

FICHE 13

La place des soins dans les dispositifs judiciaires et pénitentiaires

Résumé

Deux dates balisent la politique française de prise en charge sanitaire des personnes détenues. Le décret de 1986 qui a créé le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire, et la loi de 1994 qui établit que la prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée par le ministère de la Santé. Des équipes soignantes de l'hôpital interviennent en détention, tant pour les soins somatiques que psychiatriques, les détenus bénéficiant de l'assurance maladie. Dans cette fiche, il sera principalement question des troubles mentaux et des addictions.

Le lien entre violence et troubles mentaux a fait l'objet d'une audition publique de la Haute Autorité de Santé en 2011, pour éviter la stigmatisation des personnes présentant des pathologies psychiatriques sévères et rappeler que les malades mentaux sont plus souvent victimes qu'auteurs de violences dans nos sociétés. En effet, on constate une surestimation manifeste du risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux. L'audition de la Haute autorité de Santé visait également à mieux organiser les soins, afin de prévenir les rechutes et les ruptures de traitement qui peuvent être à l'origine de violences, en identifiant les facteurs cliniques de risque et en établissant des témoins d'alerte.

Selon l'état de la recherche, les troubles mentaux, et en particulier les troubles schizophréniques, peuvent majorer les risques de violence, particulièrement lorsqu'ils sont associés à une consommation abusive d'alcool ou de drogues, ou quand ces troubles évoluent sur une personnalité psychopathique.

La prévalence importante des troubles mentaux en détention justifie dans tous les pays la mise en place d'un dispositif de dépistage, de soins appropriés et d'articulation de la prise en charge à la sortie pour assurer la continuité des soins. Le fait que ce soit l'hôpital public, et plus particulièrement le secteur de psychiatrie, qui dispense les soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires, devrait favoriser la continuité des soins. Les soins prévus par la loi du 18 janvier 1994 sont organisés par la circulaire Santé Justice du 30 octobre 2012, qui propose un guide méthodologique à destination des équipes de santé et des pénitentiaires.

Cherchant à réduire le risque de récidive, la justice prononce des peines comportant des soins obligatoires qui s'appliquent à des personnes effectuant leur peine en milieu ouvert.

I. Problématique et enjeux

L'émergence d'une politique pénale tournée vers la gestion des risques n'est pas sans incidences sur le fonctionnement du dispositif de soins judiciairement contraints ainsi que sur le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (voir fiche 3 -L'appréhension de la dangerosité).

En effet, l'extension du domaine des soins contraints a accompagné la réintroduction de mesures de sûreté dans le droit pénal français. Leur but est de répondre à la persistance éventuelle d'un état dangereux après la peine. Leur régime juridique s'affranchit de ce fait des principes, et donc des limites, posés par le droit pénal classique, dont notamment, le principe suivant lequel la peine constitue une réponse à un acte précis, pénalement incriminé, et non à une éventualité susceptible de se réaliser dans le futur.

S'agissant des soins contraints, la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie avait permis l'orientation des toxicomanes vers des structures sanitaires afin de subir une cure de désintoxication. Toutefois, il s'agissait là d'une disposition visant la réhabilitation du délinquant.

Avec la loi du 17 juin 1998 instaurant le suivi socio-judiciaire, et applicable alors aux seuls délinquants sexuels¹, il s'agissait cette fois de prolonger une surveillance du condamné après l'accomplissement de la peine d'emprisonnement, en s'appuyant sur un volet sanitaire renforcé. En effet, parmi les obligations auxquelles pouvaient être soumises le condamné, et dont le non-respect pouvait entraîner un emprisonnement, figurait une injonction de soins.

Le régime de la peine de suivi socio-judiciaire a été progressivement renforcé dans sa dimension de contrôle social. En effet, la loi du 12 décembre 2005 a permis d'assortir le suivi socio-judiciaire du placement du condamné sous surveillance électronique mobile. Puis la loi du 10 août 2007 a fait de l'injonction de soins une obligation de principe puisqu'elle est obligatoirement ordonnée, sauf décision contraire expresse de la juridiction, dès lors qu'une expertise a conclu à la possibilité d'un traitement, le suivi socio-judiciaire comprenant ainsi une véritable obligation de traitement.

Cette évolution est parachevée avec un deuxième volet de la loi du 12 décembre 2005 et la loi du 25 février 2008 : la première institue la **surveillance judiciaire**, mesure de sûreté qui permet un contrôle social sur le condamné pour toute la durée effective de la peine, c'est-à-dire y compris à l'issue de la détention, pour un temps égal au crédit de réductions de peine. La deuxième de ces lois prévoit d'une part un contrôle social, cette fois au-delà de la durée de la peine, avec la **surveillance de sûreté** et, d'autre part, un degré de contrôle social considérablement durci puisqu'il va jusqu'à permettre l'enfermement après la peine : il s'agit de la **rétenion de sûreté**.

Ces trois mesures de sûreté supposent une expertise psychiatrique préalable se prononçant sur le risque de récidive et permettent le prononcé d'une injonction de soins (*voir fiche 3*).

