

**LA DÉTENTION DE PERSONNES  
ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX :  
CONDAMNATION FERME  
DE LA «PRISON – ASILE»**

**(Cour européenne des droits de l'homme,  
11 juillet 2006, *Rivière c. France*)**

PAR

Marianne MOLINER-DUBOST

*Maître de conférences  
à l'Université Jean Moulin – Lyon 3*

**Résumé**

Imputée à une «dérive psychiatrique et judiciaire» par le rapport Cabanel, l'incarcération de personnes souffrant de troubles mentaux est source d'interrogations tant sur les plans humain et sociétal que juridique. Au-delà de l'inévitable questionnement sur leur présence en prison, on peut ainsi se demander quel est, pour ce type de détenus, le sens de la peine. L'institution carcérale est-elle à même de prendre correctement en charge ce genre de pathologie? A cette question, l'arrêt *Rivière* rendu le 11 juillet 2006 par la Cour de Strasbourg répond clairement par la négative. En condamnant la France pour avoir maintenu en détention un prisonnier psychotique, le juge européen confirme l'attention vigilante qu'il porte à la protection de la dignité des détenus, au moyen d'une interprétation dynamique de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.



La question de la présence de malades mentaux dans les prisons françaises n'est pas récente. En 1838, Esquirol notait déjà qu'«il est peu de prisons dans lesquelles on ne rencontre des aliénés furieux; ces infortunés sont enchaînés dans des cachots à côté des criminels. Quelle monstrueuse association!»(1). Et il observait «[qu']on

---

(1) J.E. ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, vol. II, Librairie de l'Académie royale de médecine, Paris, 1838, p. 407.

envoyait et que l'on envoie les aliénés dans la prison parce qu'on ne sait où les placer et que ne sachant comment payer, on a recours aux fonds des prisons». On est pris de vertige en constatant que plus d'un siècle et demi plus tard, cette remarque conserve encore une certaine pertinence (2). Il semble en effet que «tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu «d'accueil» pour un nombre croissant de psychotiques, rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière» (3) (I). C'est précisément cette pratique de la «prison-asile» que condamne la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *Rivière c. France* du 11 juillet 2006 (4). En effet, pour le juge de Strasbourg, le maintien en détention d'un prisonnier atteint de troubles psychotiques sans encadrement médical approprié constitue un traitement inhumain et dégradant prohibé par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après «la Convention»). Ainsi que le souligne Jean-Paul Céré, cet arrêt confirme «le degré croissant de protection des détenus malades par la Cour européenne des droits de l'homme» (5) (II).

### I. – Raisons et déraison de la fonction asilaire des prisons françaises

On observe en France, comme d'ailleurs dans la plupart des pays industrialisés (6), une augmentation du nombre de détenus souffrant de pathologies mentales graves. Les résultats de l'enquête de prévalence des troubles mentaux parmi les détenus ont ainsi montré que 24 % de la population carcérale présentaient un trouble psychotique (dont 7 % de paranoïa et de psychose hallucinatoire chronique et 7 % de schizophrénie, soit sept fois plus que dans la population générale).

(2) Voy. V. JOURDAN, «Moins cher que l'hôpital, la prison», *Le Monde diplomatique*, juillet 2006, pp. 18-19.

(3) P. PRADIER, «La gestion de la santé dans les établissements du programme 13.000. Evaluation et perspectives», 30 septembre 1999, *La Documentation française*, p. 42.

(4) Cour eur. dr. h., 11 juillet 2006, aff. *Rivière c. France*, req. n° 33834/03 (arrêt devenu définitif le 11 octobre 2006).

(5) J.-P. CÉRÉ, «Détention, maladie et traitement inhumain ou dégradant», note sous l'arrêt *Rivière c. France* du 11 juillet 2006, de la Cour européenne des droits de l'homme (2<sup>e</sup> section), *Rev. trim. dr. h.*, 69/2007, pp. 261-268, spéc. p. 268.

(6) J.-L. SENON, «Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire», *R.P.D.P.*, n° 4, décembre 2000, pp. 506-521, spéc. p. 517.

rale) (7). Cette sur-représentation de la maladie mentale en prison (8) est l'aboutissement d'un processus complexe (A) et d'autant plus pervers que l'institution carcérale reste aujourd'hui comme hier incapable de prendre en charge les pathologies psychiatriques lourdes (B).

*A. – Les causes de la surmorbidity psychiatrique  
en milieu carcéral*

Si «la présence en prison d'un nombre considérable de psychotiques identifiés» peut apparaître «inexplicable» (9), elle n'est pas pour autant surprenante. Elle résulte tout à la fois de la réduction drastique du nombre de lits en hôpital psychiatrique et de la réforme de l'irresponsabilité pénale.

Si certains détenus peuvent développer une pathologie mentale en prison (décompensation lors de l'incarcération ou «psychose carcérale» (10)), d'autres, dépistés dans le secteur public, sont en réalité des malades abandonnés, les hôpitaux psychiatriques n'étant pas en mesure de les accueillir, faute de temps, de moyens et surtout de lits en secteur fermé (hospitalisation complète). Plus de 50 000 lits ont en effet été supprimés en psychiatrie entre 1980 et 2000 (11). Cette réduction de la capacité d'accueil tient en partie à la remise en cause de la conception asilaire de la psychiatrie (et de ses dérives) et au démantèlement de la psychiatrie publique.

