



**Sénat. Commission des lois audition le 11 février 2010**

**Audition par JR Lecerf et JP Michel, sénateurs.**

**Alain Blanc Président de l'AFC**

---

**Thèmes défini par le Sénat pour les auditions dans le cadre de la mission  
sur les conditions de prise en charge des personnes atteintes  
de troubles mentaux ayant commis des infractions**

**(NB : Ces thèmes n'ont qu'une valeur indicative)**

*1. Quelle est la principale cause de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ?*

*2. La distinction entre le critère tenant à l'altération du discernement et celui relatif à l'abolition du discernement est-elle encore pertinente ?*

*Une modification de l'article 122-1 du code pénal est-elle souhaitable ?*

*3. Faut-il confier la décision de l'hospitalisation d'office au juge ?*

*D'une manière générale, faut-il renforcer le rôle du juge dans le suivi et le contrôle des personnes atteintes de troubles mentaux qui ont commis des infractions mais n'ont pas été reconnues pénalement responsables ?*

*4. L'organisation des soins psychiatriques doit-elle être adaptée pour accueillir les personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ?*

---

**1. Quelle est la principale cause de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ?**

Répondre à cette question implique de repérer d'une part l'évolution en nombre et en caractéristiques criminologiques de la population pénale (1-1), et d'autre part les données sur l'état et l'évolution des troubles mentaux de la population pénale dans les établissements pénitentiaires (1-2).

Ensuite se posera la question de l'origine de ces troubles mentaux et des réponses à y apporter qui ne sont pas nécessairement à attendre seulement du dispositif de soins (1-3).

### **1-1 les évolutions quantitatives et qualitatives de la population pénale :**

-les données purement quantitatives : le nombre de détenus est lié aussi à des politiques pénales, qui conduisent à des réponses diversifiées selon le moment et les juridictions.

-les données tenant compte du taux d'occupation à un jour J : il n'est pas invraisemblable d'imaginer un effet des conditions de détention sur certains aspects de la santé mentale.

-les données tenant à la proportion de détenus provisoires et de condamnés : même si les chiffres sur la santé mentale sont globalement identiques entre maisons d'arrêt et établissements pour peines, on peut poser l'hypothèse que pour certaines pathologies telles que les troubles dépressifs et les addictions à l'alcool ou aux stupéfiants, il y ait des différences, sachant qu'à l'inverse, pour les psychoses chroniques, une étude du SMPR de Toulouse a montré que celles-ci sont plus représentées au CD de Muret qu'à la maison d'arrêt Saint-Michel <sup>1</sup>.

-les données par catégories d'infraction : par exemple, la délinquance sexuelle et la délinquance routière ont eu ou ont actuellement leurs « pics » et les deux justifieraient d'une analyse des troubles mentaux – ou d'autres facteurs sociaux ou éducatifs - éventuellement associés. Quid de la délinquance organisée, violente ou « intelligente » : escroquerie et abus de confiance ?

### **1-2 Sur les troubles mentaux de la population pénale :**

Des études et des recherches existent permettant de disposer de données scientifiques diverses : selon l'Étude en France DGS et AP (Rouillon et Falissard) <sup>2</sup>, 8 détenus sur 10 souffrent de troubles psychiatriques, 60% ont des troubles anxieux, entre 18 et 40% souffrent de dépression, et les schizophrènes représentent de 3,8 à 7% de la population pénale. Les auteurs rapportant cette étude soulignent que ces résultats sont proches de ceux identifiés par les SMPR de plusieurs maisons d'arrêt. Une étude portant sur 12 pays occidentaux et publiée dans The Lancet en 2002 effectuée par Seena Fazel <sup>3</sup> corrobore à peu près ces chiffres en faisant une différence entre les hommes et les femmes détenues et en notant des paramètres à la fois communs et différenciés selon les pays concernés : les dispositifs de soins et par conséquent de repérage sont variables selon les pays, mais tous sont caractérisés par une désinstitutionnalisation de la psychiatrie depuis une cinquantaine d'années avec recours aux soins ambulatoires et une tendance au désengagement de l'hébergement social. « Jean Louis Senon note à ce sujet que « l'équilibre entre judiciaire, social et

---

<sup>1</sup> Cité par JLSenon : Annales Médico Psychologiques 162(2004) :Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité.