Nombre de praticiens estiment, du fait de ces évolutions législatives, que la médecine psychiatrique est soumise, de la part du législateur comme des autorités judiciaires, à Une étude⁷ sur les sorties de prison d'une cohorte de jeunes majeurs pointe le fait que pour une majorité de détenus, la recherche d'un emploi est considérée comme le levier principal de leur réinsertion. Pour cela, lorsqu'ils sont invités à s'exprimer sur leur suivi, les personnes interrogées déplorent majoritairement la carence d'interlocuteurs pour préparer leur sortie, ainsi que l'absence de relation personnalisée et valorisante avec les travailleurs sociaux.

Nombre de praticiens estiment, du fait de ces évolutions législatives, que la médecine psychiatrique est soumise, de la part du législateur comme des autorités judiciaires, à une attente hors de proportion avec la définition de ses missions ainsi qu'avec l'état de ces ressources.

Ils dénoncent notamment les effets de l'exigence de prédictibilité de la dangerosité, qui outrepassé, à leurs yeux, la mission première du thérapeute, qui doit être le soin, mais aussi celle de l'expert, qui ne devrait se prononcer que sur l'existence d'une éventuelle abolition ou altération du discernement en rapport au temps

1 - Les lois du 12 décembre 2005 et du 5 mars 2007 ont étendu bien au-delà des infractions sexuelles la liste des infractions passibles de la peine de suivi socio-judiciaire, y compris à certaines atteintes aux biens.

de l'action avec une pathologie mentale ou sur l'existence d'une pathologie mentale². Ils redoutent que la psychiatrie ne devienne la caution d'une « médicalisation du crime ».

La thérapie, à travers l'instauration des soins contraints - injonction de soins et obligation de soins - serait selon eux moins conçue comme un outil de soin que comme un outil de lutte contre la récidive. Ils s'interrogent en définitive, sur une remise en cause des acquis issus du décret de 1986 ayant permis la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et de la loi du 18 janvier 1994 ayant posé le principe d'un égal accès aux soins des détenus et d'une égale qualité de l'offre de soins au regard de ce dont dispose la population générale.

L'articulation toujours difficile des logiques médicales et judiciaires se heurte à la réticence de nombre d'intervenants médicaux, les points de crispation étant principalement le respect du principe de libre consentement aux soins de la part du malade, principe battu en brèche selon eux par nombre de dispositions issues des lois entrées en vigueur entre 2005 et 2012³, le principe du caractère absolu du secret médical et enfin celui de l'indépendance professionnelle du thérapeute.

Ce malaise des soignants, mais aussi de nombreux experts, s'inscrit en outre dans un contexte de démographie médicale déclinante, tout particulièrement dans le domaine de la psychiatrie et donc d'une réduction conséquente du vivier des experts psychiatres⁴.

II. Etat des lieux en France

A. Les soins en milieu fermé

La prise en charge de la santé mentale des personnes détenues est confiée au service public hospitalier depuis le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, instaurant le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire (SPMP) et créant 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

S'agissant des soins somatiques, c'est, postérieurement, la loi du 18 janvier 1994, qui a établi le transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère de la Santé, autour de trois principes fondamentaux :

- l'affiliation obligatoire des détenus au régime général de l'assurance maladie ;
- la mise en place dans chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence ;

2 - Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, Fédération française de psychiatrie, 2007. Dans ses recommandations, la commission d'audition soulignait que l'expertise psychiatrique pénale a pour objet « l'évaluation de la dangerosité et l'appréciation du risque de récidive. Dans ces deux cas, il s'agit bien d'apprécier le risque de dangerosité et de récidive dans l'évolution clinique de la pathologie identifiée chez le malade et à travers l'observance thérapeutique que l'on peut attendre de lui. Pour autant, cette analyse clinique prospective ne donne en aucune façon une valeur prédictive absolue, le clinicien doit rester prudent et modeste. En outre, il convient d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récidive de l'acte délictueux ».

3 - Ces médecins visent notamment par-là les conséquences légales des refus de soins, tels que la mise à exécution de la peine d'emprisonnement prévue par le suivi socio-judiciaire, le retrait du crédit de réduction de peine ou encore le refus d'octroi de réductions de peines supplémentaires.

4 - A cet égard, les contributions recueillies par le comité d'organisation ont mis en évidence l'hostilité des psychiatres et experts psychiatres à la tentative du législateur de mars 2012 d'élargir ce vivier en permettant à des experts psychologues d'être désignés conjointement avec des experts psychiatres pour conduire des expertises en matière d'admission à la libération conditionnelle pour des condamnés pour crimes (article 730-2 du code de procédure pénale loi du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines).

- le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales des personnes détenues à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Le décret du 27 octobre 1994 a établi les soins dispensés aux personnes détenues.

La circulaire interministérielle du ministère des Affaires sociales et de la Santé et du ministère de la Justice du 30 octobre 2012 présente le nouveau guide méthodologique qui réorganise les soins en milieu pénitentiaire.

Trois niveaux de soins, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques, sont détaillés :

- le niveau 1 avec consultations, prestations et activités ambulatoires ;
- le niveau 2 de prise en charge à temps partiel ;
- le niveau 3 d'hospitalisation à temps complet.