La médicalisation des institutions asilaires opérée ou, en tout cas, confortée par la loi de 1838 (12) n'a pas apporté tous les progrès attendus et surtout n'a pas éloigné le spectre de l'internement arbitraire. Si le vocabulaire a changé, l'arbitraire est demeuré. Le «fou» enfermé à «l'hôpital général», emblème de l'arbitraire policier de l'Ancien Régime, est devenu «l'insensé» séquestré sur lettre de

(7) D. SIMONNOT, «La prison, un monde de détenus murés dans leur folie», *Libération*, 8 décembre 2004.

(8) Il ne faut pas en déduire que «les malades mentaux sont plus dangereux que les gens normaux». En effet, sur les 2000 homicides commis annuellement en France, une centaine sont imputables à des malades mentaux, la moitié étant psychotiques (schizophrènes ou paranoïaques) (voy. T. ALBERNHE, «Les psychoses», in T. ALBERNHE (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, Ellipses, 1997, pp. 316-317).

(9) P. PRADIER, *Rapport préc.*, p. 41.

(10) Voy. R. WULFMAN, «Les psychoses carcérales», *L'information psychiatrique*, n° 58, 1982, pp. 647-652.

(11) R. RIERA *et al.*, Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement, Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et des Libertés locales, mai 2004, p. 34.

(12) Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.

cachet en « maison de Force », puis « l'aliéné » placé à « l'asile » (13). Devenu politiquement et socialement intolérable, le système asilaire a été remis en cause au nom de la défense des libertés individuelles (14) et grâce au développement des thérapies psychanalytiques et médicamenteuses (psychotropes, anxiolytiques, lithium, antidépresseurs) permettant de multiplier les alternatives à l'hospitalisation. A la logique de l'enfermement a succédé celle de la resocialisation des malades mentaux, ce dont témoigne la politique de sectorisation qui vise à développer un dispositif de prévention, de soins et de réinsertion en dehors de l'hôpital (15). Les restructurations hospitalières opérées au nom de cette politique, mais largement motivées par des préoccupations budgétaires, ont conduit à une diminution drastique - mais jugée insuffisante par la Cour des comptes (16) - du nombre de lits hospitaliers.

L'augmentation du nombre de psychotiques dans les prisons semble par ailleurs étroitement liée à la réforme de l'irresponsabilité pénale. Sous l'empire de l'ancien article 64 du Code pénal, le prévenu qui était « en état de démence au temps de l'action », était déclaré irresponsable et bénéficiait d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement. L'alternative était simple et sans aucune nuance : « punir ou soigner » (17); et sériaient clairement les champs de compétences : « le fou à l'aliéniste, le criminel au magistrat » (18). Rompant avec cette logique « du tout ou rien », l'article 122-1 du nouveau Code pénal - qui a remplacé l'article 64 - distingue désormais les troubles psychiques ou neuropsychiques (19) ayant aboli le discernement du sujet de ceux l'ayant seulement altéré. Dans le premier cas, le sujet sera déclaré irresponsable et généralement hospitalisé d'office sur ordre du préfet (20). Dans le second cas, le sujet

---

(13) Voy. R. PICARD et D. LEFRANC, « L'enfermement en psychiatrie », *Psy-cause* n<sup>os</sup> 28-29, 2002.

(14) Loi n<sup>o</sup> 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (*JO*, 30 juin 1990).

(15) Définie à l'origine par une circulaire du 15 mars 1960 puis par la loi n<sup>o</sup> 85-772 du 25 juillet 1985 portant dispositions d'ordre social (*JO*, 26 juillet 1985, p. 415).

(16) Cour des comptes, Rapport public 2000, 2<sup>e</sup> partie, chapitre 3, §2.

(17) J.-L. SENON et D. RICHARD, « Punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994 », *R.P.D.P.*, n<sup>o</sup> 1, janvier-mars 1999, pp. 97 à 110.

(18) J. AYME, « L'article 122-1 du Code pénal, ou comment ne fut pas résolu le paradoxe du fou criminel », in *Criminologie et psychiatrie*, *op. cit.*, p. 565.

(19) Cette précision vise à tenir compte des affections cérébrales comme les tumeurs, les états toxi-infectieux, l'épilepsie... (*ibid.*).

(20) Voy. C.S.P., art. L. 3213-7.

demeure punissable, mais «la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime». Les experts psychiatres tendraient à privilégier l'altération plutôt que l'abolition du discernement, la démarche thérapeutique reposant sur la responsabilisation du malade (21) et la levée du déni (22). Mais cette orientation tiendrait aussi à des raisons plus «pratiques», liées à la volonté de voir incarcérées les personnes qui pourraient être difficiles à «gérer» en hôpital psychiatrique (23) ou à placer en unité pour malades difficiles (UMD). Si les conclusions de l'expert ne lient pas le juge (24), il semble toutefois que ce dernier ne soit pas tenté «d'infléchir la pratique des psychiatres» (25). Et l'on constate en effet que le nombre de reconnaissances d'irresponsabilité pénale pour raison psychiatrique a fortement chuté avant de se stabiliser (26), encore que les décisions de non-lieu aient fortement décru ces dernières années (27).

L'incarcération de personnes psychotiques «indûment responsabilisées» (28) contribue par surcroît au problème récurrent du surpeuplement carcéral (29), d'autant qu'elles sont souvent condamnées à de lourdes peines. L'existence de troubles mentaux, loin de constituer une circonstance atténuante – que semble pourtant suggérer l'alinéa 2 de l'article 122-1 du Code pénal – conduirait, au contraire, à une aggravation de la peine. Effrayés par l'acte commis (son horreur, son caractère gratuit...) et par la personnalité de son auteur (froideur, indifférence à la souffrance d'autrui, absence de remords...), magistrats et jurés chercheraient en effet à retar-

---

(21) F. MACHERET-CHRISTE et B. GRAVIER, «Schizophrénie, psychose et prison», *La lettre de la Schizophrénie*, n° 23, juin 2001, pp. 2 à 8.

