



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

# Traitements psychiatriques ordonnés & surpopulation carcérale

Dr Ariel Eytan

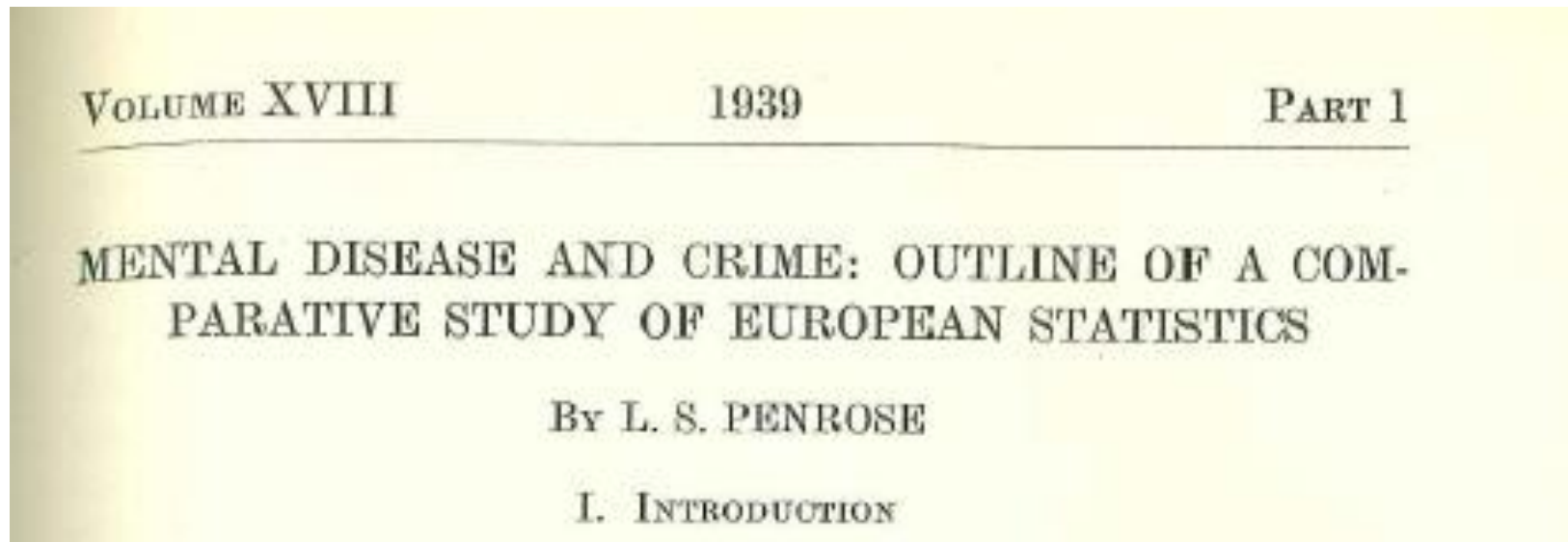
Médecin adjoint agrégé, chargé de cours

Service des mesures institutionnelles

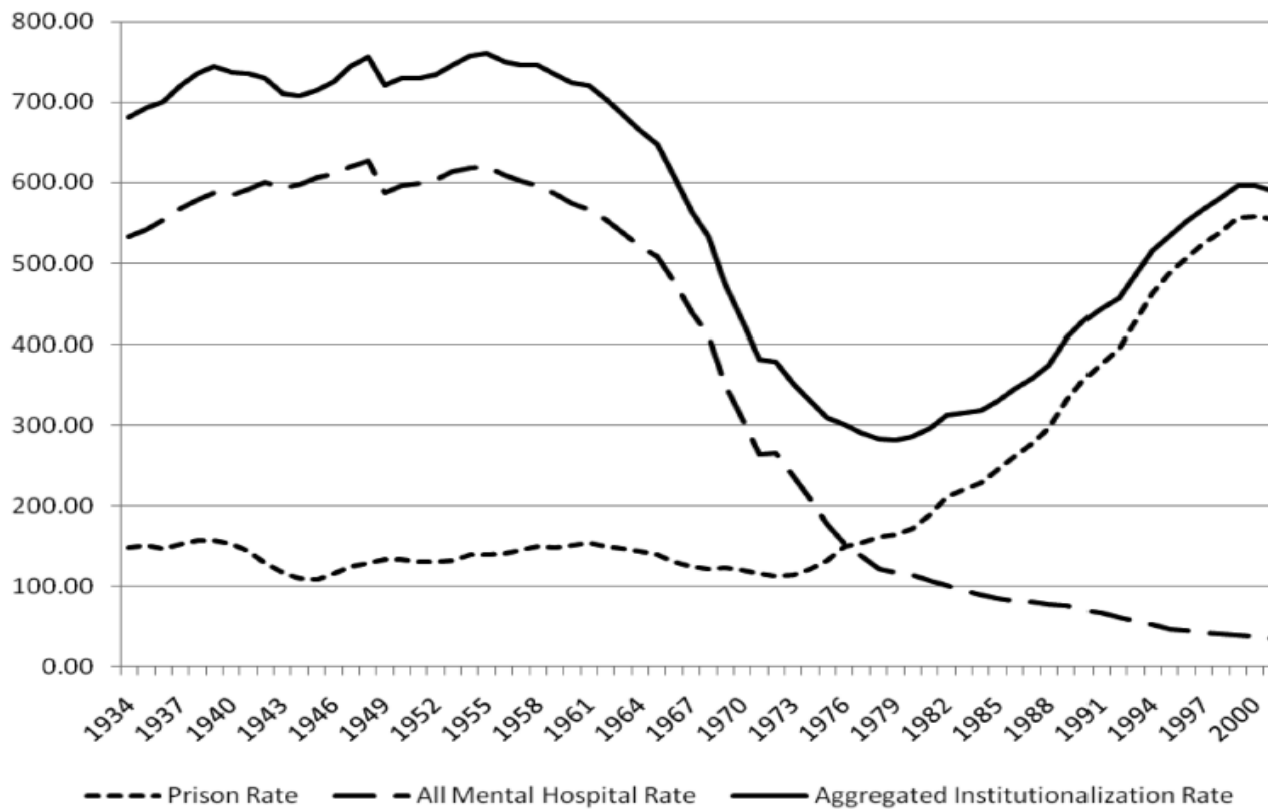
# Plan

- Liens prison / psychiatrie
- Les mesures selon le CPS
- La dangerosité et son évaluation
- Les évolutions récentes
- Des pistes de réflexion pour l'avenir

# L'hypothèse de Penrose



- → Relation inverse entre le nombre de détenus et le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie



**Figure 1.** Rates of institutionalization in the United States (per 100,000 adults), 1934–2001

An Institutionalization Effect: The Impact of Mental Hospitalization and Imprisonment on Homicide in the United States, 1934–2001

*Bernard E. Harcourt The Journal of Legal Studies (2011)*



**Pilgrim State Hospital, Brentwood, NY, 1938**

RESEARCH ARTICLE

