

La psychiatrie dans l'univers carcéral

Le nombre de malades mentaux incarcérés augmente. D'une part la prison génère des troubles psychiques et, d'autre part, on y enferme des personnes souffrant de graves troubles. La prison doit ainsi prendre en charge un problème qui la dépasse et pour lequel elle n'est pas conçue.

Cyrille Canetti
Psychiatre,
SMPR de Fleury-Mérogis

Si de tout temps la prison a abrité les malades mentaux, l'entrée de la psychiatrie dans l'univers carcéral date de la fin du XIX^e siècle et la notion de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est beaucoup plus récente. Au XVIII^e siècle, les maisons de force et les dépôts de mendicité accueillent les insensés. Le Code civil voit le jour en 1804. Le Code pénal lui fait suite en 1810. L'époque est aux réformes. Pinel déclare que les aliénés «*loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante*». Pinel et Esquirol révolutionnent le concept de maladie mentale, le fou devient un malade susceptible de recevoir des soins. Esquirol souhaite une loi établissant un système d'assistance et remplaçant le système d'exclusion. L'isolement devient un moyen thérapeutique et non plus l'arme de la répression. La loi de 1838 sur l'internement s'inscrit dans une démarche d'aide au malade mental. L'article 64 de l'ancien Code pénal permet d'orienter les déments irresponsables vers les asiles psychiatriques. En quelques décennies la psychiatrie est née, elle revendique ses fous.

À la fin du XIX^e siècle, les psychiatres font leur entrée en prison en tant qu'experts. Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour que la notion de soins à dispenser aux malades mentaux incarcérés voie le jour. En 1967, les centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) sont institués, mais le personnel médical reste soumis à l'autorité de l'administration pénitentiaire. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dont la tutelle est transférée au ministère de la Santé sont créés en 1985 et voient leurs

missions définies dans l'arrêté du 14 décembre 1986 (voir encadré page 26).

La prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire

Deux principes de base sont à rappeler pour appréhender le fonctionnement des soins en milieu pénitentiaire. Premièrement, le secret médical est applicable en prison comme partout ailleurs et les contrevenants s'exposent à des sanctions prévues dans le Code pénal. Deuxièmement, toute prise en charge sanitaire est soumise au consentement du détenu. Les soins psychiatriques sous contrainte sont régis par la loi du 27 juin 1990 du Code de la santé publique et seuls les établissements hospitaliers régis par cette loi sont habilités à recevoir des individus présentant des troubles mentaux et non consentants à leur prise en charge. La confusion est souvent faite avec l'obligation de soins ou la loi de suivi socio-judiciaire concernant les auteurs d'agressions sexuelles. Dans ce cadre, l'individu qui refuse de se soumettre aux soins imposés à l'extérieur s'expose à des sanctions pénales.

Lorsque les psychiatres constatent chez un détenu opposant une pathologie nécessitant une prise en charge, ils ont l'obligation de recourir comme à l'extérieur à une hospitalisation d'office réalisée par arrêté préfectoral. Ces hospitalisations se font dans des secteurs classiques de psychiatrie ou dans des unités pour malades difficiles en fonction de la dangerosité psychiatrique ou criminologique du détenu. Naturellement, face à des situations de crise, des mesures d'urgence visant à assurer la sécurité du personnel, de la population pénale ou du détenu lui-même peuvent être

prises, mais elles doivent se solder par une hospitalisation d'office si le patient continue de s'opposer aux soins.

Dans la majorité des cas, la prise en charge des détenus se fait à leur demande. Ils ont accès aux soins par l'intermédiaire du courrier intérieur. Parfois les détenus nécessitant des soins sont repérés lors de l'entretien d'accueil, d'autres fois ils sont signalés par un membre de l'UCSA (équipe médicale chargée des soins somatiques), de l'administration pénitentiaire, des services sociaux ou par tout autre intervenant extérieur. Dans ce cas, ils sont convoqués à l'infirmerie. Lorsque le comportement à l'origine du signalement ne représente pas un danger pour autrui ou pour eux-mêmes, leur refus de se rendre au rendez-vous est accepté, dans le cas contraire, à titre exceptionnel, une visite en cellule peut être organisée afin de juger de la nécessité de mettre en place une hospitalisation d'office.

