

LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET PSYCHIQUE DES DÉTENUS ET DES SORTANTS DE PRISON

Christiane de Beaurepaire

La Découverte | « *Revue du MAUSS* »

2012/2 n° 40 | pages 125 à 146

ISSN 1247-4819

ISBN 9782707174963

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2012-2-page-125.htm>

Pour citer cet article :

Christiane de Beaurepaire, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 2012/2 (n° 40), p. 125-146.
DOI 10.3917/rdm.040.0125

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison

Christiane de Beaurepaire¹

Les personnes sortant de prison sont-elles une population « fragile et menaçante » [Chalmeton, 2007] ? Une population incontestablement « fragile », c'est-à-dire vulnérable et vulnérabilisée, mais dans quelle mesure est-elle « menaçante » ? Autrement dit « constituant une menace » et par conséquent « dangereuse » ? On voit bien que la figure du « repris de justice » demeure dans l'opinion publique une figure inquiétante, celle du « récidiviste », objet de lois de plus en plus sévères et répressives, tant en ce qui concerne non seulement la lourdeur des peines mais aussi le délai de réhabilitation du condamné dont l'allongement fait obstacle à l'insertion. Voici par exemple ce que dit Maître Eolas² à propos de la « réhabilitation » :

« Voilà typiquement une loi³ stupide. Pendant deux siècles, la récidive n'a pas eu d'impact sur la réhabilitation. La société ne s'est pas écroulée sous une vague de crimes insupportables. Vous, mes lecteurs, êtes des gens honnêtes et éduqués. Et je parie que la plupart d'entre vous n'avaient jamais entendu parler de la réhabilitation. Ce n'est donc pas la perspective de devoir attendre si longtemps pour être réhabilité qui vous a retenu jusqu'à ce jour de basculer dans le crime. Eh bien, imaginez ce qu'il en est pour le délinquant ordinaire, qui n'a reçu qu'une instruction minimale. Ils n'ont pas la moindre idée de ce qu'est

1. CHS de Maison Blanche, 6-10 rue Pierre Bayle, 75020 Paris.

2. Maître Eolas, billet du 12 mai 2012 du *Journal d'un avocat*, blog électronique.

3. Loi 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

la réhabilitation. Donc croire qu'aggraver les conditions de son octroi pourrait avoir le moindre effet dissuasif sur le passage à l'acte est tellement grotesque que je ne peux même pas soupçonner le législateur de l'avoir conçu. Cette loi s'inscrit donc dans cette longue série de lois-balayage qui fouillent le code pénal et le code de procédure pénale à la recherche de toute règle que l'on pourrait aggraver en cas de récidive pour pouvoir affirmer, l'air martial, qu'on lutte contre la récidive. Le pire exemple est la loi scélérate du 12 décembre 2005⁴, qui est une caricature. Voilà à quoi se résume depuis des années la lutte contre la délinquance : changer le code pénal et espérer que les délinquants passent la licence de droit. Si seulement ces lois ne servaient à rien. Mais c'est pire : elles ligotent les juges et les services d'insertion et de probation en empêchant de tenter des mesures d'accompagnement comme la libération conditionnelle à un moment opportun parce que tel délai décidé arbitrairement par le législateur n'est pas écoulé. Pour lutter contre la récidive, on nuit à la réinsertion. Mesdames, Messieurs : le législateur. On l'applaudit bien fort. »

Hormis un traitement judiciaire de plus en plus radical, quels sont les besoins spécifiques des sortants de prison et comment y répondre ? Quelle est donc cette population des sortants de prison, récidivistes inclus ? En France, 85 000 à 86 000 personnes détenues sortent chaque année de prison et rejoignent, hors détention, les 150 000 personnes placées « sous main de justice » et soumises à des obligations judiciaires, en milieu dit « ouvert ». Parmi ces sortants de prison, plus de 60 % sont en situation de précarité socioéconomique durable à l'entrée en détention, comme le souligne le Conseil économique et social :

« La prison, pour une grande part, n'est que le dernier maillon d'une chaîne, qui, d'échecs scolaires en précarités sociales, d'exclusions en discriminations, peut mener peu à peu aux illégalismes et à la délinquance⁵. »

De plus, à cette précarité socioéconomique s'associe une *vulnérabilité psychique et psychiatrique*, comme en témoignent plusieurs études désormais classiques : plus de 55 % des détenus présentent des troubles psychiatriques à l'entrée en prison, plus de 40 % présentent des antécédents psychiatriques antérieurs à l'incarcération (Drees, 2002). Cette « vulnérabilité » est attestée chez

4. Loi 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

5. Conseil économique et social, « Les conditions de la réinsertion socio-professionnelle des détenus en France », 22 février 2006.

les arrivants et aggravée chez les sortants. Elle apparaît doublement ancrée dans l'état psychiatrique et la précarité socioéconomique, eux-mêmes étroitement corrélés. Sa complexité constitue un obstacle majeur à l'insertion⁶ postpénale entendue globalement, professionnelle, affective et sociale, qui reste cependant la meilleure garantie de la prévention de la récidive, bien supérieure à la répression légale croissante.

Elle pose du fait de l'intrication et de l'interaction de facteurs psychiatriques et socioéconomiques le problème des moyens mis en œuvre, de leur spécificité et de leur pertinence, et requiert une réflexion qui dépasse largement le cadre contextuel de la sortie de prison. C'est bien en amont, et au-delà, qu'il s'agit de la mener, en détention bien sûr, mais aussi dans le champ social, avec un objectif politique à terme.