(22) Dr E. PIEL et Dr J.-L. ROELANDT, «De la psychiatrie vers la santé mentale», *Rapport de Mission, ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, ministère délégué à la santé, juillet 2001, p. 42.

(23) G.-P. CABANEL, *Prisons : une humiliation pour la République*, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, Sénat, n° 449, 29 juin 2000.

(24) Cass. Crim., 21 janvier 1992, pourvoi n° 91-83032, inédit.

(25) G.-P. CABANEL, rapport préc.

(26) J.-L. SENON, *Evolution de l'irresponsabilité pénale et devenir des malades mentaux*, Angers, Université de Poitiers, 19 mai 2006.

(27) Elles sont ainsi passées de 287 en l'an 2000 à 203 en 2004 (*Annuaire statistique de la justice*, édition 2006, p. 117).

(28) A. ROQUES et C. BOURRIER, «Le rôle de l'expert psychiatre dans la décision du juge pénal», *R.P.D.P.*, n° 3, septembre 2004, pp. 609 à 616, n° 16, p. 615.

(29) Au 1<sup>er</sup> juillet 2006, 61.413 personnes étaient détenues en France tandis que le nombre de places en établissements pénitentiaires était de 50.332 (*Annuaire statistique de la justice*, édition 2006, p. 117).

der la sortie de ce type de condamnés (30). Le caractère impartial de leur procès est ainsi inévitablement sujet à caution.

Dénoncée par la Commission nationale consultative des droits de l'homme, cette «pénalisation systématique» (31) est d'autant plus contestable qu'elle est inutile et inefficace tant pour la société que pour le condamné. Punir, c'est rappeler la loi à celui qui l'a violée, c'est défendre la société mais c'est aussi transformer l'individu transgressif, l'amender, l'éduquer pour le réinsérer (32). Peut-on réellement soutenir que les «fonctions de la peine» (33) sont correctement remplies pour les détenus atteints de pathologies mentales? A l'évidence non et c'est ce qui explique qu'on en vienne à préconiser de placer les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques, *après qu'ils aient purgé leur peine*, dans des unités spécifiques placées sous la surveillance de l'administration pénitentiaire au sein de structures hospitalières (34)! Très contestable sur le fond (35), cette proposition met bien en lumière les insuffisances du système actuel.

Si elle a pu être présentée comme «la solution du moindre mal» (36) à l'égard de la société, l'incarcération des personnes psychotiques est hautement problématique. «Objets et sujets de violence» (37), ces détenus présentent une prédisposition au suicide (38) (spécialement les schizophrènes) et sont sources d'insécu-

---

(30) L'organisation des soins aux détenus, Rapport d'évaluation de l'Inspection générale des Services judiciaires (I.G.S.J.) et de l'Inspection générale des Affaires sociales (I.G.A.S.), juin 2001, pp. 79 et s.

(31) J.-P. DUBOIS, «Réflexions sur le sens de la peine», *C.N.C.D.H.*, 24 janvier 2002.

(32) *Ibid.*, annexe 1. Audition M. Frédéric Gros, Professeur de philosophie à l'université Paris XII.

(33) S. PLAWSKI, *Droit pénitentiaire*, P.U.L., 1977, pp. 42-45.

(34) P. GOUJON et C. GAUTIER, «Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale?», Sénat, n° 420, 22 juin 2006.

(35) Supposé assurer à la fois «une meilleure prise en charge sanitaire des personnes considérées comme dangereuses et la sécurité de notre société», ce dispositif fonderait la privation de liberté, non sur la sanction d'un acte, d'une infraction (fonction répressive), mais sur la dangerosité supposée des personnes, c'est-à-dire, en clair, sur leur prédisposition potentielle à la récidive (fonction préventive). Outre que la prégnance de l'objectif sécuritaire risque de laisser peu de place à l'objectif de soins, le système proposé pourrait aisément être suspecté de favoriser l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux en institutionnalisant la stigmatisation.

(36) G.-P. CABANEL, rapport préc.

(37) J. FLOCH, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*, AN n° 2521, 28 juin 2000.

rité (tant pour les surveillants et les soignants que pour les co-détenus (39)) et de problèmes disciplinaires. Par ailleurs et surtout, leur mise en détention pose la question de la prise en charge de leur pathologie en prison, les détenus étant sensés bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population (CSP, art. L1110-1).

B. – *L'inadaptation des dispositifs actuels  
de prise en charge des troubles mentaux des détenus*

L'organisation des soins aux détenus souffrant de troubles mentaux repose sur un dispositif interne (services médico-psychologiques régionaux – SMPR (40)) et externe (hôpital psychiatrique et secteur psychiatrique de l'hôpital général). Outre qu'il n'existe à ce jour que 26 SMPR offrant au total 380 places, ceux-ci ne sont pas toujours en mesure d'assurer des soins en hospitalisation complète, faute de personnel qualifié la nuit. Par ailleurs, les soins psychiatriques ne pouvant y être dispensés sous la contrainte, les SMPR ne sauraient accueillir de détenus qui n'y consentiraient point (41).