<sup>2</sup> Cité par Senon et Manzanera dans Annales Médico Psychologiques 164(2006) : réflexions sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale.

<sup>3</sup> Cité par JLSenon : Annales Médico Psychologiques 162(2004) :Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité.

sanitaire est donc toujours aussi difficile à établir, la prison étant toujours au carrefour des ambivalences sociales ».

C'est là le cœur de la problématique à laquelle un juge est confronté au pénal et à laquelle j'ai été également confronté à l'administration pénitentiaire entre 1985 et 1995 quand j'étais en charge des politiques de réinsertion au Ministère de la justice.

Ces données doivent être analysées au regard de plusieurs éléments de contexte :

Les comparaisons dans le temps ne sont pas aisées même si cette situation a toujours été considérée comme préoccupante depuis la moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle : cf le rapport de Paul Sérieux qui, en 1903<sup>4</sup>, évaluait le nombre de psychotiques parmi la population carcérale à 3%.

Elles sont inséparables des données générales sur la santé mentale en France : les Hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) sont passées de 20.000 en 1985 à 40.000 en 1994 et 60.000 en 2003.

Les HO restent constantes à 5000 chaque année.

Et le nombre de lits en HP a baissé d'un tiers en 25 ans.

Mais aussi d'un certain nombre de données « sociales » : évolution des accueils dans les structures d'hébergement de type CHRS qui ont tendance à se désengager vis-à-vis du public « difficile ».

Par ailleurs et de manière générale ces questions doivent prendre en compte plusieurs données :

- Les carences du dispositif de prévention en amont : cf illettrisme, drogue, alcoolisme etc.. variables selon les politiques publiques mis en œuvre, au niveau national mais avec des variantes selon les régions, voire les départements.

- Les effets de l'enfermement en lui-même, de la prison telle qu'elle est (privation intimité sexualité affectivité) sur l'état mental, et en particulier la surpopulation, les délais d'attente de jugement, la présence plus ou moins effective de la défense des avocats, la qualité des prises en charge selon les établissements pénitentiaires : cf les établissements engagés récemment dans les objectifs de respect des RPE en particulier sur les politiques de repérage à l'accueil : cf maison d'arrêt de Douai sur laquelle des évaluations des effets produits y compris pendant la période de sortie seraient utiles.

-Par ailleurs, selon l'étude de l'IGAS et de l'ICSJ de 2001, les troubles psychotiques en détention (concernant 8% des patients suivis et parmi eux, la moitié sont schizophrènes) sont considérés, compte tenu des caractéristiques de sexe et d'âge comme moins fréquents que dans la file active des secteurs de psychiatrie générale. Il en va de même de troubles de l'humeur, mais *a contrario*, les troubles de la personnalité (34% dont un tiers de troubles sexuels) sont trois fois plus importants.

**Sur 122-1 alinéa 1, les données sont maintenant claires :** le nombre de malades mentaux en détention n'est pas lié au nombre censé être plus important d'expertises se prononçant en faveur d'un discernement aboli : cf les études et en

---

<sup>4</sup> Cité par JL Senon : Psychiatrie et Prison : toujours dans le champs de l'actualité ANP 2004.

particulier celle d'Annie Kensey : « Le pourcentage de non-lieu obtenu en 1987 avec l'article 64 du code pénal par rapport au nombre de personnes mises en examen (0,46 %) est pratiquement identique à celui obtenu en 1999 avec le premier alinéa de l'article 122-1 (0,45%), (en 2006 : 0,4%). Dans ces conditions, écrivent-ils, on voit bien que la modification de la loi n'a pas eu d'effet sur le taux de malades mentaux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité ».