État des lieux

Les chiffres sont éloquentes, tant sur le plan des caractéristiques sociodémographiques et économiques que sur celui de l'état psychiatrique des personnes détenues.

À propos de la précarité socioéconomique à l'entrée en prison⁷

On sait que les hommes sont très largement majoritaires, 89 %, qu'ils vivent le plus souvent « seuls », célibataires ou séparés pour 92 % d'entre eux, et que 11 % d'entre eux ont des enfants avec lesquels ils gardent des liens. La situation économique de la plupart est très dégradée. Par exemple, pour ce qui concerne le logement, plus de 60 % n'ont pas de logement personnel, 12 % vivent dans la rue, 11 % dans un hôtel social, 11 % dans un centre d'hébergement (CHRS⁸), 40 % chez des proches.

6. « Insertion » plutôt que « réinsertion », compte tenu de sa déficience habituelle pénitentiaire.

7. Conseil économique et social, données de la Direction de l'administration pénitentiaire, 2006.

8. Centre d'hébergement et de réadaptation sociale.

En ce qui concerne l'emploi, plus de 60 % ne travaillent pas, plus de 60 % n'ont pas de formation professionnelle. Sur le plan scolaire, plus de 50 % sont faiblement scolarisés, 15 % sont illettrés, 29 % échouent à la lecture, 40 % atteignent à peine le niveau primaire. Sur le plan des revenus, plus de 60 % ont un revenu inférieur à 800 euros par mois, 60 % se situent sous le seuil de pauvreté (14 % en population générale), 24 % perçoivent le RMI⁹. Sur le plan social, 13 % sont sans couverture sociale, et 17 % sont couverts par la CMU¹⁰. Enfin, on note une surreprésentation des ouvriers – 50 % (30 % en population générale) – et des étrangers, deux fois plus nombreux que dans la population générale. Ces chiffres qui concernent les entrants en détention constituent une photographie de la population concernée. Ils orientent vers les notions de « précarité », de « pauvreté » et d'« exclusion », des notions désormais couramment employées, dont il est nécessaire d'envisager le champ, les limites, les implications et les corrélations.

À propos de l'état psychiatrique des personnes détenues

Les données concernant strictement les sortants de prison sont pauvres, mais on peut encore transposer ici les résultats d'études assez récentes menées chez les personnes incarcérées. Nous disposons de plusieurs sources : direction de l'administration pénitentiaire (DAP), direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), direction générale de la santé (DGS).

Par exemple :

Données DAP (2006) — 6 % des personnes incarcérées sont handicapées, principalement sur le plan mental, et perçoivent l'« allocation adulte handicapé » (AAH), 60 % sont considérées comme addictives à l'alcool et aux produits stupéfiants à l'arrivée en détention, la plupart poursuivant leur consommation de toxiques en détention (cannabis principalement), 40 % ont été traitées en psychiatrie avant leur incarcération et plus de 50 % pendant.

9. RMI : revenu minimal d'insertion. (Aujourd'hui RSA ou revenu de solidarité active. *N.d.R.*)

10. CMU : couverture médicale universelle.

Données Drees (2002, 2005) — La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a réalisé plusieurs études concernant l'état psychiatrique des détenus, la première, en 2002 [Coldefy *et al.*, 2002], a été menée durant un mois plein chez 2 300 personnes incarcérées, arrivantes et en cours de détention, et montré que 50 % d'entre elles présentaient des troubles psychiatriques majeurs – psychoses et troubles de l'humeur –, 60 % des troubles généralement intriqués, d'ordre addictif, de la personnalité et anxieux, 40 % des antécédents psychiatriques et 15 % des antécédents pédopsychiatriques. Plus de la moitié présentaient, lors de l'enquête, des troubles psychiatriques relevant d'un traitement et/ou d'une hospitalisation.

Une seconde étude réalisée par la Drees [Coldefy, 2005], publiée en 2005, a montré que les besoins de soins psychiatriques de la population des personnes incarcérées étaient dix fois supérieurs que dans la population générale.

Données MILDT et OFDT¹¹ (2003) — Les conduites addictives concernaient 60 % des personnes détenues. Leur prise en charge, difficile à mener en détention, l'est également dans le milieu ouvert, pour des raisons qui tiennent autant aux carences des structures de soins qu'à leur accès et à la situation globale des intéressés. Or le problème posé par les dépendances aux drogues et à l'alcool est souvent crucial, en France comme dans la plupart des états occidentaux. Citons par exemple cette étude française [Verger *et al.*, 2003] relative au suivi de sortants de prison (Les Baumettes) dépendants aux drogues illicites, qui indique que la mortalité, dans l'année qui suit la sortie de détention, est dix fois plus élevée que dans la population générale par cause non naturelle pour la tranche d'âge 15-54 ans, avec un risque d'*overdose* deux cents fois plus élevé que dans la population générale pour la même tranche d'âge. Les auteurs concluent à l'urgence d'organiser chez les détenus toxicomanes, compte tenu de ce risque et de leur précarité intrinsèque, une politique rigoureuse de soins et de prévention en prélibération.

11. Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Hospitalisations psychiatriques des détenus (ministère de la santé, 2006) — Elles ont été multipliées par vingt-cinq en quinze ans, dont un tiers en unités pour malades difficiles (UMD). Ces chiffres indiquent à quel point la prison accueille désormais de grands malades, en France comme dans l'ensemble des pays occidentaux, pour des raisons floues et complexes : poids de la « peur » dans l'« opinion publique » ? Utilisation extensive de la notion de « dangerosité » ? Choix de la sanction pénale plutôt que du traitement médical pour des raisons idéologiques ? Carences de l'institution sanitaire, tant avant qu'au décours de l'incarcération ? Choix économique ? En tout cas, c'est un constat qui concerne la plupart des démocraties occidentales [Harcourt, 2007].