## Psychiatric Hospital Bed Numbers and Prison Population Sizes in 26 European Countries: A Critical Reconsideration of the Penrose Hypothesis

Victor Blüml<sup>1</sup>, Thomas Waldhör<sup>2</sup>, Nestor D. Kapusta<sup>1</sup>, Benjamin Vyssoki<sup>3\*</sup>

EDITORIAL

JAMA Psychiatry February 2015

## Does Deinstitutionalization Cause Criminalization? The Penrose Hypothesis

H. Richard Lamb, MD

Research

Original Investigation

## Psychiatric Hospital Beds and Prison Populations in South America Since 1990 Does the Penrose Hypothesis Apply?

Adrian P. Mundt, MD; Winnie S. Chow, MA, MSc; Margarita Arduino, MD; Hugo Barrionuevo, MD;  
Rosemarie Fritsch, MD; Nestor Giral, MD; Alberto Minoletti, MD; Flávia Mitkiewicz, MSc;  
Guillermo Rivera, MD; Maria Tavares, MD; Stefan Priebe, FRCPsych

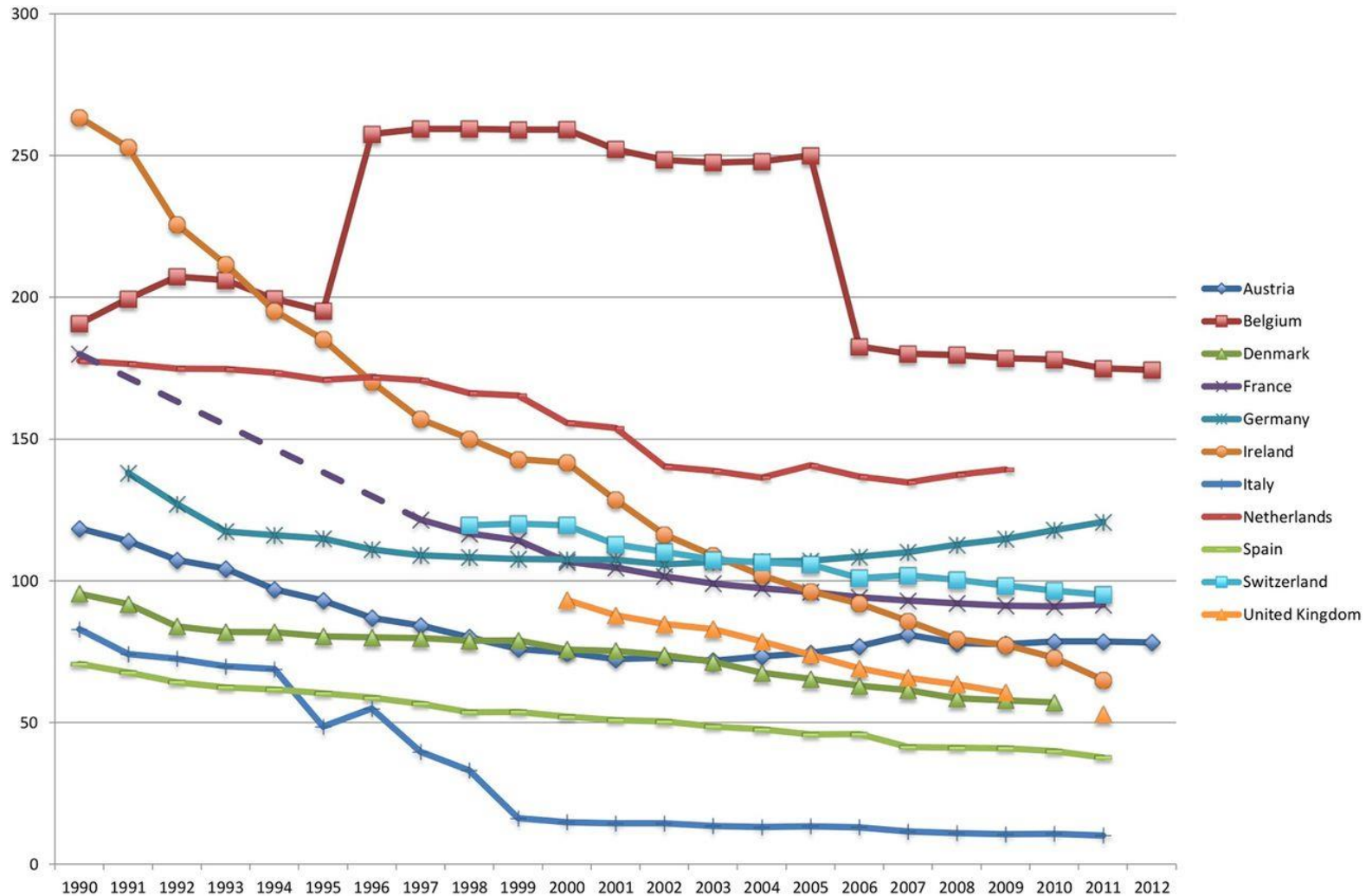
## The Penrose hypothesis in the 21st century: revisiting the asylum

