 2004, la Direction des affaires criminelles et des grâces a demandé aux neuf magistrats de liaison français (en Allemagne, en Angleterre et Pays de Galles, au Canada, en Espagne, aux Etats-Unis, en Italie, au Maroc, aux Pays-Bas et en République Tchèque) de fournir à la Commission Santé-Justice des éléments d'information sur les dispositifs législatifs ou réglementaires mis en place dans leur pays d'affectation et concernant les deux catégories d'auteurs d'infraction pénale suivantes :

- ✓ les auteurs atteints d'un trouble mental au moment des faits et déclarés pénalement irresponsables ;
- ✓ les auteurs condamnés et souffrant d'un trouble mental pendant l'exécution de leur peine.

Dans ces deux hypothèses, la dangerosité de l'individu est le plus souvent prise en compte par l'autorité judiciaire pour décider de la mise en œuvre d'une mesure de sûreté. Elle est fonction généralement tant de la gravité de l'infraction initialement commise (Allemagne, Canada, Espagne, Italie, Pays-Bas) que des risques de réitération (Allemagne, Angleterre et Pays de Galles, Canada, Espagne, Etats-Unis, Italie, Pays-Bas).

En outre, une catégorie particulière de délinquants dits « à contrôler » est identifiée au Canada, correspondant à tout individu condamné à une peine minimum de deux ans d'emprisonnement, qui « présente un risque réel de récidive et chez lequel il existe une possibilité réelle que ce risque puisse être maîtrisé au sein de la société ».

I – Le traitement des individus déclarés irresponsables pénalement.

Si la notion même de trouble mental connaît des définitions variables selon les pays, tous considèrent que l'individu qui a eu son discernement aboli, au moment des faits, par un de ces troubles est susceptible d'être reconnu pénalement irresponsable.

Ce constat relève partout de la compétence du juge judiciaire, le plus souvent sur la base d'une ou plusieurs expertises. Selon les terminologies locales, on parlera de « non-lieu » (Italie, Pays-Bas), d'« acquittement » (Angleterre et Pays de Galles, Maroc), de « verdict de non-culpabilité » (Angleterre et Pays de Galles, Etats-Unis) ou bien encore de « verdict de non-responsabilité » (Canada).

En revanche, les conséquences juridiques tirées de ce constat prennent différentes formes en fonction des pays¹⁰ et selon la gravité des infractions commises, les places disponibles en milieu fermé et la curabilité de l'auteur. Elles peuvent ainsi consister en :

- une remise en liberté pure et simple de l'intéressé en cas d'absence de dangerosité (Canada, Espagne, Italie) avec démarche de soins (Angleterre et Pays de Galles) ;

¹⁰ Lorsqu'un verdict de non-responsabilité est rendu par le tribunal, le code criminel canadien prévoit qu'en l'absence de décision expresse sur le devenir de l'individu une commission d'examen sera réunie pour ce faire. Cette commission comporte un minimum de cinq membres dont au moins un psychiatre et est présidée par un juge en exercice ou à la retraite.

- une mise sous tutelle des services sociaux ou de probation : détermination du lieu de résidence, d'une occupation, prescription de soins... (Angleterre et Pays de Galles) ;
- une mesure de sûreté exécutée en milieu libre : obligation de soins ou suivi d'un traitement (Angleterre et Pays de Galles, Canada, Espagne, République Tchèque, Pays-Bas), interdiction professionnelle (Allemagne) ;
- une mesure de sûreté exécutée en milieu fermé : hôpital psychiatrique (Allemagne, Angleterre et Pays de Galles, Canada, Espagne, Etats-Unis, Maroc, République Tchèque, Pays-Bas), établissement pénitentiaire spécialisé (Espagne, Italie, Pays-Bas), établissement de soins spécialisés (Allemagne, République Tchèque), voire établissement d'enseignement spécialisé (Allemagne) ;
- une mesure de sûreté suivie d'un emprisonnement : en cas d'inefficacité du traitement en hôpital psychiatrique débouchant sur une incarcération (Angleterre et Pays de Galles) ;
- une peine d'emprisonnement : lorsque l'individu est considéré comme n'étant pas curable (Angleterre et Pays de Galles).

L'autorité judiciaire garantit par son intervention le respect des droits de la défense et décide :

- de la durée de la mesure, qui peut être illimitée (Allemagne, Angleterre et Pays de Galles, Canada pour les délinquants « dangereux », Etats-Unis, Pays-Bas, République Tchèque) ou à temps (90 jours maximum au Canada, sauf pour les « délinquants à contrôler » – 2 ans ; en fonction de la peine à laquelle l'auteur aurait été condamné s'il avait été responsable en Espagne ; en fonction de la peine encourue en Italie et aux Pays-Bas) ;
- de la périodicité de la révision de la mesure (tous les 6 mois en Angleterre et Pays de Galles¹¹ et au Maroc ; tous les ans en Allemagne et en Espagne ; tous les 2 ans aux Pays-Bas ; au bout de 7 ans puis tous les 2 ans pour les individus dangereux au Canada).

II – Le traitement des individus atteints de troubles mentaux et pénalement responsables.

Lorsque les conditions nécessaires à la reconnaissance de l'irresponsabilité pénale ne sont pas réunies, l'individu auteur des faits punissables est généralement condamné à une peine d'emprisonnement. Pour autant, la connaissance de troubles

¹¹ On notera qu'en Angleterre et Pays de Galles, la révision de la mesure relève de la compétence d'une commission régionale, composée d'un juriste, d'un médecin et d'une personne qualifiée, et exerçant des fonctions juridictionnelles.

mentaux lors du prononcé de la peine, comme pendant l'exécution de cette dernière, emporte des conséquences juridiques.

A – Au moment du prononcé de la condamnation

La prise en compte des troubles mentaux par les juridictions peut se traduire de différentes manières selon les pays étudiés, plusieurs des solutions suivantes pouvant être envisagées en fonction de la gravité des infractions commises et des risques de récidive.

