



Maladie mentale, troubles de la personnalité et dangerosité

Quels liens, quelles réponses ?

Xavier Bébin, criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice

Avant-propos de Michel Bénézech, expert en psychiatrie criminelle

Résumé

Pour prendre des décisions adaptées, en tant que législateur ou acteur du monde judiciaire et sanitaire, il est indispensable de connaître avec une relative précision les phénomènes relatifs à la maladie mentale et aux troubles de la personnalité. Il est ainsi difficile d'apprécier l'opportunité de dispositifs comme l'hospitalisation d'office et la « rétention de sûreté » si l'on ne distingue pas ces deux phénomènes.

Cette étude a d'abord vocation à présenter de manière synthétique l'état actuel des connaissances scientifiques en matière de maladie mentale, de troubles de la personnalité et de dangerosité.

L'étude comprend également des propositions visant à améliorer le traitement – pénal et sanitaire – des personnes potentiellement dangereuses souffrant de maladie ou de troubles mentaux, avec le souci de protéger les victimes tout en respectant la dignité des malades.

L'Institut pour la Justice est une association de citoyens préoccupés par les dérives de la justice pénale, qui répercute et canalise les inquiétudes de chacun et propose des réformes pragmatiques. L'association s'appuie sur un réseau d'experts du champ pénal pour promouvoir une Justice plus lisible pour le citoyen, plus efficace contre la criminalité et plus équitable vis-à-vis des victimes.

Édité par l'Institut pour la Justice
Association loi 1901

Contacts :
01 70 38 24 07
publications@institutpourlajustice.com

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS, DE MICHEL BENEZECH, EXPERT EN PSYCHIATRIE CRIMINELLE	3
INTRODUCTION	6
MALADIE MENTALE, TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET RESPONSABILITE PENALE	8
1. La responsabilité pénale des malades mentaux	8
1.1. Le principe de la responsabilité pénale	8
1.2. La réponse pénale adaptée	10
2. La problématique des troubles de la personnalité et du comportement	11
2.1. Définition de ces troubles	11
2.2. Responsabilité et réponse pénale	13
3. Les cas de « comorbidité » troubles mentaux / troubles de la personnalité	16
3.1. Dangereusité psychiatrique et criminologique	16
3.2. Quelle réponse pénale ?	17
MALADIE MENTALE ET VIOLENCE : QUELS LIENS, QUELLES RESPONSES ?	20
1. Violence et schizophrénie : état des lieux de la littérature scientifique	20
2. Identifier les patients les plus à risque	22
2.1. Les facteurs de risque de récidive des malades mentaux	22
2.2. Généraliser l'utilisation des échelles actuarielles avant toute remise en liberté	23
3. Garantir la continuité des soins	26
3.1. Accroître les capacités d'accueil en hôpital psychiatrique	26
3.2. Instaurer une obligation de soin « ambulatoire » et suivre de près les patients les plus à risque	27
SYNTHESE DES PROPOSITIONS	29

AVANT-PROPOS, DE MICHEL BENEZECH, EXPERT EN PSYCHIATRIE CRIMINELLE

La politique de l'autruche est une spécialité bien de chez nous. Nous l'avons déjà personnellement observée pour le SIDA et les dons de sang en milieu carcéral où il fallut attendre trois ans pour que les premiers textes réglementaires consacrés à l'hygiène et à la prévention soient promulgués, alors que les statistiques internationales signalaient la fréquence élevée de la séropositivité VIH chez les détenus toxicomanes utilisant l'héroïne par voie veineuse. Admettre la dangerosité de certains patients souffrant de troubles psychiatriques graves est du même ordre, celui du refus de la réalité, des connaissances scientifiques anciennes et contemporaines, des faits divers criminels impliquant comme auteurs des malades mentaux.

Faut-il rappeler que le droit romain classique cite déjà l'exemple d'Aelius Priscus, un furieux (*furiosus*), meurtrier de sa mère, vraisemblablement schizophrène, reconnu irresponsable mais devant être enfermé pour l'empêcher de « nuire aux autres ». La longue histoire de la psychiatrie médico-légale est remplie de violences meurtrières perpétrées en tous temps et tous lieux par de malheureux « fous » et de dispositions restrictives les concernant. Le docteur Maudsley en 1874 (*Le crime et la folie*), le docteur Blanche en 1878 (*Des homicides commis par les aliénés*), le professeur Claude en 1932 (*Psychiatrie médico-légale*), les docteurs Porot et Bardenat en 1959 (*Psychiatrie médico-légale*) et 1960 (*Anormaux et malades mentaux devant la justice pénale*) ont tous rapporté en détail les relations complexes entre les troubles mentaux et les infractions violentes et non violentes.

**N'est-il pas
extraordinaire qu'en
2010 on pratique de
manière identique
les expertises
psychiatriques
pénales qu'il y a trois
siècles ?**

Mais oublions un peu le passé pour nous pencher sur la situation actuelle. N'est-il pas extraordinaire qu'en 2010 on pratique de manière identique les expertises psychiatriques pénales qu'il y a trois siècles, à savoir le plus souvent un examen mental unique de quelques dizaines de minutes ! Cette « expertise » est censée dire le passé (les antécédents), le présent (l'état mental lors des faits ou au moment de l'examen) et le futur (la dangerosité potentielle). Elle jouera un rôle important en cours d'instruction, devant les assises, si la responsabilité totale ou partielle est retenue, pour l'application des peines dans le cas où une mesure de mise en liberté est envisagée.

Certes, vous me rétorquerez que la psychiatrie a beaucoup évolué dans ses concepts et ses classifications, que des contre- et des sur-expertises sont possibles, mais il n'en est pas moins vrai que nous restons toujours dans le domaine du subjectif, des opinions philosophiques et de la formation professionnelle du ou des experts « psy » et surtout d'un temps d'examen forcément bref, même si dans les affaires les plus médiatisées les entretiens sont parfois répétés. Que dirait un bon père de famille si sa fille lui racontait vouloir épouser sans délai un garçon rencontré depuis seulement quelques dizaines de minutes à la terrasse d'un café ? Il conseillera sans aucun doute de ne pas se précipiter, de voir si leurs goûts s'accordent, de prendre des renseignements sur le futur

et sa famille, le mariage étant une chose sérieuse en dépit de la possibilité de divorcer... Et bien en cour d'assises, il paraît normal, ordinaire, banal de juger une personne avec des expertises mentales (psychiatrique, psychologique) qui durent le temps d'une ou deux consommations à la terrasse d'un café !

Le problème d'une évaluation sérieuse, aussi bien familiale, sociale, professionnelle, mentale, criminologique, d'une personne mise en examen ou condamnée pour des faits criminels reste donc posé en dépit des avancées législatives actuelles. Tout individu auteur d'une infraction majeure (homicide, violences graves, viol, acte pédophilique), complexe (amnésie des faits, usage de psychotropes, pluralité d'auteurs ou de victimes) ou sérielle (récidivisme sur le même mode ou sur un mode différent) devrait faire l'objet d'une évaluation initiale approfondie de longue durée (quatre à six semaines au minimum) effectuée en milieu spécialisé par une équipe pluridisciplinaire disposant de la totalité des données judiciaires et médico-sociales le concernant. Cette évaluation scientifique et objective, utilisant obligatoirement des méthodes actuarielles, serait répétée aux moments clés de l'évolution pénale de l'individu, permettant, par comparaison des bilans successifs, de suivre son évolution et les résultats des mesures de traitement et de réinsertion qui lui seraient proposées ou ordonnées. En sus de la qualité des évaluations obtenues, on éviterait les cafouillages, les contradictions et les insuffisances des expertises mentales actuelles.

Un autre domaine qui nécessiterait une réforme et une simplification législative est celui de la dangerosité sociale, dangerosité psychiatrique et criminologique étant en pratique totalement confondues.

Un autre domaine qui nécessiterait une réforme et une simplification législative est celui de la dangerosité sociale, dangerosité psychiatrique et criminologique étant en pratique totalement confondues. Rappelons qu'environ 10 % des homicides en Europe sont commis par des patients psychotiques au moment des faits et que la grande majorité des auteurs d'homicides tout venant souffrent d'une ou plusieurs perturbations mentales mineures ou majeures : conduites addictives, troubles anxieux, troubles de la personnalité (psychopathie), troubles de l'humeur (dépression), états psychotiques aigus ou chroniques (schizophrénie, paranoïa). C'est à juste titre que la fréquence et la précocité des comportements violents ainsi que la co-morbidité psychiatrique sont considérées comme des facteurs multipliant le risque de passage à l'acte ou de récidive criminelle.

Selon notre avis personnel, il devrait exister dans notre droit une loi unique de défense et de réinsertion sociales qui concernerait le suivi régulier des mesures de sûreté et de soins ainsi que la prise en charge sociale, aussi bien dans la communauté qu'en milieu fermé (établissements pénitentiaires, hôpitaux psychiatriques), des personnes évaluées comme dangereuses. Que ce soit en liberté, en prison ou à l'hôpital psychiatrique, le problème de la dangerosité et de son traitement médico-socio-judiciaire est le même. Bien entendu, la dangerosité majeure ne concerne qu'une minorité de délinquants et de malades présentant des troubles mentaux sévères, mais cette minorité active est à l'origine d'infractions variées souvent graves (violences parfois mortelles, incendies volontaires, agressions sexuelles).

S'il est juste que le « fou meurtrier » soit considéré comme irresponsable et non punissable, il n'en demeure pas moins qu'il doit rester aussi longtemps que nécessaire sous la surveillance attentive des autorités judiciaires, administratives et médicales. Il doit faire l'objet de strictes mesures de sûreté avant son retour éventuel dans la société lorsque son état mental et son évaluation criminologique l'autorisent et à la condition d'un suivi obligatoire et régulier à l'extérieur. Les mêmes principes de sécurité et de prévention de la récidive s'imposent pour le criminel dangereux condamné, avant et après sa remise en liberté. N'oublions jamais les victimes.