Données de l'étude du ministère de la santé (DGS/INSERM, 2004) — Très récemment encore, il n'existait aucune étude française concernant la fréquence des troubles psychiatriques chez les personnes détenues alors que d'autres pays avaient mené, depuis plus de trente ans, des travaux importants et assez exhaustifs sur la question. La Direction générale de la santé s'est intéressée à la question au début des années 2000 et a confié la mission d'une enquête épidémiologique au Professeur Rouillon. Les résultats sont éloquentes [Falissard, Rouillon *et al.*, 2004 ; Falissard *et al.*, 2006] :

- plus de 17 % des personnes détenues présentent des troubles psychotiques, dont plus de 7 % une affection schizophrénique (1 % en population générale) ;

- plus de 66 % des personnes détenues présentent un trouble de l'humeur grave, bipolaire (11 % contre 1 % dans la population générale), état dépressif (47 % contre 10 % dans la population générale).

D'autres données sont importantes dans la mesure où elles sont étroitement corrélées entre elles et témoignent d'une vulnérabilité et d'une histoire personnelle marquée par des événements traumatiques. Citons les troubles anxieux, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité, généralement intriqués et sans doute corrélés, dont souffrent plus de 60 % des personnes détenues (inférieurs à 20 % dans la population générale). Parmi ces troubles, le stress post-traumatique est présent chez près de 20 % des personnes détenues (7 % dans la population générale), et témoigne d'une exposition unique ou répétée à des événements de vie violents. Le diagnostic

de psychopathie n'est pas extensif, il concerne 10 % des personnes incarcérées. Enfin, les résultats du score CGI (*clinical global impression*), qui donne un éclairage sur la gravité des troubles, indiquent que seulement 13 % des personnes détenues se situent dans une zone de « normalité », 70 % présentent des troubles et 37 % sont sérieusement malades.

Commentaires

Considérant que la population des sortants de prison a globalement les mêmes caractéristiques que celle des personnes détenues, on peut dire qu'elle cumule, *a priori*, les facteurs de « vulnérabilité » et de « précarité » psycho-socioéconomique. Sur ce fond, l'expérience de la détention dans les conditions qui sont actuellement les siennes tend à aggraver l'ensemble de ces facteurs, principalement en ce qui concerne la rupture des liens affectifs, familiaux et sociaux, avec la désocialisation, les ruptures professionnelles et les difficultés matérielles, qu'elles soient d'ordre administratif ou financier. De plus, l'accès aux soins psychiatriques, ou leur continuité, rencontre les mêmes difficultés, tant le dispositif public de soins psychiatriques est à la fois débordé et réticent.

Dans l'ensemble donc, les sortants de prison sont des personnes extrêmement démunies, peu soutenues, non accompagnées, donc hautement « vulnérables ».

Dès lors, il n'est pas étonnant, comme le remarque d'ailleurs le Conseil économique et social, que survienne la réitération d'une infraction – une récidive, éventuellement légale – dont la sanction pénale, en cas d'incarcération, va dégrader un peu plus les ressources des intéressés. En effet, toutes infractions confondues, 46 % des sortants de prison récidivent et sont réincarcérés (de 9 % à 60 % selon la nature des faits [Kensley, Benaouda, 2011]). La fréquence de ces récidives est inversement proportionnelle à la gravité des faits, tandis que la lourdeur des peines s'accroît avec le nombre des récidives, une sorte de paradoxe pénal.

Un paradoxe, mais un syllogisme aussi, car a) si l'on considère que le succès de l'insertion diminue le risque de récidive, et b) si les sortants de prison cumulent les facteurs psychiatriques et socioéconomiques de vulnérabilité/précarité qui conduisent

spontanément à l'exclusion, c) alors, quelle prise en charge pertinente proposer pour une politique d'insertion réussie ?

Deux points sont ici saillants : a) quel est le rôle exact de l'« état de vulnérabilité psychiatrique-précarité sociale » dans l'échec de l'insertion et dans la survenue de la récidive ? b) si l'on vise l'objectif de l'insertion, comme le prescrivent non seulement le bon sens, la solidarité et les textes mais aussi l'expérience, de quels moyens disposons-nous actuellement pour prendre en charge les facteurs d'exclusion des sortants de prison ?

L'insertion au risque de la vulnérabilité et de la précarité

Voici deux notions désormais familières et banalisées, des « mots éponges » [Thomas, 2008], des métaphores fourre-tout qui semblent cependant bien entendues et détenir un sens bien ancré dans la langue contemporaine qui les rapporte à des situations données, puis à des personnes, puis à des groupes, enfin à des catégories. Les termes deviennent alors une « labellisation » porteuse d'implications relatives à la fois aux facteurs causaux et aux conséquences, utilisée aussi bien dans le langage courant que par les chercheurs et les institutions. Dans ce dernier cas, on s'intéresse alors aux risques liés aux situations ainsi labellisées et à leur prévention, on cherche des indicateurs et on calcule des scores. De plus, si la précarité paraît s'appliquer plutôt aux aspects économiques des situations et des personnes, la vulnérabilité tendrait à concerner plutôt la santé. Cette terminologie a donné lieu à des analyses et des critiques, dans le cadre d'un débat d'idées et d'idéologies. Mais, en pratique et au contact quotidien des personnes dont chacun s'accorde à constater la précarité et la vulnérabilité, on pense aussitôt, parce qu'on l'observe, à la rupture ou à la désagrégation du cadre de vie et des liens, à l'épuisement des ressources, à l'impuissance mais aussi à « la débrouille », à la survie et aux instantanés, puis à la disparition des possibles et à la désespérance, le « *no future* », enfin à l'épuisement et à la sortie du champ.

