



Malades psychiques en prison : une folie

Par Laure Anelli

<https://oip.org/> Ecrit le 18 mai 2018

Une personne détenue sur quatre souffrirait de troubles psychotiques. C'est huit fois plus qu'à l'extérieur. Face à cela, les gouvernements successifs ont fait le choix de faire entrer le soin en prison plutôt que de faire sortir les malades. Faisant fi de ce qui tient autant du principe que du constat : la prison n'est pas, et ne peut pas être, un lieu de soin.

« Un voisin de cellule a totalement disjoncté du jour au lendemain. Il végétait dans sa crasse. Pour le sortir en promenade ou lui apporter les repas, les surveillants venaient avec casque et bouclier. Dans la nuit, il poussait des cris de bête, je faisais des bonds dans mon lit. C'était des cris inhumains. J'en ai connu un autre qui ne dormait pas pendant plusieurs jours. Il restait assis devant sa table, parlait avec les murs et se prenait pour un lion. Je me rappelle aussi d'un mec qui disait, au moment de la distribution des gamelles, « attendez trente secondes, je suis en correspondance avec ma femme ». Sa femme, il l'avait trucidée vingt ans en arrière ! »

Il n'est pas nécessaire de passer, comme cet ex-détenu, une trentaine d'années en prison pour partager ce constat : quiconque en franchit les murs, ne serait-ce que pour quelques heures, en ressort « stupéfait par la présence, en nombre, de personnes y souffrant de pathologies psychiatriques ». C'est ce que décrit le député Stéphane Mazars lors de la présentation des conclusions du groupe de travail de l'Assemblée nationale chargé de réfléchir à la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques (1). Un phénomène malheureusement insuffisamment documenté, puisqu'il n'existe qu'une seule étude de grande ampleur sur le sujet, qui date de 2004 (2). Elle révèle que huit hommes et sept femmes détenus sur dix sont atteints d'un trouble mental (trouble anxieux, dépression, trouble bipolaire, psychose, etc.), la majorité cumulant plusieurs troubles et/ou une problématique addictive. On y apprend aussi qu'un détenu sur deux souffre d'un trouble anxieux (contre un sur cinq en population générale), un sur quatre d'un trouble psychotique (contre 3 % en population générale). Ce que cette enquête ne dit pas en revanche, c'est si ces troubles préexistaient à l'incarcération des personnes, ou si elles les ont développés entre les murs. Une enquête à dimension régionale, menée récemment dans le Nord-Pas-de-Calais (3), montrait à ce sujet que 70 % des personnes entrant en prison souffrent d'au moins un trouble psychiatrique, près d'une sur deux en cumulant plusieurs. « Les gens arrivent très malades en prison, résume le psychiatre Thomas Fovet. Dans cette enquête, quasi tous les troubles sont entre deux et quatre fois plus représentés chez les personnes entrant en prison que dans la population générale », précise-t-il.

Face à l'incarcération massive de personnes souffrant de troubles psychiatriques, la prison « s'est adaptée sans pouvoir faire face à l'ampleur du phénomène », pouvait-on lire en 2010 dans un rapport parlementaire (4). Un constat toujours d'actualité et partagé par le groupe de travail de l'Assemblée nationale : offre de soins ambulatoires incomplète avec des postes de psychiatre non pourvus, insuffisance de places en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et problème de répartition sur le territoire... Le groupe de travail propose ainsi de « consolider et

homogénéiser les moyens » consacrés à la prise en charge des détenus. Il préconise en particulier « le lancement de la seconde tranche des UHSA en tirant les conclusions de l'évaluation de la première tranche ». Ou comment mettre la charrue avant les bœufs : ne serait-il pas plus judicieux de dresser le bilan de l'existant, avant d'en préconiser la généralisation ?

