

# Psychiatrie en milieu pénitentiaire

S Baron-Laforet  
B Brahmy

## Introduction

La psychiatrie en milieu pénitentiaire se développe et se structure depuis quelques années. Il s'agit actuellement de pratiques très différentes :

- selon les lieux d'exercice : établissements pénitentiaires de types différents et population pénale demandant des soins diversifiés ;
- selon l'ancienneté de l'implantation des soins dans la structure ;
- selon le mode d'organisation des soins : service médicopsychologique régional (SMPR), convention avec une équipe psychiatrique de secteur à la suite de la loi du 18 janvier 1994 (Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Coll Médecine et Société. Paris : PUF, 1998) ou intervention au sein d'une équipe médicale gérée par un organisme privé ;
- selon les budgets, élément incontournable de la santé d'aujourd'hui.

Beaucoup de textes ont donc été promulgués récemment afin de sortir l'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral de son ambiguïté et de sa marginalité. Ils lui donnent un statut au sein de la psychiatrie publique et une indépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

L'extension des soins en milieu fermé a été simultanée à une restriction des moyens en milieu libre. Les exclus se retrouvent en prison, dernier lieu d'enfermement. Le développement structurel et humain de la psychiatrie pénitentiaire, nécessaire compte tenu des besoins sanitaires de la population pénale, ne saurait encourager à tout traiter derrière les barreaux, voire à incarcérer pour soigner (Dormoy O. Soigner et/ou punir, questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris : L'harmattan, 1995), la population captive acceptant passivement des interventions soignantes sans pouvoir se les approprier.

## Bref historique de la psychiatrie pénitentiaire

C'est en tant qu'hygiénistes que des médecins se sont introduits dans le monde carcéral [25]. Ils ont pris part au débat sur l'option pénitentiaire, l'isolement cellulaire et ses conséquences, les effets physiques et psychologiques de la solitude.

Le psychiatre apparaît tardivement en prison, bien après le médecin généraliste [19]. Retracer brièvement les grandes étapes de la présence des psychiatres dans les établissements pénitentiaires permet de mettre en évidence les problèmes théoriques et pratiques de leur exercice.

Baillarger [2], en 1844, publie « une note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers ». Ses constatations sont toujours d'actualité.

– « Il y a des aliénés dont la folie méconnue avant et après le jugement (flagrants délits) n'est constatée qu'à l'entrée dans le pénitencier, par suite de l'examen médical auquel le malade est alors soumis ;

– quelques crimes sont commis pendant la période d'incubation de la folie par des malades qui ne sont point encore complètement aliénés, mais qui le deviennent peu après le jugement ;

– il y a parmi les prisonniers un certain nombre d'individus doués d'une organisation spéciale qui constitue, presque à elle seule, un commencement de maladie qui prédispose au plus haut degré à tous les dérangements de l'intelligence (faiblesse de l'intelligence...) ;

– les prisonniers, soit avant, soit après le jugement, sont soumis à beaucoup de causes occasionnelles propres à provoquer l'aliénation mentale (causes morales : combats de la conscience, remords...) ;

– la folie simulée est fréquente dans les prisons et surtout dans les pénitenciers, et on conçoit que quelques erreurs aient pu avoir lieu sous ce rapport ;

– le régime disciplinaire de la prison peut devenir une cause de folie chez les détenus [...explication directe – parfois – dans le caractère même des individus soumis exceptionnellement à ce régime, c'est-à-dire les récidivistes et les plus mauvais sujets, c'est-à-dire ceux sur l'esprit desquels la folie a le plus de prise, et cela indépendamment des causes d'irritation...]. »

Longtemps le psychiatre n'est venu en prison qu'à titre d'expert, auxiliaire de justice, chargé de repérer les aliénés et de permettre l'application de l'article 64 du Code pénal. La place du soin est récente.

Il faut attendre le début des années 1930, avec les idées du mouvement de la Défense sociale, pour faire participer les psychiatres au dispositif de réadaptation sociale des délinquants. En Belgique, des laboratoires d'anthropologie criminelle et des annexes psychiatriques sont issus de ce mouvement. La France suit avec la création de structures similaires à la Petite Roquette, à Fresnes et à la Santé. Des résistances sont apparues du côté de l'administration pénitentiaire : le psychiatre « fabrique le fou » et « suscite la simulation » [20].

La charte de la réforme pénitentiaire (1945) prévoit la création dans tout établissement d'un service médicopsychologique. On voit quelques tentatives échouer, faute de moyens (Rennes, Toulouse, Loos-les-Lille). L'annexe psychiatrique de Fresnes se maintient jusque dans les années 1960, tandis que celle de Lyon est la seule à survivre.

En 1958, le Code de procédure pénale aborde dans ses articles D 395, D 396 et D 397, la notion de services psychiatriques.

– Article D 395 : des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt.

– Article D 396 : les détenus peuvent, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumis à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération.

– Article D 397 : des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans les dits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique.

Sophie Baron-Laforet : Praticien hospitalier, service médicopsychologique régional, allée des Thuyas, 94261 Fresnes cedex, France.  
Betty Brahmy : Chef de service, praticien hospitalier, service médicopsychologique régional, 7, avenue des Peupliers, 91705 Sainte-Geneviève-des-Bois cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Baron-Laforet S et Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998, 9 p.

Par ailleurs, les détenus incarcérés dans d'autres établissements et paraissant atteints d'anomalie ou de déficience mentale peuvent y être transférés sur avis médical, aux fins d'observation ou de traitement. Leur transfert est décidé par le directeur régional, après accord ou à la demande du magistrat saisi du dossier de l'information s'il s'agit de prévenus.

L'autorité judiciaire peut également prescrire la mise en observation de prévenus dans les dits services.

Ce code est toujours en vigueur. On voit pourquoi il a fallu d'autres textes pour préciser les statuts de ces services et leur fonctionnement.

La circulaire du 30 septembre 1967, émanant de l'administration pénitentiaire, crée les CMPR (centre médicopsychologique régional). La notion de région correspond à la région pénitentiaire et non à la région administrative. Il existe neuf régions pénitentiaires. En 1967, seuls quatre CMPR fonctionnent dans des maisons d'arrêt (Loos-les-Lille, Lyon, Marseille et la Santé) et deux sont envisagés (à la maison d'arrêt de Bordeaux et au centre pénitentiaire d'Haguenau), mais cette circulaire ne définit ni l'organisation des CMPR ni surtout le statut et le financement des personnels.

En 1973, en dehors de tout contexte réglementaire, le docteur Mérot, psychiatre des Hôpitaux au centre psychothérapique Barthélémy-Durand d'Étampes (Essonne) crée le centre médicopsychologique de Fleury-Mérogis sur le modèle du secteur psychiatrique. Une convention est passée entre l'hôpital de rattachement et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de l'Essonne afin de préciser le financement par le département de l'équipe médicale et paramédicale. À ce moment-là, ce furent les psychiatres des hôpitaux qui exprimèrent leur hostilité quant à un mode de pratique qu'ils jugeaient ambigu et inutile.

Il faut attendre 1977 pour qu'une circulaire interministérielle Santé-Justice (27 mars 1977) préconise la mise en place d'unités de soins psychiatriques dans les maisons d'arrêt, sur le modèle du secteur psychiatrique, prises en charge par le budget de l'hygiène mentale du département.

Ce texte précise les missions des CMPR et le rôle respectif des deux administrations. Il a constitué une étape fondamentale dans la mise en place et la réflexion autour des soins psychiatriques en maison d'arrêt.

## Cadre administratif

Il faut aujourd'hui différencier trois situations différentes : les établissements dotés d'un SMPR, les établissements pénitentiaires où les prestations psychiatriques sont effectuées par les psychiatres du secteur de psychiatrie générale, et les établissements du « programme 13 000 ». La situation actuelle est caractérisée par sa disparité car les moyens de la psychiatrie sont extrêmement différents dans les trois cas.

## Service médicopsychologique régional

Un SMPR est un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire défini par les lois du 25 juillet 1985 et du 31 décembre 1985. Depuis la légalisation de la sectorisation psychiatrique, il existe trois sortes de secteurs psychiatriques : les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infantile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Plusieurs textes définissent le fonctionnement des SMPR.

Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique définit, dans ses articles 1 et 11, ces secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Leur règlement intérieur est défini dans l'arrêté du 14 décembre 1986.

Une circulaire du 5 décembre 1988, une circulaire du 5 décembre 1994 et l'arrêté du 10 mai 1995 précisent le fonctionnement des SMPR et l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les SMPR sont rattachés à un établissement hospitalier : centre hospitalier spécialisé (Fresnes, la Santé, Rouen), centre hospitalier général (Fleury-Mérogis) ou un centre hospitalo-universitaire (Lille). Les SMPR sont dotés d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, de travailleurs sociaux et de secrétaires médicales. L'équipe est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier chef de service nommé par le ministre de la Santé, après agrément de l'administration pénitentiaire. Ils sont actuellement au nombre de 26 :

- quatre en région parisienne : Bois-d'Arcy, Fleury-Mérogis, Fresnes et la Santé ;
- Amiens, Bordeaux, Caen, Châteauroux, Châlons-en-Champagne, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Nantes, Nice, Perpignan, Poitiers, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse ;

– trois dans les départements d'outre-mer : la Réunion, Martinique et Guadeloupe.

Leurs missions, définies par l'arrêté du 14 décembre 1986, sont les suivantes.

### *Dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et mise en œuvre des traitements psychiatriques*

Un entretien d'accueil est systématiquement proposé aux détenus, quel que soit le délit ou le crime pour lequel ils sont mis en examen ou condamnés.

Les soins vont d'une réponse aux symptômes allégués par les patients (anxiété, insomnie, symptômes dépressifs) à une véritable prise en charge psychothérapique.

La prise en charge peut nécessiter d'admettre le patient dans la structure d'hospitalisation du SMPR en détention. Il s'agit de patients consentant aux soins, présentant une pathologie nécessitant des soins plus intensifs en dehors de la détention normale. Lorsque les patients refusent les soins et présentent une pathologie psychiatrique nécessitant des soins (essentiellement décompensation délirante ou états mélancoliques), on applique alors l'article D 398 du Code de procédure pénale : les patients sont admis sous le régime de l'hospitalisation d'office dans leur service de secteur psychiatrique. Durant la période d'hospitalisation, ils restent sous écrou et continuent d'être en détention préventive s'ils sont prévenus ou en exécution de peine s'ils sont condamnés.

### *Suivi psychiatrique et psychologique de la population postpénale*

Il s'agit soit d'offrir des soins dans le cadre d'un lieu d'accueil dépendant du SMPR afin de poursuivre dehors ce qui a été commencé dedans, soit de nouer des relations avec le secteur de psychiatrie dont dépend le patient.

Un certain nombre de SMPR disposent de lieux de consultation en milieu libre : Lyon, Rouen, Poitiers...

### *Lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie*

Nombre de crimes et délits sont commis sous l'effet de l'alcool. L'incarcération peut être le moment d'une prise de conscience de la gravité de l'intoxication et d'une prise en charge spécifique. Trois SMPR disposent à cet effet d'une antenne d'alcoolologie : Varcès, Rouen et Fleury-Mérogis.

Depuis les années 1980, les toxicomanes sont nombreux en prison. La prison a même été entrevue comme une possibilité de traiter cette population si mouvante. Un grand nombre de SMPR disposent d'une antenne toxicomanie, centre de soins spécialisé pour les toxicomanes en milieu pénitentiaire. Ces centres proposent un sevrage, un suivi et une évaluation de la toxicomanie et de ses conséquences. Un travail psychothérapique peut être proposé. La préparation de la sortie et la possibilité d'une aide extérieure sont les préoccupations majeures.

### *Coordination des soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés*

Le décret du 10 mai 1995 dote chaque établissement pénitentiaire, maison d'arrêt ou centre de détention, d'un SMPR de rattachement auquel le psychiatre de l'établissement peut faire appel en cas de besoin : soins pour un détenu, hospitalisation au SMPR, renseignements administratifs...

## Conventions avec les secteurs de psychiatrie

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, dans son chapitre II, organise les soins en milieu pénitentiaire et la protection sociale des détenus. C'est une étape qui marque un changement radical : tous les soins dispensés en prison dépendent d'une tutelle sanitaire. Ce texte va donner naissance aux unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), chargées des soins somatiques en milieu pénitentiaire. Les UCSA sont construites sur le modèle des SMPR. Il faut noter à cette occasion qu'en prison la psychiatrie a été novatrice et suivie par le somatique.

Dans les établissements pénitentiaires qui ne sont pas dotés d'un SMPR et qui ne font pas partie du « programme 13 000 », les prestations psychiatriques sont fournies par le secteur de psychiatrie générale où est implanté l'établissement pénitentiaire. Certains secteurs se sont vus dotés d'un budget spécifique pour mieux assurer cette mission. Les moyens attribués à ces secteurs sont notoirement insuffisants : ils permettent de répondre aux situations aiguës mais rarement de proposer une psychothérapie. Si le patient nécessite des soins plus intensifs, le psychiatre de secteur peut demander le

transfert du patient vers le SMPR. Le psychiatre intervenant dans ce cadre peut, lui aussi, demander l'application de l'article D 398 du Code de procédure pénale.

### Établissement du « programme 13 000 »

En 1987, le ministère de la Justice a confié à quatre groupements d'entreprises la conception, la construction et la gestion partielle du fonctionnement de 21 établissements pénitentiaires, intitulé « programme 13 000 », aboutissant à la création de 13 000 places de prison. L'opérateur privé a en charge les actions sanitaires. Un cahier des charges définit la composition de l'équipe médicale et paramédicale. Le service médical comprend notamment un poste de psychiatre et un poste de psychologue placés sous la responsabilité du médecin généraliste responsable du service. Tous les médecins et membres de l'équipe médicale sont recrutés et payés par l'entreprise privée gestionnaire du service.

La gestion de ces établissements, y compris dans le domaine de la santé, répond davantage à des impératifs de rentabilité qu'à des objectifs de santé publique, même si les normes en personnel du service somatique ont été prises comme bases par le ministère de la Santé pour la mise en place des UCSA dans le cadre de la loi du 18 janvier 1994. Le constat est souvent fait que ce fonctionnement n'est pas en faveur d'une recherche de continuité de prise en charge.

La psychiatrie y est en situation intermédiaire et est nettement mieux lotie que dans les conventions avec les équipes de secteurs qui interviennent en milieu pénitentiaire et beaucoup moins que dans les prisons où existe un SMPR.

### Différents systèmes européens

L'originalité du système français est son attachement à l'indépendance des soins vis-à-vis de la peine (administration pénitentiaire, système judiciaire), et en premier lieu l'indépendance des soins psychiatriques. Nos voisins européens n'ont pas eu la même politique : en Belgique, dans les unités d'observation et de traitement (UOT), le personnel médical et paramédical est recruté par la tutelle pénitentiaire qui cadre ses actions.

L'Allemagne et l'Angleterre proposent des systèmes différents où les décisions interfèrent, sans indépendance des soignants vis-à-vis du lieu d'exercice.

La Suisse, en revanche, propose des soins en milieu carcéral, placés sous la tutelle sanitaire, avec un pas supplémentaire par rapport à la France : les soins somatiques et psychiatriques sont regroupés au sein d'un seul service dirigé par un psychiatre qui coordonne l'ensemble. Ce sont de plus des services universitaires chargés d'enseignement <sup>[18]</sup>.

## Univers carcéral

### Quotidien en prison

L'emprisonnement d'un homme ou d'une femme, ce n'est pas seulement la privation de liberté pour le punir, c'est aussi la vie quotidienne en prison, les murs, les grilles, l'environnement, l'odeur, les bruits. Contrairement à l'idée que l'on s'en fait parfois, il y a beaucoup de bruits en prison dont celui des grilles et des serrures des cellules qu'on ouvre et ferme et qui reste longtemps en mémoire.