Ce qui corrobore l'analyse de JL Senon et de la H.A.S. sur la question et les chiffres publiés : le nombre de prévenus ayant fait l'objet d'un diagnostic de discernement aboli est constant de 1987 à 2002 et tourne autour d'un chiffre inférieur à 0,50% des dossiers criminels ;

### **1-3 sur les réponses à apporter aux troubles mentaux et la méthode pour aborder les questions de dangerosité :**

Le droit pénal d'un côté et la psychiatrie ont une longue histoire commune sur les réponses à apporter aux problèmes posés par les délinquants affectés de troubles mentaux. Les progrès accomplis dans ce domaine sont considérables et la qualité de l'articulation de leurs méthodes et de leurs procédures respectives y est pour beaucoup. On doit à ces échanges des savoirs qui ont été déterminants pour comprendre un certain nombre de phénomènes qui n'ont pu être compris que parce que des psychiatres se sont engagés dans les établissements pénitentiaires et ont mis au point des techniques de prise en charge qu'il n'auraient sans doute pas pu mettre à jour s'ils ne s'étaient pas allés dans les prisons : je pense à Claude Balier qui a été médecin chef du SMPR de Grenoble Varcès et son ouvrage déterminant « Psychanalyse des comportements violents » et à Marcel Colin et à son travail dans les prisons de Lyon (et qui a été président de l'AFC de 1988 à 1996) .

Mais ce succès a ses limites : celle qui conduit à considérer encore aujourd'hui que la seule grille de lecture de la délinquance et les seules réponses à y apporter dépendent de la psychiatrie et de la médecine. La loi du 17 juin 1998 et le suivi-socio judiciaire sont fondés sur cette conviction partagée depuis plusieurs années que juge et médecin peuvent comprendre et apporter les réponses adaptées au crime et à la délinquance. Cette conviction s'est structurée en même temps que la criminologie avait perdu de son influence dans les universités et les cultures professionnelles. Les raisons en sont multiples et nous essaierons d'y voir plus clair lors de notre congrès de novembre 2010. Toujours est-il que pour prétendre avoir une véritable intelligence du crime, il faut faire appel à d'autres disciplines : en amont, la sociologie est indispensable. En aval le travail social et les sciences éducatives sont fondamentales.

### **2. La distinction entre le critère tenant à l'altération du discernement et celui relatif à l'abolition du discernement est-elle encore pertinente ? Une modification de l'article 122-1 du code pénal est-elle souhaitable ?**

2-1 La distinction entre le critère tenant à l'altération du discernement et celui relatif à l'abolition du discernement est-elle encore pertinente ?

Oui. Sauf à décider que l'on punit les irresponsables, comme on punissait les animaux au Moyen-âge, la différence est fondamentale. Le rapport du Sénat sur les législations comparées de 2004 est éclairant : l'absence de discernement conduit partout, sauf en Suède (où le dérangement psychique n'est qu'une circonstance atténuante mais où la loi dispose qu'une peine de prison est impossible) depuis 1965 à un dessaisissement du juge.

2-2 Une modification de l'article 122-1 (al.2) du code pénal est-elle souhaitable ?

C'est la question la plus délicate. La comparaison des législations européennes à partir du rapport du Sénat de 2004 n'apporte pas de repères très précis. On y apprend tout de même que l'Espagne et l'Italie posent le principe d'une responsabilité atténuée dans ce cas de figure et une réponse claire : réduction de peine automatique (mais le rapport ne précise pas les modalités de mise en œuvre) en Espagne, et « peine réduite », sans plus de précisions en Italie. En Allemagne il est prévu une « réduction facultative de peine. Le rapport n'évoque pour le Danemark, l'Angleterre, le Pays de Galles, et les Pays-Bas que le cas de figure correspondant au discernement altéré.

**La rédaction actuelle de l'alinéa 2 de l'article 122-1 est clairement ambiguë : 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. » La loi ne dit pas que le juge doit diminuer – ni aggraver – la peine.**

*Ne serait-il pas souhaitable de lever cette ambiguïté et de remplacer « tient compte » par une formule signifiant que la juridiction « réduit d'autant » le quantum de la peine ?*

Ce qui frappe en France, c'est le nombre très réduit d'expertises psychiatriques en dehors des cours d'assises, où elle est systématique. Y échappent toutes les délits que le Parquet renvoie directement devant le tribunal correctionnel, en citation directe, ou, de plus en plus, en comparution immédiate. Or à l'audience, on est confronté à un nombre - impossible à quantifier en l'état mais qu'on peut évaluer à une proportion allant de 50% à 75% selon les audiences – de prévenus présentant des troubles mentaux qu'ils coexistent ou non à des problématiques liées aux addictions à l'alcool ou aux produits stupéfiants. Qui ne seront repérés qu'en maison d'arrêt en tant que justifiant donc des soins ou une prise en charge éducative, mais non corrélés à une problématique de « responsabilité » ou de « discernement ».