Lisez-donc avec attention l'étude qui suit et dont nous partageons les conclusions scientifiques.

Lisez-donc avec attention l'étude qui suit et dont nous partageons les conclusions scientifiques.

Professeur Michel Bénézech

Michel Bénézech est psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de service SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, professeur de droit privé à l'Université de Bordeaux IV. Expert judiciaire honoraire, il a été professeur associé des Universités en médecine légale et en droit privé. Spécialiste de renommée internationale en matière de psychiatrie criminelle, conseiller scientifique de la gendarmerie nationale, il est l'auteur de 500 publications scientifiques et coauteur d'une trentaine d'ouvrages.

INTRODUCTION

Dominique Simonnot, journaliste spécialiste des affaires judiciaires, relate une scène observée au Palais de Justice de Paris¹. Le juge s'interroge sur l'opportunité de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique de l'accusé :

[La juge] : « Madame la Procureure, êtes-vous opposée à une expertise psychiatrique ? »

[La procureure] : Je n'en vois pas l'utilité, il y en a une au dossier qui dit que son discernement n'est ni aboli ni altéré !

[La juge] : Certes, mais elle est contradictoire... car l'expert parle aussi de troubles graves de la personnalité et d'un sujet dangereux pour lui-même et pour autrui ! »

La magistrate commet ici une confusion entre maladie mentale et trouble de la personnalité. Parfaitement naturelle pour le citoyen lambda, cette erreur est lourde de conséquences lorsqu'elle est commise par un acteur de la chaîne pénale.

Conséquences juridiques, tout d'abord : un homme dit « fou », c'est-à-dire un homme atteint d'une maladie mentale (schizophrénie, trouble bipolaire...) ne peut être tenu pénalement responsable de ses actes, alors qu'un criminel atteint de trouble sévère de la personnalité (psychopathie...) encourt la prison comme tout citoyen (la première partie de cette étude a vocation à expliquer pourquoi).

Conséquences en termes de prévention de la criminalité ensuite. La réponse pénale ou sanitaire adaptée aux malades mentaux peut être très différente de celle destinée aux criminels souffrant de troubles de la personnalité. On peut difficilement comprendre la différence entre l'hospitalisation d'office et la « rétention de sûreté » si l'on ne distingue pas maladie mentale et trouble de la personnalité.

Pour prendre des décisions adaptées, en tant que législateur ou acteur du monde judiciaire et sanitaire, il est indispensable de connaître avec précision ces phénomènes complexes : pourquoi un homme atteint de maladie mentale est irresponsable pénalement si son discernement est « aboli », mais non s'il est seulement « altéré » ? Comment traiter un criminel souffrant à la fois d'une maladie mentale et d'un trouble de la personnalité ? Un schizophrène a-t-il davantage de risque de commettre des violences qu'une personne lambda ? Dans quelle mesure des obligations de soin en dehors de l'hôpital peuvent-elles réduire le risque de récurrence d'un malade mental dangereux ?

Cette étude se propose de répondre de manière synthétique à ce type de questions, incontournables pour toute personne attachée à la réduction de la violence en France. Elle est par

On peut difficilement comprendre la différence entre l'hospitalisation d'office et la « rétention de sûreté » si l'on ne distingue pas maladie mentale et trouble de la personnalité.

¹ Le Canard enchaîné, 4 août 2010



Cette étude est par ailleurs susceptible d'éclairer les débats parlementaires à venir autour de deux textes de loi

ailleurs susceptible d'éclairer les débats parlementaires à venir autour de deux textes de loi :

- une proposition de loi sénatoriale « relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits », déposée le 7 juillet 2010
- Un projet de loi gouvernemental « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », adopté le 5 mai 2010 en conseil des ministres

MALADIE MENTALE, TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET RESPONSABILITE PENALE

1. La responsabilité pénale des malades mentaux

1.1. Le principe de la responsabilité pénale

Le principe de responsabilité pénale a un double fondement philosophique et criminologique. Philosophiquement, la responsabilité n'a de sens que si elle s'adresse à un sujet doté de libre arbitre : c'est parce qu'il était en son pouvoir de ne pas commettre l'infraction qu'il est légitime de punir celui qui a violé la loi. A l'inverse, il ne paraît pas légitime de sanctionner quelqu'un qui ne pouvait exercer aucun contrôle sur ses actes. D'un point de vue criminologique, l'efficacité de la sanction – et non pas seulement sa légitimité – dépend du degré de rationalité et de contrôle de soi du délinquant : s'il n'est pas en capacité d'anticiper la punition et d'adapter son comportement en conséquence, la sanction perd alors son efficacité *dissuasive*.

Ainsi, il est clair qu'un schizophrène qui, en proie à des visions effrayantes, agresse autrui parce qu'il pense qu'il est l'incarnation de quelque démon, ne peut être tenu pour responsable de ses actes et n'est à l'évidence pas dans un état dans lequel la perspective d'être sanctionné pénalement pourrait freiner son geste.

Mais le « délire » du malade mental peut être d'intensité variable. C'est pourquoi l'article 122-1 du Code pénal établit une distinction entre l'abolition du discernement et sa simple altération :

**C'est pourquoi
l'article 122-1 du
Code pénal établit
une distinction entre
l'abolition du
discernement et sa
simple altération**

« 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. » (art. 122-1 CP)

On peut être influencé par un trouble mental sans perdre le contrôle de soi – et sans perdre de vue les conséquences pénales de ses actes. C'est le cas par exemple d'un malade mental qui, dans un état dénué d'hallucination, commet un vol avec violence pour pouvoir s'acheter du cannabis. On peut souffrir de troubles mentaux et vouloir consciemment commettre une infraction.

On peut rapprocher l'altération du discernement d'un criminel souffrant de troubles mentaux de l'état psychologique d'un auteur

de crime passionnel. L'intense jalousie qui peut envahir un homme ne peut manquer d'*altérer* son discernement immédiat – et peut le conduire à des réactions violentes et impulsives. Mais ce type de choc émotionnel ne sera jamais – contrairement aux délires psychotiques sévères – susceptible d'*abolir* son discernement : l'homme reste capable de se dominer moralement et de voir son geste freiné par sa conscience ou la perspective de longues années d'incarcération.

Dans les deux cas, l'altération du discernement peut justifier l'atténuation de la peine, tant du point de vue de la responsabilité morale de l'auteur que de la moindre utilité dissuasive de la peine².

Toutefois, deux différences importantes séparent les deux situations. Qu'ils soient responsables pénalement ou non, les malades mentaux ont besoin de soins thérapeutiques pour atténuer leurs troubles – ce qui n'est évidemment pas le cas des auteurs de crime passionnel. Ces derniers sont en outre rarement dangereux : l'utilité, en termes de prévention de la criminalité, de mesures de *neutralisation* à leur égard est généralement nulle. Il en va différemment, en revanche, des psychotiques qui sont parfois dangereux tant vis-à-vis d'eux-mêmes que d'autrui, ce qui peut justifier des mesures d'hospitalisation et de soins sous contrainte à l'issue de la sanction pénale, jusqu'à ce que cet état dangereux soit surmonté.

Pour certains, toutefois, la sanction n'aurait « pas de sens » dès lors qu'elle s'adresse à une personne souffrant de troubles mentaux, et ce même si son discernement n'avait pas été aboli au moment des faits. Un rapport parlementaire récent a ainsi exprimé ses doutes quant à la possibilité de favoriser *en prison* la réinsertion d'une personne souffrant de maladie mentale, dans la mesure où la fonction pénale de réinsertion impliquerait « une prise de conscience des motifs ayant justifié la condamnation, un retour sur soi, une capacité à se réintégrer dans la vie 'normale' »³.

Il faut d'abord se demander si la peine avait un sens pour l'individu au moment où il a commis l'infraction

Pourtant, ces éléments n'épuisent pas le sens de la peine, qui ne se limite pas à la réinsertion. Il faut d'abord se demander si la peine avait un sens pour l'individu au moment où il a commis l'infraction (auquel cas la peine a une légitimité philosophique et une efficacité dissuasive). En outre, lorsque la personne est capable, au moment de l'infraction, d'anticiper les conséquences de ses actes, il est rare qu'une fois incarcérée, elle ne puisse pas comprendre le sens de la peine qui lui a été imposée – sauf détérioration manifeste de son état lors de son séjour en prison, qui doit être évité par l'amélioration des soins dispensés en détention,

² On pourrait en conclure à l'inverse, que le plus faible impact dissuasif nécessite une peine encore plus élevée, mais c'est contraire au sentiment de Justice comme à « l'efficience » globale du système : si, par exemple, faire passer la peine moyenne des crimes passionnels de 10 à 30 ans de prison ne parvenait qu'à dissuader un seul homicide supplémentaire (sur 300) par an, on pourrait juger que l'effet dissuasif est obtenu à un coût prohibitif.

³ Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois du Sénat, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Par BARBIER Gilbert, DEMONTÈS Christiane, LECERF Jean-René, MICHEL Jean-Pierre.

mais qui ne justifie pas de remettre en cause la peine prononcée. Car la sanction est légitime et utile dès lors qu'elle s'adresse à un individu responsable.