Les soins de niveau 1 concernent *les unités de consultation et de soins ambulatoires* (UCSA) et *les services médico-psychologiques régionaux* (SMPR) pour les consultations et actes externes. Le *dispositif* de soins psychiatrique (DSP) regroupe l'ensemble des actes de consultations, prises en charge individuelles et de groupe et d'activités thérapeutiques, dispensé par une équipe hospitalière de secteur psychiatrique comportant psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques. L'objectif est de donner à la population pénale les mêmes soins qu'à la population générale. Le dépistage à l'admission est réalisé au plus près de l'écrou par un membre de l'équipe soignante : psychiatre, psychologue ou infirmier psychiatrique. L'intervention du secteur de psychiatrie permet aussi à l'équipe hospitalière d'assurer en cas de besoin la continuité des soins par le contact avec les équipes hospitalières qui ont pu connaître le patient-détenu avant sa détention et, à la sortie de détention, d'articuler les soins dispensés dans l'établissement pénitentiaire avec les secteurs ou services amenés à suivre la personne.

La mission visant à assurer la continuité des soins à la sortie est une mission essentielle du DSP, il s'agit pour le guide méthodologique de « *faciliter le retour vers des systèmes de droit commun et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé* ». Le DSP a aussi une mission de prévention et d'éducation pour la santé. L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de dépistage et d'élaborer en liaison avec le SPIP un programme annuel d'actions d'éducation pour la santé.

Toutefois, en pratique, la continuité des soins entre le milieu fermé et le dispositif hospitalier de droit commun est loin d'être instaurée systématiquement. La coordination entre les équipes soignantes en milieu fermé et les SPIP reste également très largement perfectible, du fait notamment des problématiques liées au respect du secret médical.

Le niveau 2 de prise en charge à temps partiel organise les alternatives à l'hospitalisation complète. Pour la psychiatrie, il s'agit de l'hospitalisation de jour, qui est réalisée en milieu pénitentiaire au sein des unités sanitaires. Il est prévu que chaque région dispose d'au moins une unité sanitaire de niveau 2 avec des cellules d'hébergement dédiées aux patients-détenus à proximité immédiate de l'unité de soins. Il est prévu une place en cellule d'hébergement d'hôpital de jour pour 100 places de détention. Dans ces unités, les admissions en hospitalisation de jour (proposées à des patients-détenus consentants aux soins) sont décidées par le médecin psychiatre et sont prononcées par le directeur de l'établissement de santé. La décision d'affectation au sein d'une cellule d'hébergement dédiée à l'hôpital de jour est prise par le directeur de l'établissement pénitentiaire sur demande du médecin qui décide de la date d'admission et de sortie. Les 26 SMPR proposent dès à présent des soins de niveau 1 et de niveau 2. Ils assurent une mission de coordination régionale du DSP des établissements pénitentiaires de son ressort.

Le niveau 3 est constitué des prises en charge hospitalières à temps complet. Pour les soins psychiatriques, elles se pratiquent selon trois modalités :

- par admission dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA⁵) ;
- par admission dans une unité de secteur psychiatrique de l'établissement de santé en application de l'article D398 du code de procédure pénale, en attente de finalisation du programme UHSA ;
- par admission dans une unité pour malades difficiles (UMD) quand l'état clinique du patient le justifie.

Le Guide méthodologique rappelle que conformément à l'article L 3214-1 du Code de la santé publique, l'hospitalisation en UHSA est le principe général pour toute hospitalisation en psychiatrie. Il faut néanmoins rappeler que seule la toute première partie de la première tranche de création des UHSA est fonctionnelle. Effectivement, 17 unités comportant 705 places sont prévues : une première tranche de 9 unités proposant 420 places est en cours de réalisation, une deuxième tranche est envisagée. Les UHSA sont implantées dans l'établissement de santé psychiatrique de rattachement et bénéficient d'un service de sécurité assuré par l'administration pénitentiaire.

Les UHSA accueillent des patients-détenus avec ou sans consentement. L'admission se fait sur décision médicale. Les UHSA sont articulées avec les SMPR. En attendant le déploiement de toutes les UHSA, les patients détenus relevant d'une hospitalisation à temps complet sont orientés en application de l'article D 398 du Code de procédure pénale vers une hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat (ex hospitalisation d'office), conformément à la loi du 5 juillet 2011⁶.

La prévention, le repérage et la prise en charge des conduites addictives est définie par le Guide méthodologique de la circulaire interministérielle du 30 octobre 2012. Le Guide précise que la prise en charge globale doit permettre le dépistage, le diagnostic et la définition d'un projet de soins dans lequel sont coordonnés le suivi du sevrage, le suivi psychologique, la prescription et le suivi de la substitution. Le recours spécialisé est assuré soit par le médecin addictologue intervenant dans l'établissement pénitentiaire, soit par l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de l'hôpital de rattachement, soit par un professionnel du CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie). Les modalités de délivrance des traitements de substitution sont précisées par le Guide méthodologique.