Les détenus nécessitant des soins auxquels ils ne sont pas en mesure de consentir doivent donc être hospitalisés d'office dans un établissement de santé habilité. Or, l'application de cette procédure comporte de graves risques en termes de sécurité, liés au transfèrement du détenu mais aussi à ses conditions de séjour à l'hôpital puisqu'il n'est surveillé par aucun policier ou gendarme (CPP, art. D. 398, al. 3). « En fait, le Code de procédure pénale n'a pas pris en compte les évolutions fonctionnelles de la psychiatrie et continue à se fonder sur le postulat qu'un établissement psychiatrique est

---

(38) Voy. J.-L. TERRA, *Rapport sur la prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention*, décembre 2003, p. 40.

(39) De manière révélatrice, la consultation en vue des états généraux de la condition pénitentiaire, dont les résultats ont été rendus publics en octobre dernier, a révélé que 60 % des détenus étaient favorables au transfert systématique des détenus souffrant de graves troubles psychiatriques en milieu hospitalier spécialisé (Principaux enseignements de l'étude, B.V.A., octobre 2006).

(40) Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, art. 11 (*J.O.*, 19 mars 1986).

(41) Rattaché au principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ainsi qu'à la liberté individuelle, le principe de consentement du patient – rappelé par l'article L. 1111-4, al. 3, du Code de la santé publique - a été qualifié de liberté fondamentale par le Conseil d'Etat (C.E., ord., 16 août 2002, *Mme Feuillatey*, req. n° 249552, *A.J.D.A.*, 16 septembre 2002, p. 723, note M.-C. M.).

fermé et sécurisé et qu'il ne nécessite donc pas de garde du détenu» (42). Il en résulte un taux d'évasion élevé (43) et d'autant plus préoccupant «qu'il ne s'agit pas d'évasions complexes ou spectaculaires; le plus souvent le détenu s'en va par la porte, ou par une issue d'accès facile...» (44). A l'extrême opposé, certains établissements de santé recourent, par souci de sécurité – surtout après les événements survenus à l'hôpital psychiatrique de Pau en 2004 et 2005 (45) – à l'enfermement en pavillon sécurisé des détenus hospitalisés d'office, même lorsque, *a priori*, leur état ne le justifie pas, renvoyant ainsi à «une psychiatrie d'un autre âge, non dans son intention mais dans son application» (46).

Les détenus présentant les pathologies les plus lourdes peuvent être hospitalisés d'office en unité pour malades difficiles (UMD). Il n'existe toutefois que quatre UMD pour l'ensemble du territoire national (47), et elles n'ont pas vocation à accueillir uniquement des détenus mais tout patient présentant pour autrui un «danger majeur, certain ou imminent» qui nécessite «des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières» (48). Par ailleurs, le nombre de places disponibles en UMD a fortement diminué depuis leur création, la Direction générale de la Santé souhaitant ainsi éviter que ne s'accélère la tendance au rejet des malades perturbateurs par les hôpitaux habilités à recevoir des patients hospitalisés sous contrainte (49). En conséquence, le nombre de lits est passé de 500 en 1990 à 377 en 2005 (50), chiffre qualifié de «ridiculement faible au regard des besoins» (51). La faiblesse des capacités d'accueil est

---

(42) R. RIERA *e. a.*, rapport préc., p. 39.

(43) 47 évasions se sont produites depuis un hôpital psychiatrique en 2005, le nombre annuel des évasions depuis un établissement pénitentiaire étant généralement compris entre 15 et 18 (H. BERBAIN, in Sénat, Travaux de la commission des lois, 14 juin 2006, «Sécurité - Mesure de sûreté concernant les personnes dangereuses»).

(44) Rapport IGSJ/IGAS, préc., pp. 87 et 88.

(45) Dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, un jeune schizophrène a tué à l'arme blanche une infirmière et une aide-soignante qui étaient de garde à l'hôpital psychiatrique de Pau. Huit mois plus tard, un détenu hospitalisé d'office dans le pavillon pour patients dangereux s'évadait après avoir agressé les deux infirmiers de service.

(46) P. KHALIL *e. a.*, «L'article D 398 et ses limites dans la pratique psychiatrique», *Psy-Cause*, n<sup>os</sup> 40-41, 2005, pp. 27 à 30.

(47) Ces UMD sont situées à Montfavet (Vaucluse), Villejuif (Val-de-Marne), Sarreguemines (Moselle) et Cadillac-sur-Garonne (Gironde).

(48) Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, art. 1<sup>er</sup> (*J.O.*, 23 novembre, p. 14134).

(49) Rapport IGSJ/IGAS, préc., pp. 87 et 88.

(50) C. HERSZBERG, *Fresnes, Histoires de fous*, éd. du Seuil, Paris, 2006, p. 69.

(51) G. DUBRET, préc.

par surcroît aggravée par la longueur du séjour des personnes qui y sont admises. De ce fait, les délais d'attente pour une admission en UMD dépassent souvent plusieurs semaines (52), au point que la tentative d'y placer un détenu malade a pu apparaître comme un «exercice de haute voltige rarement couronné de succès» (53).

C'est dans ce contexte, que la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJU) de 2002 (54) a prévu la création d'unités spécialement aménagées au sein des établissements de santé (généralistes ou psychiatriques) pour l'hospitalisation, avec ou sans leur consentement, des détenus souffrant de troubles mentaux (55). Dix-neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) devraient être construites entre 2007 et 2012 pour un total de 705 lits. Dans un premier temps, il fut prévu de construire les cinq premières d'ici à 2008 avec une capacité totale de 290 lits. En réaction aux événements de Pau, les ministres de la Santé et de la Justice ont décidé d'augmenter la première tranche de 50 % (soit 450 lits) et prévu une seconde tranche de travaux devant aboutir à la création de 250 lits supplémentaires à l'horizon 2010. Il est à craindre cependant que loin d'infléchir la tendance à emprisonner des malades mentaux, la création des UHSA ne l'accentue (56).