1.2. La réponse pénale et sanitaire adaptée

La réponse appropriée aux auteurs d'infraction souffrant d'une maladie mentale pourrait être la suivante :

- en cas d'irresponsabilité pénale : hospitalisation sous contrainte tant que dure l'état dangereux
- en cas d'altération de la responsabilité et de dangerosité élevée : sanction pénale atténuée suivie d'une hospitalisation sous contrainte (cette formule n'existant pas encore dans le système actuel)
- En cas d'altération de la responsabilité et de dangerosité faible ou modérée : sanction pénale atténuée suivie d'une obligation de soin en milieu ouvert

Le tableau ci-dessous récapitule ce schéma théorique :

Auteurs d'infraction souffrant de maladie mentale		
Discernement	Responsabilité pénale	Mesures appropriées
Aboli	Irresponsabilité	Hospitalisation sous contrainte (HC)
Altéré	Responsabilité atténuée	Peine atténuée + HC / oblig. soins

Le droit français ne répond pas au schéma ci-dessus dans les cas d'altération du discernement, aujourd'hui problématiques. En effet, d'après les praticiens, il n'est pas rare que les tribunaux prononcent des peines *supérieures* – et non atténuées – pour les personnes dont le discernement est altéré. Comme il n'existe pas de possibilité de placement d'office en hôpital psychiatrique à l'issue de leur peine, les magistrats et jurés préfèrent garantir la protection de la société par une peine plus élevée à vocation neutralisante.

Un système mieux conçu doit pourtant réussir à conjuguer la sécurité de tous avec une légitime atténuation de la responsabilité du malade.

Un système mieux conçu doit pourtant réussir à conjuguer la sécurité de tous avec une légitime atténuation de la responsabilité du malade. Une possibilité serait de prévoir des mesures d'hospitalisation sous contrainte à l'issue de la peine. Dès 2006, la commission des lois du Sénat envisageait d'ailleurs un tel système, avec la possibilité d'accueillir les malades mentaux dangereux à l'issue de leur peine dans des « structures hospitalières qui pourraient constituer des unités hospitalières spécialement aménagées de long séjour »⁴.

Une proposition de loi sénatoriale déposée le 7 juillet 2010 (« relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur

⁴ Rapport d'information n° 420 (2005-2006) de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, fait au nom de la commission des lois et de la mission d'information de la commission des lois du Sénat, déposé le 22 juin 2006.

discernement au moment des faits») aborde cette question sans toutefois y répondre de façon pleinement satisfaisante.

Le texte prévoit de façon cohérente une réduction d'un tiers de la peine encourue en cas « d'altération » de la responsabilité pénale en raison de troubles mentaux. Mais il ne prévoit pas la possibilité pour un magistrat de placer la personne en hospitalisation d'office à l'issue de sa peine.

Or les auteurs d'infraction dont la responsabilité a été altérée par un trouble mental doivent pouvoir être suivis de près. Non seulement la fin de leur peine ne signifie pas la fin de leurs troubles et de leur dangerosité – ce qui peut justifier une hospitalisation à vocation neutralisante dès la sortie de prison. Mais toute transition de ces personnes d'une vie close et ordonnée (en prison ou en hôpital) vers l'autonomie totale doit être progressive et surveillée sous peine de rechute (voir infra). L'hospitalisation d'office, par ses possibilités de sortie à l'essai, permet un tel suivi.

C'est pourquoi la proposition de loi sénatoriale gagnerait à élargir aux délinquants et criminels dont la responsabilité a été altérée le dispositif de l'article 706-135 du code de procédure pénale dont voici un extrait :

« Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'hospitalisation d'office de la personne » (706-135 CPP)

Une solution intermédiaire consisterait à placer le délinquant en « appartement thérapeutique » (voir infra) dont l'intérêt est également de faciliter la transition à la sortie d'un séjour en prison ou en hôpital psychiatrique. Et lorsque le détenu ne présente pas de dangerosité particulière, une simple obligation de soin peut être suffisante.

2. La problématique des troubles de la personnalité et du comportement

La prise en compte des troubles du comportement et de la personnalité vient compliquer ce tableau.

La prise en compte des troubles du comportement et de la personnalité vient compliquer ce tableau. Il s'agit en effet de troubles susceptibles d'accroître considérablement la dangerosité de l'individu mais pour lesquels il n'existe pas nécessairement de traitement connu.

2.1. Définition de ces troubles

Que sont ces troubles ? Parmi les troubles du *comportement*, on peut d'abord noter les troubles très rares que constituent la *cleptomanie* et la *pyromanie*. Plus fréquents sont les troubles du comportement de nature *sexuelle*.

Ces derniers sont particulièrement apparents dans le cas de certains *pédophiles* attirés par les garçons et que la psychiatrie

Florence Thibaut décrit de la façon suivante : « Il s'agit de véritables prédateurs, obsédés par leur désir sexuel, ils sont en recherche permanente de victimes potentielles. Le nombre moyen de victimes est estimé à 30 à 40 par sujet pédophile au cours de sa vie entière. (...) Il s'agit d'un trouble du comportement sexuel quasi exclusivement masculin »⁵.

Le pédophile prédateur Francis Evrard

Francis Evrard est le type même du pédophile prédateur de garçons. A 16 ans, il est envoyé en camp de redressement après avoir fait une première victime. Condamné à de multiples reprises pour attouchements et viols sur mineurs, il est condamné à 27 ans de prison en 1989. Il en sort au bout de 20 ans, pour récidiver aussitôt (agression du petit Enis, 5 ans). En garde à vue, il déclare aux enquêteurs qu'il aurait « connu » une quarantaine d'enfants. Il a passé les deux tiers de sa vie d'adulte en détention.

La réalité de cette pathologie est notamment attestée par les cas de pédophiles qui se portent volontaires pour suivre un traitement hormonal inhibiteur de libido (« castration chimique ») et qui sont réellement soulagés car « libérés temporairement des pulsions insupportables qui les envahissent »⁶. Une revue de la littérature scientifique réalisée en 2009 rapporte par ailleurs qu'un certain nombre « d'anomalies cognitives et neurobiologiques » ont été identifiées chez les pédophiles⁷.

Le principal trouble de la personnalité lié à la délinquance et à la violence est la psychopathie

Mais le principal trouble de la *personnalité* lié à la délinquance et à la violence est la *psychopathie*. La psychopathie est encore absente en tant que telle dans les classifications internationales (qui retiennent la « personnalité anti-sociale »⁸), mais « tend à être reconnue comme une entité clinique distincte »⁹.

Le trouble se définit par un ensemble de caractéristiques incluant l'absence d'affects et d'empathie (froideur affective), l'impulsivité et la fréquence de comportements anti-sociaux¹⁰. Ces traits sont en partie héréditaires¹¹, apparaissent dès l'enfance et sont

⁵ <http://www.afpb.asso.fr/index.php?id=86>.

⁶ Citation de la psychiatre Christiane de Beaurepaire in Slate, « Que faire des délinquants sexuels ? », vendredi 9 octobre 2009.

⁷ Baratta A., Weiner L., Di Santi C. et al. « Pédophilie et anomalies neurobiologiques. Etat des connaissances en 2009 ». *Journal de Médecine Légale droit Médical*, 2009 (52) : 59-64.

⁸ « Le diagnostic de psychopathie a souvent à tort été utilisé de manière équivalente avec celui de personnalité antisociale du DSM (PAS). La psychopathie, définie selon [l'échelle de psychopathie de Hare], se distingue du trouble de la PAS par le fait qu'elle ne comprend pas uniquement des comportements antisociaux ; elle met l'emphase sur un certain nombre de traits de personnalité associés historiquement à la psychopathie (...). Un sujet « psychopathe » présente nécessairement une personnalité antisociale alors que l'inverse n'est pas systématique. La prévalence des deux diagnostics varie considérablement parmi les détenus : 50-80 % pour la PAS selon la littérature (Côté, 2000) contre 5-10% en Belgique Francophone (Pham, 1998, pour un point de coupure à 30). » Pham, « Outils d'évaluation chez l'adulte », Audition publique Prise en charge de la psychopathie

⁹ Pham, Thierry, « Outils d'évaluation chez l'adulte », *Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique*. Décembre 2005.

¹⁰ Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd Edition. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

¹¹ Voir Viding, Essi; Blair, R. James R.; Moffitt, Terrie E.; Plomin, Robert (2005). "Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46 (6): 592 ; Larsson, H., Tuvblad, C., Rijdsdijk, F. V., Andershed, H., Grann, M. &

relativement stables tout au long de l'adolescence¹². Des travaux récents en neuroscience mettent également en évidence des différences significatives dans la configuration du cerveau entre psychopathes et non-psychopathes¹³. Des facteurs environnementaux, comme la maltraitance durant l'enfance peuvent également jouer un rôle dans le développement de dispositions psychopathiques¹⁴.

Guy George, tueur en série psychopathe

Guy George est le type même du criminel psychopathe : absence d'émotion (aucune empathie, pas de remords), forte impulsivité, et à son actif la commission de multiples viols et violences, et de sept meurtres. Avant l'âge de 15 ans, il avait déjà commis des vols et une agression violente sur sa sœur adoptive. A 29 ans, après avoir passé près de dix ans (cumulés) en prison, il commet son premier meurtre. Il assassinera ensuite 6 autres jeunes femmes avant d'être arrêté en 1997, à 34 ans – et condamné à la réclusion criminelle à perpétuité, avec libération conditionnelle possible à partir de 2020.

La psychopathie, évaluée par un test intitulé « l'échelle de psychopathie de Hare » (PCL-R), est le diagnostic « le plus fréquemment associé aux délits en général et aux délits violents en particulier »¹⁵, ainsi que le meilleur prédicteur de la récurrence générale et violente¹⁶, en Amérique comme en Europe.