B. Les soins en milieu ouvert

En milieu ouvert, une personne peut être soumise à des soins pénalement obligés dans le cadre de deux types de mesures :

- **L'obligation de soins**, qui peut intervenir à tous les stades de la procédure, soit au titre d'une des obligations prévues dans le cadre d'un contrôle judiciaire, soit, après le prononcé de culpabilité, dans le cadre d'un ajournement avec mise à l'épreuve ou d'une condamnation à une peine de sursis avec mise à l'épreuve, soit enfin au stade d'une mesure d'aménagement de peine.

Elle est mise en œuvre sans procédure particulière, c'est à dire qu'elle peut être ordonnée sans expertise préalable et qu'elle ne suppose pas de coordination entre les autorités sanitaires et judiciaires. Les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation ou l'association chargée du contrôle judiciaire collectent auprès du condamné les certificats médicaux attestant que la personne s'est bien présentée auprès d'un médecin.

5 - La loi d'orientation et de programmation pour la justice n° 2002 – 1138 du 9 septembre 2002 a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) permettant de recevoir en hospitalisation à temps complet les personnes détenues présentant des troubles mentaux dans des unités implantées sur un établissement de santé habilité bénéficiant d'une surveillance périmétrique réalisée par les pénitentiaires.

6 - La loi du 5 juillet 2011 prévoit les conditions d'hospitalisation sous contrainte des détenus présentant des troubles mentaux.

L'absence d'indication médicale préalable est critiquée par certains praticiens, notamment en addictologie, qui soulignent que nombre de personnes qui leur sont adressées par la justice dans le cadre de l'obligation de soins ne relèvent pas en réalité d'un traitement thérapeutique. Cela concourt à l'encombrement des services hospitaliers en ambulatoire.

L'obligation de soins peut également consister en une *injonction thérapeutique* telle que prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique, pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation excessive d'alcool. Il est à noter que la mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais, qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure.

- La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs a instauré la peine de suivi socio-judiciaire, qui **comporte une mesure d'injonction de soins**.

Le champ de l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire a été considérablement élargi. Si, en 1998, les équipes de soins des secteurs de psychiatrie étaient incitées à se former à la clinique des auteurs de violences sexuelles (ce qui était pour elles une novation), les lois successives ont élargi l'injonction de soin aux actes violents les plus graves⁷, ou à certaines atteintes aux biens, ceci tout à fait en dehors de la clinique psychiatrique pratiquée jusqu'alors par les équipes hospitalières.

L'injonction de soins suppose toujours que la peine de suivi socio-judiciaire soit, sinon effectivement prononcée contre la personne en cause, du moins encourue. En outre, une expertise médicale préalable doit conclure à la possibilité de soins.

L'injonction de soins peut être ordonnée dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'une surveillance de sûreté et d'une rétention de sûreté.

Enfin, dans le cadre de cette mesure, il existe une coordination entre les autorités sanitaire et judiciaire, qui repose sur le médecin coordonnateur créant une « triangulation » JAP/médecin coordonnateur/médecin traitant⁸.

L'injonction de soin s'applique à la fin de la peine, à la sortie de l'établissement pénitentiaire (en détention, la loi ne prévoit qu'une incitation aux soins)⁹.

Cette mesure se heurte toutefois à des difficultés de mise en œuvre importantes, liées à la faible démographie médicale dans le domaine de la psychiatrie, au très faible nombre de médecins coordonnateurs et à la désaffectation pour les fonctions d'expert judiciaire. Ceci a été souligné tant par la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie¹⁰ en novembre 2008, que par la commission présidée par Jean-François Burgelin¹¹.

7 - Violences sur mineur et violence au sein du couple.

8 - La loi du 27 mars 2012 a modifié l'article 717-1 du code de procédure pénale pour permettre un échange d'informations plus intenses entre le juge de l'application des peines (JAP), le médecin ou psychologue traitant et le médecin responsable de l'UCSA afin que le JAP puisse leur adresser la copie de la décision de condamnation et des expertises.

9 - Cette incitation a été largement renforcée puisque le médecin doit remettre au condamné qui se soumet aux soins une attestation trimestrielle d'assiduité destinée au juge de l'application des peines et que le refus de soins a pour conséquence notamment l'impossibilité d'accéder à la libération conditionnelle, d'obtenir des réductions de peines supplémentaires (articles 721, 721-1 et 729 du code de procédure pénale).

10 - Cette conférence de consensus pointait le risque que, sans un nombre suffisant d'experts, la loi de 1998 ne puisse s'appliquer.

11 - Rapport de la commission Santé justice, juillet 2005. Cette commission a souligné l'implantation disparate des psychiatres sur le territoire national et la rareté des médecins disponibles.

En 2007, la commission d'analyse et de suivi de la récidive¹² présidée par Jacques Henri Robert, rejoignant en cela les préoccupations de nombreux psychiatres, relevait le risque éventuel de banalisation de la peine de suivi socio-judiciaire, si cette peine était plus systématiquement prononcée dans une dynamique de précaution, avec pour conséquence un engorgement des services de l'application des peines et des services d'insertion et de probation (SPIP).