La mise en service de ces unités permettra au moins de se rapprocher de l'objectif d'un égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état (CSP, art. L1110-1) et de se conformer aux règles pénitentiaires européennes adoptées en 2006 (57). Celles-ci prévoient en effet que «les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçu à cet effet» (58). L'arrêt *Rivière c. France* rendu le 11 juillet 2006 confirme à cet égard toute l'urgence qui s'attache à la réalisation de ces unités.

---

(52) Le rapport RIERA évoque un délai de 8 à 9 mois pour Cadillac, 41 jours environ pour Sarreguemines. Seule l'UMD de Villejuif présente un délai inférieur à trois semaines (préc., pp. 37-38).

(53) P. PRADIER, rapport préc., p. 43.

(54) Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 (*J.O.*, 10 septembre, p. 14934 et rectific. *J.O.*, 24 décembre, p. 21500).

(55) CSP, art. L. 3214-1 issu de l'article 48 de la LOPJU.

(56) V. JOURDAN, préc. On observe en effet que la pénalisation des personnes souffrant de troubles mentaux n'est pas réellement remise en cause.

(57) Sans s'imposer aux Etats membres, les règles pénitentiaires européennes, influencent les législations nationales, la jurisprudence et les pratiques.

(58) Rec. (2006)2 du 11 janvier 2006, point 12.1.

## II. – L'article 3 de la Cour européenne des droits de l'homme au secours des détenus malades

Comme le rappelle fréquemment la Cour de Strasbourg, «l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme consacre l'une des valeurs les plus fondamentales des sociétés démocratiques». Il prohibe en termes absolus la torture et les traitements ou peines inhumains ou dégradants, en toutes circonstances et «quels que soient les agissements de la victime ou la nature de l'infraction reprochée» (59). En effet, «les droits liés à l'interdit de la torture, des peines et traitements inhumains et dégradants, sont accordés aux personnes en raison de la dignité attachée à la personne humaine, et non par la volonté du pouvoir» (60). Mais pour tomber sous le coup de l'article 3, un traitement donné doit atteindre un minimum de gravité, exigence qui permet également de qualifier ledit traitement de torture ou de traitement inhumain ou dégradant (61). L'appréciation du degré minimum de gravité étant par essence relative, elle dépendra «de l'ensemble des données de la cause, notamment de la durée du traitement et de ses effets physiques et mentaux et, parfois, du sexe, de l'âge, de l'état de santé de la victime etc.» (62). De l'article 3, la Cour a inféré deux obligations négatives. Tout d'abord, les autorités ne doivent pas soumettre un individu privé de liberté à des mesures ayant pour objet ou pour effet (63) de susciter chez lui des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à l'humilier, l'avilir ou à briser éventuellement sa résistance physique et morale (64). Par ailleurs, les

---

(59) Voy. notamment Cour eur. dr. h., 6 avril 2000, aff. *Labita c. Italie* [GC], §119.

(60) F. TULKENS, «La dignité, l'institution juste», in *Sens de la peine et droits de l'homme*, Actes du colloque international inaugural de l'ENAP, Agen, 8, 9 et 10 novembre 2000, Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, 2000, pp. 25 à 38, spéc., p. 29. Voy. également, B. MAURER, *Le principe de respect de la dignité humaine et la convention européenne des droits de l'homme*, CERIC, 1999, coll. «Monde européen et international».

(61) Voy. F. SUDRE, «La notion de «peines et traitements inhumains ou dégradants» dans la jurisprudence de la Commission et de la Cour européennes des droits de l'homme», *R.G.D.I.P.*, 1984, pp. 825 à 889.

(62) Cour eur. dr. h., 18 janvier 1978, aff. *Irlande c. Royaume-Uni*, §162, p. 65; Cour eur. dr. h., 19 avril 2001, aff. *Peers c. Grèce*, §67.

(63) La question de savoir si le traitement avait pour but d'humilier ou de rabaisser la victime est un élément à prendre en compte mais l'absence d'intention ne saurait exclure de façon définitive un constat de violation de l'article 3 (Cour eur. dr. h., 10 juillet 2001, aff. *Price c. Royaume-Uni*, §24).

(64) Cour eur. dr. h., 28 juillet 1999, aff. *Selmouni c. France* [GC], §99.

modalités d'exécution de la mesure ne doivent pas soumettre le détenu à «une détresse ou une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention» (65).

La prise en compte de l'état de santé du détenu a pour conséquence d'abaisser le seuil de déclenchement de l'article 3, une personne malade étant par hypothèse prédisposée à souffrir davantage de la privation de liberté qu'une personne bien-portante. D'ailleurs, «la souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut en soi relever de l'article 3, si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par des conditions de détention dont les autorités peuvent être tenues pour responsables» (66). La Cour a sensiblement accru la protection invocable au titre de l'article 3, en imposant aux autorités «d'intégrer les paramètres relatifs à la santé de chaque prisonnier» (67), puisque «l'état de santé, l'âge et un lourd handicap physique constituent désormais des situations dans lesquelles *la capacité à la détention* est aujourd'hui posée au regard de l'article 3» (68). Ayant déjà eu à se positionner sur la compatibilité du maintien en détention de personnes âgées (69), handicapées (70) ou gravement malades (71) voire en fin de vie (72), le juge de Strasbourg applique ici, *mutatis mutandis*, les mêmes principes s'agissant de la maladie mentale (A) tout en reconnaissant à celle-ci une spécificité qui le conduit à abaisser le seuil de gravité requis pour déclencher l'article 3 (B).