Tout d'abord, certaines législations prévoient l'emprisonnement de ces auteurs reconnus pénalement responsables. Le régime pénal s'avère plus ou moins sévère selon les pays :

- réduction de peine automatique en Espagne ;
- sanction généralement assortie du sursis aux Pays-Bas ;
- incarcération à temps au Canada (deux ans maximum pour les « délinquants à contrôler »), aux Etats-Unis, en République Tchèque et au Maroc, sachant que pour ce dernier, la sanction pénale pourra être purgée préalablement et partiellement en hôpital psychiatrique ;
- incarcération à perpétuité en cas de forte probabilité de récidive (Angleterre et Pays de Galles) ou de reconnaissance d'un état dangereux (Canada – révision de la décision au bout de sept ans, puis tous les deux ans).

Ensuite, une mesure autre peut être substituée à l'emprisonnement, qu'il s'agisse d'un internement dans un hôpital psychiatrique judiciaire (Italie) ou bien d'un traitement médical de protection ambulatoire ou en institution (République Tchèque).

Enfin, une mesure de sûreté peut succéder à la peine d'emprisonnement. Elle prendra la forme :

- en Allemagne, d'abord d'un maintien du condamné en détention après l'exécution de sa peine, le temps nécessaire à la disparition de sa dangerosité¹², puis d'un placement automatique sous contrôle judiciaire pendant deux à cinq ans ;
- au Canada, d'une surveillance en milieu ouvert pendant dix ans des « délinquants à contrôler » ;
- aux Pays-Bas, en fonction de la gravité de l'infraction initialement commise, d'un placement dans un centre fermé de soins relevant de l'administration pénitentiaire ou d'un traitement ambulatoire.

¹² Une 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.

B – Au cours de l'exécution de la peine

L'Allemagne, l'Angleterre et le Pays de Galles, ainsi que le Canada ne font état d'aucune procédure spécifique lorsque des troubles mentaux apparaissent ou s'aggravent en cours de détention chez les individus condamnés, au point de rendre problématique leur maintien en milieu carcéral.

En revanche, l'Espagne, les Etats-Unis, l'Italie, le Maroc et la République Tchèque apportent une réponse spécifique à ce type de difficultés.

Trois choix s'offrent alors à l'autorité judiciaire¹³ :

- l'internement de l'intéressé dans une structure psychiatrique en milieu pénitentiaire (Espagne, Italie, Maroc) ou extérieure (Maroc, République Tchèque) ; la durée nécessaire au rétablissement de la personne condamnée s'imputera sur celle de la peine initialement prononcée ; le juge a même parfois la possibilité de dispenser le détenu d'exécuter sa peine en détention (Espagne) ;
- la soumission à un traitement médical de protection ambulatoire (République Tchèque) ;
- la libération pure et simple de l'individu (République Tchèque).

¹³ La juridiction ayant prononcé la condamnation en Espagne et en République Tchèque, le tribunal du lieu de détention aux Etats-Unis, le juge de l'application des peines en Italie.

ANNEXE N°11

**Note d'orientation sur une possible réforme des règles applicables
en matière d'irresponsabilité pénale**

Ainsi qu'il l'avait annoncé le 15 septembre 2003, le Garde des Sceaux a mis en place un groupe de travail appelé à réfléchir sur d'éventuelles modifications des règles applicables aux personnes déclarées irresponsables sur le fondement de l'article 122-1 du Code Pénal, dans un souci d'affermissement de la réponse judiciaire et de prise en considération des victimes.

La nécessité de maintenir un véritable débat judiciaire à forte valeur symbolique, même en cas d'irresponsabilité de l'auteur, a ainsi été soulignée. De même, l'absence d'information des victimes en ce qui concerne le suivi psychiatrique imposé à l'auteur des faits a été considéré comme l'origine de réelles incompréhensions.

Par ailleurs, l'absence totale d'implication de l'autorité judiciaire en cas d'irresponsabilité de l'auteur des faits n'est guère compatible avec la nécessité de protéger les victimes et la société, notamment des éventuelles réitérations. La mise en place d'un certain contrôle sur la personne déclarée irresponsable paraît dès lors opportune.

Sur ce point, la plupart des exemples étrangers démontrent l'existence de régimes différents dont le dénominateur commun est la possibilité pour le juge judiciaire d'intervenir y compris en cas d'irresponsabilité de l'auteur. La possibilité pour l'autorité judiciaire de prononcer le placement en hôpital psychiatrique est ainsi très largement répandue, notamment en Angleterre, Allemagne, Italie, Espagne ou Belgique.

En tout état de cause, la lettre de mission pose comme principe qu'il n'est pas envisageable de remettre en cause le principe même de l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli leur discernement. De même, l'implication plus importante du juge judiciaire doit être accompagnée du développement de la collaboration avec les autorités médicales.

Le groupe de travail, constitué de magistrats, de psychiatres, d'un avocat et d'un représentant d'association de victimes, a donc développé sa réflexion autour de deux points : la tenue d'une audience permettant de statuer sur l'imputabilité des faits et la mise en place d'un suivi impliquant l'autorité judiciaire.

I - L'instauration d'un plus large débat judiciaire

En préliminaire, le groupe de travail a marqué son hostilité à l'organisation d'une audience classique revenant à un « procès des fous ». Ceci n'est en tout état de cause pas envisagé par la lettre de mission.

Les inconvénients résultant de toute audience ont été pointés. Une décision concluant à l'irresponsabilité ne sera pas, de toute façon, de nature à satisfaire complètement les victimes. De plus, la tenue d'une véritable audience publique pourra se révéler traumatisante pour les victimes. Il en ira ainsi d'autant plus s'il est conclu à la non-imputabilité des faits à l'auteur ou si le discernement de ce dernier

paraît complet lors des débats. Ce dernier cas se rencontre notamment lorsque les faits ont été commis sous l'effet d'une bouffée délirante. L'effet déstabilisant des querelles d'experts est également évoqué.