De façon générale, les consultations ont lieu à l'infirmerie. Elles peuvent donner lieu à une prescription médicamenteuse et les détenus se voient distribuer leur traitement en cellule de façon quotidienne ou bi hebdomadaire en fonction de leur capacité à gérer leur traitement de manière responsable. Certains SMPR disposent d'une unité de soins constituée de cellules mises à leur disposition par l'administration pénitentiaire. Ces unités, appelées abusivement unités d'hospitalisation, permettent la prise en charge de patients consentant aux soins et nécessitant une prise en charge plus intensive ou ayant, du fait de leur pathologie, des difficultés à s'intégrer à la vie en détention classique. Si la présence de soignants est renforcée au sein de ces unités, le régime pénitentiaire prime sur le régime sanitaire.

Enfin, un certain nombre de consultations ont lieu au quartier disciplinaire ou à l'isolement. Les psychiatres s'y rendent soit à la demande des détenus qui y sont placés, soit sur signalement de l'UCSA ou de l'administration pénitentiaire. Ils ont alors la possibilité de rédiger un certificat s'ils estiment que l'état de santé du détenu est incompatible avec l'application de la sanction.

Malades mentaux incarcérés : une population en constante augmentation

Certaines enquêtes récentes font état d'un pourcentage alarmant de détenus présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, tous les intervenants en milieu pénitentiaire s'accordent à dire que la population des malades

mentaux incarcérés augmente au cours des années et que les pathologies lourdes et ingérables sont de plus en plus représentées, mettant en grande difficulté les agents de l'administration pénitentiaire. Il semble que la proportion inquiétante des troubles mentaux repérés chez les détenus relève au moins de deux phénomènes. D'une part la prison génère de la folie, d'autre part la société enferme ses fous.

La prison produit ses fous...

On peut distinguer deux sous-catégories de troubles mentaux engendrés par la prison. D'une part, les troubles qualifiés de réactionnels regroupent dépression, anxiété, insomnie, voire agitation ou épisode délirant et sont consécutifs, soit directement à l'enfermement, soit à la rupture qu'il occasionne soit encore à l'acte à l'origine de l'incarcération. D'autre part, les troubles qui relèvent du défaut d'interaction avec l'environnement. En effet tout individu se situe sur un axe entre normalité et folie, plus ou moins près de l'une ou de l'autre extrémité. Une interaction permanente sur l'environnement permet d'aménager le quotidien pour le rendre plus supportable. Fermer la fenêtre quand il fait froid ou l'ouvrir quand cela sent mauvais à l'intérieur, téléphoner à un proche lorsque la solitude se fait sentir, allumer une cigarette ou fouiller dans le frigidaire quand le sommeil ne vient pas, c'est faire face aux contrariétés plus ou moins importantes en interagissant avec l'extérieur et préserver son équilibre psychique. En prison, la situation est tout autre : toute interaction avec l'extérieur se heurte au cadre qu'imposent à la fois le régime de l'enfermement et la promiscuité. Lorsque l'air est irrespirable en cellule, il faut l'accord de celui qui a le statut de caïd pour ouvrir la fenêtre. De même pour la fermer quand il fait froid. Il n'est pas possible de faire appel à un proche lorsque la solitude se fait sentir et il est difficile d'allumer la lumière ou de bouger dans la cellule quand les établissements sont surpeuplés comme ils le sont et qu'une cellule prévue pour une personne est occupée par trois. On imagine dans ces conditions combien il peut être difficile de gérer les contraintes carcérales et *a fortiori* l'annonce d'une mauvaise nouvelle telle qu'un deuil ou une rupture. Le caractère immuable du contexte carcéral engendre ainsi dépression, anxiété, délire, agitation, voire passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