Enfin, cette commission concluait à la nécessité de clarifier les domaines respectifs de l'injonction de soins et de l'obligation de soins.

En février 2011, un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires consacré à l'injonction de soin¹³ soulignait les difficultés rencontrées pour évaluer l'efficacité du dispositif de l'injonction de soins, faute de données statistiques suffisantes. Le rapport préconisait tout particulièrement l'évaluation de l'extension de la peine de suivi socio-judiciaire à d'autres crimes que sexuels. Ce rapport mettait tout particulièrement l'accent, dans ses recommandations, sur le rôle des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS)¹⁴. En effet, instaurés en 2006, les CRIAVS ont pour finalité de renforcer le caractère pluridisciplinaire de l'approche et d'enrichir les ressources en matière de formation et de recherche.

En 2011, 25 CRIAVS couvraient 23 régions sanitaires dans un rôle de formation et de coordination des professionnels intervenant en détention et hors de la détention auprès des auteurs d'infractions violentes et sexuelles. Les missions des CRIAVS se sont élargies :

- mise en place de formations initiales et continues sur les prises en charge et le suivi des auteurs d'infractions violentes et sexuelles ;
- recherches cliniques et thérapeutiques ;
- développement de la prévention ;
- animation du maillage santé-justice avec mise en place d'une collaboration étroite des champs santé, justice et social ;
- constitution d'un espace expert fournissant aux professionnels un appui clinique et thérapeutique ;
- mise en place d'un centre de documentation et de bases de données.

III. Les apports de la recherche

A. Les liens entre violences et troubles mentaux

Les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus souvent victimes qu'auteurs de violences. Mais un lien entre violence et maladie mentale est retrouvé en particulier quand il est constaté une comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée de plusieurs diagnostics, avec un abus d'alcool ou de drogues ou avec une personnalité psychopathique.

Comme le constatait en mars 2011 l'audition publique de la Haute Autorité de Santé sur la dangerosité psychiatrique¹⁵, il existe dans notre société une surestimation manifeste du risque de comportement violent

12 - Rapport établi par la Commission d'analyse et de suivi de la récidive, juin 2007.

13 - Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins, Inspection générale des affaires sociales-inspection générale des services judiciaires février 2011.

14 - Recommandations n° 46, 47 et 48 du rapport précité.

15 - HAS, audition publique Dangerosité psychiatrique, mars 2011.

chez les personnes souffrant de troubles mentaux qui ne sont que rarement impliquées dans une violence faite à des tiers : tous types de violence confondus, 3 à 5% seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrants de troubles mentaux ; à l'inverse, ces dernières sont 7 à 17 fois plus souvent victimes de violence que la population générale.

Les travaux de l'audition publique de la HAS, après une revue analytique de la littérature internationale, et notamment des méta-analyses les plus récentes, montrent qu'il existe un lien complexe, plurifactoriel, renforcé par les comorbidités et la violence environnante, entre violence et troubles schizophréniques, mais, que pour les troubles de l'humeur, le lien est plus controversé.

Quatre études épidémiologiques récentes illustrent la complexité de l'analyse des liens entre violence et troubles mentaux¹⁶. L'équipe américaine de Swanson¹⁷ a étudié 8.066 hommes et femmes, dont 114 schizophrènes et 282 personnes présentant des troubles dépressifs caractérisés. Elle a répertorié les actes de violence envers autrui dans l'année qui précède. Pour les troubles schizophréniques, la prévalence de violences rapportées par la personne est estimée à environ 12,7% : sans abus d'alcool ou de toxique la prévalence est de 8,4%, mais elle augmente à 30,3% en cas d'abus d'alcool ou de drogue. La prévalence d'actes de violence est estimée à 11,7% chez les patients dépressifs, 3,5% en l'absence d'abus d'alcool ou de drogue, mais 29,2% en cas d'abus d'alcool ou de drogue. Les individus recevant un diagnostic de troubles schizophréniques ont mentionné des actes violents dans des proportions quatre fois plus grandes que ceux sans diagnostic psychiatrique. Sans abus d'alcool ou de drogue, il n'existe pas de lien significativement élevé entre la violence et les troubles affectifs ou anxieux. L'abus de substance est fortement corrélé à la violence, mais, même en absence de comorbidité d'abus d'alcool ou de drogue, les personnes ayant un trouble mental ont 3 à 4 fois plus de risque statistique de commettre un acte violent.

Wallace et al., en 2004, dans un travail australien portant sur 2.861 patients schizophrènes hommes et femmes, ont mis en évidence que le diagnostic de schizophrénie est associé à un risque de violence (condamnation pour infraction avec violence) significativement plus élevé que celui de la population générale (8,2% vs 1,8%). La comorbidité d'abus d'alcool ou de drogue augmente de façon importante le risque de violence et les sujets schizophrènes seraient 3 à 6 fois plus à risque de commettre un acte violent que la population générale. Le risque annuel de violence pour les patients schizophrènes masculins est de 1/3000 comparé à un risque de 1,0 à 1,4/100 000 dans la population générale.