Néanmoins, la procédure actuelle n'est pas satisfaisante notamment en ce qui concerne la procédure suivie devant le magistrat instructeur ou devant la chambre de l'instruction. Les informations sont parfois incomplètes, les investigations étant souvent stoppées dès lors que l'article 122-1 du Code Pénal paraît susceptible de s'appliquer. Quant au président de la chambre de l'instruction, il n'a pas la possibilité de faire comparaître à son initiative le prévenu.

La solution d'une audience spécifique a donc servi ainsi de base à la réflexion engagée afin de répondre à la très forte demande des victimes de mise en place d'un réel débat.

- Le choix d'une juridiction adaptée à l'organisation d'une audience spécifique

Trois principales solutions sont envisageables.

En premier lieu, le juge d'instruction pourrait statuer sur l'imputabilité des faits et sur l'irresponsabilité de l'auteur. Cette solution aurait notamment pour intérêt d'éviter le risque d'une déresponsabilisation des magistrats saisis. Toutefois, elle présente le désavantage d'aboutir à ce qui pourrait relever d'une confusion des rôles entre d'une part les pouvoirs d'investigation du juge d'instruction, ce dernier se bornant à vérifier si des charges existent, et d'autre part une décision au fond éventuellement accompagnée du prononcé de mesures de suivi. Par ailleurs, cette solution est peu compatible avec la possibilité envisagée pour le juge d'instruction de saisir la juridiction en charge de l'audience.

En second lieu, la chambre de l'instruction pourrait intervenir, sur appel de l'ordonnance de non-lieu rendue par le magistrat instructeur. Ceci présente a priori, comme la solution précédente, l'avantage de la simplicité. La chambre de l'instruction pourrait être spécialement constituée, avec cette nuance que le recours à un jury ne serait pas nécessairement de nature à assurer une parfaite sérénité des débats.

Néanmoins, il demeure divers risques tirés du manque de pratique des chambres de l'instruction en matière d'audiences publiques, compliqués encore par le caractère délicat que présentent les audiences faisant intervenir des mis en cause irresponsables. De plus, ce système serait très original, la chambre de l'instruction une juridiction devant statuer en premier ressort sur l'imputabilité et la responsabilité lors d'une audience publique.

Enfin, la création d'une juridiction ad hoc, composée par exemple du président du TGI, ou de tout magistrat désigné par lui, et de deux assesseurs est envisagée, l'un appartenant à une chambre civile et l'autre au tribunal correctionnel. Cette solution a finalement été retenue par le groupe de travail.

Certes, il a été un moment envisagé que cette juridiction statue à la fois sur l'imputabilité et l'irresponsabilité afin de lui maintenir tout son sens. L'audience serait

publique et des débats approfondis verraient l'intervention du mis en cause, des victimes, des témoins, des experts voire des enquêteurs. Ces derniers pourraient ainsi présenter les investigations qu'ils ont menées. Mais en aucun cas cette audience ne conduirait à statuer sur la culpabilité du mis en cause. Si le mis en cause devait être reconnu responsable, l'affaire serait renvoyée devant la juridiction de jugement. La juridiction ad hoc serait saisie par le juge d'instruction qui ne rendrait pas d'ordonnance de non lieu, l'appel étant porté soit devant la chambre de l'instruction, soit devant une juridiction ad hoc de la cour d'appel.

Cette solution tendant à permettre à la juridiction ad hoc de statuer sur l'imputabilité et l'irresponsabilité a toutefois été écartée en raison de sa complexité. En effet, si elle était retenue, elle conduirait à organiser 6, voire 9 débats au total sur l'irresponsabilité pénale de la personne. De plus, elle bouleverserait par trop l'architecture de la procédure pénale.

Par conséquent, il a en fin de compte été estimé préférable de retenir que la juridiction ad hoc statue uniquement sur l'imputabilité des faits et les mesures de sûreté. Elle serait saisie par les parties soit :

- après arrêt de la chambre de l'instruction intervenu sur appel de l'ordonnance de non-lieu rendue par le magistrat instructeur, les parties contestant notamment l'irresponsabilité ;
- après que l'ordonnance de non-lieu soit devenue définitive, l'irresponsabilité n'étant pas contestée.

L'appel de la décision serait alors porté devant une formation ad hoc de la cour d'appel.

Dans un souci de lisibilité, les ordonnances, jugements et arrêts de non-lieu, de relaxe ou d'acquittement rendus sur le fondement de l'article 122-1 du Code Pénal pourraient être rebaptisées « décisions d'irresponsabilité pénale en raison d'un trouble mental ». Ceci présenterait de surcroît l'avantage de concourir à la responsabilisation l'auteur.

Quel que soit le système choisi, le nombre de procédures concernées restera très limité, ce qui ne devrait pas perturber outre mesure le fonctionnement des juridictions.

En tout état de cause, la conciliation de la demande des victimes avec l'indispensable préservation des droits du mis en cause suppose par ailleurs que celui-ci ne comparaisse que si son état le permet. L'assistance obligatoire d'un tuteur et d'un avocat est ainsi indispensable.

Enfin, en l'état du droit, la personne déclarée pénalement irresponsable est susceptible de voir sa responsabilité civile engagée. Afin de limiter les recours procéduraux à la charge des victimes, la décision permettant de statuer sur les demandes civiles devrait être prise par la juridiction statuant sur l'imputabilité des faits au mis en cause.

Toutes ces modifications devraient permettre de répondre au souci justifié des victimes de voir s'organiser un débat complet et contradictoire, afin que « cette procédure sorte du silence ». Parallèlement, l'organisation d'une audience spécifique redonnerait à l'autorité judiciaire une place davantage en rapport avec sa mission.