C'est pourquoi l'échelle de psychopathie de Hare a été incluse comme item à part entière dans les échelles d'évaluation du risque de récurrence telles que le VRAG (Violence Risk Appraisal Guide), la HCR-20 (Historical Clinical Risk-20 items) ou la SVR-20 (Sex violence risk-20 items). Contrairement à la majorité des pays occidentaux toutefois, l'échelle de psychopathie de Hare n'a pas été validée en France – qui reste réticente à la plupart des échelles d'évaluation de la dangerosité (voir infra).

Parce qu'ils ne se manifestent pas sous la forme de délires pouvant faire perdre toute conscience rationnelle à l'individu, ces troubles ne peuvent en aucun cas abolir son discernement ou sa responsabilité.

2.2. Responsabilité et réponse pénale

Parce qu'ils ne se manifestent pas sous la forme de délires pouvant faire perdre toute conscience rationnelle à l'individu, ces troubles ne peuvent en aucun cas abolir son discernement ou sa responsabilité. Une simple « altération » du discernement est également difficile à envisager : même si une personne atteinte

Lichtenstein, P. (2007). A common genetic factor explains the association between psychopathic personality and antisocial behavior. *Psychological Medicine*, 37, 15-26 ; Viding, E., Frick, P. J., & Plomin, R. (2007). Aetiology of the relationship between callous/unemotional traits and conduct problems in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 190 (suppl. 49), s33-s38.

¹² Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 155-165.

¹³ Voir par exemple Craig et al., "Altered connections on the road to psychopathy". *Molecular Psychiatry*, 2009 ; Buckholtz, et al., « Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits ». *Nature Neuroscience*, 13, 429-431, 2010

¹⁴ Weiler, B. L., & Widom, C. S. (1996). Psychopathy and violent behaviour in abused and neglected young adults. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 253-271.

¹⁵ Pham, Thierry, « Outils d'évaluation chez l'adulte », *Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique*. Décembre 2005.

¹⁶ Bénézech, Michel, « Introduction à l'étude de la dangerosité », in de Baurepaire, C., Bénézech, M. et Kottler, C (sous la dir.), *Les dangerosités*, Paris : John Libbey, 2004.

d'un trouble du comportement doit faire davantage d'efforts qu'une personne « normale » pour se contrôler, elle demeure responsable d'actes qu'elle choisit de faire en toute conscience.

**Il est indispensable,
pour protéger la
société d'un état
parfois incurable,
de prévoir des
mesures
neutralisantes de
sûreté lorsque ces
troubles accroissent
nettement la
dangerosité de
l'individu**

En revanche, parce que ce sont de réels troubles, il est envisageable de faire purger la peine des personnes qui en souffrent dans ces centres médico-socio-psychologiques plutôt qu'en détention. Mais, quelle que soit la nature du centre de détention, il est indispensable, pour protéger la société d'un état parfois incurable, de prévoir des mesures neutralisantes de sûreté lorsque ces troubles accroissent nettement la dangerosité de l'individu.

Les dispositifs néerlandais et canadien sont à cet égard instructifs. Aux Pays-Bas, les criminels responsables pénalement, mais considérés comme dangereux en raison des troubles dont ils souffrent, peuvent être placés sous « TBS »¹⁷, une structure de soins, pour une durée potentiellement illimitée¹⁸. Au Québec, le système judiciaire prévoit également des régimes de peine indéterminée pour les criminels considérés comme les plus dangereux. A la différence des Pays-Bas, toutefois, il s'agit de sentences pénales exécutées en détention.

La « rétention de sûreté », introduite en France par la loi du 25 février 2008, constitue un modèle « intermédiaire » : elle permet le placement des criminels ayant un trouble grave de la personnalité et jugés dangereux dans des centres médico-socio-psychologiques pour une durée indéterminée, à l'issue d'une peine de prison au moins égale à 15 ans.

Le grave défaut de ce système est toutefois de faire l'impasse sur le cas de criminels dangereux, ayant un lourd passé judiciaire, mais dont la dernière infraction n'est pas jugée suffisamment grave par elle-même pour conduire à une peine de 15 ans d'emprisonnement. En l'état des pratiques, les magistrats français tendent en effet à prononcer des peines essentiellement liées à la gravité de l'infraction, sans prendre suffisamment en compte le passé judiciaire de l'individu (le nombre d'infractions commises dans le passé étant le meilleur prédicteur de la récidive – voir infra).

¹⁷ « Terbeschikkinggestelden », littéralement « mise à disposition dans un établissement.

¹⁸ « Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ? » Rapport d'information n° 420 (2005-2006) de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, page 41 et suivantes.

Exemple de cas traité au Québec – et non « couvert » par la législation française

Source : *Rapport n° 174 fait au nom de la commission des Lois du Sénat, relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (2008), par M. Jean-René Lecerf, page 208.*

« En mars 2002, X. s'est introduit par effraction dans le domicile de sa voisine avec un fusil et, sans user de la menace de son arme, s'est livré à un attouchement sur les seins de la victime.

L'accusé plaide coupable sur les deux chefs d'inculpation retenus contre lui. Le rapport présentiel établi par les services d'enquête fait état de très nombreux antécédents concernant le plus souvent des infractions sexuelles dont certaines d'ailleurs d'une plus grande gravité que celle justifiant la dernière comparution. Ces infractions avaient entraîné jusqu'alors des condamnations pour des périodes généralement inférieures à 2 ans. Le dossier soulignait aussi l'échec des différentes démarches thérapeutiques conduites jusque-là.

Ces considérations ont conduit le procureur de la République à saisir le juge d'une demande de déclaration de délinquant dangereux qui a finalement été prononcée.

Le cas peut paraître paradoxal, il est néanmoins révélateur : le dernier fait délictueux commis par X ne conduit à la peine indéterminée que parce qu'il est la suite d'une longue série d'infractions et que ce comportement déviant paraît sans remède. En d'autres termes, la gravité de l'acte est moins déterminante que la dangerosité persistante qu'il révèle. »

Le cas Guy George, à l'inverse, montre bien les limites du dispositif – et les conséquences de jugements qui ne tiennent pas compte du passé judiciaire de l'accusé.

Si la mesure avait existé en 1987, un prédateur comme Patrice Evrard aurait pu – et dû – être placé en rétention de sûreté à sa sortie de prison. A l'inverse, le cas Guy George déjà évoqué montre bien les limites du dispositif – et les conséquences de jugements qui ne tiennent pas compte du passé judiciaire de l'accusé.

En effet, lorsque Guy George comparaît à 30 ans devant le tribunal pour avoir agressé une jeune femme, tenté de lui imposer une fellation, et l'avoir frappée avec son couteau (avant qu'elle ne parvienne à s'échapper), son casier judiciaire adulte est rempli des condamnations suivantes :

- 1 an de prison pour deux vols commis avec violence (coups de couteau)
- 5 mois de prison pour « vol à l'arraché »
- 18 mois de prison pour « attentat à la pudeur » (tentative de viol avec coups de couteau au cou)
- 10 ans de prison pour « viol avec violence » (imposition d'une fellation, viol et coups de couteau)
- 8 mois de prison pour s'être évadé de sa « semi-liberté »

La dernière agression de Guy George l'aurait conduit à être condamné à une peine indéterminée au Canada (« parce qu'[elle] est la suite d'une longue série d'infractions et que ce comportement déviant paraît sans remède »). Mais en France, il a été condamné à deux ans de prison ferme... et il a tué 6 jeunes femmes à sa sortie.

3. Les cas de « comorbidité » troubles mentaux / troubles de la personnalité

Il reste à examiner la situation des personnes souffrant à la fois d'une maladie mentale (schizophrénie, troubles bipolaires) et de troubles de la personnalité (psychopathie...). Il ne s'agit pas d'un cas d'école : il n'y a pas d'étanchéité naturelle entre les malades mentaux d'un côté, susceptibles de présenter une dangerosité dite « psychiatrique »¹⁹ et ceux qui souffrent d'un trouble du comportement ou de la personnalité, susceptibles de présenter une dangerosité dite « criminologique »²⁰.

3.1. Dangerosité psychiatrique et criminologique

On distingue généralement en France la dangerosité psychiatrique, qui serait « 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 »²¹, tandis que la dangerosité criminologique serait « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens »²². Cette distinction, à première vue, correspond bien à la distinction réalisée dans les deux sections précédentes entre maladie mentale et trouble de la personnalité.

Cette distinction entre dangerosité psychiatrique et criminologique est peu opérante en pratique parce que la dangerosité peut être liée à « la présence de facteurs de risque à la fois psychiatriques et criminologiques ».

Pourtant, cette distinction entre dangerosité psychiatrique et criminologique est peu opérante en pratique parce que la dangerosité peut être liée à « la présence de facteurs de risque à la fois psychiatriques et criminologiques »²³. Si des troubles psychotiques seuls, comme la schizophrénie, accroissent le risque de commission d'actes violents²⁴ (voir infra), et si des troubles seuls de la personnalité sont également un facteur de risque sérieux, la conjonction des troubles – également appelée « comorbidité » – est un facteur de dangerosité supplémentaire :

« Les personnes à haut risque criminel sont celles qui souffrent de la sommation de handicaps médicopsychologiques (trouble de la personnalité, pathologie de l'humeur, symptômes psychotiques, addictions, etc.) et de handicaps

¹⁹ La dangerosité psychiatrique serait « 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 », Commission Santé – Justice présidée par J.-F. BURGELIN, Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention de la récidive, Documentation française, 2005.

²⁰ La dangerosité criminologique serait « un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens », Ibid.

²¹ Commission Santé – Justice présidée par J.-F. BURGELIN, Santé, justice et dangerosités: pour une meilleure prévention de la récidive, Documentation française, 2005.

²² Ibid.