Qu'entend-on par « insertion », « vulnérabilité » et « précarité » ?

À propos de l'insertion¹², c'est l'action d'introduire une chose dans une autre, de façon qu'elle forme un tout avec elle, de l'inclure dans ce tout sans en modifier la nature spécifique mais en lui donnant sa propre place. C'est une notion « mécanique » et relative à l'espace qui, dans le domaine social, a acquis une implication « fonctionnelle » en termes de rôle et de statut. L'insertion professionnelle ou sociale d'une personne signifie qu'elle est « incluse » dans une entreprise ou une organisation. Mais cette « inclusion » n'est pas définitive *a priori*, la personne insérée un temps donné peut se trouver « dés-insérée », et potentiellement « exclue », c'est-à-dire retourner à sa situation antérieure. Si bien que parler de « réinsertion », pour un sortant de prison, contient une ambiguïté puisque cela peut aussi bien signifier « retourner d'où je viens » – une situation généralement défavorable, souvent caractérisée par l'exclusion – plutôt que de se voir proposer une perspective nouvelle d'inclusion, voire d'intégration sociale.

Faut-il préférer le terme « intégration » et pourquoi ?

L'intégration n'est pas un état mais un processus qui concerne aussi bien l'intégration de l'individu par le groupe ou l'organisation que l'intégration par l'individu du groupe et de l'organisation. L'intégration apparaît beaucoup plus proche de la réalité humaine et beaucoup plus solide aussi. Et son caractère « processuel » permet de penser que cette intégration au corps social, par reconnaissance mutuelle et réciprocité, peut s'effectuer progressivement, par l'intégration professionnelle par exemple, puis par l'intégration scolaire, l'intégration culturelle ou l'intégration politique. Il s'agit plus, alors, de partage de valeurs que de place, mais, sans une place, il est sans aucun doute impossible de trouver le cadre et les conditions de son intégration, c'est-à-dire de sa socialisation. En ce sens, l'insertion apparaît comme un prérequis de l'intégration.

12. Beaurepaire C. de, *Non-lieu : un psychiatre en prison*, Fayard, Paris, 2009, p. 279-284.

Quel rapport entre l'insertion et la vulnérabilité et/ou précarité ?

Que peut-on dire de la relation entre l'insertion et les notions de vulnérabilité/précarité ? Ou encore, comment et à quel point la précarité et la vulnérabilité contrarient-elles l'insertion ? Ou bien quels sont les besoins spécifiques des personnes concernées par la vulnérabilité/précarité utiles à leur insertion ? Enfin, va-t-il de soi de désirer s'insérer ? *A fortiori* lorsqu'on appartient à une catégorie dite « vulnérable/précaire » ? Encore faut-il déterminer des critères pour ces trois notions. Par exemple, qu'est-ce qu'une insertion « réussie » ? Les critères en sont finalement assez « basiques » : c'est, pour une personne donnée, le fait de trouver *sa place*. Il s'agit pour commencer d'un emploi (une place au travail), puis d'un logement (une place où dormir, poser ses affaires et vivre), puis d'une famille (où l'on trouve sa place de fils, de père, d'époux), puis de relations sociales, etc. Il s'agit chaque fois de faire ou de trouver sa place propre qui procure un sentiment de sécurité, d'autonomie et de liberté aussi.

Est-ce une affaire aisée, précisément dans les cas dits de précarité, lorsque de manière habituelle ou brutale, la place est perdue, qu'il s'agisse de son emploi, de son logement ou de sa famille ? On évoque, parce que c'est évident, la perte de ses moyens financiers, et on assimile ainsi précarité avec pauvreté, chômage, misère. La précarité tient plus à l'instabilité de sa situation, avec ses effets d'incertitude, d'impuissance et d'insécurité, et ses corollaires psychologiques destinés à faire face à l'adversité. Il peut s'agir de fuite et d'évitement de la réalité, repli, isolement, addictions, ou au contraire de lutte anxieuse et agressive, dans tous les cas d'une usure de ses ressources propres. On parlera des rapports entre précarité et santé mentale, précarité et souffrance psychique, précarité et stress. Il ne s'agit pas ici de maladie psychiatrique au sens clinique, mais d'une expérience émotionnelle et affective de mise à l'épreuve de ses ressources psychiques face à la peur – de l'avenir, de l'exclusion, de la maladie, de la mort – aussi.

De la vulnérabilité à la précarité en passant par l'exclusion

Que se passe-t-il lorsqu'on parle de vulnérabilité, ou, plus précisément, s'il existe des troubles psychiatriques avérés, dans

les cas de précarité ? Les positions individuelles consistant à « faire face » et la mobilisation de ses ressources propres sont alors vaines, et s'il n'existe aucune suppléance extérieure, les soins sont abandonnés, l'isolement conduit à la dérive avec ses issues habituelles (toxicomanie lourde, marginalisation, exclusion, errance, passages à l'acte délictueux), puis, au mieux, à la prison ou à l'hospitalisation, ou alors à la mort (par accident, bagarre, suicide, ou maladie somatique non soignée).

Deux constats s'imposent : a) la précarité vulnérabilise tout un chacun, mais elle précipite les vulnérables vers l'exclusion, et, à leur tour, les vulnérabilisés renforcent leur précarité, dans un cercle proprement vicieux, b) comment espérer dans ces cas, ou attendre des intéressés, précaires, vulnérables et vulnérabilisés, qu'ils luttent activement et efficacement pour leur insertion ? Encore faut-il en former le désir, puis s'en donner les moyens, puis avoir des ressources et des positions psychologiques exceptionnelles.