Mark Toynbee

Department of Psychiatry, Oxford University, Warneford Hospital, Oxford, UK; [marktoynbee@doctors.org.uk](mailto:marktoynbee@doctors.org.uk)

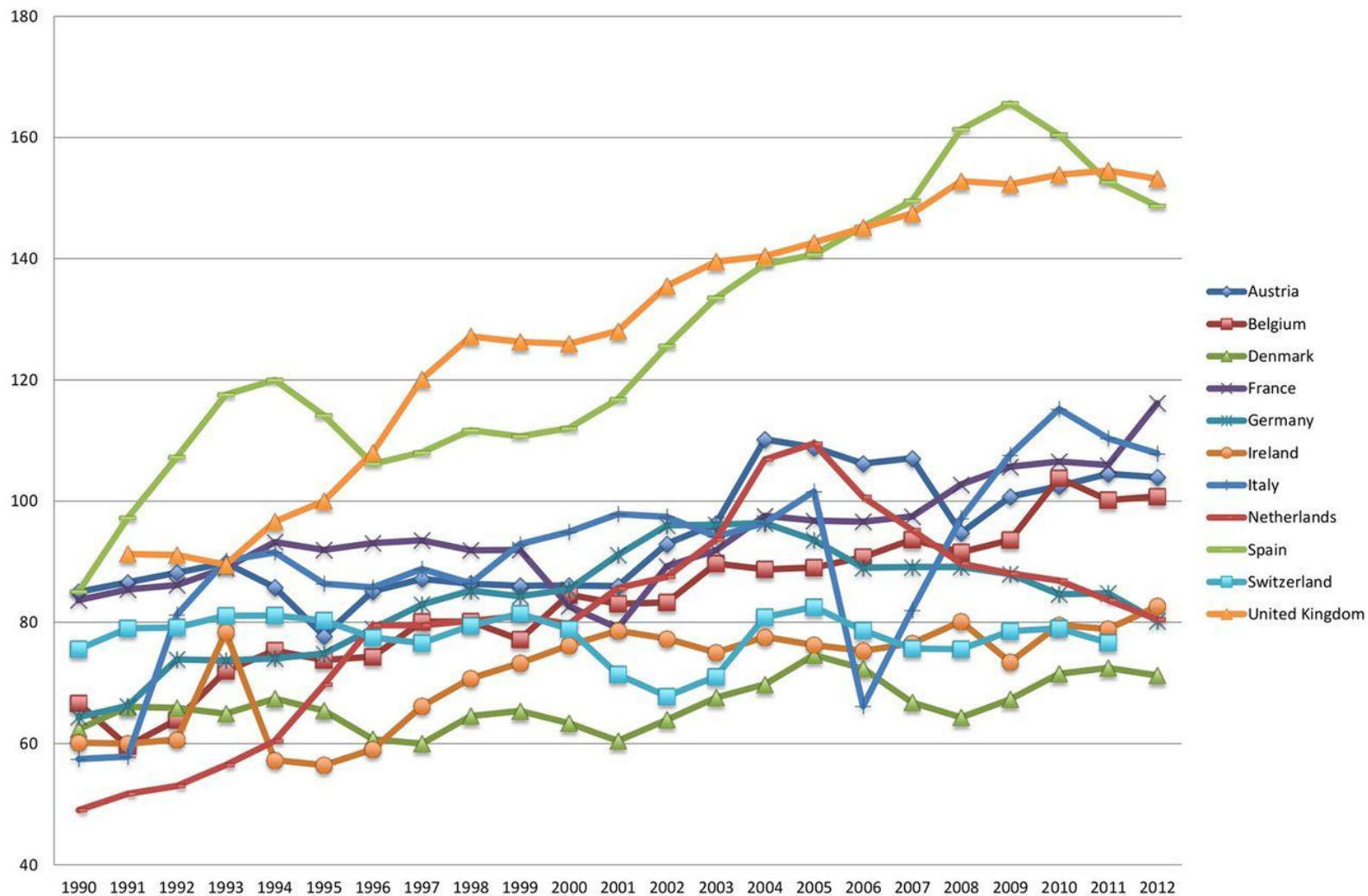
**ABSTRACT FROM:** Mundt AP, Chow WS, Arduino M, *et al.* Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry* 2015;72:112–18.