²³ Bénézech, Michel, « Introduction à l'étude de la dangerosité », in de Baurepaire, C., Bénézech, M. et Kottler, C (sous la dir.), Les dangerosités, Paris : John Libbey, 2004, page 15.

²⁴ Brennan, P. A. et Alden, A. (2006). « Schizophrenia and violence: the overlap ». in A. Raine (Ed.), Crime and Schizophrenia: Causes and Cures, New York: Nova Science Publishers.

sociaux (familles abusives, échec scolaire, absence d'emploi, marginalité) »²⁵.

Statistiquement, les facteurs de risques dits « criminologiques » prédisent d'ailleurs aussi bien la récidive chez les personnes souffrant d'une maladie mentale que chez les autres²⁶ (voir infra). L'échelle de psychopathie de Hare, par exemple, dont on a rappelé l'efficacité prédictive générale, prédit également de façon fiable la récidive violente chez les malades mentaux²⁷.

3.2. Quelle réponse pénale ?

Tout le problème réside dans la prise en charge de ces individus qui peuvent être responsables ou irresponsables pénalement, selon l'intensité de leurs troubles psychotiques.

Prenons l'exemple d'un individu souffrant de schizophrénie mais présentant également des troubles psychopathiques. En France, s'il est déclaré irresponsable pénalement après avoir commis un homicide, il sera hospitalisé d'office en hôpital psychiatrique... et fera le plus souvent l'objet d'une autorisation de sortie dès que ses troubles « psychiatriques » seront stabilisés. Car l'hospitalisation sous contrainte n'est théoriquement (et juridiquement) valable que s'il s'agit de soigner des troubles mentaux : la situation dans laquelle l'individu reste dangereux en raison de ses troubles de la personnalité n'est à l'heure actuelle pas suffisante (en théorie) pour justifier une prolongation de l'hospitalisation.

Cet écueil n'existe pas dans le système néerlandais, qui présente une cohérence conceptuelle incontestable.

Cet écueil n'existe pas dans le système néerlandais, qui présente une cohérence conceptuelle incontestable. Une personne souffrant *uniquement* de troubles mentaux – et ne présentant donc généralement pas de dangerosité dès lors que ces troubles sont stabilisés – se verra imposer (comme en France) :

- une hospitalisation psychiatrique si elle est irresponsable pénalement
- une incarcération avec accès à des soins si sa responsabilité pénale est seulement altérée.

A l'inverse, une personne présentant une forte dangerosité, liée notamment à la présence de troubles de la personnalité, parfois couplée à une maladie mentale, sera placée dans une structure de soins, le « TBS », pour une durée potentiellement indéterminée, qu'elle ait été déclarée responsable pénalement ou non. Le TBS a donc vocation à accueillir les profils suivants :

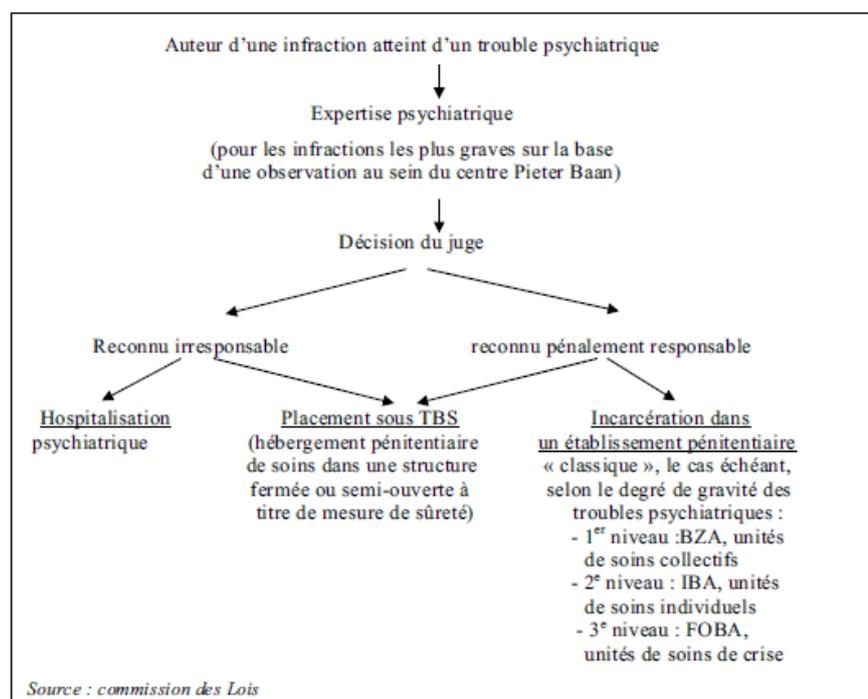
²⁵ Bourgeois, Marc-Louis, « Psychopathologie et comorbidité psychiatrique », in de Baurepaire, C, Bénézech, M. et Kottler, C (sous la dir.), Les dangerosités, Paris : John Libbey, 2004.

²⁶ Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.

²⁷ Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. Tengström A, Grann M, Långström N, Kullgren G. Karolinska Institutet, Division of Forensic Psychiatry, Stockholm, Sweden.

- Malades mentaux irresponsables pénalement et atteints de troubles de la personnalité (ces profils sont simplement placés en hôpital psychiatrique en France)
- Malades mentaux responsables pénalement et atteints de troubles de la personnalité (ces profils sont simplement placés en prison en France)
- Individus dénués de toute maladie mentale mais atteints de troubles graves de la personnalité ou du comportement – pédophilie, psychopathie (placés en prison en France, pour une durée souvent insuffisante).

Le système néerlandais²⁸ :



Il semble nécessaire de prévoir la possibilité de maintenir l'hospitalisation sous contrainte d'un individu reconnu pénalement irresponsable tant que sa dangerosité criminologique demeure élevée.

Dans le cas français, et pour résoudre l'écueil des personnes souffrant à la fois d'une maladie mentale et de troubles de la personnalité, il semble nécessaire, en l'absence de mesures de défense sociale type « TBS », de prévoir la possibilité de maintenir l'hospitalisation sous contrainte d'un individu reconnu pénalement irresponsable tant que sa dangerosité criminologique – et non seulement psychiatrique – demeure élevée.

Cela suppose des lieux adaptés pour une prise en charge sécurisée de ces profils, et adaptés à de longs séjours. Dans un rapport récent, des sénateurs envisagent à juste titre, pour ces situations, la création de « secteurs séparés » au sein des UHSA²⁹

²⁸ « Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ? » Rapport d'information n° 420 (2005-2006) de MM. Philippe GOUJON et Charles GAUTIER, page 43

²⁹ Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles du Sénat, par le groupe de travail sur la prise en charge des

(unités hospitalières spécialement aménagées – qui accueillent aujourd'hui uniquement les personnes détenues souffrant de maladie mentale).

Au total, les différents cas de figure d'une personne présentant une dangerosité « criminologique » élevée car atteinte d'un trouble grave de la personnalité sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

Auteurs d'infraction souffrant de troubles graves de la personnalité		
Responsabilité pénale	Mesure appropriée – court terme	Long terme
Irresponsabilité	Hosp°. ss contrainte lgue durée (HCL)	Mesure de défense sociale (TBS / peine indéterminée)
Responsabilité atténuée	Peine atténuée + HCL	
Responsabilité entière	Peine + HCL	

L'hospitalisation sous contrainte est ici qualifiée de « longue durée » car les troubles graves de la personnalité peuvent être incurables, justifiant une prise en charge de longue durée que ne permet pas l'hospitalisation d'office.

L'hospitalisation sous contrainte est ici qualifiée de « longue durée » car les troubles graves de la personnalité peuvent être incurables, justifiant une prise en charge de longue durée que ne permet pas l'hospitalisation d'office. Elle a vocation à s'appliquer aux individus dont la dangerosité est élevée.

Pour les délinquants ou criminels dont la dangerosité est évaluée comme « modérée », des mesures de soin ou de sûreté intermédiaires peuvent être envisagées (bracelet électronique, castration chimique, etc.).

personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Par BARBIER Gilbert, DEMONTÈS Christiane, LECERF Jean-René, MICHEL Jean-Pierre.

MALADIE MENTALE ET VIOLENCE : QUELS LIENS, QUELLES REPONSES ?

Depuis les années 1970, on a constaté chez bon nombre de praticiens et de familles de patients un refus de principe d'envisager qu'il puisse y avoir un lien entre violence et schizophrénie – i.e., que la schizophrénie puisse accroître le risque de passage à l'acte violent de l'individu.

Cette position était éminemment compréhensible : le fait de souffrir d'une maladie mentale constitue déjà un handicap, et il convient d'éviter tout risque de stigmatisation supplémentaire. Et ce d'autant plus que la grande majorité des malades mentaux ne sont pas violents, et que les malades mentaux ont plus de dix fois plus de chances d'être victimes de violence qu'une personne non malade³⁰.

Car rejeter tout lien entre maladie mentale et violence comporte un danger : celui de se priver de lutter efficacement contre le phénomène.

Toutefois, il est aujourd'hui nécessaire d'examiner les faits sans a priori. Car rejeter tout lien entre maladie mentale et violence comporte un danger : celui de se priver de lutter efficacement contre le phénomène et de laisser des patients commettre des actes de violence – lesquels ne manqueront pas d'accroître la stigmatisation des malades mentaux. Progresser dans la prévention de la violence chez les malades mentaux, c'est réduire la stigmatisation et la forte victimisation des malades mentaux.

1. Schizophrénie et violence : état des lieux de la littérature scientifique

Cette section se concentrera sur la schizophrénie, parce que c'est la maladie qui a été étudiée avec le plus de rigueur. Il faut néanmoins garder à l'esprit que ce qui est vrai pour la schizophrénie semble l'être également pour les troubles psychotiques en général et le trouble bipolaire³¹, mais pas pour la dépression majeure ou les troubles anxieux qui ne sont pas associés à de la violence.