De sorte que si l'on persiste à attribuer à l'insertion une fonction de prérequis de l'intégration sociale, il faut envisager que le corps social fasse une place à ces vulnérables précaires, en échec, à la marge ou à la porte. En somme, que le corps social prévoie leur inclusion. Et conçoive une politique, non pas d'assistance, mais d'accompagnement. C'est bien sûr la position que nous défendons ici à propos des sortants de prison qui, comme il a été dit, présentent pour la plupart, précarité et vulnérabilité psychique, selon l'acception admise, et compte tenu des critiques sémantiques évoquées.

Les textes

Le projet de l'insertion des sortants de prison n'est pas un point de vue seulement personnel fondé sur l'expérience quotidienne, il est inscrit dans la loi, et de nombreux rapports très officiels l'ont validé. De quoi dispose-t-on exactement à ce sujet en termes de textes et de moyens ?

Concernant les soins médicaux en détention

- Lois des 25 juillet et 31 décembre 1985 portant création des SMPR¹³, chargés de la prise en charge des soins psychiatriques des personnes détenues.
- Loi du 18 janvier 1994 confiant l'organisation des soins somatiques et la protection sociale des personnes détenues au ministère de la santé, intégrant la psychiatrie.
- Loi du 9 septembre 2002, dite « loi Perben 2 », portant création des UHSA¹⁴, structures d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues, implantées en milieu hospitalier spécialisé, sécurisées par l'administration pénitentiaire.
- Loi du 25 février 2008 concernant les soins obligés en centre de rétention de sûreté concernant les auteurs de crimes sexuels et les malades mentaux dangereux.
- Rapport d'information du Sénat de mai 2010, concernant les carences en soins psychiatriques en détention.
- Rapport de la Cour des comptes du 20 juillet 2010, relatif aux carences sanitaires et principalement psychiatriques en détention.
- Plan stratégique santé-justice, 28 octobre 2010, réplique de la loi de 1994 à propos des soins en détention.

Concernant les soins médicaux hors détention, en milieu « ouvert »

- Arrêtés des 14 décembre 1986 et 10 mai 1995 incitant les SMPR à créer des consultations « postpénales » afin d'assurer la continuité des soins des sortants de prison.
- Loi du 17 juin 1998 portant création de la peine de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins chez les auteurs de violence sexuelle.
- Lois des 12 décembre 2005 et 5 mars 2007 élargissant à la juridiction du Juge de l'application des peines (JAP) la décision de prononcer un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins,

13. SMPR : services médico-psychologiques régionaux (secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire).

14. UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée.

au cours de l’incarcération, à l’occasion de la demande de libération conditionnelle.

- Rapport d’information de la commission des lois de l’Assemblée nationale n° 1811, du 8 septembre 2009, portant sur les soins des personnes détenues et leur poursuite postpénale chez les sortants de prison, avec un chapitre consacré aux soins psychiatriques (proposition n° 9).
- Rapport d’information du Sénat de mai 2010 (*op. cit.*), insistant sur la poursuite des soins psychiatriques chez les sortants de prison.

Concernant la lutte contre la précarité et la vulnérabilité psychiatrique chez les sortants de prison

Le décret n° 99-276 du 13 avril 1999 portant création du service pénitentiaire d’insertion et de probation (SPIP). Son rôle est le suivant :

- d’accueil et de suivi des personnes placées sous main de justice, contrôle, obligations judiciaires, information des autorités judiciaires, déroulement des mesures ;
- de coordination des partenaires institutionnels, associatifs et privés en vue de l’insertion : accès aux droits, aux soins, formation professionnelle, culture, sport, travail, enseignement (dans et hors détention) ;
- de lutte contre l’indigence, l’illettrisme et les addictions ;
- de relation étroite avec autorités judiciaires, pénitentiaires, départementales, préfectorales, territoriales, associations et réseaux employeurs ;
- d’œuvrer à la compréhension de la peine et de participer à la prévention de la récidive.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : ce texte très attendu se présente en réalité plus comme une loi « hôtelière » que comme un texte réformant de manière structurelle l’organisation du dispositif pénitentiaire, en particulier la préparation à la sortie. On relève par exemple à propos de la sortie de prison : l’absence de mesure spécifique concernant directement l’insertion ; et des propositions dans le sens de l’élargissement des aménagements de peine, sous

condition d'une attestation d'embauche et d'hébergement. On sait toutefois que ces conditions :

- ne sont pas réunies dans les cas de grande précarité, chez les « longues peines », en cas d'absence ou de rupture des liens familiaux et sociaux, chez les exclus et les malades mentaux,
- sont utiles seulement et seulement si les personnes étaient bien « insérées » avant l'incarcération, afin de prévenir une précarisation secondaire,
- mais sont inutiles chez les moins bien lotis.

Les structures et dispositifs

Il existe deux types de dispositifs orientés vers l'accompagnement social des sortants de prison, un dispositif judiciaire, le service pénitentiaire d'insertion et probation (SPIP), attaché à une juridiction (un tribunal de grande instance) et une région pénitentiaire, et une constellation d'associations dites de « réinsertion ».

Le service pénitentiaire d'insertion et probation ou SPIP

Il intervient d'une part en détention, d'autre part dans le milieu ouvert, où ses missions concernent les sortants de prison qui font l'objet d'une alternative à l'incarcération ou d'un aménagement de peine, et plus généralement les personnes dites « sous main » de justice, avec des obligations, généralement de soins.