# Lits psychiatriques / 100 000 habitants 1990 - 2012



Winnie S Chow, and Stefan Priebe *BMJ Open*  
2016;6:e010188

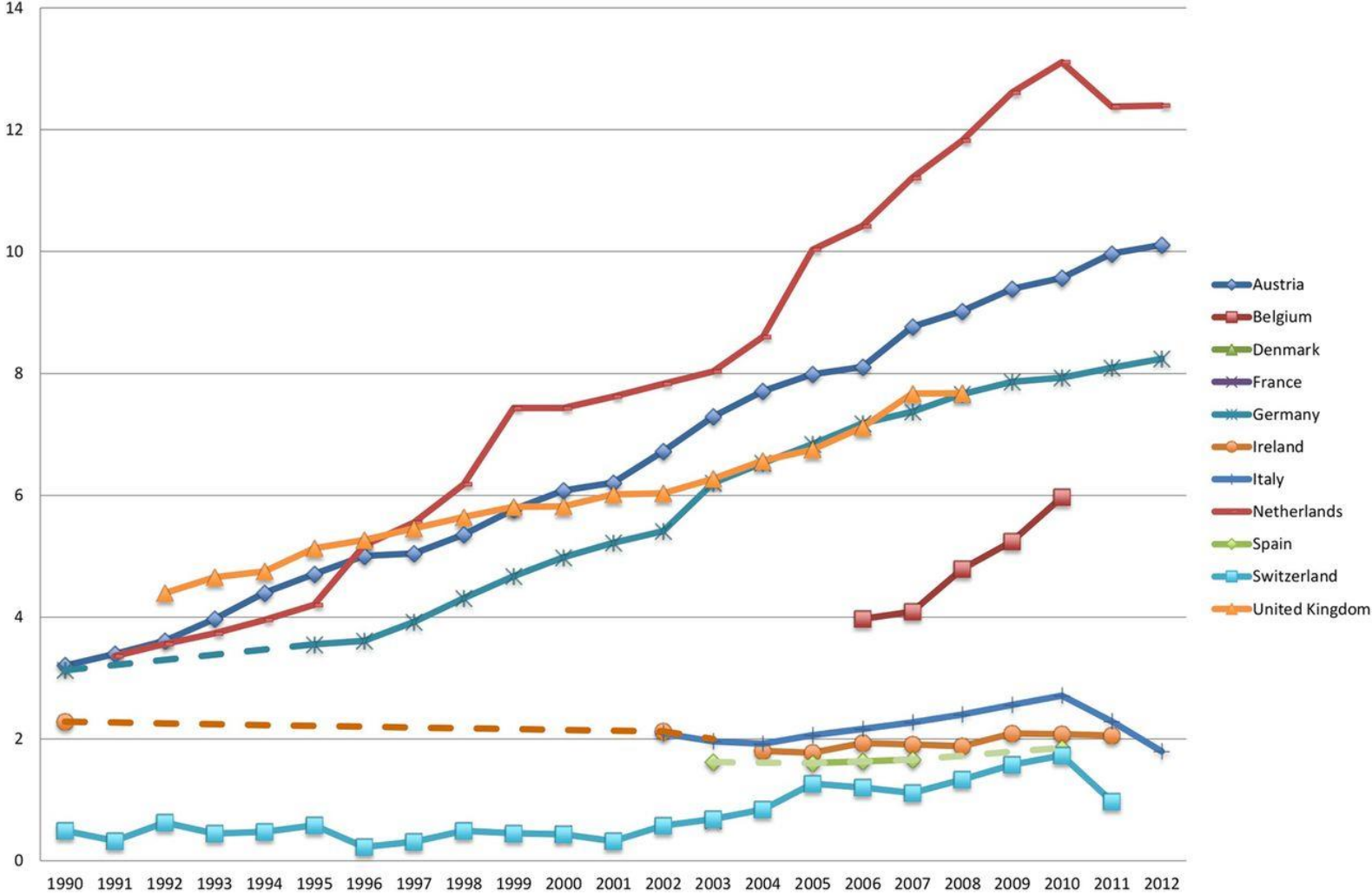
# Population carcérale / 100 000 habitants 1990 - 2012