II - Prévenir la réitération et assurer la responsabilisation de l'auteur

Les principes prévalant actuellement en droit français écartent la compétence judiciaire dès lors que l'article 122-1 du Code Pénal a vocation à s'appliquer et ce, au profit exclusif de la démarche de soins confiée aux autorités médicales avec l'éventuelle participation de l'autorité préfectorale.

Une implication judiciaire plus importante devrait en conséquence demeurer limitée, afin de ne pas remettre en cause cette structure. Néanmoins, il incombe à l'autorité judiciaire non seulement de préserver les victimes mais également d'assumer ses responsabilités en termes de prévention de la réitération. L'impact positif de la responsabilisation de l'auteur dans la phase post sententielle ne doit pas non plus être négligé.

- **L'élargissement de la compétence judiciaire lors de l'audience**

Il pourrait être envisagé que des obligations de soins soient imposées lors de l'audience, avec des rendez-vous thérapeutiques réguliers afin de réajuster le suivi.

Le groupe de travail a néanmoins majoritairement conclu à la nécessité de marquer nettement la limite entre les domaines judiciaires et médicaux, et de ne pas faire intervenir l'autorité judiciaire dans la procédure de soins.

Deux solutions sont envisagées : en premier lieu, des obligations pourraient être imposées lors de la levée de l'hospitalisation d'office. Toutefois, dans cette hypothèse, la logique commanderait que l'autorité administrative soit compétente pour prononcer ces obligations. Une autre solution laisserait l'autorité judiciaire déterminer ces obligations dès l'audience.

Dans ce cas, une liste nécessairement limitative d'obligations à la charge de l'auteur déclaré irresponsable serait susceptible d'être imposée, ces obligations se ramenant pratiquement à des interdictions. Il s'agirait d'interdictions ayant notamment un sens pour les victimes :

- interdiction de contacts avec les victimes,
- interdiction de se rendre en des lieux déterminés,
- interdiction et de détenir ou porter une arme,
- voire interdiction de conduire des véhicules ou de détenir un permis de chasse.

Une expertise serait obligatoire avant le prononcé de telles mesures, cette expertise pouvant d'ailleurs intervenir dès l'information judiciaire. La possibilité d'interdire

l'exercice d'une profession en rapport avec les faits a été quant à elle contestée, pour des raisons médicales. Elle pourrait toutefois être prononcée après expertise.

La durée de ces obligations pourrait atteindre 20 ans, avec demande de relèvement possible tous les 6 mois auprès du juge des libertés et de la détention, avec expertise.

Il conviendrait, afin d'assurer l'effectivité de ces mesures de sûreté, de créer une nouvelle infraction résultant de la violation de ces obligations négatives. De même, l'inscription au casier judiciaire n°1 des décisions prises à l'occasion de l'audience et fixant des interdictions présenterait l'intérêt d'exercer un réel contrôle sur l'auteur déclaré irresponsable, notamment dans un souci de préservation des victimes et de l'ordre public.

- L'amélioration des dispositions du Code de la Santé Publique et de l'information des victimes

Le régime actuel de l'hospitalisation d'office distingue entre les hospitalisations à la demande de l'autorité judiciaire auprès du préfet fondée sur l'article 122-1 du Code Pénal et les autres. Dans le premier cas, la levée de l'hospitalisation suppose la décision de deux psychiatres (article L3213-8 du Code de la Santé Publique).

Les modifications pourraient porter sur l'article L3213-7 du Code de la Santé Publique afin de prévoir l'hospitalisation d'office en cas de classement sans suite fondé sur l'article 122-1 du Code pénal. De plus, le terme « décisions » employé par l'article L3213-8 devrait être remplacé par celui « d'avis ». Eu égard au développement du suivi ambulatoire parfois source de difficultés, les sorties d'essai gagneraient à être rebaptisées « sorties sous contrôle thérapeutique ».

Ces différents ajustements permettraient à la fois d'encadrer davantage les auteurs bénéficiant d'un classement sans suite et de promouvoir le suivi ambulatoire auquel les médecins recourent de plus en plus fréquemment.

De même, afin de préserver les victimes, leur information pourrait être améliorée en ce qui concerne le sort de l'auteur déclaré irresponsable, sous réserve de la préservation du secret médical. La levée de l'hospitalisation d'office, mesure administrative, pourrait ainsi être portée à leur connaissance, à leur demande et par l'intermédiaire du parquet. Il s'agirait là d'une disposition allant dans le sens d'un principe d'information et de protection des victimes préservé par le Conseil de l'Europe.

Perspectives

Le groupe de travail a tenté de concilier les caractéristiques et l'originalité du système français avec les axes de réflexion déterminés par la lettre de mission.

L'articulation entre d'une part la nécessité d'assurer le respect des droits de la personne irresponsable, la préservation de la démarche de soins et d'autre part

l'intérêt des victimes et la préservation de l'ordre public a été systématiquement recherchée.

C'est dans ces conditions que sont proposées l'introduction de nouvelles dispositions dans le code de procédure pénale relatives à :

- l'organisation d'une audience,
- confiée à une juridiction ad hoc,
- statuant sur l'imputabilité des faits, les dommages et intérêts et les mesures de sûreté,
- la violation de ces mesures de sûreté constituant une infraction.

De même, est suggérée la modification de dispositions du code de la santé publique relatives à l'hospitalisation d'office et aux sorties d'essai.