Toujours plus d'hôpitaux-prison

Créées en 2002, les UHSA sont des structures hybrides : des institutions psychiatriques sécurisées par l'administration pénitentiaire. Il est vrai qu'elles ont permis une amélioration de la prise en charge. Il est vrai aussi que les places en UHSA sont concentrées en un petit nombre de structures inégalement réparties sur le territoire et qu'une ou deux d'entre elles sont saturées – pas toutes, loin s'en faut, le taux d'occupation moyen étant de 80 %. Mais ce que notre enquête révèle aussi, c'est que certains patients admis en UHSA ne repartent jamais en détention. Parce qu'ils « n'y ont pas leur place », de l'aveu même des praticiens. Alors faute de mieux, on leur offre l'asile dans ces « hôpitaux-prison » où ils occupent des lits, parfois plusieurs années, jusqu'à la fin de leur peine. D'autres, au contraire, ne font que cela, retourner en détention, pour finalement revenir se faire soigner au bout de quelques semaines ou mois parce que leur état s'est à nouveau détérioré. Pas assez malades pour être autorisés à y rester, trop pour que la stabilité mentale qu'ils y ont retrouvée se maintienne en détention, ceux-là multiplient les séjours à l'UHSA. On les « aide à tenir comme ça », là encore « faute de mieux ».

Si leur état se dégrade à leur retour en détention, expliquent certains médecins, « c'est parce qu'en prison, ils arrêtent leur traitement ». Le problème réside d'après eux dans l'impossibilité, en l'état actuel du droit, de recourir aux soins contraints en détention. La solution semble toute trouvée : il s'agit d'étendre en prison le « programme de soins » instauré en milieu libre en 2011 qui permet d'obliger les patients sortant d'une hospitalisation à poursuivre leur traitement, sous peine d'être renvoyés à l'hôpital pour se les voir administrer de force. La confusion entre peine et soin atteindrait alors des sommets. Le risque est en outre réel, dans le contexte carcéral, qu'il soit fait usage de coercition. Des injections ont d'ailleurs déjà été administrées de force au centre pénitentiaire de Château-Thierry. Cette proposition a cependant été reprise par le groupe de travail de l'Assemblée nationale, qui précise toutefois que vues la « sensibilité particulière du sujet, sa complexité juridique et ses implications médicales », il faudra poursuivre « la réflexion et la concertation ». Pour l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, c'est tout réfléchi : « Les soins en milieu pénitentiaire doivent exclure toute contrainte. » (5) Selon elle, une telle mesure ne fera qu'entraver « les possibilités d'inscrire les patients concernés dans une authentique démarche de soin, aggravant encore un peu plus le pronostic psychiatrique à long terme ».

Toujours plus de prisons-hôpital

Autre préconisation du groupe de travail : « compléter le parc pénitentiaire par deux ou trois établissements pour peine similaires à Château-Thierry ». Une prison qui faisait jusque-là figure d'exception – ou d'anomalie, selon le point de vue – dans le paysage carcéral français. Sa vocation, fixée par une circulaire de 2012, est d'accueillir des personnes condamnées présentant des « troubles du comportement rendant difficile leur intégration à un régime de détention classique mais ne relevant ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional, ni d'une UHSA » (6). Mais à la lecture de la liste des troubles pouvant conduire à une affectation à Château-Thierry, on peine à imaginer ce qui pourrait justifier une hospitalisation aux yeux du législateur... Le Contrôle général des lieux de privation de liberté évaluait d'ailleurs lors de sa visite de 2015 qu'entre 80 et 90 % des personnes détenues à Château-Thierry relèveraient en fait de l'hôpital psychiatrique si elles « étaient libérées » (7). De façon consciente ou non, le groupe de travail de l'Assemblée nationale précise sa proposition d'une formule qui renforce l'ambiguïté actuelle : il serait question d'affecter dans ces répliques de

Château-Thierry des détenus « dont la spécificité des troubles psychiatriques rend impossible » – et non plus « difficile » – « leur prise en charge en détention ordinaire ou dans l'une des unités pénitentiaires médicalisées ». Un public cible dont la définition ressemble à s'y méprendre à celui dont la loi fixe qu'il devrait bénéficier d'une mise en liberté : l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale prévoit en effet qu'une suspension de peine peut être ordonnée lorsque « l'état de santé physique ou mental est durablement incompatible avec le maintien en détention ».