Winnie S Chow, and Stefan Priebe *BMJ Open* 2016;6:e010188



# Lits forensiques / 100 000 habitants 1990 - 2012



Winnie S Chow, and Stefan Priebe *BMJ Open* 2016;6:e010188



# Interprétation des résultats

- Pas de validité générale de l'hypothèse de Penrose aujourd'hui
- Varie selon les régions et les pays
- Facteurs culturels et économiques
- Pas de relation causale directe
- Risque de simplification d'une réalité plus complexe
- Pas suffisant pour expliquer la haute prévalence de troubles psychiques en prison (5 à 10 x)
- Risque de stigmatisation des patients psychiatriques



# Selon le Code Pénal Suisse (CPS)

- Système dualiste **peines** et **mesures**
- Mesures:
  - Traitement institutionnel en milieu ouvert / fermé (art. 59 al. 2 / 59 al. 3)
  - Internement simple / à vie (art. 64 al. 1 ( art. 64 al. 1bis)
  - *Traitement des addictions (Art. 60)*
  - *Mesures applicables aux jeunes adultes (Art. 61)*
  - *Traitement ambulatoire (art. 63)*
  - *Autres mesures (Art. 66)*

# Le traitement des troubles mentaux (art. 59 CPS)

- Deux conditions cumulatives permettent le prononcé d'une telle mesure. D'abord, l'auteur doit avoir commis un crime ou un délit en relation avec le trouble mental et il doit ensuite être possible de prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.
- L'exécution de la mesure s'effectue en règle générale dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures. S'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuie ou ne commette de nouvelles infractions, le traitement se fait dans un établissement fermé.

# Traitements et dangerosité selon le CP (1/4)

- Le traitement institutionnel en milieu ouvert : si la sécurité publique l'autorise et que l'objectif visé est l'absence de récidive (art. 59 al.2)
  - Lieu : un établissement psychiatrique approprié ou un établissement d'exécution des mesures
  - Nature du traitement : approche thérapeutique dynamique pour améliorer le pronostic légal

# Traitements et dangerosité selon le CP (2/4)

- Le traitement institutionnel en milieu fermé : si la sécurité publique l'exige et que l'objectif visé est l'absence de récidive (art. 59 al.3)
  - Lieu : un établissement psychiatrique approprié fermé ou un établissement d'exécution des mesures fermé ou un établissement pénitentiaire fermé doté de personnel qualifié pour assurer le traitement thérapeutique
  - Nature du traitement : démarche thérapeutique dynamique pour améliorer le pronostic légal

# Traitements et dangerosité selon le CP (3/4)

- L'internement simple (art.64 al. 1): si la sécurité publique l'exige et que l'art.59 semble voué à l'échec
  - Nature du délit/du crime: assassinat, meurtre, lésion corporelle grave, viol, brigandage, prise d'otage, incendie, mise en danger; atteinte grave à autrui
  - Lieu : un établissement d'exécution des mesures fermé ou un établissement pénitentiaire fermé
  - Nature du traitement : une prise en charge psychiatrique, si besoin est



# Traitements et dangerosité selon le CP (4/4)

- L'internement à vie (art.64 al. 1bis): si la sécurité publique l'exige et que l'art.59 semble voué à l'échec
  - a. Atteinte particulièrement grave à l'intégrité d'autrui
  - b. Haute probabilité de commettre à nouveau un de ces crimes
  - c. Durablement non amendable, thérapie vouée à l'échec

***disposition entrée en vigueur suite à une initiative populaire fédérale déposée en 2000 et votée en 2004***

## **Art. 64c<sup>42</sup>**

1 En cas d'internement à vie au sens de l'art. 64, al. 1bis, l'autorité compétente examine, d'office ou sur demande, si de nouvelles connaissances scientifiques pourraient permettre de traiter l'auteur de manière qu'il ne représente plus de danger pour la collectivité. Elle prend sa décision en se fondant sur le rapport de la commission fédérale chargée de juger les possibilités de traiter les personnes internées à vie.

## Exécution des mesures: effectif moyen selon le genre de mesure

T 19.04.01.42

	Total	Internement	Traitement des troubles psychiques	Traitement des addictions	Mesure applicable au jeunes adultes	Autres mesures
1984	348	115	10	98	122	3
1985	379	116	13	110	138	3
1986	366	118	14	108	124	3
1987	362	118	14	122	103	4
1988	353	104	18	129	98	3
1989	367	98	26	140	102	2
1990	371	93	31	147	99	2
1991	363	87	26	154	94	3
1992	368	73	31	166	94	4
1993	427	71	34	198	118	6
1994	481	75	32	228	141	6
1995	485	89	39	217	136	4
1996	436	97	43	169	125	2
1997	403	104	42	145	109	2
1998	414	122	47	136	106	2
1999	407	134	47	125	100	2
2000	416	146	51	121	94	2
2001	441	167	61	115	95	2
2002	437	172	73	98	92	3
2003	421	181	75	76	86	3
2004	444	190	92	72	87	4
2005	493	205	117	78	91	3
2006	539	222	141	73	99	4
2007	575	211	186	69	100	8
2008	631	182	258	79	100	12
2009	676	161	322	82	90	20
2010	701	158	360	74	90	19
2011	728	159	391	72	86	20
2012	740	152	397	77	91	22
2013	773	151	428	78	96	19
2014	794	144	449	88	99	14
2015	787	145	436	93	97	15