Par ailleurs l'enfermement interdit la gestion du temps et de l'espace également indispen-

sable à l'équilibre mental. Cette incapacité à intervenir sur le temps et l'espace place les détenus dans une position de passivité. D'où les réactions parfois si violentes traduisant une réelle souffrance face à une promesse non tenue (qu'elle émane de l'extérieur ou de l'intérieur) ou à un courrier resté sans réponse (il faut rappeler que toute sollicitation en prison, qu'il s'agisse d'une entrevue, d'un travail ou d'un soin, passe par un courrier). Ainsi, le simple fait d'informer les détenus de la date de leur consultation fait considérablement diminuer les automutilations considérées souvent comme l'ultime recours pour avoir le sentiment d'être entendu et par conséquent d'exister. Et de même qu'il n'était pas rare que des états prépsychotiques décompensent lors de l'incorporation à l'armée, la prison par le cadre de vie rigide et non aménageable qu'elle impose déstabilise un certain nombre d'états pré-pathologiques que la souplesse de l'environnement permettait de contenir. Et plus le cadre est rigide, plus il fait basculer dans la maladie ces personnalités fragiles. Le quartier disciplinaire est ainsi un gros pourvoyeur de décompensations pathologiques. Le nombre de suicides qui s'y produisent en atteste.

... La société y envoie les siens

Si la prison génère ses fous, la société y envoie les siens. On voit en effet de plus en plus souvent arriver en détention des individus qui de toute évidence devraient bénéficier davantage d'une hospitalisation que d'une incarcération. On peut voir différentes explications à ce phénomène.

D'une part, depuis quelques années, les victimes ont fait leur apparition dans le système triangulaire de la justice qui mettait jusqu'alors en jeu l'accusateur, le juge et l'accusé et qui avait pour fonction de restaurer la souveraineté de l'ordre public. Peu à peu, l'idée a fait son chemin que le procès est indispensable pour effectuer un travail de deuil. Par conséquent, que l'auteur soit malade mental ou sain d'esprit ne change rien, il faut qu'il y ait, en vue de la réparation, condamnation. Il est ainsi question de faire comparaître pour un « simulacre » de procès les malades pour lesquels un non-lieu est prononcé. Et l'on ne peut s'empêcher de penser que certaines condamnations ont pour seule fonction la réparation des victimes. Certes, les procès ont parfois des vertus thérapeutiques pour les victimes, mais faut-il rappeler que le rôle de la justice est de dire la loi et non de soigner ?

Par ailleurs, de plus en plus d'experts ima-

ginent que la condamnation et l'incarcération du malade mental ont des vertus thérapeutiques ; ils concluent alors à une altération et non à une abolition du discernement au moment des faits (c'est la différence entre les deux alinéas de l'article 122-1 du Code pénal). Ainsi le nombre de non-lieux prononcés en dix ans a été divisé par cent. On ne demande pourtant pas non plus aux experts de soigner l'auteur des faits, mais d'établir son degré de responsabilité.

Pire encore, la constatation d'une atténuation du discernement devrait entraîner une plus grande clémence de la part des juges, or on assiste généralement au prononcé d'une peine plus sévère que si l'individu avait été considéré sain d'esprit. En effet, les attentes sécuritaires de la société ainsi que l'idée que les hôpitaux psychiatriques ne remplissent plus leurs missions aboutissent à la condamnation plus lourde des malades mentaux.

Ensuite les procédures de comparution immédiate, dont le champ d'application a été récemment étendu, entraînent également l'incarcération de bon nombre de malades mentaux, soit parce que leur trouble n'est pas apparu au tribunal, soit parce que les

juges ont de plus en plus le sentiment que l'on peut être soigné en prison de la même façon qu'à l'extérieur.