Elbogen et al. (2009), dans une recherche portant sur une période de 2 ans, ont constaté que la probabilité de violence en cas de maladie mentale, en l'absence de comorbidités, était sensiblement la même que celle de la population générale. Par contre, l'association d'un trouble mental et d'abus de substance augmente significativement le risque de violence par rapport à la population générale. Cette étude souligne que l'incidence de comportements violents est légèrement plus importante en cas de troubles mentaux majeurs mais que cela est uniquement significatif en cas d'association d'abus de toxiques ou d'alcool. Un trouble mental seul n'est pas associé à la perpétration d'actes violents, alors qu'un certain nombre de facteurs contextuels, historiques et socio-démographiques sont associés à un risque de violence future.

Fazel et al. (2009), dans une étude prospective de suivi sur 13 ans, de sujets souffrant de troubles schizophréniques, constatent une multiplication du risque de violence hétéro-agressive par deux par rapport à la population générale, même après contrôle de l'abus de substance.

D'autres études ont étudié la prévalence de la violence de malades mentaux après une hospitalisation en psychiatrie (Voyer M., Millaud F., Dubreucq JL., Senon JL., 2012). Il se confirme dans ces études qu'une attention particulière doit être portée dans la prise en charge des malades sortants dans les 20 semaines après la sortie de l'hôpital. Appelbaum et al. (2000) constatent par exemple que chez les sujets présentant des troubles schizophréniques sortant de l'hôpital, environ 9% présenteront des comportements violents dans les vingt semaines suivant la sortie de l'hôpital. Fazel et al. (2006) dans une étude concernant les patients

16 - Voyer M., Millaud F., Dubreucq JL., Senon JL., 2012.

17 - Swanson, J. W., Holzer, C. E. III, Ganju, V. K., et al (1990) Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*.

sortis de l'hôpital entre 1988 et 2000 se centrant sur la prévalence de crimes violents (homicides, tentative d'homicide, agression aggravée, crimes sexuels) ont trouvé que les personnes malades mentales ayant été hospitalisés sont à l'origine de 5% des crimes violents. Une infraction criminelle avec violence sur 20, en Suède, serait commise par un malade mental. Ces travaux insistent sur la nécessité d'un suivi rapproché à la sortie des hospitalisations (ou de la levée d'écrou) et sur l'importance de l'organisation des soins pour éviter des ruptures de traitement et de prises en charge. C'est dire aussi l'importance des lois permettant de donner des soins sous contrainte chez les patients en rechute, comme le permet la loi du 5 juillet 2011 dans notre pays.

Si les études épidémiologiques constatent une augmentation du risque de violence chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques, notamment en cas de rupture de traitement et de soins, elles permettent aussi de souligner les risques à l'occasion du premier épisode psychotique, révélateur de la maladie. Pour les personnes souffrant de troubles schizophréniques, les actes de violence sont majoritairement dirigés contre les proches et se font au sein du foyer familial¹⁸.

Le poids des consommations abusives d'alcool et de drogues

Comme le souligne l'audition publique de la HAS sur la dangerosité psychiatrique, la plupart des travaux internationaux constate que l'excès de violence observée chez les patients souffrants de troubles mentaux graves est attribuable aux comorbidités addictives. Dans plusieurs études, un abus ou une dépendance à une substance psycho-active apparaît plus en lien avec le risque de violence que ne l'est le trouble mental grave isolé. Les substances psychoactives les plus souvent consommées dans ces études sont l'alcool, le cannabis et les benzodiazépines. (Audition publique HAS Dangerosité et troubles mentaux, 2011)

Le problème de la psychopathie est souligné par la littérature internationale comme un facteur prépondérant de risque de violence, qu'elle soit ou non associée à un trouble mental. La psychopathie et le trouble de la personnalité antisociale - pour reprendre le terme utilisé par les études - sont associés à une majoration du risque de violence dans la population générale. Chez les individus souffrant d'un trouble mental, la comorbidité d'un trouble de la personnalité antisociale, du fait de l'impulsivité, de l'irritabilité et de l'intolérance à la frustration comme des comorbidités d'abus de substances, augmente de façon notable le risque de passage à l'acte violent et de comportement délinquant. Parmi les auteurs d'homicide présentant un trouble mental, les études retrouvent la présence d'un trouble de la personnalité antisociale chez 15 à 65% des individus schizophrènes (Erb et al, 2001, Cote, Hodgins, 1990).

De même, la prévalence d'un trouble de la personnalité antisociale est importante chez les individus schizophrènes ayant commis des actes de violence après leur sortie de l'hôpital. Tengström et Hodgins (2002) ont évalué le lien entre les traits psychopathiques de 202 hommes souffrant de troubles schizophréniques et le risque de récidive violente. Basé sur le score obtenu à la PCL-R, le groupe a été divisé en un groupe « psychopathe » (score>26) et non psychopathe. Ces auteurs ont retrouvé que le groupe ayant des traits psychopathiques avait 4 fois plus de risque de récidive que le groupe sans psychopathie.

Dans une autre étude, Tengström et al. (2004) ont mis en évidence que des individus souffrant de schizophrénie, auteurs d'infraction, qui avaient un score élevé à la PCL-R avaient commis plus d'infractions avec violences, et que ces infractions étaient plus fréquentes et plus violentes que ceux qui avaient un faible score à la PCL-R.