Dans les dossiers d'instruction, il arrive qu'une expertise psychiatrique ou médico-psychologique ait été faite. Se pose alors la question de l'application de la fin

de l'alinéa 2 de 122-1 : « toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

Concernant les cours d'assises, où la question fait partie de celles qui sont systématiquement posées à l'expert, il est vrai comme l'ont noté l'IGAS et l'GSJ : « Plusieurs procureurs et procureurs généraux ont signalé que paradoxalement, le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article 122-1 pouvait jouer contre les prévenus dans la mesure où il ne comporte pas une atténuation systématique de la peine, comme l'excuse de minorité. Au contraire, dès que le prévenu présente des troubles mentaux, des peines plus lourdes sont parfois décidées et les réquisitions du Parquet sont de plus en plus souvent dépassées par les cours d'assises »<sup>5</sup>.

Mais je trouve ce constat surprenant : ayant présidé la cour d'assises sur la cour d'appel de Paris pendant 8 ans, de janvier 2001 à janvier 2009, je peux témoigner de ce que cette donnée est pour le moins courte. **Si les avocats généraux se font « dépasser » c'est bien souvent parce qu'ils ne se donnent pas les moyens de l'éviter** : les réquisitions sur la peine sont très peu argumentées, et elles ne le sont bien souvent que sur une partie de l'alinéa 2 de l'article 132-24 CP , repris quasiment mot pour mot dans l'article 1 de la récente loi pénitentiaire: « la nature, le quantum et le régime des peines prononcées sont fixés de manière à concilier la **protection effective de la société**, la **sanction** du condamné et les **intérêts de la victime** avec la nécessité de favoriser **l'insertion ou la réinsertion** du condamné et de **prévenir** la commission de nouvelles infractions ».

Pour ma part j'ai toujours distribué la copie de cet article aux jurés, pour qu'en cas de culpabilité retenue, le débat sur la peine est lieu sur l'ensemble de ses 5 termes, un par un.

Mais combien de réquisitions appuyées sur une lecture parfois tronquée du rapport de l'expert (qu'il faut interroger à l'audience – et les avocats ne sont pas nécessairement « meilleurs » sur ces questions tant ils fuient le débat sur la peine surtout si les faits sont niés- et pousser à préciser autant qu'il le peut son analyse) et usant de tout pour que **la dangerosité** – sans plus de précision - prenne le pas sur la question de la responsabilité !

Enfin, et c'est la grande question : pourquoi juges et jurés échapperaient à la tendance qui fait effectivement prévaloir les questions de dangerosité et l'application du principe de précaution à la Justice pénale sur celles de responsabilité ? De fait j'en suis arrivé à penser que la justice pénale a dérivé : il y a encore trente ans, n'envisager que la **sanction** était « réactionnaire » alors que derrière les mouvements liés au développement de la criminologie et une philosophie pénale faisant une place importante à l'éducation ou à la réinsertion, et le principe de la fonction rétributive, voire d'élimination de la peine avait perdu de son influence par rapport à celui de la peine « constructive ». Je me suis demandé s'il ne fallait pas y revenir. Pour éviter les

---

<sup>5</sup> In « Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicaux légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? » AMP 163 (2005) .

dérives de ce principe de précaution qui conduit à prononcer des peines qui ne sont pas justes. Mais cela intéresse-t-il encore quelqu'un de savoir ce qui est **juste** ?

Je considère donc avec Jean-Louis Senon<sup>6</sup> **qu'il est problématique qu'« aucune étude visant à chiffrer le nombre de dossiers d'expertise proposant une altération de la responsabilité pénale en application de l'article 122-1 alinéa 2 n'ait été réalisée au niveau national ».**

Et je crois qu'il appartient à la Justice de se ressaisir pour accomplir sa mission, sa vraie mission.

C'est un débat à la fois philosophique et politique. Mais peut-on continuer à faire croire qu'une société sans risques est concevable ?