Au-delà du manque de moyens, la prison – par son architecture, ses normes de sécurité, sa fonction d'enfermement même – est un terrain intrinsèquement hostile au soin.

La plupart des praticiens interrogés dans le cadre de ce dossier sont pourtant formels : malgré tout le professionnalisme déployé par les équipes soignantes, « la prison n'est pas un lieu de soin. C'est un lieu où l'on souffre, mais ce n'est pas un lieu de soin », assène Isabelle Boisier, qui a travaillé treize ans à la prison de la Santé à Paris, comme infirmière puis cadre de santé en psychiatrie. Parce qu'au-delà du manque de moyens que le groupe de travail imagine pouvoir combler, la prison – par son architecture, ses normes de sécurité, sa fonction d'enfermement même – est un terrain intrinsèquement hostile au soin. Pis, elle « favorise, chez des personnes vulnérables, l'éclosion de pathologies qui, dans un autre environnement, ne se seraient sans doute pas exprimées » et aggrave l'état de celles qui seraient déjà porteuses de troubles, explique Christine- Dominique Bataillard, psychiatre en prison. Alors, pourquoi ne pas admettre que ces personnes n'y ont tout simplement pas leur place et faire de cette réalité le cœur du problème et, partant, de la réflexion ?

Un problème pris à l'envers

« La question de la prise en compte des troubles mentaux dans la détermination de la responsabilité pénale ne relevait pas du champ d'étude de notre groupe de travail », écrit, en préambule de son exposé, Stéphane Mazars. Dommage. C'est pourtant par là qu'il aurait fallu commencer. Ce que reconnaissent d'ailleurs les parlementaires – qui n'en sont pas à une contradiction près, en écrivant que les difficultés entourant l'expertise psychiatrique « condui[sent] à placer en détention des personnes dont le comportement et les pathologies justifieraient qu'elles ne s'y trouvent pas et soient plutôt prises en charge par des structures médicales adaptées ». Mais une fois de plus, le politique cède à la facilité de « mesures présentées comme une réponse technique » aux difficultés de prise en charge des malades psychiques en prison, comme l'a déjà constaté par le passé la sociologue Camille Lancelevée. « Face à l'alternative de faire sortir les malades mentaux, le choix est fait de faire entrer un peu plus l'hôpital psychiatrique en milieu carcéral. » (8) Tout en se donnant l'illusion de faire par là le choix du « en même temps » : celui du sécuritaire et en même temps du thérapeutique – quand le premier ne se fait en réalité qu'au détriment du second.

Si l'on rencontre autant de personnes souffrant de troubles psychiques en prison, c'est sans doute d'abord faute de repérage en amont, lors du traitement judiciaire. En matière correctionnelle, l'expertise psychiatrique n'est pas obligatoire. Les conditions de jugement lors des procédures de traitement rapide – et particulièrement en comparution immédiate, qui représente à elle seule plus de 12 % des décisions rendues en matière correctionnelle – ne sont pas non plus propices à la détection de troubles, comme le note la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) (9). Quant aux affaires qui font l'objet d'une phase d'instruction, il appartient au juge instructeur d'en requérir une. Problème : « des études ont montré qu'il existe une distorsion importante entre le type de personnes qui devraient faire l'objet d'une expertise selon le magistrat, et celles qui le devraient selon l'expert », note la sociologue Caroline Protais. Et lorsqu'une expertise il y a, les procédures sont tellement longues qu'une personne peut passer plusieurs mois, voire années, en détention provisoire avant d'être déclarée irresponsable – si tant est qu'elle le soit : les déclarations d'irresponsabilité sont en effet de plus en plus exceptionnelles. Leur nombre a été divisé par quatre en trente-cinq ans, si bien qu'aujourd'hui, moins de 0,6 % des affaires criminelles poursuivies se soldent ainsi.