Les personnels du SPIP sont les conseillers d'insertion et probation (CIP) chargés d'accompagner leurs « clients » dans leurs démarches administratives, sociales et professionnelles, de leur apporter du soutien, mais aussi d'assurer une surveillance judiciaire et probationnaire.

Depuis peu, l'accent est mis sur une mission de prévention de la récidive, dans une perspective « criminologique », les CIP se trouvant en somme chargés d'évaluer le risque de récidive chez leurs administrés. Cette mission nouvelle, comme d'ailleurs l'instauration de « groupes de parole » destinés aux auteurs de violences sexuelles ou d'autres comportements déviants ou violents, pose à la fois un problème de domaine de compétence et une surcharge de travail au détriment des missions nécessaires d'accompagnement social.

Les structures associatives

Les associations sont très nombreuses et fonctionnent sous le régime de la loi de 1901. On les trouve regroupées dans de grandes fédérations, telles que la FNARS¹⁵, la FARAPEJ¹⁶ et l'APCARS¹⁷. Elles ont dans l'ensemble pour objectif le retour à l'emploi des sortants de prison ainsi que leur hébergement et travaillent avec la justice et les services médicaux. D'autres, moins dotées et moins importantes, constituent un réseau destiné généralement aux personnes en grande difficulté et prennent en charge, à ce titre, des sortants de prison. Elles sont orientées vers l'hébergement, individuel ou collectif, la recherche d'emploi et la formation professionnelle et contribuent au recouvrement des liens.

Le financement de ces structures associatives est lui-même... précaire, dépendant de subventions diverses, souvent non pérennes et du coup aléatoires.

Les dispositifs publics de soins

D'autres structures assurent soins et soutien social auprès des sortants de prison, généralement lorsqu'ils font l'objet d'une obligation de soins. C'est le cas des centres médico-psychologiques (CMP), dont c'est en principe le rôle. Toutefois, les sortants de prison comme les personnes sous main de justice et obligation de soins ne sont pas les bienvenus au CMP. Il faut dire simplement les choses, le personnel des CMP a peur, tout simplement. L'argument traditionnel est celui d'une supposée compétence nécessaire : « nous ne sommes pas formés, nous ne sommes pas compétents ». C'est un peu comme s'il existait de bons et de mauvais schizophrènes, la prison (et la justice) gâtant le patient dit « sortant de prison ». De plus, de réelles difficultés administratives telles que la question de la validité d'une adresse, voire l'absence d'adresse et le statut de « hors secteur » (secteur psychiatrique) justifient le refus de l'accès aux soins. Débute alors souvent un parcours du combattant pour le patient encore naïf, en quête d'un lieu de soins. Enfin, la plupart présentent de telles

15. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale.

16. Fédération des associations réflexion-action, prison et justice.

17. Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale.

difficultés administratives, financières et sociales, bien au-delà de la précarité, qu'ils découragent *a priori* le service social du CMP.

Les praticiens libéraux

La situation matérielle de ces patients, l'absence fréquente de papiers en règle et de couverture sociale ne permettent pas d'envisager le recours à un praticien privé.

Les structures d'accueil des personnes addictives

Seules les consultations destinées aux personnes addictives, CSST¹⁸ et CSAPA¹⁹, acceptent de les prendre en charge, dans la mesure de leurs possibilités, les sortants de prison rejoignent ainsi d'autres exclus, marginaux et gens de la rue dont il arrive souvent qu'ils aient partagé l'existence.

Les consultations médico-légales

Récemment, des consultations non sectorisées, généralement postpénales, dépendant d'un SMPR, avec un personnel hospitalier familier des problématiques médico-légales, se sont créées en France, pour l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes sortant de prison avec ou sans soins judiciairement obligés. Il en existe ainsi moins de dix en France. Nous verrons, à propos de la présentation de l'activité de l'une d'entre elles, leur intérêt pour une prise en charge « globale » des sortants de prison et des personnes « sous main de justice » avec soins obligés dans leur accompagnement au cours de la démarche d'insertion.

Discussion

La problématique des sortants de prison comporte un double enjeu : leur retour à la vie, une autre façon de parler d'insertion et d'intégration et un accompagnement prolongé destiné à prévenir les moments critiques ou à y répondre. Plusieurs points sont à

18. CSST : centre de soins spécifiques pour toxicomanes.

19. CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

déplorer : la rareté des données statistiques concernant l'insertion des sortants de prison (par exemple modalités, délais, durée, contexte) ; l'absence d'étude sérieuse centrée sur le couple « précarité/troubles psychiatriques » dans cette population ; et l'absence de données précises sur les liens entre « insertion » et occurrence de « récidives » et « décès ». Ces deux derniers items sont cependant assez bien renseignés mais l'approche demeure plus empirique que méthodologiquement analysée.

L'expérience est cependant riche d'enseignement. Elle montre qu'il faut du temps, parfois plusieurs années après la sortie de prison, pour restaurer une situation administrative (plusieurs mois pour faire ou refaire une carte d'identité, une carte de séjour, obtenir l'accès au RSA et à la CMU), décrocher une « formation », un emploi et un logement stables (un à trois ans) et renouer des liens affectifs avec sa famille, refaire sa vie, nouer des relations sociales (deux à trois ans). L'expérience montre également l'importance de l'écoute, de la disponibilité, de l'investissement et de la stabilité des intervenants. De leur engagement dépend l'installation de la confiance du patient et son adhésion à un « travail » commun de restauration.