En maison d'arrêt, la surpopulation pénale est de règle et il n'est pas rare de voir trois et même quatre détenus partager la même cellule de 9 m<sup>2</sup> ; on imagine les difficultés au quotidien lorsqu'il faut trouver un modus vivendi dans ces conditions.

De plus, la télévision introduite en 1981 par Robert Badinter fonctionne généralement nuit et jour. Cela peut constituer une présence rassurante mais aussi une pression vite insupportable.

En dehors des règlements pénitentiaires, la prison a son ordre interne, reflet exaspéré de l'extérieur. On y rencontre des riches et des pauvres : ceux qui sont assistés, qui reçoivent de l'argent de leur famille, vont pouvoir consommer tout ce qui est « cantinable » et sont les maîtres de la vie quotidienne. Ce sont eux qui paient, par exemple, la location de la télévision (280 francs par mois). Si les codétenus ont de l'argent, on assiste à un partage de tous les frais ; dans le cas inverse, c'est celui qui paie qui choisit les programmes et peut faire payer d'une autre façon les codétenus pour cette location et le reste.

Ce fonctionnement étaye une hiérarchie interne au groupe des détenus basée sur le caïdat, sur leur propre code des délits et crimes et des valeurs qui y sont attachées. C'est ainsi qu'une hiérarchie très forte se constitue, dans laquelle tous les auteurs d'agressions sexuelles, surtout sur les enfants, sont tout au bas de l'échelle et appelés les « pointeurs ». Ils sont en permanence menacés par les « braqueurs » caïds de la détention et ne peuvent qu'acheter leur tranquillité, notamment s'ils sont assistés, en fournissant café et tabac aux caïds.

Cette hiérarchie existe de la même façon en maison d'arrêt et en établissement pour peines. Elle aboutit parfois au fait que ces détenus n'osent pas demander à travailler dans les ateliers, ont peur de sortir en promenade ou d'aller aux douches.

La vie quotidienne en prison est marquée par l'absence d'intimité et d'hygiène, la promiscuité, la dureté des règlements établis par les détenus ; tout ceci constitue une violence directe et indirecte qui peut traumatiser et accentuer la vulnérabilité de certaines personnes.

La solidarité en milieu carcéral est opaque et peut aboutir rapidement à un chacun pour soi. Il arrive que des détenus incarcérés dans la même cellule, non seulement ignorent les motifs de l'incarcération de leurs codétenus, mais aussi leurs noms et prénoms !

On comptait, au 1<sup>er</sup> juillet 1997, 54 269 détenus pour 183 établissements pénitentiaires proposant 49 760 places, soit un surencombrement des prisons qui a diminué (112%). Cette surpopulation pénale varie beaucoup d'un établissement à l'autre. Un séjour en prison est un « événement de vie ». Ce n'est pas un état : on compte chaque année plus de 80 000 entrants en prison, cette population se renouvelle fréquemment, notamment dans les maisons d'arrêt où elle se renouvelle deux à trois fois par an. Un grand nombre de personnes arrivent en prison à la suite d'un acte repéré socialement et ce lieu particulier va permettre un temps de rencontre avec plusieurs interlocuteurs sociaux. Concernant le corps et la santé mentale, c'est souvent un lieu d'accès aux soins.

### Femmes incarcérées

Les femmes détenues représentent 4,1 % (2 223) de la population pénale. La population féminine incarcérée est différente de celle des hommes. Moins nombreuse, elle demande beaucoup de soins, psychiatriques et somatiques. Les troubles de la personnalité y sont surreprésentés et de ce fait, les automutilations, la surconsommation et les ingestions de psychotropes. Les établissements pénitentiaires pour femmes proposent heureusement plus d'animations et d'activités que les établissements pour hommes.

### Mineurs incarcérés

Un nombre relativement important de mineurs sont incarcérés chaque année dans des quartiers spécifiques de la détention. Seuls certains établissements pénitentiaires en comptent.

L'ordonnance de 1945 dispose que l'incarcération des mineurs doit être exceptionnelle : pour les mineurs de 13 à 16 ans, elle concerne essentiellement les procédures criminelles. Dans tous les cas, un suivi éducatif doit être mis en place dès l'incarcération s'il n'existait pas avant.

La prise en charge des adolescents incarcérés pose des problèmes spécifiques : le choc de l'incarcération est en général massif, entraînant une incapacité totale de verbaliser et d'élaborer autour des faits et même de l'environnement familial. Il faut alors proposer un soutien de type maternage pour permettre au jeune de se récupérer et de retrouver des repères, ce qui pourra déboucher ultérieurement sur un travail plus psychothérapeutique.

La collaboration avec le service éducatif auprès du tribunal est indispensable. C'est l'éducateur désigné par le magistrat en charge du dossier qui devra trouver une solution alternative à l'incarcération. Celle-ci pourra comporter, le cas échéant, une prise en charge psychologique ou psychiatrique. Il faut insister sur trois points :

- l'absence de structuration définitive de la personnalité à cette période de la vie ;
- l'importance de la destructuration ;
- la gravité croissante des faits commis et notamment la grande fréquence de délits sexuels commis par ces mineurs.

La prise en charge par une équipe spécifique s'avère ici indispensable afin d'introduire dans la vie du jeune un espace de paroles ayant pour objectif de

permettre d'aborder les faits, d'introduire la notion de victime et d'élaborer autour de ces notions. Si cela fonctionne bien, le pronostic ultérieur en sera grandement amélioré.

## Moments de demande de soins, repères temporels et psychopathologiques

### Repères temporels

On remarque que les temps judiciaires rythment les manifestations anxieuses et les troubles du comportement.

– *Au cours de la garde à vue* qui dure 24 à 48 heures (voire 72 heures pour les terroristes), les manifestations anxieuses sont fréquentes avec parfois automutilations et conduites suicidaires. Les appels au psychiatre sont multiples. Lorsque la décision de détention provisoire est prise, ce mode d'expression d'un désarroi se calme transitoirement.

– *L'entrée en prison et l'adaptation au milieu carcéral* va marquer une deuxième étape. Les personnalités les plus immatures demandent le plus de soins dans cette période. La perte des repères peut être totale et le besoin de relation est fondamental, bien que parfois difficile à établir. Plus du tiers des suicides en prison ont lieu au cours du premier mois de détention, notamment dans les premiers jours, surtout s'il y a sanction disciplinaire (placement au quartier disciplinaire) <sup>[9]</sup>. Les troubles vont se calmer peu à peu avec l'installation de nouveaux repères : mise en place des parloirs, repérage des horaires (promenade, ateliers, repas...), liens avec les codétenus, appartenance au groupe et reconnaissance par celui-ci. Ceux qui dérogent à la loi interne de la prison ont plus de mal à s'adapter. Ce sont les auteurs de crimes passionnels, de crimes familiaux, culpabilisés en arrivant en prison, les personnes ayant présenté une décompensation psychiatrique motivant le passage à l'acte et, bien sûr, les agresseurs de femmes ou d'enfants, notamment les agresseurs sexuels ou « pointeurs ».

– *Le jugement* : les jours qui précèdent un procès correctionnel, ou les semaines pour un procès d'assises, sont des temps où l'angoisse réapparaît et, parfois, envahit le sujet. Il s'inquiète du temps de peine prononcé mais aussi de ce qui va être dit sur lui par les interlocuteurs (témoins, experts...), du regard extérieur de son entourage ou de l'absence de celui-ci. Le jugement va fixer le temps d'incarcération, et une fois fixé, même s'il paraît injuste, ce temps va devenir un point d'articulation et de repère. Le jugement lie la personne d'une façon dépendante à la décision de justice. Après cette étape, une part d'autonomie va se reconstituer.

– *La sortie de prison* est, dans l'imaginaire des intervenants extérieurs, un événement heureux, libérateur. Le détenu tient ce discours tout au long de son incarcération. La sortie est un moment stressant : que vont-ils trouver dehors ? Beaucoup n'ont rien, vont-ils être capables d'affronter la vie quotidienne, de faire face aux reproches ou aux relations qui ont changé sans retomber dans les mêmes aléas ? La sortie est d'autant plus difficile que le temps d'incarcération est long : la perte d'autonomie est grande en prison du fait de la déresponsabilisation totale (portes, nourriture...). L'habitude d'être surveillé va les suivre.