La quasi-totalité des études réalisées depuis vingt ans montrent sans ambiguïté que les schizophrènes ont un risque supérieur à la moyenne de la population de commettre des actes de violence³². Une partie des études indique que, parmi les criminels ou jeunes

³⁰ Les schizophrènes non hospitalisés ont ainsi 14 fois plus de chances d'être victimes de violence que d'être arrêtés pour avoir commis des violences. J. S. Brekke, C. Prindle, S. W. Bae, and J. D. Long, Risk for Individuals With Schizophrenia Who Are Living in the Community, *Psychiatr Serv*, April 1, 2002; 53(4): 485 - 485

³¹ Troubles « significativement associés à la violence », selon Jean-Louis Senon, Cyril Manzanera, Mikael Humeau, Louise Gotzamanis, « Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? », *l'Information Psychiatrique*. Volume 82, Number 8, 645-52, Octobre 2006.

³² Voir notamment la méta-analyse, citée plus loin, de Brennan et Alden : Brennan, P. A. et Alden, A. (2006). « Schizophrenia and violence: the overlap ». in A. Raine (Ed.), *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures*, New York: Nova Science Publishers.

délinquants, la proportion de ceux souffrant de psychose ou de schizophrénie est supérieure à la moyenne. Les autres travaux révèlent que, parmi les patients souffrant de schizophrénie, la proportion de criminels et de violents est supérieure à la moyenne.

Au total, une méta-analyse³³ réalisée en 2006 regroupant les dix meilleures études réalisées sur la question a trouvé une forte corrélation (de 0,8) entre schizophrénie et violence³⁴. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette méta-analyse comprenait notamment un échantillon danois de près de 360 000 individus arrêtés pour infraction violente.

Tableau récapitulatif des études utilisées dans la méta-analyse

Study	Author	Year	N	Violence Measure
Australia	Mullen et al.	2000	552	Criminal conviction
Canada	Chuang et al.	1987	84	Self-report crimes against persons
Denmark	Brennan et al.	2000	358,180	Arrests for violent crime
Finland	Tiihonen et al.	1997	12,058	Violent crime in criminal register
New Zealand	Arsenault et al.	2000	961	Self-report and criminal convictions
Sweden	Lindqvist and Allebeck	1990	644	Official police register w/ 15 year follow-up
Switzerland	Modestin and Ammann	1996	564	Violent convictions
USA (ECA)	Swanson et al.	1990	10,059	Self-report violence
Washington DC	Shore et al.	1990	384	Arrests for violence w/ 10 year follow-up

On attribue environ 10 % des violences sérieuses et au moins 5 % des homicides à des personnes souffrant de psychose.

Conséquence : en Finlande, par exemple, un homme souffrant de schizophrénie a 8 fois plus de chances de commettre un homicide qu'un homme non malade³⁵. De manière générale, on attribue environ 10 % des violences sérieuses et au moins 5 % des homicides à des personnes souffrant de psychose³⁶.

Au total, il est désormais établi que la schizophrénie seule – indépendamment de tout autre trouble concomitant – accroît le risque de violence. Toutefois, la surreprésentation des malades mentaux dans les actes violents est aussi due au fait qu'ils sont également plus nombreux à souffrir d'autres troubles.

C'est le cas, en premier lieu, des addictions. On considère que près de 50 % des schizophrènes – soit 5 fois plus que la moyenne – connaissent un problème d'addiction à l'alcool ou aux

³³ Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes. La méta-analyse permet d'analyser plus précisément des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

³⁴ Brennan, P. A. et Alden, A. (2006). « Schizophrenia and violence: the overlap ». in A. Raine (Ed.), *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures*, New York: Nova Science Publishers.

³⁵ Arch Gen Psychiatry. 1996 Jun ; 53 (6) : 497-501. "Mental disorders and homicidal behavior in Finland". Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Department of Forensic Psychiatry, University of Kuopio, Niuvanniemi Hospital, Finland.

³⁶ Walsh E, Buchanan A, Fahy T: Violence and schizophrenia: examining the evidence. Br J Psychiatry 2002, 180:490-5. Des chercheurs canadiens vont jusqu'à affirmer que « 20 % des cas d'homicides [des pays scandinaves] sont attribuables à des psychotiques » : Dubreucq, Joyal et Millaud. « Risque de violence et troubles mentaux graves », *Annales médico-psychologiques*, vol. 163, no 10, 2005.

stupéfiants³⁷. Or l'addiction est un facteur de risque de violence bien établi.

La conjonction de troubles de la personnalité – comme la psychopathie – et de la schizophrénie n'a pas été étudiée avec la même rigueur que les addictions, mais certains chercheurs estiment qu'elle est significative³⁸. Or ce type de trouble accroît statistiquement le risque de passage à l'acte violent. Comme le rappelle le professeur Jean-Louis Senon, « certains patients schizophrènes récidivent non pas tant à cause de leur psychose schizophrénique mais du fait de l'association à une personnalité psychopathique sous-jacente »³⁹.

L'association de la schizophrénie à la violence s'explique de façon significative par la comorbidité avec d'autres troubles (addiction, troubles de la personnalité).

Ce point est important : l'association de la schizophrénie à la violence s'explique de façon significative par la comorbidité avec d'autres troubles (addiction, troubles de la personnalité). Cette découverte conditionne autant la nature des soins apportés aux malades mentaux que les décisions d'autorisation de sortie d'hôpital.

2. Identifier les patients les plus à risque

Le premier outil de prévention de la violence chez les malades mentaux est l'identification des patients les plus à risque de récidive. Car la nature et la durée d'une prise en charge adaptée dépendent étroitement du niveau de leur dangerosité potentielle.

2.1. Les facteurs de risque de récidive des malades mentaux

Contrairement à ce que l'on pourrait penser intuitivement, les symptômes *cliniques* (idées de persécution, délires grandioses, etc.) prédisent faiblement la récidive violente. Il apparaît en réalité que les facteurs de risque de violence les plus significatifs sont les mêmes chez les malades mentaux que dans la population générale.

Telle est la conclusion de l'étude de référence réalisée par James Bonta en 1998⁴⁰. Ce criminologue canadien a examiné, au sein d'une méta-analyse, les facteurs de risque de récidive violente des personnes souffrant d'une maladie mentale – tant ceux qui sortaient de prison que ceux qui ont bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale. Il a ainsi montré que les facteurs de risque de ces deux populations étaient comparables à la population générale, à savoir :

- nombre d'infractions réalisées précédemment

³⁷ Volavka Jan, « Treatment approaches to aggressive behavior in schizophrenia », in A. Raine (Ed.), *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures*, New York: Nova Science Publishers.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Jean-Louis Senon, Cyril Manzanera, Mikael Humeau, Louise Gotzamanis, « Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? », *l'Information Psychiatrique*, Volume 82, Number 8, 645-52, Octobre 2006.

⁴⁰ Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.

- commission d'infractions à l'adolescence
- traits de personnalité antisociaux
- troubles de l'addiction

Cela ne signifie pas que des symptômes de « rêveries diurnes d'agresser autrui » ou que la non-observance du traitement ne soient pas corrélés avec un plus grand risque de violence. Mais, comme le résume Jean-Luc Dubreucq, psychiatre à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, « les antécédents de violence constituent un meilleur facteur de prédiction de violence que les symptômes psychotiques »⁴¹.

On peut néanmoins distinguer deux types de profils à risque de violence. Chez certains patients, la violence est fortement associée à la psychose (délires de persécution, hallucinations auditives impérieuses) ; elle est alors « planifiée et dirigée vers le persécuteur » et l'acte a lieu « le plus souvent au domicile familial »⁴². Dans ce cas, le contenu délirant peut permettre de prévoir le passage à l'acte, souvent consécutif à l'interruption du traitement.

En revanche, chez bon nombre de patients, c'est la psychopathie sous-jacente qui cause la violence. Dans ce cas, l'acte est sans rapport avec le délire, « la victime n'est pas un membre de la famille, c'est une personne agressée par hasard dans un moment de frustration ou de refus de soumission »⁴³.

Dans les deux cas, toutefois, les facteurs de risques « criminologiques » (antécédents de violence, etc.) sont indispensables pour évaluer le risque de récidive.

2.2. Généraliser l'utilisation des échelles actuarielles avant toute remise en liberté

Malgré l'importance des critères « criminologiques » dans l'évaluation de la dangerosité la plupart des psychiatres français focalisent leur appréciation sur les seuls critères « cliniques ».

Malgré l'importance des critères « criminologiques » dans l'évaluation de la dangerosité, la plupart des psychiatres français focalisent leur appréciation sur les seuls critères « cliniques », faute de formation adaptée en criminologie. Il en résulte de nombreuses erreurs de diagnostic et des remises en liberté de patients présentant un risque élevé de récidive violente.

C'est la raison pour laquelle il est régulièrement envisagé de mieux « encadrer » les décisions de permission de sortie ou de levée d'hospitalisation sous contrainte. Le projet de loi Bachelot, adopté le 5 mai 2010 en Conseil des ministres, prévoit

⁴¹ Dubreucq, Joyal et Millaud. « Risque de violence et troubles mentaux graves », *Annales médico-psychologiques*, vol. 163, no 10, 2005. On peut également citer une étude montrant que les violences en milieu hospitalier ne sont pas majoritairement liées à des épisodes psychotiques (la majorité étant une réaction impulsive en réaction à une frustration) : C. D. Quanbeck, B. E. McDermott, J. Lam, H. Eisenstark, G. Sokolov, and C. L. Scott, *Categorization of Aggressive Acts Committed by Chronically Assaultive State Hospital Patients*, *Psychiatr Serv*, April 1, 2007; 58(4): 521 – 528.