Santé, justice et dangersités

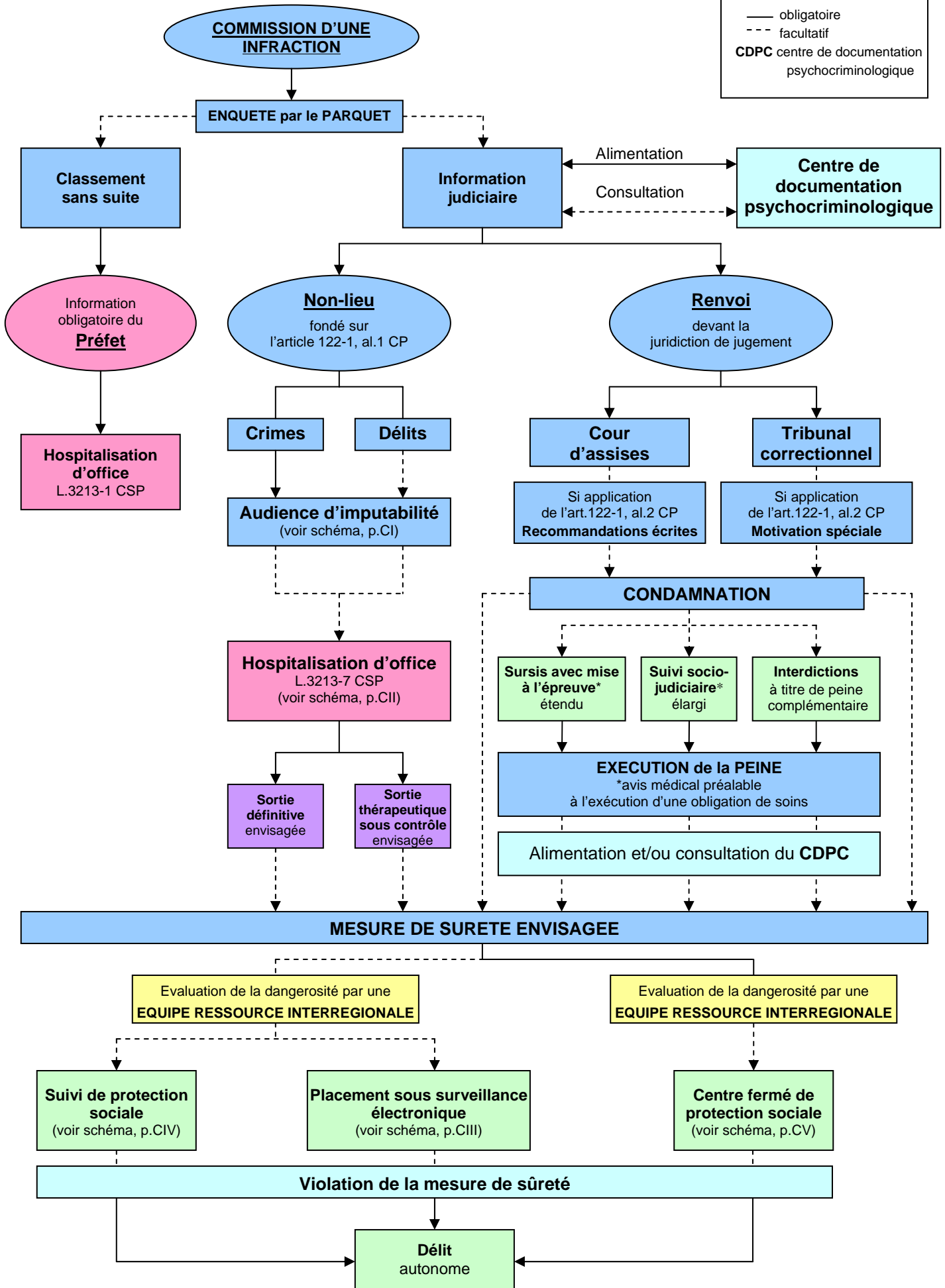
Vue d'ensemble du nouveau dispositif procédural