Etat de la banque de données au 21.07.2016

Office fédéral de la statistique, Statistiques de l'exécution des peines

## Exécution des mesures: effectif moyen selon le genre de mesure

T 19.04.01.42

	Total	Internement	Traitement des troubles psychiques	Traitement des addictions	Mesure applicable au jeunes adultes	Autres mesures
1984	348	115	10	98	122	3
1985	379	116	13	110	138	3
1986	366	118	14	108	124	3
1987	362	118	14	122	103	4
1988	353	104	18	129	98	3
1989	367	98	26	140	102	2
1990	371	93	31	147	99	2
1991	363	87	26	154	94	3
1992	368	73	31	166	94	4
1993	427	71	34	198	118	6
1994	481	75	32	228	141	6
1995	485	89	39	217	136	4
1996	436	97	43	169	125	2
1997	403	104	42	145	109	2
1998	414	122	47	136	106	2
1999	407	134	47	125	100	2
2000	416	146	51	121	94	2
2001	441	167	61	115	95	2
2002	437	172	73	98	92	3
2003	421	181	75	76	86	3
2004	444	190	92	72	87	4
2005	493	205	117	78	91	3
2006	539	222	141	73	99	4
2007	575	211	186	69	100	8
2008	631	182	258	79	100	12
2009	676	161	322	82	90	20
2010	701	158	360	74	90	19
2011	728	159	391	72	86	20
2012	740	152	397	77	91	22
2013	773	151	428	78	96	19
2014	794	144	449	88	99	14
2015	787	145	436	93	97	15

Etat de la banque de données au 21.07.2016

Office fédéral de la statistique, Statistiques de l'exécution des peines

# Etablissements d'exécution des mesures en Suisse (1/2)

- Etablissements fermés prenant en charge des détenus sous art. 59, al 3. CP:
  - Hindelbank (BE)
  - Lenzburg (AG)
  - La Stampa (TI)
  - Pöschwies (ZH)
  - Thorberg (BE)
  - Etablissements de la plaine de l'Orbe, EPO (VD)
  - Bellevue, Gorgier (NE)
  - Curabilis (GE)
  - ...

# Etablissements d'exécution des mesures en Suisse (2/2)

- Importantes différences quant à:
  - Profil pénal des population accueillies
  - Programmes fermés - ouverts
  - Niveaux de sécurité
  - Organisation des services et rattachement des soignants
  - Accent mis sur le soin et / ou sur la réduction de la dangerosité
  - Approches individuelles / groupales, collectives

# Définitions

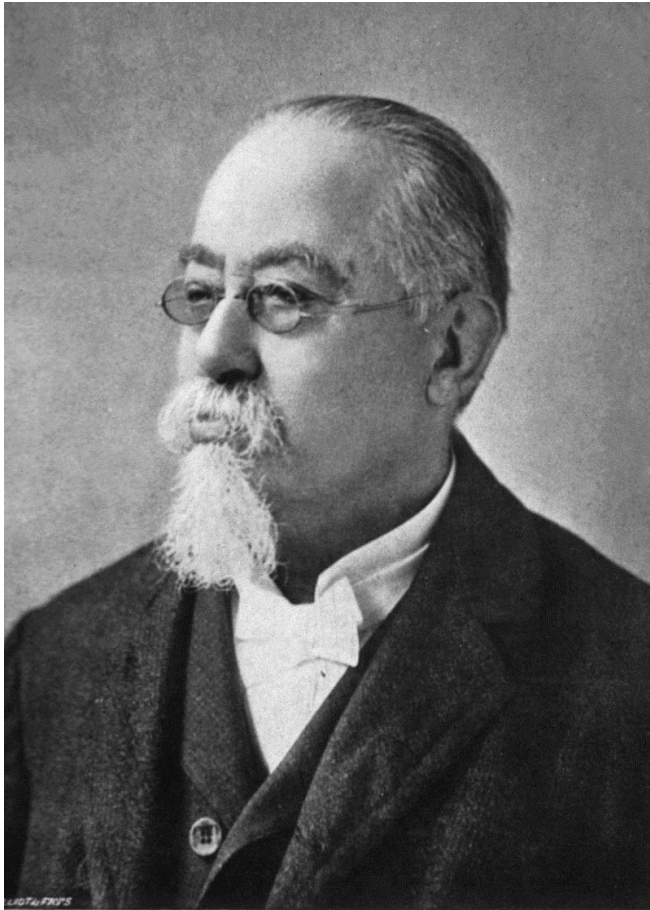
- Danger
  - Ce qui constitue une menace, situation où l'on se sent menacé
- Dangereosité
  - Caractère dangereux de quelque chose ou de quelqu'un, probabilité de passage à l'acte délictueux ou criminel; lié à une situation
- **Risque = probabilité d'un préjudice X étendue ou magnitude du dommage qui en résulte**

# La dangerosité appréciée sur:

- Le court terme (minutes, heures, jours)
  - En psychiatrie générale
- Le moyen / long terme (semaines, mois, années)
  - En psychiatrie forensique