### Suicides en prison

Le taux de mort par suicide en prison est sept fois plus élevé qu'en milieu libre : 140 suicides pour 100 000 détenus, 22 pour 100 000 en milieu libre. Cependant, on ne saurait comparer la population carcérale à celle du milieu libre.

Le suicide est une préoccupation constante ou une crainte qui plane sur bon nombre de décisions au sein de la détention : décision de mettre un détenu seul en cellule, distribution des psychotropes sous forme diluée (les fioles ont été instituées pour prévenir les gestes suicidaires par ingestion médicamenteuse), contact avec les arrivants.

Le suicide en prison est-il un acte de lâcheté ou de liberté ?

Dans son travail, Bourgoin <sup>[9]</sup> nous donne des éléments d'analyse permettant une prévention plus adaptée ; nous vous exposons ceux qui nous paraissent les plus pertinents.

– En fonction des moments : 60 % des suicidés sont des prévenus (en attente de jugement), et 90,7 % des suicides ont lieu en maison d'arrêt. Nous avons déjà attiré l'attention sur les premiers jours et le premier mois de détention. Il faut souligner le risque que comportent les premières 24 heures de mise au quartier disciplinaire en cas de sanction.

– En fonction des délits : les individus auteurs d'une infraction contre un proche, surtout dans une affaire criminelle, sont particulièrement exposés. Il faut également noter le risque pour les délinquants « en col blanc ».

– En fonction de la situation familiale : le fait d'avoir des attaches professionnelles et familiales aggrave le risque suicidaire en prison. Un risque important existe pour les pères de famille nombreuse (trois enfants et plus).

– Les antécédents : les suicidés ont fait 24 fois plus de tentatives de suicide que l'ensemble des détenus. Il existe également un lien avec la grève de la faim.

Les moyens du passage à l'acte suicidaire « à disposition » en milieu carcéral étant restreints par rapport au milieu libre, on est confronté à un plus grand nombre de suicides par pendaison, qui n'ont pas lieu aux mêmes moments de la journée qu'en milieu libre.

### Automutilations

Le corps a une place particulière en prison, c'est le dernier espace privé, l'espace d'autonomie.

Vivre dans moins de 10 m<sup>2</sup>, 21 heures sur 24, est difficile pour tout un chacun ; mais sans doute d'une façon différente quand le comportement et le déplacement font partie de vos habitudes. Les mouvements sont limités. L'espace quotidien est partagé avec un autre, voire plusieurs autres, et l'espace intime se rétrécit, voire disparaît. On comprendra ce que cela peut avoir comme retentissement pour des personnalités aux limites floues. La peau appartiendra à un espace de relation et pourra être une interface sociale.

En prison, la communication passe théoriquement par le courrier : il faut écrire pour demander une consultation, voir l'assistante sociale, écrire à son avocat, à ses proches. Or, le pourcentage d'illettrés est important et beaucoup de ceux qui ont appris à lire n'utilisent ce moyen que rarement. Ils ont honte de leur écriture, de leurs fautes d'orthographe, ils ne connaissent pas les formules adéquates. C'est un mode d'expression difficile qui les confronte à une mauvaise image d'eux-mêmes, et qui suppose une gestion du temps de réponse, une capacité à différer la demande et la réponse, autant dire une structuration relativement solide et une bonne adaptation à un changement radical !

Bon nombre d'automutilations vont trouver leur origine dans des « lettres » trop difficiles à écrire, des moyens d'expression immédiats, utilisant le corps et la peau comme « papier ». Ceci ne saurait être une façon de banaliser mais au contraire un moyen d'être vigilant à cette difficulté d'expression et de communication. La question qui est souvent posée aux « psy » est celle de la possibilité et de la capacité d'autonomie dans la relation, quel que soit l'interlocuteur.

## Pathologies particulières

### Psychopathes

Ils sont nombreux en prison et l'incarcération permettra aux équipes psychiatriques des suivis plus longs qu'en institution psychiatrique. Ils sont souvent incapables de s'y adapter et suscitent le rejet des équipes avec un certain talent ; c'est en prison que les psychiatres ont le plus l'occasion de rencontrer des psychopathes et d'instaurer un suivi <sup>[23]</sup>.

Les règles de la prison les confrontent à des situations difficiles. Les processus d'escalade dans la relation aboutissant à des conduites agressives (auto- ou hétéroagressives) sont fréquents. Le psychiatre est régulièrement interpellé par le détenu ou par l'administration. Il va lui falloir utiliser cette place de tiers pour instaurer un lien et non s'immiscer en défenseur de la loi ou en protecteur affiché des opprimés. Il faut savoir parfois protéger le détenu de processus destructeurs qui ne pourront être formulés que plus tard, ou jamais.

Les psychopathes en prison peuvent présenter, en plus de ces accès d'agressivité, des épisodes dépressifs majeurs avec régression, refus d'alimentation, et des épisodes délirants polymorphes relativement brefs, nécessitant des soins psychiatriques plus intensifs.

Au fil des incarcérations se noue une relation, étayage d'une thérapie. Rappelons que dans ce type de suivi, la dualité des soignants est un support. Un certain nombre de ces suivis sont poursuivis en externe par les équipes des SMPR.

## Toxicomanes

Ils représentent une proportion importante de la population pénale (40 % en région parisienne). Ils sont incarcérés soit pour infraction à la législation sur les stupéfiants (loi du 31 décembre 1970), soit pour vols rendus nécessaires par leur dépendance et le prix des produits.

Le principal produit consommé reste l'héroïne mais la polytoxicomanie est de règle pour obtenir la « défonce » recherchée : ainsi sont mélangés, au gré des rencontres et selon les ressources financières, héroïne, cocaïne, haschich, mais aussi des médicaments détournés de leur usage normal. Lors de l'entretien d'accueil, réalisé soit par le SMPR ou l'antenne toxicomanie, soit par le médecin de l'UCSA (quand il n'y a pas de SMPR ou d'antenne de toxicomanie), la décision de prescrire un protocole de sevrage peut être prise. Cette décision est prise par rapport aux dires du patient et à l'examen clinique. Généralement, ce protocole est toujours le même au sein de l'établissement et prescrit pour une durée déterminée afin de limiter les pressions de la part du toxicomane.

À l'issue de ce protocole, le toxicomane est systématiquement revu en consultation et c'est l'occasion de faire le point sur sa situation, car souvent ceci n'a pas été possible lors de l'entretien d'accueil du fait de son mauvais état de santé physique et psychologique. Un bilan somatique comprenant notamment le dépistage des hépatites B et C et du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) est réalisé par l'UCSA. L'incarcération est souvent l'occasion de mettre en évidence une séroposivité à ces virus et de commencer un traitement, mais la révélation de cette séroposivité est évidemment particulièrement difficile à vivre en prison. Un soutien psychologique s'avère souvent indispensable.

Sur le plan psychologique, il est proposé en outre au patient de faire le point sur sa toxicomanie, son mode de début, son rapport aux produits, et de faire un travail sur lui-même afin de percevoir l'image qu'il a de lui et ses rapports à sa famille, à la société et à son avenir.

Il faut noter que bien souvent les toxicomanes refusent de se confronter à eux-mêmes, c'est même souvent pour cela qu'ils commencent à consommer des produits, et n'acceptent pas notre offre de soins. Dans ce cas, ils seront revus ultérieurement dans l'espoir qu'ils auront évolué et pris conscience de la nécessité d'un tel travail psychologique, soit par eux-mêmes, soit sur la pression de leur entourage ou de leur avocat.

Par ailleurs, la préparation à la sortie doit être envisagée dès que le jugement est prononcé, la sortie de prison étant souvent relativement proche. Ceci se fait en collaboration avec le service socioéducatif (SSE) de la prison. Bien souvent les toxicomanes s'inventent une situation extrêmement favorable où, à leur sortie, les attendent hébergement dans la famille et travail chez un proche. Malheureusement la réalité est souvent bien différente et il est indispensable de les mettre en garde ; ce projet de sortie est souvent fantasmatique et il faut les aider à réaliser que la sortie sera moins facile que prévue.