À l'origine de cette diminution, une évolution des positionnements dans le champ de l'expertise psychiatrique, amorcée dans les années 1950 : contrairement aux raisonnements qui prévalaient jusqu'alors, il ne suffit plus aujourd'hui d'être diagnostiqué psychotique pour être considéré comme irresponsable de ses actes. Un changement d'approche qui a trouvé sa traduction dans le Code pénal : depuis une réforme de 1994, la « démence » ne constitue plus une cause d'irresponsabilité pénale. Il s'agit désormais de déterminer si un trouble a pu abolir ou seulement altérer le « discernement » et le « contrôle des actes » de la personne. Or ces notions ne sont pas médicales et laissent prise aux positionnements idéologiques des experts : certains, considérant que la peine peut avoir une vertu thérapeutique ou encore que la personne doit faire l'objet d'une prise en charge criminologique au sein du système pénal, vont plutôt privilégier la responsabilisation du malade.

Une tendance à la sur-pénalisation des malades

La diminution des cas d'irresponsabilité pénale se double d'une tendance judiciaire à condamner plus sévèrement les personnes lorsque seule l'« altération » du discernement a été retenue par les experts : elles écotent d'une peine encore plus lourde que les personnes jugées pleinement responsables de leur acte. « Aujourd'hui, avec l'augmentation de la responsabilité des malades mentaux dont le discernement a été altéré, on est passé en fait au principe « demi-fou, double-peine » » (10), dénonçait Jean-René Lecerf en 2011. Pour contrer cette tendance à la sur-pénalisation des malades psychiques, la loi 15 août 2014 a modifié l'article 122-1 du Code pénal en consacrant, en cas d'altération du discernement de l'auteur au moment des faits, le principe d'atténuation de la peine encourue (11). Sans qu'il soit possible aujourd'hui d'en mesurer les effets.

Si l'on sur-pénalise les personnes souffrant de troubles, c'est, au fond, que la maladie psychique fait peur. Dans l'imaginaire collectif, les figures du criminel et du malade mental se confondent, pour n'en former plus qu'une : celle du fou dangereux. Pourtant, « entre 2 % et 5 % des auteurs d'homicide et entre 1 % et 4 % des auteurs d'actes de violence sexuelle seulement [sont] atteints de troubles mentaux » (12). Quoiqu'il en soit, dans une société obnubilée par le risque – fut-il infime, la question de leur dangerosité fantasmée obsède. Redoutant, en cas de récurrence, de voir leur responsabilité engagée sur la place médiatique, les juges préfèrent la prison à l'hôpital. Il faut dire que l'évolution récente des moyens de la psychiatrie donne aux magistrats des raisons de douter de la capacité de prise en charge du secteur.

Misère de la psychiatrie publique

Le nombre de lits d'hospitalisation complète en établissement psychiatrique public a été divisé par cinq en quarante ans, passant de 170 000 à 35 000 en 2015 (13). Cette diminution résulte initialement d'une volonté d'ouverture de la psychiatrie : hantée par la mort de plus de 40 000 malades abandonnés à leur sort dans les hôpitaux lors de la Seconde Guerre mondiale, la profession a voulu en finir avec l'asile, cette structure fermée où les gens pouvaient rester captifs indéfiniment. Mais cette fermeture de lits ne s'est pas accompagnée d'une augmentation suffisante des moyens dévolus aux soins ambulatoires et aux dispositifs de prise en charge alternatifs. Si bien que « la pression de la demande en hospitalisation complète est aujourd'hui telle que les établissements connaissent en quasi permanence un manque de lits, qui génère un certain nombre d'effets pervers » (14) pouvant mener parfois aux cas extrêmes de maltraitance dénoncés encore tout récemment par le CGLPL (15).

Dans ce contexte, comment s'étonner qu'aucune suspension de peine pour raison psychiatrique n'ait, semble-t-il, été prononcée ? Si le groupe de travail de l'Assemblée nationale propose, à raison, d'en clarifier les conditions d'octroi, on peut craindre que tant que l'on n'accordera pas à la psychiatrie les moyens substantiels que sa remise à flots réclame, les juges ne s'en saisiront pas davantage. Pis, en renforçant encore les dispositifs de prise en charge en milieu pénitentiaire, on valide et raffermi s'il le fallait encore le raisonnement qui amène les magistrats à faire le choix de la prison. Le groupe de travail l'a pourtant bien relevé : « Entre 1997 et 2012, les équipes des unités

sanitaires présentes en détention ont presque doublé. » Mais « ces progrès sont freinés par un contexte défavorable, marqué [notamment] par une progression de la population détenue ». Il y a malheureusement fort à parier que l'histoire se répète.