Mais l'expérience montre aussi que rien ne va de soi. Ce processus de restauration qui s'amorce est oscillant. Il dépend de conditions contextuelles. Dans les cas de solitude et de difficultés matérielles, les plus fréquents, répétons-le, on observe généralement des manifestations anxieuses de stress chronique, des réactions dépressives, la réactivation de traumatismes anciens, l'abaissement d'une estime de soi chancelante et la reprise de consommations illicites. Ce sont des caps à passer ensemble, soutien plus étroit et vigilance accrue, et l'alerte passe. Ces moments « ordinaires » de la vie d'un sortant de prison l'exposent au découragement et à la démotivation. Ils compromettent les démarches d'insertion et on constate, parfois rétrospectivement, que c'est là que se produit la réitération d'une infraction. Mais ce ne sont que des moments ordinaires qu'un accompagnement et un soutien bien conduits permettent de dépasser.

La situation est bien différente s'il existe des troubles psychiatriques et/ou des comportements déviants, en particulier d'ordre sexuel. Le recours à un réseau s'impose alors, service hospitalier, thérapeute spécialisé, hébergement thérapeutique-relais, collaboration médico-sociale et judiciaire étroite. Il importe ici

d'avoir à l'esprit que l'absence de soins psychiatriques est un prédicteur fort de récidive, c'est le cas des classiques « ruptures de soins » ou du « non-investissement » des soins obligés, c'est aussi le reproche que l'on peut faire au service public de soins, c'est enfin l'une des voies d'entrée en prison des malades psychiatriques.

Un exemple d'accompagnement médico-psychologique pour les sortants de prison et les personnes dites « sous main de justice »

Nous rapportons ici l'expérience d'une consultation externe non sectorisée, créée en 2002, dépendant du SMPR (service médico-psychiatrique régional) d'une grande maison d'arrêt de la région pénitentiaire de Paris, installée dans l'hôpital psychiatrique de rattachement du SMPR. Initialement à vocation postpénale, selon les textes, elle a acquis rapidement un statut « médico-légal » et a été fréquentée par des sortants de divers établissements pénitentiaires et des personnes « sous main de justice » de diverses juridictions de la région. Très rapidement, l'équipe soignante de la consultation, composée d'intervenants classiques issus du SMPR, a dû travailler avec la justice, principalement le service de l'application des peines et le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Puis elle a constitué un réseau médico-social avec les dispositifs sociaux municipaux et les dispositifs de soins en toxicomanie. De 2002 à 2006, six cents personnes ont été suivies, avec des profils psychopathologiques divers et des situations socioéconomiques médiocres. Il s'agissait de sortants de prison suivis en détention par l'équipe du SMPR, désireux de poursuivre les soins avec leur thérapeute, d'autres sortants de l'établissement pénitentiaire du SMPR ou d'un autre établissement, sans sectorisation psychiatrique à la libération et désireux de poursuivre des soins psychiatriques « quelque part », d'autres, suivis au SMPR, et libérés avec « soins obligés », ou condamnés à une peine aménagée avec obligation de soins, ou condamnés à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, enfin de personnes prévenues et placées sous contrôle judiciaire avec une obligation de soins, non encore jugées.

Outre un travail en partenariat avec la justice, les services sociaux et les associations d'hébergement et d'aide à l'insertion, il a toujours été pratiqué une évaluation du potentiel de récidive afin d'orienter au mieux la prise en charge.

Une étude menée sur trois cents personnes suivies sur cinq ans a montré qu'il n'y avait eu aucune récidive. Schématiquement résumée, en voici les principales données :

Données psychiatriques Des profils psychiatriques identiques à ceux de la population carcérale, et chez les infracteurs violents et sexuels, prédominance de l'alcool et du trait impulsivité.	alcoolisme	205 (68 %) abus et dépendance
	autres addictions	170 (56 %), intriquées en général avec l'alcool
	affections psychiatriques	210 (70 %)
	troubles de la personnalité	> 60 %, intriqués
	troubles de l'humeur	> 50 %, à prédominance dépressive
	troubles psychotiques	18 %, sous traitement neuroleptique
	troubles anxieux	40 %, à prédominance stress post traumatique
	psychopathie (critères PCL-R)	environ 10 % de la population
Données socio-économiques		30 % sont hébergés famille ou amis (provisoire)
		10 % foyer, CHRS (provisoire)
		20 % hôtel ou sans domicile stable (provisoire)
		40 % domicile personnel
		40 % sont sans emploi
		10 % touchent l'AAH
		5 % le RMI
		45 % ont un emploi stable
	niveau scolaire	10 % niveau égal/supérieur bac, 60 % inférieur à la 4 ^e
	formation professionnelle	30 % ont une qualification professionnelle
	revenus	plus de 50 % ont un revenu < à 396 euros
	situation irrégulière, sans sécurité sociale	10 %

Évaluation du score de précarité : construction d'un score de précarité, fonction de cinq items [Guillonnet *et al.*, 1998] :

Logement : stable/instable

Emploi : stable/instable

Formation professionnelle : oui/non

Niveau scolaire : primaire/secondaire et plus

Revenus : < 396 euros, ou > 396 euros

Définition de trois groupes selon le score de précarité :

Groupe A : 0 ou 1 item : faible précarité (38 %)

Groupe B : 2 ou 3 items : précarité moyenne (40 %)

Groupe C : 4 à 5 items : forte précarité (22 %)

Précarité socioéconomique élevée de la population suivie : groupes B et C (55 à 60 %).