Pour certains auteurs, c'est la composante psychopathique, plus que la symptomatologie psychotique positive, qui serait à l'origine d'une augmentation du risque de violence chez des sujets souffrant de schizophrénie. Par exemple, Fullam et Dolan (2008), n'ont pas retrouvé de différence à l'échelle des symptômes de la PANSS (échelle de psychose) entre le groupe de patients souffrant de schizophrénie, violents et non violents.

18 - Voyer M., Millaud F., Dubreucq JL., Senon JL., 2012.

Par contre les incidents violents étaient corrélés significativement au score de l'échelle de psychopathie avec une différence significative entre le groupe violent et le groupe non violent au score de psychopathie. Ceci pose le problème de la prise en charge de la psychopathie qui ne peut être que pluripartenariale¹⁹.

Nombre de ces études mettent donc l'accent sur les liens entre violence, troubles mentaux et abus d'alcool ou autres substances psychoactives. Un rapport parlementaire déposé par Etienne Blanc, en 2009²⁰, avait largement intégré la problématique de l'addiction et notamment de l'alcool. Le rapporteur relevait, entre autres, que s'il existait, au cours de la phase post-sentencielle, un « dispositif de soins pénalement ordonnés étoffé, ce dispositif était pour partie inappliqué ». Il ajoutait que la mise en œuvre de ces mesures n'avait pas fait l'objet de quantifications ou d'évaluations satisfaisantes, obligeant le rapporteur à de « simples conjectures ». Enfin, il relevait que l'injonction thérapeutique, telle qu'elle résultait de la loi du 5 mars 2007, était en grande partie « restée lettre morte », en raison du manque de moyens sanitaires et sociaux, et des difficultés de recrutements de médecins-relais assurant l'interface entre le patient et l'autorité judiciaire.

B. Troubles mentaux et détention

Depuis la naissance de la clinique psychiatrique, la fréquence des troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires est soulignée. Baillarger en 1844, dans sa note sur la fréquence de la folie chez les prisonniers, comme Lélut dans son mémoire à l'Académie des sciences morales et politiques dans sa séance du 23 mars 1844, soulignaient une fréquence de malades mentaux dans les prisons très proche des constats actuels.

Un nombre important de rapports a été réalisé sur l'accroissement du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux en détention entre les années 1850 et 1900 : rapports Vingtrinier en 1853, Parchappe en 1865, Bailleul en 1890 puis Pactet et Colin en 1891, Garnier en 1892, Monod en 1894, Taty et Mabilie en 1896. Dans un travail de précurseur de l'épidémiologie en milieu pénitentiaire, Paul Sérieux fait état de 3% de psychotiques dans la population carcérale en 1903. Régis dans son traité de 1909 et sa réédition de 1923 avance des chiffres plus élevés et souligne que « malgré les progrès de la pratique judiciaire en ce qui concerne les graves problèmes de l'irresponsabilité pathologique, le nombre des aliénés méconnus et condamnés devant les tribunaux de tout ordre est encore considérable » (Senon JL, 2004).

Une méta-analyse des publications internationales sur la prévalence des troubles psychiatriques en détention publiée en 2002 par S. Fazel et J. Danesh faisait état de 3,7% de détenus présentant des troubles schizophréniques durables et 10 à 12% de troubles dépressifs (Fazel S., Danesh J., 2002). Les auteurs avaient pris en compte 62 publications internationales portant sur 22.790 détenus hommes et femmes de 12 pays occidentaux, qui confirment que dans tous les pays ayant publié des recherches, les troubles mentaux en détention se situent entre 15 et 22% de la population pénale quels que soient les rapports institutionnels entre psychiatrie et justice.

Une étude a été réalisée en France par B. Falissard et F. Rouillon dans 23 établissements pénitentiaires français représentatifs du parc carcéral de notre pays. Elle a concerné 1.000 personnes détenues dont 800 hommes, tirées au sort dans 13 maisons d'arrêt, 5 centres de détention, 2 maisons centrales qui ont fait l'objet de 998 entretiens réalisés entre juillet 2003 et septembre 2004. Dans cette étude, la prévalence de la schizophrénie est retrouvée comprise, selon le niveau d'analyse, entre 3,8 et 8% et celles des psychoses schizophréniques (non explorées dans les études anglo-saxonnes) entre 1,6 et 8% (Falissard et al, 2006, Rouillon F. 2007)²¹.

19 - Audition publique « Prise en charge de la Psychopathie », Haute Autorité de Santé, mai 2006.

20 - Rapport BLANC – « Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes placées sous main de justice », juillet 2009.

- 254 - 21 - Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, HAS, 2007.

IV. Conclusion

Si on prend en compte l'hétérogénéité des moyens dont disposent les secteurs de psychiatrie comme les hôpitaux dans notre pays, il est important de réfléchir à ce que l'hôpital public peut proposer aux établissements pénitentiaires et à la justice sans renier le noyau cardinal de son métier mais aussi sans négliger ceux de ses patients qui à un moment de leur parcours sont aussi des justiciables. Il conviendra alors de positionner ce qui peut être apporté pour les justiciables par l'hôpital et ce qui revient aux services d'insertion et de probation dans leurs missions de prévention de la récidive, ceci sans oublier l'avancée déterminante qu'a été la loi du 18 janvier 1994.