Enfin la politique des secteurs de psychiatrie, la réduction du nombre de lits dans les services, le courant de fermeture des hôpitaux psychiatriques au profit de petites structures au sein des villes, celui d'intégration des services hospitaliers au sein des hôpitaux généraux et la volonté des psychiatres de ne plus s'occuper que des patients consentants ont pour conséquence de diminuer la durée des séjours hospitaliers et *a fortiori* celle des soins sous contrainte. Toute une population de malades mentaux se retrouve donc à la rue. Il ne lui reste comme moyen de subsistance que la délinquance, qui la conduit tout naturellement en prison.

Il va de soi que les agents pénitentiaires ne sont pas formés pour prendre en charge une telle population et que, face aux désordres qu'engendrent certaines pathologies, l'administration pénitentiaire n'a parfois d'autre recours que le quartier disciplinaire tant pour protéger les malades que leurs codétenus et le personnel de surveillance.

Les gouvernements successifs tentent d'ap-

porter une réponse aux difficultés qu'entraîne cette augmentation de la population malade mentale incarcérée, par exemple en créant des unités d'hospitalisation aménagées, sortes d'hôpitaux-prisons. Pourtant la vraie question n'est pas de savoir comment soigner les fous en prison, mais comment faire pour qu'ils n'y entrent pas.

Henri Ey déclarait : « *La maladie mentale sous toutes ses formes et à tous ses degrés constitue essentiellement une pathologie de la liberté où, par l'impossibilité d'accéder à un empire suffisant sur soi-même, ou par la force de l'inconscient qui pèse de tout son poids dans la détermination des actes et des sentiments, le malade mental est anormalement enchaîné au fond de lui-même.* »

À ce titre, on peut se demander si la société, en envoyant ses fous derrière les barreaux et en pénalisant la maladie mentale, n'applique pas une fois encore le principe de la double peine. #

Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

suite de la page 45

hospitalisations de plus d'une journée. Une dynamique médicale peut ainsi se créer.

Mais les hôpitaux ne sont pas (toujours) prêts à recevoir ces malades particuliers qui, pour être des patients comme les autres, n'en sont pas moins, aux yeux de beaucoup, des individus dangereux perturbant le fonctionnement habituel de l'hôpital, par les mesures spéciales d'accueil ou les circuits particuliers qu'il peut être indispensable de mettre en place. Le malade détenu est avant tout un détenu malade pour la majorité. C'est une dimension qui prendra encore du temps : le service public hospitalier doit s'organiser pour être au service de tous, sans exception.

Ces quelques exemples illustrent la difficulté qui demeure pour respecter au quotidien le principe fondamental énoncé d'un accès des détenus aux mêmes soins que la population

libre. L'Ordre des médecins a rappelé que « *les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale* » [5]. Les principes sont clairement posés. C'est en revanche l'exercice de ces différents droits qui n'est, soit pas total, soit rendu complexe par les habitudes ou les résistances de ceux dont les missions premières ne sont pas de soigner, mais aussi parfois de ceux dont c'est la mission.

Pouvoir être soigné selon l'état de l'art médical, pouvoir choisir son médecin et entretenir avec lui une relation de confiance sont des droits dans notre pays. Située à l'intersection de plusieurs logiques policières, judiciaires et médicales, la prison est un lieu

de tension permanente et de confrontation d'acteurs aux objectifs divergents. Porter une attention à l'homme malade, indépendamment de son statut de détenu, reste encore aujourd'hui un combat qui n'est pas gagné. #

Références

1. Mouquet M.-C., Dumont M., Bonnevie M.-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : Drees, *Études et résultats*, janvier 1999, n° 4.
2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
3. Chodorge G., Nicolas G., Colin M., Fuchs D. *Santé en milieu carcéral*. Paris : Haut Comité de la santé publique, 1993.
4. Recommandation R 98-7 du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe sur la santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998).
5. Hoerni B. et al. *Rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire* ; CNOM, 1996.