Alors, que faire ?

Plus que la maladie mentale, c'est le défaut de prise en charge sanitaire et sociale des publics qui en sont atteints qui constitue le facteur majeur de passage à l'acte. Associées à « l'isolement, [au] manque de ressources et d'habiletés sociales, [et à] l'insuffisance de savoir-faire pragmatique dans les domaines du logement et de l'économie domestiques » qui accompagnent souvent les maladies psychiques, les pertes de contact avec le dispositif de soins exposent les malades à un risque plus important de commission d'une infraction et/ou de passage à l'acte violent (16).

Il ne s'agit pas de renvoyer ces personnes à l'hôpital psychiatrique mais plutôt de miser sur des dispositifs alternatifs en milieu ouvert.

Il ne s'agit pas, comme dans un triste retour de balancier de l'histoire, de se contenter de renvoyer ces personnes à l'hôpital psychiatrique – au risque de voir se reformer les asiles d'avant-guerre, ceux-là même dont la fermeture a indirectement abouti à l'incarcération massive de personnes souffrant de troubles mentaux – mais plutôt de miser sur des dispositifs alternatifs de prise en charge en milieu ouvert, à tous les niveaux. C'est le choix qu'a fait le Québec il y a une dizaine d'années, notamment à travers son Programme d'accompagnement justice-santé mentale qui a fait des émules à Marseille, où Médecins du Monde lance une recherche-action qui s'en inspire. Un projet qui a séduit le groupe de travail de l'Assemblée nationale, qui propose d'encourager l'expérimentation de ce type d'alternatives à l'incarcération. Sur ce point au moins, on ne peut qu'approuver.

- (1) Rapport en conclusion des travaux des groupes de travail sur la détention, Assemblée nationale, 21 mars 2018.
- (2) Falissard B. (dir.), Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour le ministère de la Santé (Direction générale de la santé) et le ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire), décembre 2004. (1) Rapport en conclusion des travaux des groupes de travail sur la détention, Assemblée nationale, 21 mars 2018.
- (3) Plancke L., Sy A. (stagiaire), Fovet T., Carton F., Roelandt J.-L., Benradia I., Bastien A. (interne en psychiatrie), Amariei A., Danel T., Thomas P., La santé mentale des personnes entrant en détention, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017.
- (4) « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? », rapport d'information du Sénat, 5 mai 2010.
- (5) ASPMP, Audition sur la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, 22 février 2018, Assemblée nationale.
- (6) Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.
- (7) CGLPL, Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Château- Thierry, publié en juillet 2017.
- (8) Lancelevée C., « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne », Regards 2017/1 (n° 51), p. 245-255.
- (9) CNCDH, Étude sur la maladie mentale et les droits de l'homme, juin 2008.
- (10) J.-R. Lecerf, Sénat, examen de la proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale, 25 janvier 2011.
- (11) Le maximum légal doit être réduit d'un tiers en matière correctionnelle, trente ans en cas de crime puni de perpétuité.
- (12) Professeur J. L. Senon, Audition au Sénat le 16 janvier 2008.

(13) DREES, Les établissements de santé, édition 2017.

(14) J.-L. Senon, J.-C. Pascal, G. Rossinelli pour la Fédération française de la psychiatrie, « L'expertise psychiatrique pénale », audition publique, 25 et 26 janvier 2007.

(15) Voir notamment les recommandations en urgence relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (Loire) au Journal officiel du 1er mars 2018.

(16) Fédération française de la psychiatrie/ Haute autorité de santé, Audition publique expertise psychiatrique pénale, Rapport de la commission d'audition, janvier 2007.