# Evaluation de la dangerosité: historique (1/2)



Cesare Lombroso 1835-1909

# Evaluation de la dangerosité: historique (2/2)

- **Jusqu'à 1970:** évaluation professionnelle, savoir faire du praticien
- **1970-80:** évaluation actuarielle: outils statistiques, instruments d'évaluation du risque (facteurs statiques et dynamiques)
- **Depuis 2007-14:** RBR, good lives model, désistance
  - Risque - Besoin - Réceptivité: apprentissage social qui peut être travaillé
  - Good lives: besoin de la personne vers une vie constructive et positive. Points positifs à renforcer
  - « Désistance »: le moment où le délinquant, de lui-même, cesse sa carrière de délinquant



# Fiabilité des instruments d'évaluation du risque (1/2)

- Estimation probabiliste sur un laps de temps: instruments actuariels
- Evaluation structurée du niveau de risque (faible, moyen, élevé)
- Jugement clinique structuré
- Environ 200 instruments actuellement
- Complicés à utiliser, pas forcément fiables
- Pas toujours validés dans le contexte

# Fiabilité des instruments d'évaluation du risque (2/2)

- Validité prédictive variable
- Médiocre valeur prédictive positive (VPP)
- Identifient bien les individus à bas risque
- Globalement, insuffisamment fiable pour servir de base unique de décision (probation, remise en liberté, etc.)

# Quelques instruments

- PCL-R
- VRAG
- SORAG
- HCR-20
- VRS
- SVR
- START
- .....