Si le patient n'a pas d'hébergement à sa sortie, l'absence de cadre fera que la rechute sera plus ou moins inéluctable. Il est donc nécessaire de prévoir cette difficulté avant la sortie et d'essayer de trouver un hébergement. Préparer la sortie, c'est envisager la continuité des soins amorcés en prison, c'est-à-dire favoriser le relais avec un lieu extérieur de soins et notamment un centre d'accueil spécialisé pour les toxicomanes.

À Fresnes, l'antenne toxicomanie a mis en place, en 1992, un quartier intermédiaire sortants (QIS) qui permet pendant 4 semaines à 15 toxicomanes de préparer leur sortie dans des conditions optimales (bilan psychologique et professionnel, mise à jour des papiers d'identité, activités artistiques, informations sur les possibilités d'hébergement et de soins, rencontres avec des intervenants extérieurs...).

### Traitements de substitution

Les textes récents permettent aux centres spécialisés pour les toxicomanes que sont les antennes toxicomanie en prison de poursuivre un traitement par la méthadone mis en place avant l'incarcération. Ceci se conçoit essentiellement dans le cas où la peine de prison n'est pas trop lourde et où le patient et le centre méthadone prescripteur souhaitent poursuivre le traitement de substitution. Concrètement, cela pose des problèmes de gestion du traitement, notamment la remise du traitement les dimanches et jours fériés avec les risques de trafic que cela entraîne. Le rapport récent remis au ministre de la Justice par le professeur Gentilini préconise que les antennes toxicomanie puissent initier un traitement par la méthadone, ce qui a été concrétisé par la circulaire du 5 décembre 1996.

Depuis la mise sur le marché du Subutex® en mars 1996, on a vu un grand nombre de patients traités par ce produit entrer en prison. Contrairement à la méthadone qui est prescrite dans un cadre rigide et pour lequel le sujet fait l'objet d'un contrôle et d'un suivi psychosocial, le patient sous Subutex® est souvent en dehors du circuit de soins spécialisés et prend parfois son traitement en plus de produits licites ou illicites (y compris l'héroïne). L'arrivée en prison d'un grand nombre de patients sous Subutex® n'est pas sans poser de problèmes : indication du produit, âge parfois très jeune du patient, absence d'antécédent de cure de désintoxication, prise du Subutex® à l'UCSA en présence d'une infirmière, pour limiter (?) le trafic intérieur, refus fréquent d'un suivi psychologique associé.

Les toxicomanes ont profondément modifié l'univers carcéral sans que la prison influe en profondeur sur eux. C'est un leurre de penser qu'en les mettant en prison, donc à l'abri des produits, on les guérit, et ce d'autant plus que les produits circulent dans les détentions.

## Alcooliques

Un grand nombre de délits ou de crimes sont commis sous alcool : infractions au Code de la route, coups et blessures volontaires, incendies volontaires et agressions sexuelles.

Il s'agit soit de personnes alcoolodépendantes consommant régulièrement et excessivement de l'alcool ou, plus souvent, de sujets ayant fait une ivresse pathologique qui a conduit au passage à l'acte.

Les sujets peuvent reconnaître dès l'entretien d'accueil qu'ils ont un problème d'alcool, ce qui peut déjà être considéré comme une demande indirecte de soins.

Il existe un petit nombre d'antennes d'alcoologie au sein des SMPR (Fleury-Mérogis, Rouen, Varcès).

Lorsque les sujets sont alcoolodépendants, le médecin de l'UCSA ou le médecin alcoologue de l'antenne d'alcoologie prescrit un protocole de sevrage alcoolique afin d'éviter les complications de l'alcoolisme chronique telles que le delirium tremens. Les sujets sont ensuite systématiquement revus en consultation afin de faire le point sur leur état général et de susciter une demande de soins psychologiques.

Il faut noter que, contrairement aux toxicomanes, les personnes ayant des problèmes d'alcool ressentent l'incarcération comme un choc. Cela les amène (enfin) à reconnaître qu'ils ont une consommation d'alcool excessive, mais ils n'avaient jamais imaginé que cela pourrait les conduire en prison et ne ressentaient pas le besoin de se soigner.

La situation paraît donc favorable pour entreprendre ici un travail psychothérapeutique sur eux-mêmes et leur rapport à l'alcool, et traiter une éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente.

On pourra également leur proposer de rencontrer les associations néphalistes qui animent des réunions au sein de plusieurs établissements pénitentiaires, ce qui établit le lien avec elles pour l'avenir (Alcooliques Anonymes, Vie Libre).

De manière générale, il sera utile de présenter au patient l'ensemble du réseau alcoologie local : associations néphalistes, centres d'hygiène alimentaire, consultations spécialisées en alcoologie, centres de postcure.

En général, la situation sociale et familiale de ces patients est nettement moins dégradée que celle des toxicomanes : conservation d'un hébergement, parfois même d'un travail ou perspective réelle d'embauche. Les liens familiaux sont souvent préservés et le soutien aux familles, s'il est toujours possible, s'avère moins souvent indispensable.

La prise en charge des personnes ayant commis des délits ou des crimes sous alcool s'avère particulièrement intéressante en prison du fait de la nouvelle perception d'eux-mêmes qu'ont les sujets incarcérés dans de telles conditions. Elle implique un travail en partenariat avec le réseau alcoologie local.

## Agresseurs sexuels

Leur nombre ne cesse d'augmenter au sein de la prison ainsi que la durée de leur peine. On compte environ 4 500 personnes condamnées pour ce type de délit en France. Ces détenus ont attiré l'attention des médias à plusieurs reprises ces dernières années. Les professionnels installés depuis quelques temps en milieu carcéral ont débuté des approches cliniques et des recherches.

Une commission santé-justice s'est réunie en 1994 et 1995 et a permis l'élaboration d'un rapport commun <sup>[26]</sup>, dit rapport Balier, du nom du psychiatre à qui a été confiée cette mission. Une recherche-action a fait suite à cette mission.

Pour amorcer le soin avec les auteurs de délits sexuels, il est nécessaire de proposer la rencontre et de l'organiser. Cette rencontre est particulière : l'auteur de délit sexuel ne présente pas de pathologie psychiatrique repérée, avérée, et ne va pas d'emblée demander de l'aide. L'entourage, l'avocat, le magistrat, l'éducateur, font pression sur lui pour qu'il demande des soins. On voit apparaître des demandes dont l'individu ne cerne pas toujours le contenu, une démarche en partie calquée, conforme à ce que le monde social, dit « adulte », attend d'eux.

Le déni des faits, total ou partiel, reste très fréquent durant l'instruction. De plus en plus d'intervenants informés interviennent pour confronter ce déni.

C'est souvent une fois jugé et condamné que la démarche de soins deviendra incontournable.

Le monde de la prison a ses règles. Une des plus prégnantes concerne les « pointeurs » qui ne respectent pas les femmes et les enfants. Ils sont punis directement par leurs semblables, la loi avec ses jugements n'étant pas vraiment reconnue. Les pointeurs sont mis à l'écart, rackettés, voire menacés, frappés ou même violés (punis par là où ils ont péché).

Un auteur d'agression sexuelle sur mineur est un détenu qui vit a minima, ne sort presque plus de sa cellule, ne descend plus en promenade, s'invente un autre délit, ne parle pas ou peu de lui. Le déni des faits est renforcé par ce climat.

La confrontation du déni, la reconnaissance des faits est une première étape du traitement. Les comportements violents et agressifs, non liés à la sexualité, sont à évaluer dans leur ensemble. Une prise de conscience de l'agressivité est à soutenir activement.

Nous sommes sortis de la notion exclusive de perversion et rencontrons bon nombre de personnalités narcissiques ou archaïques avec des éléments pervers plus ou moins importants <sup>[4]</sup>.

La prise en charge des agresseurs sexuels en milieu carcéral s'organise dans la plupart des équipes de SMPR autour de quelques notions : l'importance d'un travail d'équipe, le fait d'éviter les suivis individuels, une organisation de la rencontre. Un suivi individuel s'accompagne le plus souvent d'un travail de groupe. La médiation groupale est un élément particulièrement utile auprès de ce type de personnalités.