Légende

— obligatoire

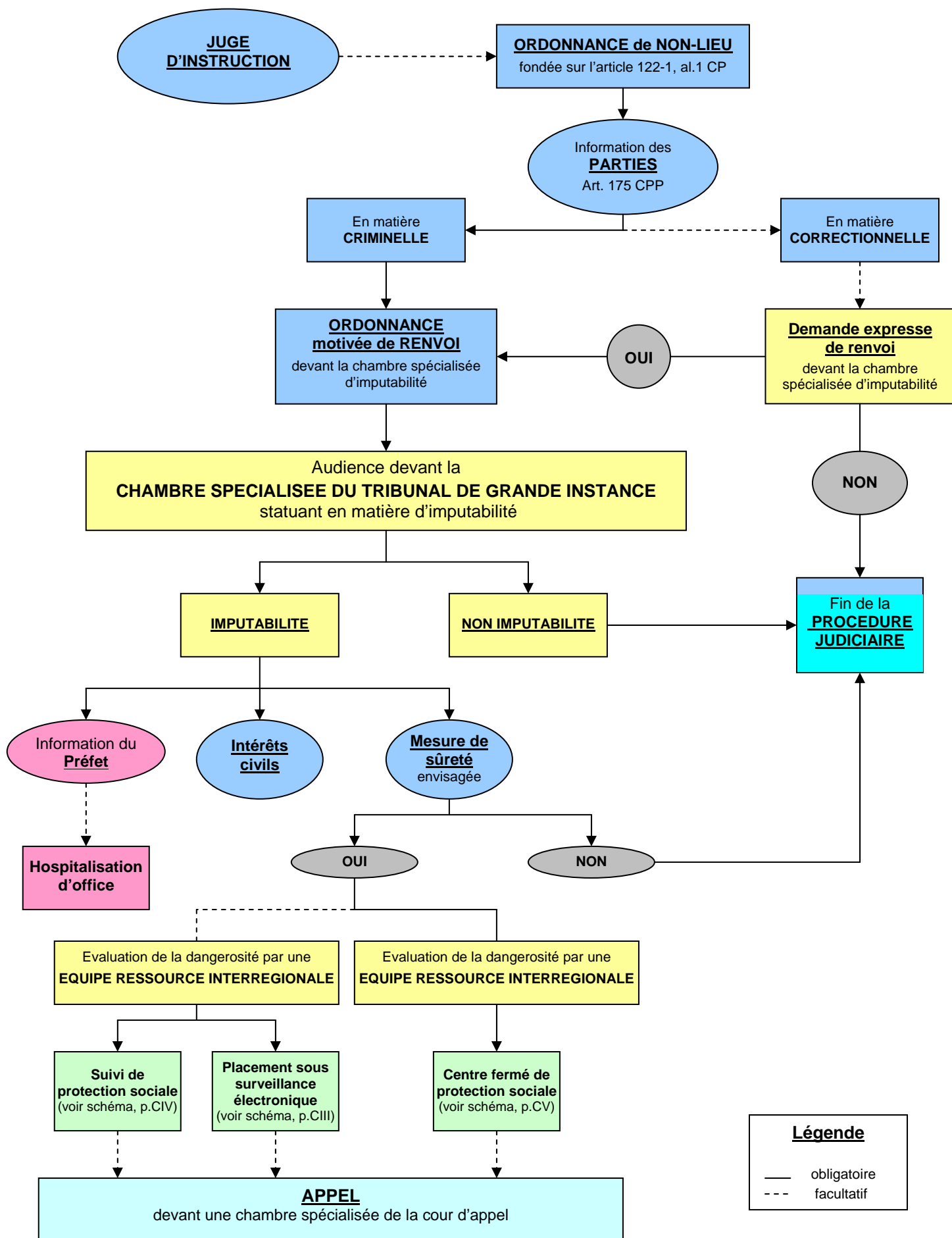
- - - facultatif

CDPC centre de documentation psychocriminologique



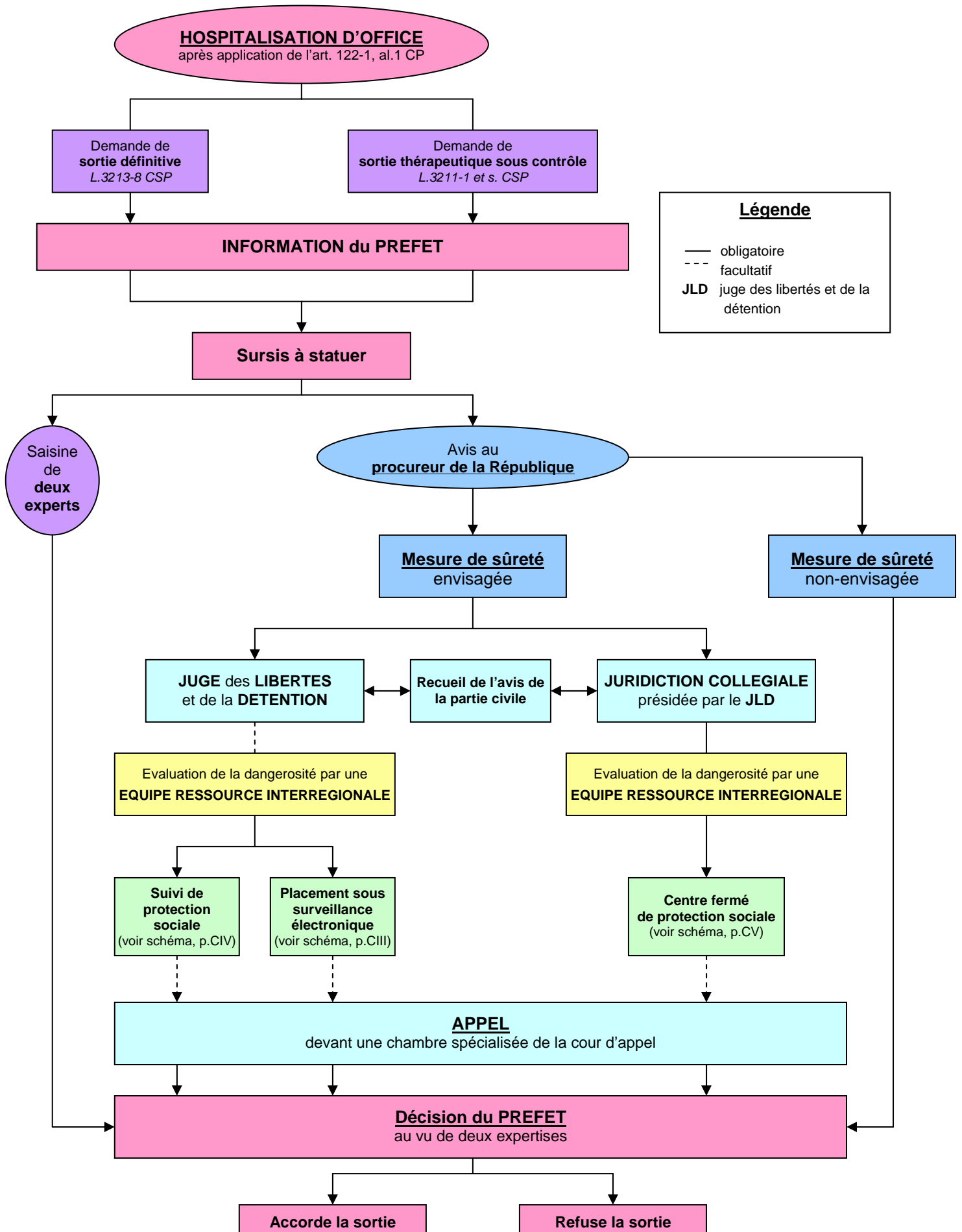
Santé, justice et dangersités

Le nouveau dispositif de l'audience d'imputabilité



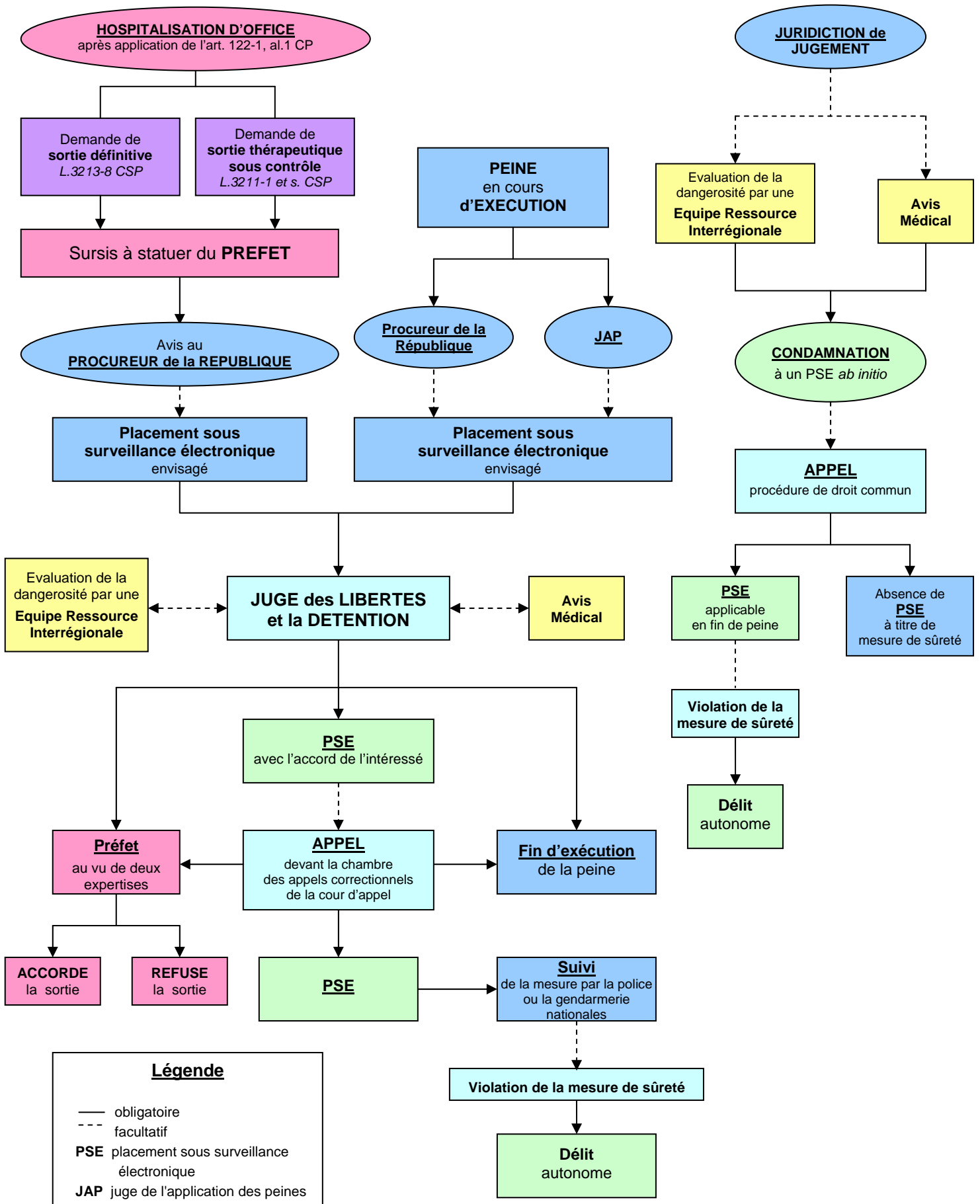
Santé, justice et dangersités

Le nouveau dispositif de sortie d'hospitalisation d'office



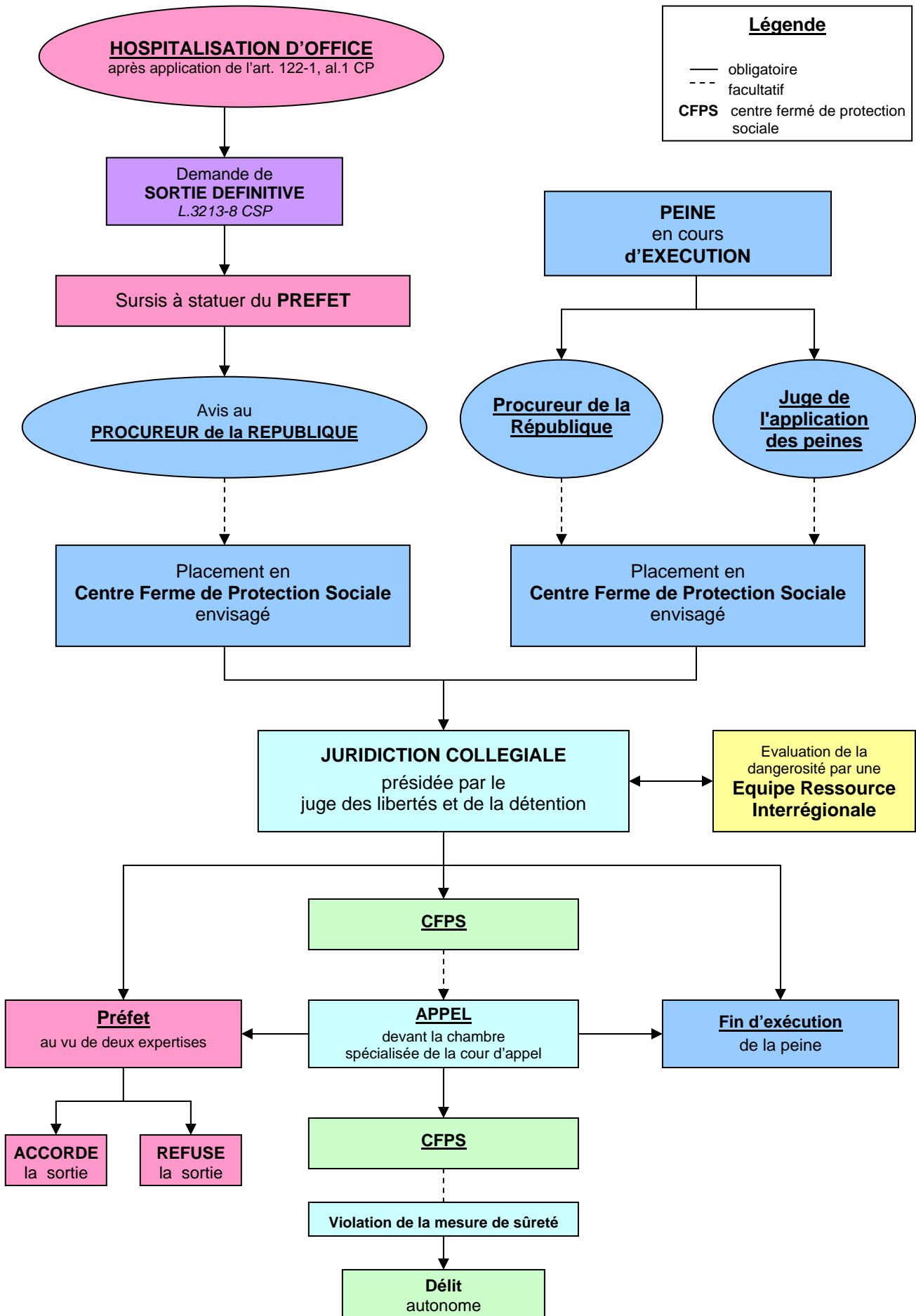
Santé, justice et dangersités

Le nouveau dispositif post-peine : placement sous surveillance électronique



Santé, justice et dangersités

Le nouveau dispositif post-peine : centre fermé de protection sociale



ANNEXE N°13

**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**

MINISTERE DE LA JUSTICE

Paris, le 23 février 2005

DIRECTION DES SERVICES JUDICIAIRES

Sous-Direction de l'Organisation Judiciaire et de la Programmation
Bureau de la Gestion Financière et Budgétaire des Services Judiciaires (AB3)

N. Téléphone : 01.44.77.60.90

N. Téléphone : 01.44.77.65.76

Note

Date d'application : immédiate

Réponse à l'administration centrale

Avant le :

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice

A

Monsieur le Premier Président de la Cour de Cassation
Monsieur le Procureur Général de ladite Cour

Mesdames et Messieurs les Premiers Présidents des Cours d'Appel
Mesdames et Messieurs les Procureurs Généraux près lesdites Cours
(Métropole et Outre-mer)

Messieurs les Présidents des Tribunaux Supérieurs d'Appel
Madame la Procureure et Monsieur le Procureur de la République
près lesdits Tribunaux

Monsieur le Directeur de l'Ecole Nationale des Greffes

N°NOTE : **SJ-05-062-AB3/23.02.05**

Référence de classement :