⁴² Jean-Louis Senon, Cyril Manzanera, Mikael Humeau, Louise Gotzamanis, « Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? », *l'Information Psychiatrique*. Volume 82, Number 8, 645-52, Octobre 2006.

⁴³ *Ibid.*

ainsi de les conditionner, pour les patients les plus difficiles, à l'avis d'un collège de soignants en plus du certificat médical circonstancié du médecin qui prend en charge le patient, et de deux expertises⁴⁴.

Toutefois, si de telles précautions apparaissent nécessaires au regard des erreurs de diagnostic constatées, la solution la plus simple et la plus efficace serait d'améliorer l'évaluation de la dangerosité en faisant en sorte que les psychiatres prennent en considération les facteurs de risque criminologiques.

Il paraît indispensable de compléter le jugement clinique par l'utilisation généralisée des échelles d'évaluation de la dangerosité.

Pour ce faire, il paraît indispensable de compléter le jugement clinique par l'utilisation généralisée des échelles d'évaluation de la dangerosité, dont on a vu qu'elles étaient tout aussi prédictives de la récurrence pour les malades mentaux que pour les criminels de droit commun, pour les malades responsables pénalement que pour ceux irresponsables.

Les méthodes actuarielles reposent sur l'exploitation purement statistique de certaines caractéristiques de l'individu concerné : elles calculent une probabilité de récurrence (de 0 à 100 %) en se fondant sur des informations cliniques, sociales et institutionnelles dont il a été montré qu'elles sont fortement corrélées statistiquement à un risque de récurrence.

Le VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) est par exemple l'outil actuariel le plus utilisé en matière de prédiction d'actes de violence. Comme le montre le tableau ci-dessous, il comprend « des variables diagnostiques (trouble de la personnalité, schizophrénie, score de psychopathie) à côté de variables de type démographique (statut conjugal, âge lors du dernier délit) ou criminologique (antécédents de délits non violents, victimes de sexe féminin) »⁴⁵ :

⁴⁴ Exposé des motifs du projet de loi « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », adopté le 5 mai 2010 en conseil des ministres.

⁴⁵ M. Bénézech, et P. Le Bihan, T. Pham, « Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 167, Issue 1, February 2009.

Variables prédictives du VRAG et leur corrélation avec une récidive violente⁴⁶

Variable prédictive	Corrélation*
Score à l'échelle de psychopathie de Hare	0,34
Séparation d'avec l'un de ses parents avant 16 ans	0,25
Domage infligé à la victime	-0,16
Diagnostic de schizophrénie au DSM-III	-0,17
N'a jamais été marié (ou équivalent)	0,18
Inadaptation à l'école élémentaire	0,31
Infraction commise contre une femme	-0,11
Manquement antérieur à une période probatoire	0,24
Histoire de délits non violents	0,20
Age lors de l'infraction	-0,26
Histoire d'abus d'alcool	0,13
Diagnostic de troubles de la personnalité (DSM-III)	0,26

*Toutes les corrélations sont statistiquement significatives

L'intérêt prédictif des outils actuariels sur les évaluations cliniques est aujourd'hui incontestable.

L'intérêt prédictif des outils actuariels sur les évaluations cliniques est aujourd'hui incontestable, comme le rappelle James Bonta, solliciteur général du Canada, dans un rapport officiel⁴⁷ :

« À maintes reprises, des examens de la recherche montrent que les instruments actuariels donnent de meilleurs résultats que le jugement clinique ou professionnel lorsqu'il s'agit de prédire le comportement. La supériorité de la prévision actuarielle est démontrée pour l'évaluation de groupes de délinquants aussi différents que les délinquants souffrant de troubles mentaux et les délinquants sexuels ».

Une appréciation plus fiable de la dangerosité des personnes souffrant d'une maladie mentale permettrait bien sûr d'éviter des décisions aux conséquences dramatiques mais prévisibles au regard de critères criminologiques (voir un exemple en encadré). Mais elle permettrait également d'assurer un suivi intensif aux personnes à risque modéré à leur sortie d'hôpital comme à leur sortie de prison.

Jean-Pierre Guillaud, malade à la dangerosité prévisible

Jean-Pierre Guillaud est le schizophrène qui a tué, au hasard, un étudiant de 26 ans dans la rue à Grenoble le 12 novembre 2008. Il bénéficiait de permissions de sortie malgré des antécédents à eux seuls prédicteurs d'un risque extrêmement élevé de récidive violente :

- En 1989, il poignarde un clochard dans le ventre
- Le 8 mai 1995 : tentative d'agression d'un passant à l'arme blanche
- Le 10 mai 1995 : il poignarde un patient à l'arme blanche
- Plusieurs tentatives d'étranglement d'un autre patient hospitalisé
- 31 mai 2006 : il poignarde un pensionnaire d'une maison de retraite

Suite au meurtre de l'étudiant de Grenoble, il se déclarera soulagé car cela « faisait 20 ans qu'il essayait de tuer quelqu'un sans succès ».

⁴⁶ Bénézech, Michel, « Introduction à l'étude de la dangerosité », in de Baurepaire, C., Bénézech, M. et Kottler, C (sous la dir.), *Les dangerosités*, Paris : John Libbey, 2004, page 17.

⁴⁷ Bonta, James et Andrew, D. A., « Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité », Rapport pour spécialistes » Ottawa : Sécurité publique Canada, 2007, page 3.

On peut à cet égard noter que l'Etat de Washington utilise ces outils d'évaluation pour déterminer qui, parmi les personnes incarcérées souffrant d'une maladie mentale, bénéficiera d'une prise en charge intensive à sa sortie (et les premiers résultats sont extrêmement prometteurs⁴⁸). L'évaluation est réalisée via l'échelle LSI-R (l'une des plus utilisées).

3. Garantir la continuité des soins

Les ruptures de soin – comme l'arrêt d'un traitement – accroissent le risque de passage à l'acte violent. Pour assurer la continuité des soins, il convient à la fois de permettre une prise en charge hospitalière d'une durée suffisante, et d'améliorer le suivi du patient en dehors de l'hôpital.

3.1. Accroître les capacités d'accueil en hôpital psychiatrique

Un certain consensus existe aujourd'hui en France pour déplorer le manque de places en hôpital psychiatrique.

Un certain consensus existe aujourd'hui en France pour déplorer le manque de places en hôpital psychiatrique. Car, au-delà du progrès qu'a pu constituer la fin de l'asile et de la « déinstitutionnalisation » de l'après-guerre, la politique de réduction du nombre de lits installés « a atteint ses limites »⁴⁹, selon les termes du professeur Senon.

De fait, la file active de patients hospitalisés à temps complet (311 000 personnes) a augmenté de 22 % en 15 ans alors que le nombre de lits a été réduit de 56 % sur la même période⁵⁰. Au total, ce sont plus de 50 000 lits qui ont été supprimés entre 1980 et 2000.

Les conséquences sont extrêmement sérieuses. D'après un rapport officiel, l'intensification des sorties d'essai « semble assez souvent répondre à des contingences administratives plutôt qu'à de véritables motifs thérapeutiques »⁵¹. Selon le professeur Senon, le manque de lits génère « pour les pathologies chroniques des hospitalisations trop brèves », ne permet pas « de préparer des projets de sortie cohérents » et explique « des rechutes à brève échéance »⁵².

Au total, d'après le rapport de l'audition publique des 25 et 26 janvier 2007 sur « l'expertise psychiatrique pénale » :

⁴⁸ David Lovell, Ph.D., Gregg J. Gagliardi, Polly Phipps, Ph.D, "Washington's Dangerous Mentally Ill Offender Law: Was Community Safety Increased?", Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

⁴⁹ SENON J.L., septembre 2005, Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. In l'information psychiatrique, volume 80, N°7, pp 626-634.

⁵⁰ Etude d'impact pour le projet de loi gouvernemental « relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », adopté le 5 mai 2010 en conseil des ministres, page 9.

⁵¹ Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement (IGA, IGPN, IGN) Paris : Ministère de l'Intérieur, 2004, page 34.

⁵² SENON J.L., septembre 2005, Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. In l'information psychiatrique, volume 80, N°7, pp 626-634.

« La pression de la demande en hospitalisation complète est aujourd'hui telle que les établissements connaissent en quasi-permanence un manque de lits, qui génère un certain nombre d'effets pervers : accueil dans un autre secteur que celui d'appartenance du patient, augmentation du turn over et pression à la sortie, préoccupation prévalente des soignants pour les problèmes d'effectifs, risque de burn out des équipes, sollicitation des urgences, etc. Ce manque chronique de lits d'accueil dans les structures psychiatriques, (...) entraîne couramment des ruptures de soins »⁵³.

Renforcer la continuité de soins, par conséquent, passe en priorité par le renforcement structurel des capacités d'accueil.

3.2. Instaurer une obligation de soin « ambulatoire » et suivre de près les patients les plus à risque

Même si les hôpitaux psychiatriques étaient suffisamment nombreux pour assurer une prise en charge satisfaisante à tous les patients, il resterait indispensable de prévoir, à l'issue d'une hospitalisation sous contrainte, la possibilité de suivre l'état du patient par une obligation de soins hors de l'hôpital (« ambulatoire »).

