

Criminocorpus

Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines

Le SMPR de Marseille a 30 ans : Histoire et engagement, regards croisés
Communications

La Psychiatrie publique à l'épreuve des murs de la prison

DANIEL GLEZER

Texte intégral

- 1 Je voudrais à mon tour remercier Catherine Paulet, de m'avoir convié à cette réunion de famille, comme disait Alain Abrieu, qui s'est montré courageux, de parler de football dans ces temps difficiles. Si on évoque une réunion de famille, il faut alors m'identifier au « Patriarche », avec l'inconfort de l'âge même si je crois n'avoir pas participé à la première période post-révolutionnaire dont on vient d'entendre parler. Je vais donc rappeler les grandes étapes qui ont entouré l'ouverture du SMPR de Marseille. C'est dans les Années 1970 que, alertées par la sursuicidité dans les geôles, toujours d'actualité, et par les rapports alarmants des experts psychiatres quant à la morbidité psychiatrique parmi les détenus, les autorités sanitaires et pénitentiaires ont envisagé, dans une circulaire conjointe, la création dans les grandes Maisons d'Arrêt de ce que l'on dénommait alors les Centres Médico-Psychologiques Régionaux. Jusque-là, les prestations et dépenses de santé, y compris mentale, étaient assurées par l'Administration Pénitentiaire.
- 2 - La Prison des Baumettes, par exemple, bénéficiait de 3 vacations hebdomadaires, confiées au regretté Henri LOEB qui, dans ces 3 1/2 journées, assurait des consultations pour les 1500 à 2000 détenus de la prison.
- Il disposait de locaux réduits, réunissant quelques cellules regroupées dans une aile de la prison et qui accueillaient les détenus perturbés ou mieux « perturbateurs », au point que l'Administration Pénitentiaire, sans ménagement, et avec ou sans accord « médical », les conduisait d'autorité dans cette Unité, principalement dénommée « Centre d'Observation ».
- Dans ce contexte, les consultations, réalisées plutôt sous le sceau des « urgences psychiatriques », débouchaient pour l'essentiel sur des prescriptions médicamenteuses dont la gestion (commandes de psychotropes, confection et distribution des « fioles »), était, là encore, confiée à l'Administration Pénitentiaire.
À cet effet, celle-ci avait passé convention avec une pharmacie, une officine privée de proximité et elle détachait des surveillants certes pour remettre ces « fioles » aux détenus, mais aussi, et de manière plus préoccupante, pour remplir ces petites

bouteilles, avec un fond aqueux où étaient regroupés, dans un magma informe, les gouttes et les comprimés prescrits : « cette fiole », ainsi conçue pour éviter toute accumulation de médicaments (à visée suicidaire ou « mercantile »), était préparée 24h à l'avance, sans que l'on ait jamais recherché, et ce fut probablement préférable, le devenir pharmacologique des psychotropes concernés, voire et plus encore leur toxicité.

3 Telle était donc, globalement, la situation institutionnelle des prisons Françaises lorsque Paul Hivert et Jacques Laurans prennent la Direction des premiers CMPR ouverts dans l'hexagone, en région parisienne, à la Maison d'Arrêt de Fresnes et de la Santé : suivront bientôt le CMPR de Rennes avec Christian Pouyollon, le CMPR de Lyon, avec Pierre Lamothe, et donc le 1er Juillet 1980, le CMPR de Marseille Baumettes. Le principe général, humaniste, consistait à suppléer l'Administration Pénitentiaire pour que soient offerts à la population pénale des soins « similaires » à ceux dont bénéficiaient, à l'extérieur, les personnes non détenues.

À cet effet, il appartenait aux hôpitaux de proximité, psychiatriques ou universitaires, de détacher, en prison, des équipes soignantes pluridisciplinaires, dont ils assumaient la gestion administrative, leur confiant, en milieu carcéral, une autonomie de fonctionnement qui nous est légitimement enviée, dans toutes les prisons Européennes que j'ai été amené à visiter avec le Conseil de l'Europe.

Pour ma part, et en marge de ces remaniements j'avais déjà désagréablement attiré l'attention par l'intérêt hautement suspect que je portais, au sein de l'équipe universitaire de Jean-Marie Sutter, à la psychiatrie légale et à la criminologie.

4 Dans un courant ambiant, où il ne faisait pas bon de s'écarter de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle, voire de l'anti-psychiatrie, j'ai dû faire preuve de discrétion, mais aussi d'inconscience, pour me former à la médecine légale, à l'expertise médico-légale, à la médecine en milieu pénitentiaire, tous chemins qui immanquablement... conduisent en prison.