Mots clés :

Titre détaillé : Frais de justice - Tarif des expertises psychiatriques

Texte(s) source(s) :

Texte(s) abrogé(s) :

Texte(s) modifié(s) :

Publication : *INTRANET*

Modalités de diffusion
Diffusion assurée par la Direction des Services Judiciaires
Bureau AB3

Pièce(s) jointe(s) : note proprement dite

Paris, le 23 février 2005

LE GARDE DES Sceaux, MINISTRE DE LA JUSTICE

A

Monsieur le Premier Président de la Cour de Cassation
Monsieur le Procureur Général de ladite Cour

Mesdames et Messieurs les Premiers Présidents des Cours
d'Appel
Mesdames et Messieurs les Procureurs Généraux près lesdites
Cours
(Métropole et Outre-mer)

Messieurs les Présidents des Tribunaux Supérieurs d'appel
Madame la Procureure et Monsieur le Procureur de la République
près lesdits Tribunaux

OBJET : Frais de justice - Tarif des expertises psychiatriques.

Plusieurs cours d'appel ont interrogé la Chancellerie sur la portée, en matière de frais de justice, de l'arrêté du 22 septembre 2003 du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale créant une indemnité intitulée « majoration forfaitaire provisoire », au regard du tarif applicable aux experts psychiatres.

Dans un premier temps, la Chancellerie a fait savoir que cette majoration ne modifiait pas la valeur de la lettre clé CNPSY et que dans ces conditions, le coefficient de 6 ou de 6,5 prévu par l'article R 117, 9° et 10° devait s'appliquer à la valeur de la lettre qui reste fixée à 34,30 euros. Cependant, compte tenu de la portée générale de l'indemnité provisoire applicable jusqu'au 31 décembre 2004 et prévue dans l'attente de la signature d'une convention, la Chancellerie considérait que cette majoration pouvait s'appliquer mais une seule fois par expertise.