En effet, le simple fait de ne plus être hospitalisé constitue un risque, même si les troubles du patient paraissent stabilisés. Car l'hospitalisation sous contrainte a deux conséquences structurelles : la personne n'a pas d'autre choix que de prendre son traitement et elle se voit privée d'accès aux produits psychoactifs (drogues, alcool) facilitant le passage à l'acte. A sa sortie, toutefois, son état peut se dégrader – et sa dangerosité augmenter – simplement parce que ces contraintes ont été levées : toute interruption du traitement ou ingestion de substances est alors susceptible de déclencher des troubles sévères chez le malade, dont les conséquences peuvent être fatales pour autrui comme pour lui-même.

Pour que le risque de rechute soit minimisé, il est impératif de vérifier régulièrement l'état du patient – et de ne jamais laisser sans suite un manquement à un rendez-vous médical.

C'est pourquoi l'obligation de soin « ambulatoire » est déterminante. Pour que le risque de rechute soit minimisé, il est impératif de vérifier régulièrement l'état du patient – et de ne jamais laisser sans suite un manquement à un rendez-vous médical. En cas de doute sur l'état du patient et sur l'observance de son traitement, la personne doit pouvoir être ré-hospitalisée dans les meilleurs délais.

Ces mesures n'existent pas encore en France mais figurent dans le projet de loi sur la santé mentale déposé à l'Assemblée nationale le 5 mai dernier.

Le cas finlandais illustre de façon radicale la nécessité de pouvoir imposer des soins ambulatoires à des patients potentiellement dangereux. Lorsque la Finlande a abandonné en

⁵³ Sous la direction de Jean-Louis Senon, Jean-Charles Pascal et Gérard Rossinelli, Expertise psychiatrique pénale : audition publique, 25 et 26 janvier 2007, Montrouge : J. Libbey Eurotext, Paris : Fédération française de psychiatrie, 2007, page 16.

1978 l'obligation de suivi externe post-hospitalisation pour les patients ayant commis un crime violent, le nombre de meurtres et d'agressions commis par ces patients a fortement augmenté⁵⁴.

Le système ne peut fonctionner, toutefois, que s'il existe suffisamment de lits d'hôpital psychiatrique pour réhospitaliser en urgence les personnes qui ne respecteraient pas l'obligation de soin ambulatoire et qui présenteraient un risque sérieux pour elles-mêmes et pour autrui.

Faute de lits en nombre suffisant, le projet de loi sur la santé mentale ne pourra pas avoir l'impact espéré – à moins d'identifier les personnes les plus à risque de violence et de leur permettre d'être réhospitalisées en priorité en cas de rechute. C'est d'ailleurs ce que le programme de l'Etat de Washington déjà mentionné prévoit pour les sortants de prison souffrant d'une maladie mentale.

L'importance de la continuité des soins ne se limite pas à la sortie de l'hôpital psychiatrique. Elle doit impérativement s'appliquer également à la sortie de prison.

Rappelons-le, l'importance de la continuité des soins ne se limite pas à la sortie de l'hôpital psychiatrique. Elle doit impérativement s'appliquer également à la sortie de prison – ce qui est assez mal réalisé en France à l'heure actuelle (manque de coordination entre les services médico-psychiatrique régionaux (SMPR) qui suivent les détenus et les secteurs de psychiatrie générale).

Signalons à cet égard l'existence, à Erstein en Alsace, d'un dispositif prometteur destiné aux malades mentaux, qu'ils sortent de prison ou d'un hôpital. Il s'agit d'appartements thérapeutiques qui s'adressent à ces malades parfois qualifiés de « marginaux », dont les caractéristiques sont l'addiction, des admissions multiples à l'hôpital, parfois des séjours en prison, et une inadéquation sociale générale.

Une palette d'interventions possibles doit être disponible à la sortie de prison des malades, selon leur degré de risque : de l'hospitalisation d'office décidée par le juge (voir supra) à l'obligation de soin ambulatoire en passant par un placement en appartement thérapeutique.

⁵⁴ « Jusqu'en 1978, les patients, une fois sortis de l'hôpital, pouvaient être contraints à un suivi externe. Plusieurs études ont montré qu'aucun d'entre eux n'avait commis de crimes violents sur une période de quatre à neuf ans. Puis la loi a changé. Elle n'autorise plus l'obligation d'un suivi externe. Sur une période de huit ans, après la sortie de l'hôpital, les patients qui n'étaient donc plus contraints aux soins psychiatriques ont commis sept meurtres et neuf agressions graves. Les chercheurs finlandais estiment qu'au cours de la première année suivant la sortie de l'hôpital, les patients qui se sont vus imposer, à la suite d'un crime, une hospitalisation en psychiatrie sans obligation de soins à la sortie ont un risque d'homicide 300 fois plus grand que le risque de la population générale ». Dubreucq, Joyal et Millaud. « Risque de violence et troubles mentaux graves », Annales médico-psychologiques, vol. 163, no 10, 2005.

SYNTHÈSE DES PISTES ENVISAGÉES

Pour diminuer le risque de récidive et assurer une meilleure prise en charge des malades mentaux, il convient :

Pour diminuer le risque de récidive et assurer une meilleure prise en charge des malades mentaux incarcérés à leur sortie de prison, il convient :

- D'évaluer systématiquement leur dangerosité à l'aide des méthodes fiables et objectives que constituent les échelles actuarielles
- De permettre au juge, pour les détenus les plus à risque de récidive, de les placer directement en hospitalisation de long séjour (voir ci-dessous) à leur sortie de prison – ou dans des appartements thérapeutiques lorsque le risque est modéré
- D'atténuer la peine des malades mentaux dont le discernement a été altéré, la protection de la société étant garantie par leur hospitalisation à leur sortie de prison.

Pour diminuer le risque de récidive et assurer une meilleure prise en charge des auteurs d'infraction hospitalisés d'office, il convient :

- D'accroître le nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques pour mieux soigner les patients et éviter des permissions de sortie dictées par le manque de place
- D'améliorer les décisions de sortie (d'essai ou définitive) par l'évaluation systématique de leur dangerosité à l'aide d'échelles actuarielles
- D'instaurer une obligation de soin « ambulatoire », comme le prévoit le projet de loi « Bachelot », pour mieux suivre les patients à risque modéré à leur sortie d'hôpital – avec ré-hospitalisation prioritaire en cas de risque de rechute

Pour mieux prendre en charge et neutraliser, tant qu'ils présentent un état dangereux, les malades mentaux à risque très élevé de récidive dans la durée, par exemple parce qu'ils souffrent également d'un trouble psychopathique :

- Créer une nouvelle forme d'hospitalisation sous contrainte « de long séjour », accessible à la fois aux auteurs d'infraction irresponsables pénalement et à ceux qui sortent de prison
- Par souci de protection des libertés individuelles, cette hospitalisation à durée indéterminée doit être prononcée – et levée – par un juge
- Elle pourrait avoir lieu, comme l'a préconisé la commission des lois du Sénat, dans des structures séparées au sein des UHSA, qui ont le double avantage d'être sécurisées par l'administration pénitentiaire et de permettre une continuité de soin pour ceux qui y seraient placés à l'issue de leur détention.

Pour diminuer le risque de récidive des personnes non malades mentales mais atteintes d'un trouble grave du comportement ou de la personnalité, trois solutions sont envisageables.

Pour diminuer le risque de récidive des personnes non malades mentales mais atteintes d'un trouble grave du comportement ou de la personnalité, trois solutions sont envisageables :

- Soit favoriser le prononcé par les magistrats de peines davantage neutralisantes pour les criminels dont le passé judiciaire chargé témoigne de la dangerosité
- Soit instaurer des peines de prison indéterminées, comme au Québec, pour les profils multirécidivistes les plus dangereux
- Soit élargir la rétention de sûreté pour en faire une mesure de défense sociale comparable à celles existant en Belgique ou aux Pays-Bas.

DERNIÈRES PARUTIONS

N°1 Réformer la procédure pénale : Audition devant la Commission Léger

par Stéphane Maitre, *avocat au barreau de Paris*

N°2 Le projet de loi pénitentiaire : Une dangereuse révolution

par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice* et
Stéphane Maitre, *avocat au barreau de Paris*

N°3 Récidive et dangerosité : La rétention de sûreté, et après ?

par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*,
Stéphane Maitre, *avocat au barreau de Paris* et
Jean-Pierre Bouchard, *psychologue et criminologue*

N°4 Humanisme, dignité de la personne et droits des détenus

par Stamatios Tzitzis, *philosophe, directeur adjoint de l'Institut de Criminologie de Paris*

N°5 Le crime incestueux : Une spécificité à identifier et à reconnaître

par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*

N°6 Proposition de réforme de l'expertise psychiatrique et de l'expertise psychologique judiciaires

par Jean-Pierre Bouchard, *psychologue et criminologue*

N°7 L'inexécution des peines de prison : Pourquoi tant de peines inexécutées ? Quelles solutions ?

par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*

N°8 Le coût du crime et de la délinquance

par Jacques Bichot, *économiste, professeur émérite de l'Université Lyon III Jean Moulin*

N°10 Le droit d'appel de la victime en matière pénale

Rapport du groupe de réflexion institué par l'Institut pour la Justice

N°11 Maladie mentale, troubles de la personnalité et dangerosité

par Xavier Bebin, *criminologue, délégué général de l'Institut pour la Justice*

À PARAÎTRE

N°12 La peine et son application : une justice aux deux visages ?

Actes du colloque du 8 octobre 2009 à l'Assemblée nationale

Les études et analyses de l'Institut pour la Justice, réalisées par des experts du champ pénal, ont vocation à éclairer le débat public sur les enjeux relatifs à la Justice pénale.

Les opinions exprimées dans ces études sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'association.

Contacts :

+ 33 (0)1 70 38 24 07

Email : publications@institutpourlajustice.com

Retrouvez l'ensemble des publications de l'Institut pour la Justice sur le site www.publications-justice.fr