M'étant bientôt vu confier la responsabilité du CMPR, en création à Marseille, j'avais eu l'avantage, qui devait devenir bientôt un désavantage, de me sensibiliser auparavant à la pratique du milieu carcéral.

En effet, parvenu sur la liste des experts près la Cour d'Appel en 1978, j'avais été pressenti, cette année-là, par le Médecin Chef Somaticien de la prison, pour effectuer une vacation hebdomadaire supplémentaire dans les locaux de ce que l'on dénommait alors « la Prison-Hôpital », où étaient regroupés des détenus nécessitant des soins somatiques plus suivis.

5 Or, peu après, en 1980, éclatait, à la prison des Baumettes, le scandale des « grâces médicales » qui, par la libération illicite d'un trafiquant international de drogue, pour raisons de santé, impliquait le Médecin Inspecteur National de l'Administration Pénitentiaire, 2 experts médico-légaux marseillais... et aussi le Médecin-Chef de la prison, bientôt lui-même incarcéré.

C'est donc dans cette atmosphère délétère que, ce 1er Juillet 1980, la secrétaire de l'équipe et moi-même, seuls éléments recrutés d'emblée, nous nous sommes présentés, comme annoncé, à la porte de la prison.

6 Je n'insisterai pas sur les aspects matériels qui ont entouré la mise en place du service. Je dirai quelques mots, par contre, sur certaines questions qui se sont rapidement posées à nous :

1^{re} question : Fallait-il différencier, dans la prison, pour les détenus en particulière souffrance psychique, un lieu d'accueil à temps partiel, comme la plupart des autres CMPR, ou à temps plein, c'est-à-dire avec une présence soignante continue ? C'est pour notre part, cette option que nous avons choisie tant il nous paraissait difficile de laisser ces patients, à partir de 17 heures et jusqu'au lendemain, sans aucun accompagnement soignant.

Ce choix a par ailleurs été compris et partagé par nos collègues hospitaliers de l'APHM qui ont accepté d'assumer avec nous une permanence nocturne pour les malades admis dans cette unité.

2^e question : Comment gérer les « dérapages » de certains surveillants de l'Administration Pénitentiaire, qui ne s'étaient d'ailleurs pas cachés, comme pour mieux disqualifier nos méthodes de soins, de pratiquer le « coup-de-pied-au-cul-thérapie ».

Nous avons enregistré, dans la nécessaire dénonciation de tels agissements, l'active compréhension de l'encadrement pénitentiaire, tout en ayant dû, parfois, affronter l'inconfortable hostilité des syndicats de Surveillants, peu habitués à transiger avec des intervenants extérieurs à la prison.

De ce point de vue, il nous semble que, comme pour les enseignants de l'Éducation Nationale détachés en prison, l'arrivée et le regard des personnels non pénitentiaires, notamment soignants, a quelque peu transformé les usages ambiants, les abus de pouvoir que permettait un univers carcéral auparavant plus confiné, refermé sur lui-même.

7 Je dirai également quelques mots des attentes, souvent problématiques, qui ont entouré notre prise de fonctions.

1. du côté pénitentiaire :

- on s'est, certes, montré particulièrement satisfait de pouvoir, avec l'arrivée de la psychiatrie publique, hospitalière, se « décharger » de ce que l'on désignait comme des détenus « psy », vrais malades ou révoltés légitimes d'une condition carcérale oppressante, sinon violente.

- au fond et dans cette optique, ce que l'on pouvait attendre de mieux du Psychiatre serait qu'il rende la détention paisible, sereine, ou mieux somnolente, sous l'effet d'un traitement sédatif administré jour et nuit. En somme, le détenu-patient idéal serait celui qui, au fond de sa cellule, dormirait tout le temps.

2. du côté judiciaire :

- rassuré par l'entrée en fonction d'une équipe soignante fiable, les magistrats ont peut-être plus facilement écroué des personnes qu'ils rechignaient auparavant à incarcérer. A l'abri de la culpabilité, ils se sont probablement convaincus, de ce que les addictions (alcool, drogue...), les sexopathies, et autres pathologies, trouveraient dorénavant, en prison, un accompagnement adéquat, dans l'attente du jugement.

3. du côté sanitaire :

- alors que, dans un élan humaniste initial, nos collègues hospitaliers avaient, me semble-t-il, bien compris les limites de notre action, dans les prisons, nous avons progressivement constaté et déploré, de leur part, un certain « ramollissement », illustré, je crois, par l'accueil réticent des détenus relevant de l'Art. D398 CPP, et étayé, par ailleurs, par la tendance discutable, des experts psychiatres, pour la plupart hospitaliers, à responsabiliser d'authentiques malades, en reculant les limites de l'Art. 122-1 alinea 1 du CP, et en les exposant, ce faisant, à des sanctions plus générales, sous le couvert de l'alea 2.