Concernant l'articulation entre le dispositif de soins psychiatriques et celui de l'administration pénitentiaire je crois qu'il faut se défier de la tendance consistant à considérer que le Canada et la Belgique auraient trouvé des solutions là où nous persistons dans l'erreur par dogmatisme ou conservatisme. Notre système, comme celui de ces autres pays, est le fruit d'une longue histoire entre les disciplines et ceux qui les ont pratiquées depuis des siècles. Une histoire qui ne se résume pas à la confrontation d'options techniques, ou à des conflits de savoirs et de pouvoirs. Celle de la mobilisation du dispositif de santé publique dans les prisons en particulier. Elle puise sa source dans la conscience d'un certain nombre de médecins du XIX<sup>ème</sup> siècle qui ont pris conscience de ce que les prisonniers concentraient un certain nombre de souffrances qui justifiaient qu'on aille y voir. Pour faire court, ce souci humaniste a débouché sur les premiers SMPR en 1986 qui a conçu le dispositif à partir duquel a été montée la loi du 18 janvier 1994, unique dans le monde. Elle repose sur une philosophie qualifiée du *décloisonnement* qu'il faut prendre, et réévaluer s'il le faut, comme telle et était partagée à l'époque par les Ministères (de gauche et de droite qui se sont succédé) de la Santé et de la Justice. Trois objectifs la fondaient :

### **1 Le respect et le développement du et des droits :**

-la sanction « prison » doit être le plus possible réduite à la privation de liberté (référence à la formule du Président Giscard d'Estaing après les révoltes de 1984).

-tous les autres droits doivent être aménagés et mis en œuvre dans les conditions les plus proches de celles du milieu libre.

**2 Le souci de l'efficacité des politiques publiques** de santé, d'éducation, de formation, de logement des sortants de prison etc : pendant que les personnes carencées en soins, éducation, formation, culture sont « captives » et « sous mains de justice » : il faut investir , rattraper les retards : la psychiatrie publique , pionnière, avait montré la voie avec les SMPR pour des raisons à la fois sociologiques, politiques et historiques qu'il serait passionnant de mettre à jour et qui pourrait se résumer en une seule idée : la psychiatrie publique s'est investie sur l'institution prison un peu comme une ONG aujourd'hui : c'est le public le plus difficile, le plus carencé, et peut être le plus problématique. Il y avait là une sorte de militance,

---

<sup>6</sup> Idem note 5.

d'utopie qui nous a été enviée partout, je l'ai constaté pendant plusieurs années en tant qu'expert au Conseil de l'Europe. Et c'est ce schéma là qui a été dupliqué dans d'autres domaines : enseignement, culture, et couronnement unique au monde : la loi du 18 juin 1994 dont l'histoire est malheureusement mal connue mais que j'ai suivie presque du début (les SMPR) jusqu'à sa mise en œuvre.

**3 La sécurité :** elle va de pair, évidemment avec l'efficacité. J'ai la conviction que cette loi du 17 juin 1994 n'aurait pas été votée sans l'irruption du Sida : c'est en expliquant qu'une politique conduite par l'hôpital public dans les prisons était la seule à garantir à la fois des soins de qualité équivalente aux personnes détenues et pour cette raison même à protéger l'ensemble de la société civile au moment de leur retour à la vie libre que la loi a été votée et y compris dans ses applications à l'égard des personnes non affiliées à la sécurité sociale, voire en situation irrégulière sur le territoire.

C'est donc une conception de l'hôpital dispensateur de santé publique et *intégrateur* qu'il a été fait appel et cette histoire, longue mais riche me paraissait devoir être rappelée ici.

**3. Faut-il confier la décision de l'hospitalisation d'office au juge ? D'une manière générale, faut-il renforcer le rôle du juge dans le suivi et le contrôle des personnes atteintes de troubles mentaux qui ont commis des infractions mais n'ont pas été reconnues pénalement responsables ?**

Non. Elle relève légitimement du Préfet. Même si la question des droits du malade pourrait sans doute être améliorée dans sa procédure et son caractère contradictoire.

Ou alors à un juge civil : cf le juge des tutelles. Ou le juge administratif. En tous cas pas au juge pénal pour ne pas confondre sanction pénale en réponse à un acte et protection de la personne via la limitation de ses droits et en l'espèce la liberté d'aller et venir pour des raisons tenant à la fois à sa protection et à celle de la société et de son ordre public.