L'indication de traitements antihormonaux (acétate de ciproterone) sera discutée avant la sortie de prison. Leur prescription est autorisée par le Comité national d'éthique peu de temps avant la sortie de prison.

Cette sortie de prison doit être préparée avec un relais de soins, les soins en milieu carcéral ne sont qu'un début de soins au long cours.

Le soin, si important soit-il, n'est qu'une part de l'action de la société vis-à-vis de ces patients agresseurs. Quelle que soit la part du soin, les soignants ne doivent pas être les seuls acteurs. Leur proposition doit s'articuler avec les acteurs du milieu carcéral, puis du milieu judiciaire postpénal (juge d'application des peines, comité de probation). Cette articulation interprofessionnelle sur un sujet si délicat reste à construire.

## Organisation des soins

### Relation thérapeutique en prison

Le soin en prison est récent. Nous avons souligné les fonctions de tri et d'observateur qui ont initialement fait entrer les psychiatres dans l'univers carcéral.

Dans cet univers de contraintes, corporelles et psychiques, une démarche autonome de soins n'est pas aisée. La plupart des détenus n'ont jamais demandé de soins. Ceux qui ont été conduits à se soigner en milieu libre n'ont pas poursuivi les soins et ont fui hôpitaux, consultations et médications.

Nous nous confrontons fréquemment à des patients ayant refusé les soins, dont la famille dénie la pathologie et pour lesquels la prison sera le lieu incontournable de début de soins.

L'instauration d'une relation de confiance, basée sur le respect mutuel <sup>[22]</sup>, afin d'obtenir un consentement est notre quotidien. C'est une facette classique de la psychiatrie d'aujourd'hui et une partie de notre exercice qui n'a rien de spécifique. La particularité réside dans le fait que ceci se noue en présence de tiers, les surveillants pénitentiaires, auxquels il est indispensable d'explicitier a minima notre rôle pour que nous puissions exercer notre profession.

Les interventions en formation initiale et continue, les échanges quotidiens interdisciplinaires sont le garant de notre exercice.

### Gestion des malades mentaux

Un grand nombre de personnes incarcérées présentent une pathologie psychiatrique ; celle-ci peut être préexistante à l'incarcération et avoir déjà donné lieu à une prise en charge spécifique ou bien être déclenchée (ou réveillée) par l'incarcération.

Cette pathologie psychiatrique peut être à l'origine du passage à l'acte et être repérée comme telle par les psychiatres experts commis par les juges d'instruction (systématiquement dans les affaires criminelles et à la discrétion du magistrat dans les affaires relevant du tribunal correctionnel). On constate qu'actuellement l'irresponsabilité pénale (article 122-1 1<sup>er</sup> alinéa du Code pénal) est relativement peu prononcée. Elle aboutit à un non-lieu pour l'affaire en cause et au transfert en hospitalisation d'office du sujet dans son service de secteur psychiatrique.

Plus souvent les experts proposent au magistrat instructeur le 2<sup>e</sup> alinéa du même article, ce qui signifie que le sujet demeure punissable et reste donc incarcéré. La juridiction doit (théoriquement) tenir compte du trouble psychique pour déterminer la peine et en fixer le régime. Concrètement, cela revient à considérer la maladie mentale en cause comme circonstance atténuante mais les établissements pénitentiaires (et surtout les établissements pour peines) n'offrent pas forcément les possibilités de soins requises.

Par ailleurs, une pathologie psychiatrique peut survenir à n'importe quel moment du parcours carcéral : lors de l'entrée en prison, dans la période où le sujet est en attente de son jugement, lorsqu'il purge sa peine quelle que soit sa durée ou juste avant sa libération.

Lorsqu'un psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire est confronté à une décompensation psychiatrique, quatre cas se présentent.

– *Le sujet accepte les soins et peut rester en détention normale.*

– *Le sujet accepte les soins mais doit être admis dans le SMPR.* Si le psychiatre exerce dans un établissement pénitentiaire où il n'y a pas de SMPR, il prendra contact par téléphone avec celui-ci pour demander l'admission de son patient. Dès l'accord du médecin-chef du SMPR, il demandera au directeur de la prison de transférer le détenu dans l'établissement pénitentiaire où est implanté le SMPR.

– *Le sujet présente une pathologie psychiatrique nécessitant impérativement des soins mais celui-ci les refuse.* Le psychiatre exerçant en milieu carcéral ou celui du SMPR applique alors l'article D 398 du Code de procédure pénale qui dispose qu'« un détenu en état d'aliénation mentale ne peut pas être maintenu dans un établissement pénitentiaire ». Le psychiatre rédige alors un certificat détaillant l'état du sujet et justifiant l'application de l'article D 398 du Code de procédure pénale et le remet au directeur de l'établissement pénitentiaire. Celui-ci le fait parvenir à la DDASS et prévient le juge d'instruction si le sujet est prévenu. Dès que l'arrêté d'hospitalisation d'office est signé par le préfet du département, le patient est transféré dans son service de secteur s'il a un domicile, ou dans le service compétent pour s'occuper des « hors secteurs ».

Il faut préciser que, contrairement à l'hospitalisation pour des soins somatiques, il n'est pas prévu par le Code de procédure pénale de faire garder le sujet par des policiers durant son hospitalisation en psychiatrie.

On considère que le régime de l'hospitalisation d'office contient en lui-même les mesures de sécurité adéquates. Cette disposition n'est pas sans poser de problèmes aux services de secteur qui se plaignent, parfois à juste titre, de ne pas pouvoir accueillir les détenus dans de bonnes conditions du fait de l'ouverture des services, de la féminisation du personnel et de la diminution des effectifs du personnel soignant.

Durant cette hospitalisation, le patient reste sous écrou et le temps de soins compte comme temps d'incarcération (que le sujet soit prévenu ou condamné). Lorsque les psychiatres traitants considèrent que le patient peut retourner en prison du fait de l'amélioration de son état, ils demandent au préfet la levée de la mesure d'hospitalisation d'office et le sujet revient dans l'établissement pénitentiaire d'origine.

C'est l'administration pénitentiaire qui paie les frais de séjour. Dans le cas où la libération intervient pendant l'hospitalisation, le greffe de la prison se rend au chevet du patient pour effectuer les démarches de levée d'écrou : c'est alors la Sécurité sociale qui doit payer les frais d'hospitalisation mais le statut du patient ne change pas. Il reste en hospitalisation d'office et ce sont les psychiatres traitants qui décideront de la suite des soins et de leurs modalités.

Il peut être utile, autant que faire se peut, de rendre visite au détenu pendant son hospitalisation afin de maintenir le lien et de rappeler que celle-ci est temporaire et qu'il y aura retour à la prison à l'issue des soins.

– *Le sujet présente une pathologie psychiatrique nécessitant des soins qu'il refuse et un état de dangerosité psychiatrique.* Le psychiatre exerçant en milieu carcéral applique alors le même article D 398 du Code de procédure pénale mais il va demander, dans ce cas, l'admission du patient dans une des quatre unités pour malades difficiles (UMD) qui existent en France (Villejuif, Cadillac, Sarreguemines, Montfavet). Il faut noter que seules les UMD de Villejuif et de Montfavet reçoivent des femmes.

La procédure est la même : certificat transmis à la DDASS par le directeur de l'établissement pénitentiaire mais il y aura deux préfectures concernées (celle du département d'origine et celle de l'UMD).

Dans le cas où il existe une dangerosité psychiatrique, le problème réside surtout dans le délai nécessaire pour obtenir une place en UMD.

À l'issue des soins en UMD, le psychiatre traitant demande la levée de la mesure d'hospitalisation d'office et le patient retourne dans l'établissement pénitentiaire d'origine.

### Gestion des longues peines

Les malades psychotiques sont de plus en plus nombreux en prison du fait de plusieurs facteurs : responsabilisation juridique, évolution des hôpitaux psychiatriques délaissant la fonction d'asile pour un accueil médicalisé plus organisé (mais moins tolérant), et évolution de la société qui permet moins d'insertions a minima <sup>[21]</sup>.