Cette analyse ayant été contestée par l'association nationale des psychiatres hospitaliers experts judiciaires, mes services ont interrogé le Ministère de la Santé sur l'application de la majoration forfaitaire provisoire aux expertises.

Dans sa réponse, ce département ministériel déclare que la majoration forfaitaire provisoire n'est pas applicable aux expertises visées au 9° et 10° de L'article R.117 du CPP au motif que l'article R.117 fixe les modalités permettant de déterminer le calcul de la rémunération de l'expert sans faire référence à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Enfin, par un arrêté du 30 novembre 2004 publié au journal officiel du 1er décembre 2004, le versement de majoration provisoire a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2005. En outre, la convention unique du 12 janvier 2005 en cours de publication consacre son existence.

Il convient en conséquence d'harmoniser les pratiques des juridictions.

En application d'une interprétation stricte du CPP, la valeur de la lettre CNPSY n'ayant pas été modifiée, il en résulte que le montant de l'expertise psychiatrique reste inchangé soit $34,30 \times 6$ ou $6,5$, selon les cas. Cette analyse est par ailleurs conforme à la position de la Cour de cassation qui dans un arrêt du 05 octobre 1999 précise que la majoration de nuit pour les visites médicales n'est pas applicable en dehors du cas de l'examen clinique visé à l'article 117 1° C.

Je vous serais très obligé de bien vouloir porter cette note à la connaissance des agents concernés (agents certificateurs, régisseurs et SAR).