---

(65) Cour eur. dr. h., 26 octobre 2000, aff. *Kudla c. Pologne* [GC], §§91 et 93; Cour eur. dr. h., 27 février 2004, affaire *Hénaf c. France*, §55 *in fine*, *J.C.P.*, éd. G, 2004, II, 10093, note L. DI RAIMONDO et *AJ Pénal*, n° 2, 2004, février 2004, obs. J.P. CÉRÉ, pp. 78 et 79.

(66) Cour eur. dr. h., 10 novembre 2005, aff. *Tekin Yildiz c. Turquie*, §70; Cour eur. dr. h., 10 novembre 2005, aff. *Gürbüz c. Turquie*, §58.

(67) J.-P. CÉRÉ, «Détention, maladie et traitement inhumain ou dégradant», *loc. cit.*, p. 263.

(68) Cour eur. dr. h., 14 novembre 2002, aff. *Mouïsel c. France*, §38, *D.*, n° 5, 2003, note H. MOUTOUH, pp. 303 à 305; *Tekin Yildiz c. Turquie*, préc., §72.

(69) Cour eur. dr. h., 7 juin 2000, aff. *Papon c. France*, *PA* n° 188, 20 septembre 2001, note E. BOITARD.

(70) Cour eur. dr. h., *Price c. Royaume-Uni*, préc.; Cour eur. dr. h., 2 décembre 2004, aff. *Farbtuhs c. Lettonie*.

(71) Cour eur. dr. h., 14 décembre 2004, aff. *Gelfmann c. France*; *Tekin Yildiz c. Turquie*, préc.

(72) *Mouïsel c. France*, préc.

A. – *Les principes applicables  
à tous les détenus malades*

Les autorités sont dans l'obligation de protéger la santé des personnes privées de liberté (73). Cette obligation a été réaffirmée dans l'arrêt *Kudla* exposant que l'Etat doit veiller à ce que, «eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier [soient] assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis» (74). La Cour contrôle en conséquence le nombre et la fréquence des visites médicales (75) ainsi que la diligence des autorités à répondre aux demandes de consultation du détenu (76). Elle constate ainsi, dans l'affaire *Kudla*, que «le requérant a régulièrement sollicité et obtenu des soins médicaux au cours de sa détention. Il a été examiné par des médecins de diverses spécialités et a fréquemment reçu une assistance psychiatrique» (§96). Le défaut de surveillance de l'état de santé du malade et le manque de soins médicaux appropriés peuvent constituer un traitement contraire à l'article 3. Tel est le cas lorsqu'une détenue héroïnomane présente, après son incarcération, les symptômes de sevrage (vomissements répétés entraînant une perte de poids importante – 10 kg en 5 jours) conduisant à une détérioration rapide de son état de santé et finalement à son décès, sans que les autorités carcérales ne s'alarment (pas de surveillance de la prisonnière pendant le week-end), ni ne prennent les mesures appropriées pour soigner l'intéressée (par exemple l'envoyer à l'hôpital) (77). Par ailleurs, le détenu doit être examiné et traité par des personnes qualifiées. Ainsi, est constitutif d'une grave lacune dans les soins médicaux prodigués à un détenu schizophrène dont on connaissait les tendances suicidaires, le fait que son état ait été apprécié et son traitement défini sans qu'aient été consultés des spécialistes en psychiatrie (78).

Les «exigences pratiques de l'emprisonnement» de même que les conditions générales de la vie carcérale peuvent constituer un obstacle à la prise en charge correcte de la santé du détenu, particulièrement lorsque celui-ci souffre d'une pathologie très invalidante (*Price, Farbtuz*), difficile à soigner (*Gelfmann*) ou engageant le pro-

---

(73) Arrêt *Hurtado c. Suisse* du 28 janvier 1994, rapport de la Commission, p. 16, §79.

(74) Cour eur. dr. h., *Kudla c. Pologne*, préc., §94.

(75) Cour eur. dr. h., *Papon c. France*, préc.

(76) Cour eur. dr. h., 5 avril 2001, *Priebke c. Italie*.

(77) Cour eur. dr. h., 29 avril 2003, *McGlinchey et autres c. Royaume-Uni*, §57.

(78) Cour eur. dr. h., 3 avril 2001, *Keenan c. Royaume-Uni*, §115.

nostic vital (*Mouisel*). Or, «la détention d'une personne malade dans des conditions inadéquates peut, en principe, constituer un traitement contraire à l'article 3» (79). Il en est ainsi lorsqu'une personne gravement handicapée et atteinte de troubles rénaux est détenue dans des conditions où elle souffre dangereusement du froid, risque d'avoir des lésions cutanées en raison de la dureté ou de l'inaccessibilité de son lit, et ne peut que très difficilement aller aux toilettes ou se laver (*Price*, §30). S'il ne s'ensuit pas une obligation générale de transférer un détenu dans un hôpital civil (*Kudla*, §93), son état de santé peut cependant imposer que des «mesures particulières» soient prises par les autorités pénitentiaires. Ainsi, dans l'affaire *Mouisel*, la Cour évoque-t-elle «une hospitalisation ou tout autre placement dans un lieu où le condamné malade aurait été suivi et sous surveillance, en particulier la nuit» (§45).