Rester plus de 10 ans en prison a de multiples répercussions. Les « longues peines » sont modelées par l'institution : leurs gestes sont contrôlés voire maniérés, leur vocabulaire se restreint, leur appropriation de l'espace est limitée, leurs modes de relation sont stéréotypés par les parloirs sur rendez-vous et les rencontres en promenade. Leur champ psychique et relationnel se rétrécit. Le recours à l'imaginaire reste présent mais peu utilisé.

Le temps est un temps sans repères, suspendu. Nombre de détenus sortiront coupés du monde dans lequel on les renvoie.

Les détenus-patients psychotiques vont être bien sûr sensibles à ce mode de vie qui, on le comprendra, n'est pas thérapeutique pour eux ! Pour un psychotique déficitaire, le risque d'un appauvrissement massif est grand.

Les soins en milieu pénitentiaire ont été initialement implantés en maison d'arrêt (prévenus, courtes peines), où la demande « spontanée » était plus forte.

Les structures de soins auprès des établissements pour peines (centre de détention, maisons centrales) s'installent depuis peu. Il s'agissait auparavant le plus souvent de psychiatres vacataires intervenant ponctuellement sans rattachement institutionnel.

Les établissements pénitentiaires les ayant accueillis (Château-Thierry essentiellement) ont été dessaisis de cette fonction, qui faute de moyens suffisants, concentrait une population pénale fortement sédatisée et trop souvent coupée de toutes relations extérieures.

La prise en charge des malades psychiatriques au long cours en détention se met en place peu à peu : ces patients sont le plus souvent consentants (plus ou moins passivement) aux soins et n'imposent pas, en théorie du moins, leur hospitalisation d'office en application de l'article D 398. Nombre d'entre eux sont « stabilisés » sous neuroleptiques à action prolongée.

Les soins doivent-ils leur être prodigués en prison systématiquement ? Comment évaluer la limite aliénante de la psychose permettant un soin qui garde une éthique ?

L'évolution des soins apportés à cette population particulière ne se fera qu'avec tous les acteurs de la psychiatrie publique si elle veut bien, malgré tout ce qui lui est déjà demandé, prêter une attention à ces détenus de l'ombre.

### Relations avec les autres institutions ou intervenants dans la prison

La prison s'est ouverte au monde extérieur. Elle a bien changé depuis les années 1980.

Beaucoup de personnes ont un rôle important pour les détenus, le SMPR notamment ou le psychiatre exerçant en prison, travaillant en partenariat avec elle.

Ce partenariat se tisse peu à peu, comme sur un secteur. Ce travail est plus aisément réalisé avec une équipe de SMPR. Les autres modalités d'interventions psychiatriques ne permettent pas toujours ce travail en réseau pourtant fondamental.

### Unité de consultations et de soins ambulatoires

La mise en place de l'UCSA par la loi du 18 janvier 1994 assure l'ensemble des soins somatiques aux détenus, ainsi que l'éducation à la santé.

C'est évidemment un partenaire quotidien tant pour le signalement de situations ayant pu passer inaperçues que pour la prise en charge commune, notamment dans les nombreux cas de pathologies psychosomatiques.

La distribution des psychotropes étant assurée par les infirmières de l'UCSA, beaucoup de situations particulières sont rapportées à cette occasion et font l'objet de discussions en commun (SMPR-UCSA ou UCSA-psychiatre).

C'est également ce qui se passe pour les détenus incarcérés alors qu'ils bénéficiaient d'un traitement de substitution (Subutex® ou méthadone). Inversement, des patients suivis par un psychiatre peuvent confier des inquiétudes portant sur un symptôme somatique qu'ils n'osent pas aborder avec l'UCSA. Nous pouvons souvent servir d'intermédiaires dans ces situations ambiguës (problèmes de violence, d'homosexualité, inquiétudes sur le sida ou les hépatites, demandes d'informations...).

### Service socioéducatif

Il s'occupe de tous les problèmes sociaux, notamment les conséquences immédiates de l'incarcération, la préparation des commissions d'application des peines (CAP), les démarches en vue d'obtenir une libération conditionnelle ou une permission de sortie et l'aide à la préparation de la sortie.

La collaboration avec le SSE passe souvent par l'assistante sociale du SMPR. Il s'agit de tenir au courant l'autre service des éventuelles démarches déjà entreprises afin qu'un projet commun puisse être établi.

Par ailleurs, il est fréquent que le SSE signale au SMPR ou au psychiatre des détenus dont les problèmes ont été révélés par les démarches entreprises et l'angoisse qu'elles génèrent.

Une réforme récente a transformé les SSE en SIP (service d'insertion et de protection).

### Familles

Les familles gardent un lien avec le détenu. L'accueil des familles par la prison s'est amélioré ces dernières années pour permettre de soutenir cet élément de l'insertion sociale.

Le lien gardé est soumis au fonctionnement de la prison et la relation existante est souvent figée sur le mode préexistant entre le détenu et sa famille à l'incarcération.

Nombre de familles vivent en marge de la loi et des lois et l'incarcération sera un temps presque prévu, qui suspend temporairement l'intimité mais modifie peu l'organisation des relations familiales.

Pour d'autres, l'incarcération va marquer ce que le groupe déniait depuis quelques temps (la maladie mentale souvent). Cette révélation va être plus ou moins supportée et renvoyée à son auteur désigné socialement.

Si des soins psychiatriques sont initiés en prison, une rencontre avec la famille sera très utile. C'est une composante qu'il ne faut pas, en prison comme ailleurs, négliger. Certains SMPR, notamment celui de Varcès, proposent une rencontre systématique avec les familles lors de l'admission dans le SMPR <sup>[7]</sup>. D'autres proposent des consultations familiales (Rennes, Fresnes, Toulouse...) moins systématisées et une articulation avec des consultations familiales extérieures.

Ces rencontres familiales retentissent favorablement sur le suivi du détenu et sa démarche de soins. Elles prennent un sens particulier en cas de séjour avant un non-lieu pour article 122-1 et hospitalisation à la sortie de prison.

### Médecins experts

La psychiatrie pénitentiaire que nous décrivons ici est un exercice soignant se différenciant nettement d'une fonction expertale. Et on ne saurait être médecin traitant et médecin expert concernant un même patient comme l'indique le Code de déontologie.

Un exercice rigoureux de la psychiatrie pénitentiaire imposerait une étanchéité entre le volet soignant et celui de l'expertise.

La garantie du secret médical est fondamentale pour exercer des soins en prison. La rumeur d'une pression quelconque sur l'appareil judiciaire peut entamer notre crédibilité, la confiance soignant-soigné ou entamer l'authenticité et la finalité du contenu des entretiens.

Certaines informations, parfois dans l'intérêt de notre patient, sont nécessaires à nos confrères experts. L'ignorance ne saurait être, en la matière, scientifique.

Une articulation, respectueuse de la fonction de chacun et du Code de déontologie, s'instaure çà et là. Elle ne nécessite pas l'échange d'informations très personnelles. La conclusion de l'expert (article 122-1 ou pas) va influencer l'orientation des soins et le relais de soins à préparer. Le médecin traitant va chercher à s'en informer.

Rappelons que les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire ne sont pas destinataires des expertises dont ils ignoreront le contenu. Les psychiatres traitants pourront les consulter, s'ils le souhaitent, une fois le détenu condamné, les expertises appartenant au dossier pénal.

### Juges d'instruction

Les relations psychiatre traitant-juge d'instruction sont trop rares. Elles sont encore entachées d'une grande défiance réciproque. Du point de vue du soignant, des informations concrètes sont nécessaires pour articuler les soins et ne devraient pas entamer le rôle du juge d'instruction : autorisation de parler, information de la possibilité d'intervenir au domicile, nomination d'experts psychiatres, orientation des conclusions...

Le respect individuel, corollaire du soin, n'implique pas une allégeance systématiquement protectrice et antijudiciaire comme certains juges l'imaginent de la part des soignants.