# Modèles complexes: exemple

Symptômes psy.  
Troubles mentaux

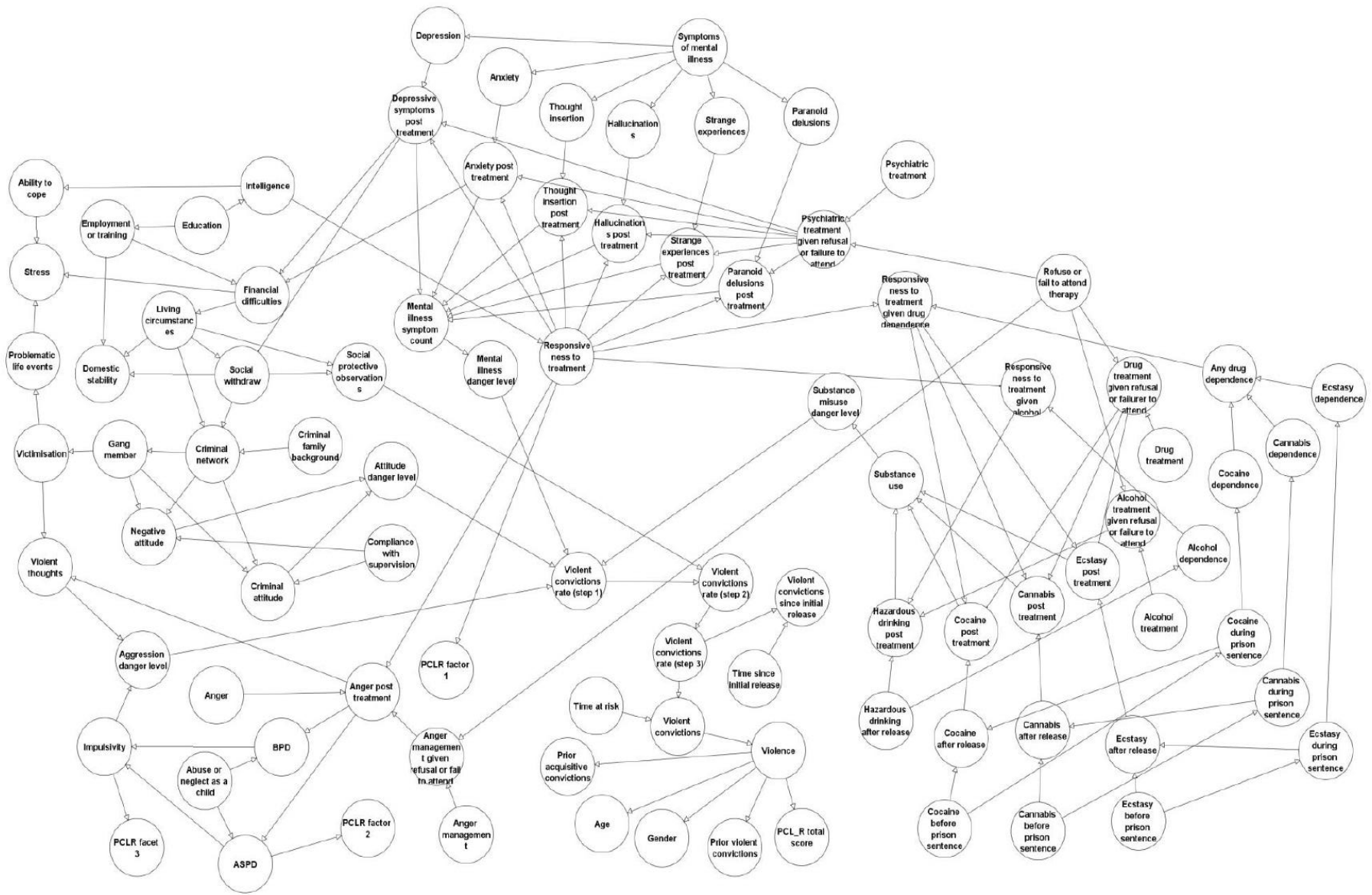
Utilisation /  
abus  
de substances

Attitude vis-à-vis  
des thérapies

Contexte social,  
familial

Antécédents  
pénaux et  
de violence

Personnalité,  
psychopathie,  
impulsivité





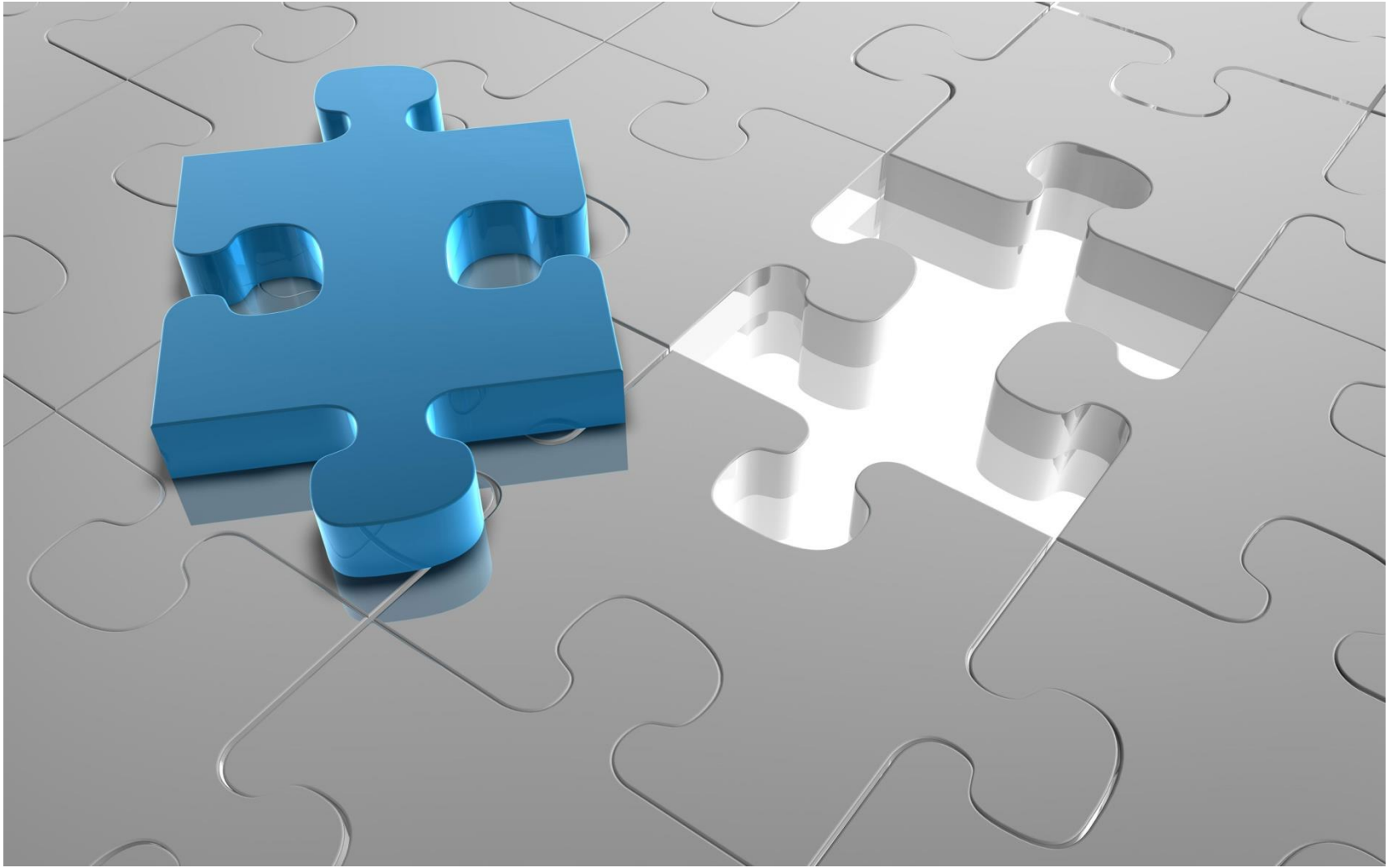
TSUNAMI HAZARD ZONE



IN CASE OF EARTHQUAKE, GO  
TO HIGH GROUND OR INLAND

# Evolution et conséquences

- Responsabilité → dangerosité
- Dangerosité sans culpabilité
- Aversion sociale pour le risque
- Prolongations +++ des MTI
- Mise en attente des individus
- Diminution de l'impact thérapeutique
- Problématique du milieu fermé et ouvert
- Problèmes éthiques pour les soignants
- Besoins accrus en personnel et en établissements
- Augmentation des coûts



# Pistes d'amélioration

- Importance de la sécurité dynamique (relationnelle)
- Accent sur le rétablissement, la réinsertion et le retour dans la communauté
- Chaîne thérapeutique
- Evaluation collaborative du risque
- Remise en question permanente du fonctionnement des établissements fermés
- Aversion pour le risque → gestion partagée du risque
- Importance de la recherche scientifique

Merci pour votre attention!

*Références bibliographiques à disposition*