C'est finalement la question de la compatibilité avec l'article 3 du maintien en détention d'une personne malade qui devait être posée. Bien que concluant à l'absence de violation de l'article 3, la Cour affirme ainsi, dans l'arrêt *Papon*, que «le maintien en détention pour une période prolongée d'une personne d'un âge avancé, et de surcroît malade, peut entrer dans le champ de protection de l'article 3». Affinant le raisonnement, le juge européen considère désormais que «la santé de la personne privée de liberté doit être prise en compte dans les modalités de l'exécution de la peine privative de liberté, notamment en ce qui concerne la *durée du maintien en détention*» (80). Et à cet égard, «la Cour doit tenir compte, notamment, de trois éléments afin d'examiner la compatibilité d'un état de santé préoccupant avec le maintien en détention du requérant : (a) la condition du détenu, (b) la qualité des soins dispensés et (c) *l'opportunité de maintenir la détention* au vu de l'état de santé du requérant» (81). Il n'est d'ailleurs pas exclu que «dans des conditions particulièrement graves, l'on puisse se trouver en présence de situations où une bonne

---

(79) *Farbtuhs c. Lettonie*, préc., §51. Cette évolution n'est pas, à proprement parler, nouvelle ni inhérente à la Cour issue de l'entrée en vigueur du Protocole n° 11. La Commission avait en effet déjà admis que la détention, en tant que telle, entraînait inévitablement des effets sur les détenus souffrant d'affections graves et précisé qu'elle «ne saurait exclure que dans des conditions d'une particulière gravité l'on puisse se trouver en présence de situations où une bonne administration de la justice pénale commande que des mesures de nature humanitaire soient prises pour y parer» (*Chartier c. Italie*, n° 9044/80, rapport de la Commission du 8 décembre 1982, *Décisions et rapports (DR)* 33, pp. 48 et 49).

(80) Cour eur. dr. h., 15 janvier 2004, *Matencio c. France*, §80.

(81) Cour eur. dr. h., 15 janvier 2004, *Sakkopoulos c. Grèce*, §39; *Mouisel c. France*, préc., §§40-42; *Farbtuhs c. Lettonie*, préc., §52.

administration de la justice pénale exige que des mesures de nature humanitaire soient prises pour y parer» (82). Ainsi, tout en refusant de déduire de l'article 3 de la Convention «une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé» (*Mouisel*, §40), le juge de Strasbourg estime que «la détention d'une personne atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou dont l'état est durablement incompatible avec la vie carcérale peut poser des problèmes sous l'angle de l'article 3 de la Convention» (*Gürbüz*, §60). Ainsi, viole l'article 3, le maintien en détention d'une personne atteinte d'une leucémie en phase terminale, «qui a constitué une épreuve particulièrement pénible et causant une souffrance allant au-delà de celle que comporte inévitablement une peine d'emprisonnement et un traitement anticancéreux» (*Mouisel*, §48) ou d'un détenu souffrant du syndrome de Wernicke-Korsakoff pouvant entraîner le coma, voire la mort, si le patient n'est pas dûment traité (*Tekin Yildiz*, §83). De même, déplorant «le caractère inadéquat du maintien prolongé en prison» d'un détenu âgé de 84 ans, paraplégique, souffrant de plusieurs maladies graves dont la plupart étaient chroniques et incurables, invalide et totalement dépendant pour les gestes de la vie quotidienne, la Cour estime que «la situation dans laquelle il était placé ne pouvait que créer, chez lui, des sentiments constants d'angoisse, d'infériorité et d'humiliation suffisamment forts pour constituer un traitement dégradant, au sens de l'article 3 de la Convention» (*Farbtuhs*, §§57 et 61).

B. – *L'émergence de principes spécifiques  
aux détenus souffrant de troubles mentaux*

Dans le cas des malades mentaux, la Cour affirme qu'il convient «de tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne» (83). Dans l'affaire *Aerts c. Belgique*, la Cour, ayant à examiner si les conditions de détention du requérant dans l'annexe psychiatrique d'une prison étaient compatibles avec l'article 3, avait déjà précisé qu'il n'est pas raisonnable d'attendre d'une personne souffrant de troubles mentaux qu'elle donne une description détaillée et cohérente de ce qu'elle a souffert lors de sa détention (84). Que le détenu

---

(82) *Matencio c. France*, préc., §76; *Sakkopoulos c. Grèce*, préc., §38; *Farbtuhs c. Lettonie*, préc., §52.

(83) Cour eur. dr. h., aff. *Keenan c. Royaume-Uni*, préc., §111; Cour eur. dr. h., 10 février 2004, *Gennadi Naoumenko c. Ukraine*, §112.

(84) Cour eur. dr. h., 30 juillet 1998, *Aerts c. Belgique*, §66.

ne soit pas, du fait de sa pathologie mentale, en mesure d'indiquer des effets néfastes précis, ne signifie pas que ceux-ci sont inexistants; simplement, la Cour ne peut se fier, pour déterminer si le seuil de gravité a été franchi, ni aux plaintes du requérant ni à leur absence. Dans l'affaire *Aerts*, le juge s'en était alors référé au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture (C.E.P.T.) (85) lequel soulignait, en autres choses, l'existence d'un risque indéniable d'aggravation de l'état mental des détenus. La Cour a néanmoins conclu à l'absence de violation de l'article 3 en relevant que les conditions de détention ne semblaient pas avoir eu des effets graves sur la santé mentale du requérant (§67).