### Juges de l'application des peines

Il rencontre les détenus au sujet de leur démarche de permission de sortie ou de libération conditionnelle. Lors de ces entretiens, qui ont lieu avant la CAP, le juge d'application des peines peut se rendre compte du fait que la personne n'a pas réglé un certain nombre de difficultés psychologiques et peut lui demander de voir un psychiatre afin de mettre en place un suivi préalablement à la décision de la CAP ou pour anticiper une obligation de soins décidée en CAP (problèmes d'alcool, de toxicomanie ou de délinquance sexuelle [loi du 18 juin 1998]).

### Unité pédagogique de l'Éducation nationale et structures de formation

Des professeurs de l'Éducation nationale et des formateurs travaillent en permanence dans les établissements pénitentiaires. Le SMPR essaie de motiver les détenus pour effectuer durant l'incarcération une remise à niveau, une formation, ou pour apprendre à lire et à écrire. Inversement, les enseignants et les formateurs nous signalent les élèves qui leur paraissent en difficulté psychologique face aux acquisitions ou du fait de troubles de l'attention ou de la concentration.

### Visiteurs de prison

Ils sont recrutés et gérés par le SSE. Ce sont des personnes qui viennent voir bénévolement au parloir des détenus qui n'ont pas de visites de leur famille ou de proches. Ils jouent un grand rôle auprès des détenus du fait de cette présence chaleureuse et de leur disponibilité pour régler certains petits détails du quotidien ou pour aider à préparer la sortie.

Le SMPR est souvent sollicité par eux à propos d'un détenu soit pour participer au projet de sortie, soit pour discuter d'un état qui inquiète le visiteur et qui nécessite un suivi psychiatrique.

### Représentants du culte

Ils viennent régulièrement faire un office et voir en entretien individuel certains détenus. Ils peuvent nous faire part de leur inquiétude à propos de certains détenus pour demander une prise en charge et apporter un soutien très demandé.

### Relais de soins

C'est un aspect fondamental de l'intervention psychiatrique en prison. La prison n'est qu'un lieu de passage et, pour beaucoup, un lieu d'accès aux soins. La prévention se doit de permettre aux soins d'être poursuivis à la sortie de prison.

Ce relais demande à être construit et concrétisé, sinon l'expérience montre que les propositions faites sont laissées pour compte.

Les antennes de consultations de suivi postpénal sont efficaces : le patient rencontrera à l'extérieur le même soignant. Sinon la sortie devra être préparée de l'intérieur : le détenu ira rencontrer des acteurs sociaux dehors (médecins, acteurs d'insertion professionnelle ou d'hébergement...) d'autant plus facilement que ceux-ci se seront permis de le rencontrer dedans, de rencontrer l'individu au-delà de l'acte commis et de la prison. Les détenus sortent d'autant plus aisément que les acteurs extérieurs reconnaissent la prison, en y entrant, comme un lieu social pouvant appartenir à un parcours individuel, pas une enclave que l'on tait et dont on ne sait rien.

Le SMPR travaille en partenariat étroit avec l'ensemble des intervenants en prison. Ceci permet d'optimiser le travail de chacun et de lutter contre le cloisonnement qui existe de fait entre tous les services.



*La psychiatrie pénitentiaire française, au cours de ces 5 dernières années, a été dotée d'une infrastructure originale que beaucoup de pays étrangers peuvent lui envier.*

*Les SMPR sont devenus des pôles autour desquels s'organisent les soins psychiatriques.*

*La psychiatrie en milieu pénitentiaire est une facette de la psychiatrie publique. C'est un secteur innovant de la pratique médicale et paramédicale.*

*Son évolution est liée à celle de la psychiatrie publique ; les questions qui sont posées en milieu pénitentiaire doivent être discutées de façon non spécifique, délocalisée par rapport à la prison.*

*– Quelle prise en charge pour les malades psychotiques incarcérés ? Faut-il créer d'autres lieux fermés en milieu hospitalier ? Selon quels critères ?*

*– Les troubles du comportement, l'agressivité, notamment les auteurs de violences sexuelles peuvent être, dans certains cas, accessibles aux soins. Comment nous donnerons-nous les moyens cliniques de ces nouvelles approches thérapeutiques ? Quels moyens nous octroieront les pouvoirs publics ?*

*– Comment ces soins seront-ils articulés avec les autres intervenants du champ social ?*

*Espérons que les acteurs de terrain sauront faire évoluer nos pratiques et que les dispositions légales n'y interviendront pas par défaut.*



## Références

- [1] Aubut J et al. Les agresseurs sexuels. Paris : Maloine, 1993
- [2] Baillarger MJ. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. *Ann Med Psychol* 1844 ; 4 : 74-80
- [3] Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Le fil rouge. Paris : PUF, 1988
- [4] Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents. Le fil rouge. Paris : PUF, 1996
- [5] Balier C799. Psychiatrie en milieu carcéral : soins ou traitement ? *Perspect Psychiatr* 1989 ; 28 : 237-242
- [6] Baron-Laforet S. Soins psychiatriques en milieu carcéral : ce qu'il faut savoir. *Le Quotidien du Medecin* 1996 ; 5832 : 22-24
- [7] Baron-Laforet S, Dumont JP, Savin B. Les thérapies familiales en prison. *Forensic* 1995 ; (n° spécial) : 32-38
- [8] Benezech M, Lamothe P, Senon JL. Psychiatrie en milieu carcéral. *Encycl Med Chir*, (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-889-A-10, 1990 : 1-6
- [9] Bourgoin N. Le suicide en prison. Coll Logiques sociales. Paris : L'Harmattan, 1994
- [10] Coutanceau R. Agresseurs sexuels : aspects psychopathologiques, thérapeutiques et institutionnels. *Forensic* 1994 ; 6 : 13-18
- [11] Crevier B. Législation, réglementation et fonctionnement des SMPR. *Perspect Psychiatr* 1989 ; 28 : 260-269
- [12] Crevier B. Le pari de soigner la médecine pénitentiaire. *Economie Humanisme*, 1994 : 329
- [13] Crevier B, Lebouc V, Le Malefan P. Les alcooliques en milieu carcéral. *Perspect Psychiatr* 1990 ; 25 : 310-312
- [14] David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Paris : PUF, 1993
- [15] Favard J. Les prisons. Coll Dominos. Paris : Flammarion, 1994
- [16] Gonin D. La santé incarcérée. Paris : L'Archipel, 1991
- [17] Gravier B. Psychothérapie institutionnelle en milieu pénitentiaire : quelques évidences. *Forensic* 1995 ; 8 : 12-15
- [18] Gravier B. L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité. Paris : Justice et psychiatrie, Erès, 1997 : 281-296
- [19] Haut Comité de la santé publique. Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, janvier 1993. Mission confiée à Gilbert Chodorge et Guy Nicolas, rapporteurs Michèle Collin et Danièle Fuchs
- [20] Hivert P. Psychiatrie en milieu carcéral. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), psychiatrie, 37-889-A-10, 1982 :1-6
- [21] Jean JP. Le détenu dangereux. In : Garapon A, Salas D eds. La justice et le mal. Coll Opus. Paris : Odile Jacob, 1997 : 83-109
- [22] Lamothe P. Quotidien d'un psychiatre en prison. *Soins Psychiatrie* 1990 ; 116-117 : 46-47
- [23] Lamothe P, Geoffray D. La psychopathie revisitée en prison. *Perspect Psychiatr* 1989 ; 28 : 229-236
- [24] Laurans JE, Baron-Laforet S. Réflexion sur la psychiatrie en prison depuis dix ans. *Synapse* 1994 ; 103 : 165-169
- [25] Martorell A. Psychiatres, psychiatrie et prisons en France : ébauche historique. *Forensic* 1993 ; 3 : 42-51
- [26] Ministère du Travail et des Affaires sociales, ministère de la Justice. Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels. Rapporteurs : Claude Balier, Claudine Parayre, Colette Parpillon [Rapport]. 1995
- [27] Savin B. Crime et tentative de reprise élaborative de traumatismes transgénérationnels. *Forensic* 1995 ; (n°spécial) : 82-87
- [28] Tartakovski P. La prison. Paris : Payot, 1995
- [29] Thibault PM. Le défi des prisons privées. Paris : Albin Michel, 1995