Discussion

Les sortants de prison ainsi que les personnes sous main de justice sont globalement une population hautement « fragile/fragilisée » cumulant troubles psycho-pathologiques, psychiatriques et comportements déviants, avec une précarité socioéconomique attestée. On peut dire que leur prise en charge constitue un défi pour une politique d'insertion postpénale et pour les dispositifs qui y contribuent et qu'elle pose la question des partenariats « obligés ».

La méthode et l'objectif imposent ici de travailler en partenariat, en adhérant au principe d'un partage d'informations utiles et pertinentes, partage couvert par le secret professionnel (et non plus médical). Chacun joue son rôle et respecte le domaine de compétence du partenaire. L'intérêt d'une consultation médico-légale [Beaurepaire de, Lipowczyk, 2008] conçue comme l'un des trois éléments d'un dispositif médico-socio-judiciaire, apparaît, avec l'expérience, évident :

- respecter au mieux le principe de la « continuité des soins », tout en favorisant l'« accès aux soins » ;
- éviter la répétition des « ruptures » ;
- contribuer à l'insertion sociale du sortant de prison qui cumule les facteurs psychiatriques et sociaux d'échec et donc de récidive ;
- inclure dans la prise en charge thérapeutique les actions sociales, éducatives et professionnelles indispensables ;
- adhérer au principe d'un partenariat judiciaire, à la fois « garde-fou » et « cadre légal », protégeant l'intéressé autant que la collectivité ;
- instaurer, dans ce cadre, des espaces transitionnels, autrement dit des sas successifs d'autonomisation progressive ;
- contribuer à la prévention de la récidive, dans un but de protection collective et individuelle, la récidive confirmant l'intéressé dans une position d'échec.

Conclusion

L'expérience de la consultation externe ici rapportée a été poursuivie six années supplémentaires dans le cadre d'une activité

« médico-légale » au sein d'un CMP parisien, avec des données et des résultats analogues.

De plus, la commission des lois de l'Assemblée nationale, après audition du responsable de la consultation et présentation des données, en a validé le modèle dans un rapport « sur le suivi des détenus présentant des troubles psychiatriques », rapport n° 1811 du 8 juillet 2009, proposition n° 9 :

« Afin d'assurer la continuité des soins psychiatriques à la sortie de prison et de prévenir au mieux la récidive, généraliser les consultations postpénales, qui présentent le double intérêt de poursuivre les soins entrepris en détention et d'être un point de sécurisation pour les personnes sortant de prison. »

Il reste à approfondir par des analyses fines et méthodologiquement menées, les données de l'expérience quotidienne et de l'étude, en particulier en ce qui concerne l'impact réciproque de la précarité sur l'état mental et de la vulnérabilité psychiatrique sur la précarité sociale, ainsi que le rôle favorable pour l'insertion de la prise en charge des facteurs de précarité et de pathologie psychiatrique, enfin à valider le constat fait empiriquement que l'insertion prévient la récidive.

Cet affinement des données pourrait ainsi conforter les instances décisionnaires, en plus des recommandations de la commission des lois de l'Assemblée nationale, du Conseil économique et social et de la Cour des comptes, et les inciter à s'atteler enfin à une politique spécifique d'envergure visant l'insertion des sortants de prison, a) par la préparation précoce de la sortie dès l'arrivée en détention, b) par la création de dispositifs d'accompagnement intégrant structures cliniques d'évaluation et de soins, structures judiciaires du milieu ouvert et structures sociales vers lesquels orienter les sortants de prison, c) par la mobilisation des tutelles de santé, jusqu'alors silencieuses sur ces points, y compris dans le « plan stratégique santé-justice » du 28 octobre 2010.

Références bibliographiques

- BEAUREPAIRE C. de, 2009, *Non-lieu : un psychiatre en prison*, Fayard, Paris, p. 279-284.
- BEAUREPAIRE C. de, LIPOWCZYK M., 2008, *An Outpatients Department for Released Prisoners and People with Mandatory Treatment : Interest*

- of a Medical-Judiciary Partnership Against Recidivism*, International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS), 8th annual conference, Vienna.
- CHALMETON Hélène, 2007, « Les sortants de prison : une population fragile et menaçante. La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques », Colloque international, Nantes, juin.
- COLDEFY M., 2005, « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », *Études et Résultats*, Drees, n° 427, septembre.
- COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N., 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et Résultats*, Drees, n° 181, juillet.
- FALISSARD B., ROUILLON F. *et al.*, 2004, « Étude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus, Résultats préliminaires », Colloque de la Mutualité, « 10e anniversaire de la loi de 1994 » sur la santé des détenus, décembre.
- FALISSARD B., LOZE J. Y., GASQUET I., DUBURC A., BEAUREPAIRE C. DE, FAGNANI F., ROUILLON F., 2006, « Prevalence of mental disorders in French prisons for men », *BMC Psychiatry*, 6, p. 33.
- GUILLONNEAU M., KENSEY A., MAZUET P., 1998, « Les ressources des sortants de prison », *Les Cahiers de démographie pénitentiaire*, n° 5.
- HARCOURT B. E., 2007, « The mentally ill, behind the bars », *New York Times*, 15 janvier, traduction et commentaires de R. et C. de Beaurepaire, « Les malades mentaux derrière les barreaux », *La Lettre du Psychiatre*, vol. III, n° 1-2, janv.-fév.
- KENSEY A., BENAoudA A., 2011, « Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 36, mai.
- THOMAS H., 2008, *Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie*, Éditions Terra, « Esquisses ».
- VERGER P., ROTILY M., PRUDHOMME J., BIRD S., 2003, « High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison », *Regional Health Observatory-INSERM U-379*, Marseille, France *J. Forensic Sci.*, mai, 48 (3), p. 614-6.