Renforcer le rôle du juge ? Peut-être. Mais peut-être du juge administratif. Mais surtout dans la procédure. Quel est le pourcentage de malades reconnus au discernement aboli ou relevant d'hospitalisation d'office qui sont « entourés » de proches effectivement soucieux de leur santé et du respect de leurs droits, par rapport qui sont en réalité « délaissés ».

**4. L'organisation des soins psychiatriques doit-elle être adaptée pour accueillir les personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ?**

Le partage actuel est fondamental dans ses principes, et si sa mise en œuvre est défailante, c'est la pratique et les dérives qu'il faut corriger, et non pas inverser les principes pour légitimer les dérives.

C'est la politique publique de soins psychiatrique qui doit être renforcée



- en amont,  
- au stade de l'intervention pénale le recours à la criminologie doit être généralisé pour que soient posées des questions essentielles qu'on ne pose pour ainsi dire plus à l'audience ou en délibéré : quel est le sens du crime ou du délit ? Quelle est la part des causes exogènes et endogènes ?

au stade de l'exécution de la peine et de la préparation de la sortie, en milieu fermé puis ouvert.

L'orientation tendant à faire intervenir l'hôpital en milieu pénitentiaire est un acquit à ne pas remettre en question. Le délit ou le crime ne doit pas être « gommé » et la combinaison de la peine et des soins doit être préservée dès lors qu'elle a un sens pour les auteurs de crimes ou de délits dont le discernement n'était pas aboli. Et si leur état de santé justifie des soins non compatibles avec la détention, alors ils doivent être placés en structure de soins.

Alain Blanc

Président de l'Association Française de Criminologie

### **Schéma de mon intervention orale :**

#### **Présentation CV professionnel: magistrat en fonction depuis 1974**

- juge des enfants dans l'Aisne et à Paris 10 ans
- en charge des politiques de réinsertion à l'AP chef de bureau et sous-directeur de 1985 à 1995
- conseiller cour d'appel à Paris dont 8 ans président de cour d'assises
- président de chambre correctionnelle à la cour d'appel de Douai depuis 1 an.

#### **Ce que l'AFC peut dire sur la question**

Nos références en l'espèce sont celles de nos militants : JL SENON<sup>7</sup>, Annie Kensey mais aussi nos partenaires : Jean Danet

Présentation de l'AFC : tableau historique

Le Congrès de Nantes avec la Faculté de Droit de Nantes en novembre 2010 sur le thème « les politiques publiques et de la criminologie ».

---

### **Les références historiques et les articles du code pénal et du CPP**

#### **Sens de la peine**

132-24 CP : « Dans les limites fixées par la loi, la juridiction prononce les peines et fixe leur régime en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de

---

<sup>7</sup> En particulier Troubles psychiques et réponses pénales. Champs Pénal septembre 2005 : article très clair sur l'histoire des rapports entre Droit et Médecine sur cette question des malades mentaux délinquants

son auteur. Lorsque la juridiction prononce une peine d'amende, elle détermine son montant en tenant compte également des ressources et des charges de l'auteur de l'infraction.

La nature, le quantum et le régime des peines prononcées sont fixés de manière à concilier la **protection effective de la société**, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de favoriser l'insertion ou la réinsertion du condamné et de **prévenir** la commission de nouvelles infractions.

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 article 1 : « Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la **protection de la société**, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne détenue afin de lui permettre de mener une vie responsable et de **prévenir** la commission de nouvelles infractions. »

121-3 Al.1: « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre »

Article 122-1 CP

« 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. »

**D398** : « les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de L 331 du code de la santé publique ; »

Mise en œuvre : difficulté à obtenir des Préfets l'arrêté de HO pour les malades mentaux « judiciairisés » : les SMPR et les UMD freinent des quatre fers. D'où la création conjointe Justice et santé des UHSA.

1810 : Ancien article 64 : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action » : l'aliéné délinquant est hospitalisé comme l'aliéné délinquant

1905 : Circulaire Chaumier : « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure sa responsabilité »

La défense sociale nouvelle et la primauté de la protection de la société

1985 : création des premiers SMPR

18 janvier 1994 : loi transférant au secteur hospitalier les soins aux personnes détenues et généralisation protection sociale aux détenus ;

17 juin 1998 : loi instituant le suivi socio judiciaire avec obligation de soins.

---