LES QUESTIONS SOULEVÉES

- Convient-il de revenir sur l'extension du domaine de la peine de suivi socio-judiciaire pour ne la réserver qu'aux seules infractions sexuelles comme initialement prévu par le législateur de 1998?
 - Convient-il de faire évoluer le régime de l'obligation de soins ?
 - Quelles conséquences juridiques réserver au refus de soins ?
 - Est-il de la compétence de l'expert psychiatre de se prononcer sur un risque de récidive ?
 - Quelles solutions de long terme peut-on imaginer aux problèmes de démographie médicale dans le domaine de la psychiatrie ?
 - Quelles sont les conditions qui doivent permettre une meilleure prise en charge de la problématique alcoolique des publics sous main de justice ?
-

LES PRINCIPALES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Haute Autorité de Santé, Audition Publique, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez des personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, mars 2011.

Voyer M., Millaud F., Dubreucq J.L., Senon J.L. *Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie* EMC Psychiatrie Elsevier Masson, 2012, 113 ref.

Senon J. L., Voyer M., Paillard C., Jaafari N. *Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts*. L'Information Psychiatrique 2009 ; 85/ 719-25.

Millaud F. , Dubreucq J. L. *Prédiction des comportements violents des malades mentaux* In *Expertise psychiatrique pénale*, Senon J.L., Pascal J.C., Rossinelli G. Dir, Montrouge, J Libbey Eurotext, 2007.

- Millaud F, Poulin B., Lusignan R, Marleau J.D. *Les outils d'évaluation en psychocriminologie. Esquisse critique* In Senon J.L., Lopez G., Cario R., Psychocriminologie Clinique, Prise en charge et expertise, Paris Dunod 2012 : 149-156.
- Swanson JW, Holzer CE, 3rd, Ganju VK, Jono RT. *Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys*. Hosp Community Psychiatry. 1990;41(7):761-70.
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P. *Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders*. Am J Psychiatry. 2004;161(4):716-27.
- Elbogen EB, Johnson SC. *The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):152-61.
- Fazel S, Grann M, Carlstrom E, Lichtenstein P, Langstrom N. *Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients*. J Clin Psychiatry. 2009;70(3):362-9
- Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. *Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study*. Am J Psychiatry. 2000;157(4):566-72.
- Fazel S, Grann M. *The population impact of severe mental illness on violent crime*. Am J Psychiatry. 2006;163(8):1397-403.
- Erb M, Hodgins S, Freese R, Muller-Isberner R, Jockel D. *Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect*. Crim Behav Ment Health. 2001;11(1):6-26
- Swanson, J. W., Holzer, C. E. III, Ganju, V. K.. *Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys*. Hospital and Community Psychiatry.1990.
- Tengstrom A, Hodgins S. *Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: are they different?* Acta Psychiatr Scand Suppl. 2002(412):62-6.
- Tengstrom A, Hodgins S, Grann M, M. L. *Schizophrenia and criminal offending: the role of psychopathy and substance use disorders*. Crim Justice Behav. 2004;31(4):367-91.
- Fullam RS, Dolan MC. *Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia*. Br J Psychiatry. 2008;193(3):247-53.
- Audition publique sur la prise en charge de la psychopathie, Haute Autorité de Santé, Mai 2006.
- Baillarger M. *Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers* Annales Médico Psychol 1844 4 74-79
- Senon JL *Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité* Annales Médico Psychol 165 (2004) 646-652
- Senon JL, *Dix ans après et un siècle et demi après*, Baillarger Annales Médico Psychol 162 (2004) 682-684
- Fazel S., Danesh J. *Serious mental disorder in 23.000 prisoners : a systematic review of 62 surveys*, The Lancet, 2002, 359, 545-550
- Falissard B., Loze JY. and al *Prevalence of mental disorders in French prison for men* BMC Psychiatry 2006, 6 :33
- Rouillon F. *Quelles sont les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires français ?* Rapport d'expert Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, HAS 2007.
- Julie ALIX, *Une liaison dangereuse dangerosité et droit pénal en France* » in « La dangerosité saisie par le droit pénal, sous la direction de Christine Lazerges et Geneviève Guidicelli-Delage.
- Rapport de la Commission *Santé justice*, juillet 2005.
- Rapport établi par la Commission d'analyse et de suivi de la récidive, juin 2007.
- Fédération française de psychiatrie, en partenariat avec la HAS, Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, 2007.
- Circulaire interministérielle Ministère des affaires sociales et de la Santé et du ministère de la Justice 2012/373 du 30 octobre 2012.
- Guide méthodologique *Soins aux personnes placées sous main de justice 30 octobre 2012*, Ministère de la Santé, Ministère de la Justice.
- Guide de l'injonction de soins DGS, Ministère de la Santé, DACG, Ministère de la Justice, 2009.
- Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, HAS, 2009.