Dans l'affaire *Keenan*, la Cour va plus loin en estimant que la difficulté de discerner avec certitude dans quelle mesure les symptômes du détenu résultent des conditions de détention «n'est pas déterminante pour trancher la question de savoir si les autorités ont respecté les obligations de l'article 3» (§112). Autrement dit, dès lors qu'il est impossible de distinguer entre les souffrances inhérentes à la maladie et celles provoquées par le traitement litigieux (prononcé d'une sanction disciplinaire en l'occurrence), cet élément d'appréciation ne peut être déterminant. La prise en compte des effets de la mesure considérée s'efface ainsi, alors qu'il s'agit, normalement, de la considération la plus importante, ne serait-ce qu'en raison des liens qu'elle entretient avec la question de la preuve d'un traitement incompatible avec l'article 3. La constatation d'une altération de la santé physique ou mentale constitue en effet au moins un indice de l'existence d'un tel traitement. En outre, c'est principalement de ces effets que la Cour peut déduire l'intensité de la souffrance ou de la détresse ressentie par le plaignant. Élément déterminant dans l'appréciation du minimum de gravité requis, l'importance des effets de la mesure considérée sur le requérant est, dans le cas d'un détenu atteint de troubles mentaux, pratiquement présumée. Ainsi, l'arrêt *Rivière* n'examine-t-il pas l'impact de la détention sur l'état de santé du requérant ou sur l'évolution de sa maladie. Cet impact est supposé évident. Il est, pour ainsi dire, objectif.

---

(85) Le C.E.P.T. a été institué par la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 26 novembre 1987 afin d'examiner, sans qu'il y ait forcément de plaintes, le traitement des personnes privées de liberté en visitant les lieux de détention de toute nature (prisons, postes de police, casernes, hôpitaux psychiatriques ...) relevant de la juridiction des Etats contractants.

La Cour précise par ailleurs, et pour la première fois, qu' «il convient également, au sein de la vaste catégorie des maladies mentales, de distinguer celles, telles que la psychose, qui comportent, pour les personnes qui en souffrent, des risques particulièrement élevés [de suicide]» (§63). La nature du trouble mental dont est atteint le détenu paraît très importante, surtout si celui-ci doit purger une lourde peine, ce qui était le cas de M. Rivière. On observe en effet que dans l'affaire *Kudla*, le maintien en détention d'un prévenu souffrant de troubles névrotiques aggravés de tendances suicidaires qualifiées de «réactionnelles» (c'est-à-dire consécutives au choc de l'incarcération) ne méconnaissait pas l'article 3 alors même que la Cour admettait que «l'état psychologique du requérant rendait celui-ci plus vulnérable que le détenu moyen, et que sa détention [pouvait] avoir exacerbé dans une certaine mesure les sentiments de détresse, d'angoisse et de crainte éprouvés par lui» (§99). L'intéressé avait pourtant par deux fois attenté à ses jours et deux rapports médicaux avaient signalé le risque de le voir faire de nouvelles tentatives, l'un deux estimant même que «son maintien en détention provisoire comport[ait] un danger sérieux pour sa vie».

Par contraste, dans l'affaire *Rivière*, le détenu présentait certes des risques suicidaires mais d'une part, ceux-ci ne s'étaient pas réalisés jusqu'à présent et d'autre part, ils furent reliés à «une situation pénale difficile à envisager (refus de libération conditionnelle, transfert à la Réunion envisagé et angoissant)». Il faisait l'objet d'une surveillance renforcée et était hospitalisé d'office dès que le besoin s'en faisait sentir. Le médecin inspecteur de la santé avait d'ailleurs conclu que l'état de santé du requérant était compatible avec la détention et qu'il bénéficiait de soins appropriés à son état de santé (§44). La Cour insiste au demeurant – ce qui n'est tout de même pas fréquent – sur les «efforts d'adaptation non niables et qu'elle se garde de sous-estimer» déployés par les autorités nationales pour assurer «une prise en charge adéquate de l'état de santé du requérant» (§75). Elle estime toutefois que «son maintien en détention, sans encadrement médical actuellement approprié [a constitué] une épreuve particulièrement pénible et l'a soumis à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention» pour conclure à l'unanimité à l'existence d'un traitement inhumain et dégradant (§§76-77).

On ne saurait en déduire qu'*a contrario*, la Cour n'aurait vu aucun inconvénient au maintien en détention de l'intéressé si celui-ci avait pu y bénéficier d'un encadrement médical approprié. En effet, le tableau clinique du patient laissait, à lui seul, subodorer que les

troubles dont souffrait M. Rivière relevaient de l'hôpital psychiatrique. Les experts avaient ainsi relevé que le requérant est désormais un «malade mental chronique» et que certains de ses comportements, «comme une compulsion d'auto-strangulation, constituaient des indices inquiétants» (§66). Par ailleurs et surtout, le juge de Strasbourg affirme attacher «un grand poids» à la Recommandation du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe relative aux soins de santé en milieu pénitentiaire, qui précise notamment que «les détenus souffrant de troubles mentaux graves devraient pouvoir être placés et soignés dans un service hospitalier doté de l'équipement adéquat et disposant d'un personnel qualifié [...]» (86) (§72). Aussi, bien qu'elle ne franchisse pas le pas et reste fidèle à une appréciation *in concreto* des circonstances de l'affaire, la Cour semble admettre que la place d'une personne souffrant de graves troubles mentaux n'est pas en prison. A tel point que l'on n'eût pas été particulièrement surpris de voir la Cour affirmer que le maintien en détention d'une personne psychotique est en soi incompatible avec l'article 3. Ne pourrait-on pas en effet, comme le suggère Françoise Tulkens, «soutenir qu'un emprisonnement qui met en péril les objectifs mêmes de la détention, à savoir la prévention et la réinsertion, pourrait être susceptible de constituer en lui-même un traitement inhumain et dégradant» (87) ?



---

(86) Rec. n° R (98)7 du 8 avril 1998 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, point 55.

(87) F. TULKENS, «La dignité, l'institution juste», préc., p. 34.