- tout se passe comme si, du côté hospitalier, l'investissement de la prison par la psychiatrie publique, pourrait alléger les secteurs classiques de la charge, pesante, de certaines pathologies bruyantes, socialement et pénalement problématiques, et dont la prison constituerait alors la forme moderne et discrète « d'enfermement ».

8 Différentes étapes ont jalonné le parcours l'équipe du CMPR de l'époque :

- Indépendamment de l'installation et de l'organisation de l'Equipe, de la nécessaire articulation avec les secteurs psychiatriques, en charge des prisons régionales, nous avons accueilli avec soulagement la création de nouveaux CMPR, à Toulouse, à Perpignan... et bientôt à Nice, ce qui nous a permis de réduire, et de concentrer une aire géographique de compétences qui comprenait, initialement les régions PACA-Corse, et Midi-Pyrénées, jusqu'au confins de la Gironde.

- La 2e étape, essentielle fut d'ordre législatif: en effet, après d'après discussions, nous avons eu avec les quelques collègues déjà en place, la satisfaction de voir reconnaître l'existence du Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, dans le Décret-Loi du 14 Mars 1986, à côté des secteurs de psychiatrie pour adultes, et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Sortant de la discrétion qui avaient jusque là entouré nos premiers pas, il s'est agi-là, au-delà du changement de sigle (CMPR-SMPR), d'une pleine et officielle reconnaissance légale entourant notre pratique institutionnelle.

- La 3e étape, peu après fut, en 1988, la création de ce que l'on dénommait, à l'époque, « les Antennes-Toxicomanie » : rattachées dans les prisons françaises, aux SMPR :

- cette co-existence a pu donner lieu, initialement, à des ambiguïté, voire des tensions, tant il est vrai que les Antennes-Toxicomanie, devenues par la suite CSST, puis CSSD et

à présent CSAPA, revendiquaient une légitime autonomie au travers de missions plus socio-éducatives que Médico-Psychologiques, dans l'approche des addictions.

- toutefois, et comme à l'extérieur, l'arrivée des traitements de substitution (et notamment de la Méthadone pour le SMPR de Marseille) a entraîné, de fait une certaine « revendication », dans le fonctionnement actuel des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

- La 4^e étape également marquante, fut l'ouverture, en 1990, du plan dit « 13 000 », c'est-à-dire l'ouverture de 13 000 places, dans de nouvelles prisons dont la construction et par certains côtés, la gestion, étaient confiées à des entreprises privées.

- à l'occasion du contrat initial, souscrit par les dix premières années, nous avons vraiment déploré que les prestations de santé soient attribuées au GECEP, l'organisme privé choisi par les prisons du Sud-Est, plus soucieux, à l'évidence, de rentabilité que de compétence et d'efficacité thérapeutique.

- Nous nous sommes donc réjouis, lors de la renégociation de ce contrat, en 2000, du non renouvellement de cette disposition, sans nous douter que nous éprouverions les plus grandes difficultés à convaincre le CH de Montperrin à Aix en Provence, d'assumer ses obligations, au titre d'hôpital de proximité, pour la MA de Luynes, les CD de Tarascon et de Salon de Provence.

- Bien qu'il fut infatigablement opposant à ce projet, François Arnaud a finalement mis son talent et sa compétence au service de ces prisons, maintenant bien desservies.

- L'étape suivante fut, en 1994, la sanitarisation des services médicaux dans les prisons françaises, sur le modèle de la psychiatrie, quelque peu pionnière en la matière : l'Hôpital Public devient prestataire de la santé globale des détenus, ce qui nous a conduits à repenser l'organisation des soins, la répartition des tâches, avec l'UCSA d'Anne Galinier, mais aussi avec le Service de la Pharmacie, autour de la confection, de l'acheminement et de la distribution des Psychotropes.

- Les étapes ultérieures, plus récentes : c'est-à-dire notamment l'ouverture de l'EPM de la Valentine, le projet de création de l'UHSA, seront gérées par celle qui m'a accompagné sans relâche depuis son incarcération, je crois Catherine Paulet que c'est en 1985 que tu as été écrouée.

9 Catherine Paulet, avec la compétence et l'adresse que vous lui connaissez, a gravi tous les échelons pour accéder avec bonheur, à la responsabilité de ce service que j'ai pu, dès lors, quitter plus sereinement.

Pour autant Catherine m'a convaincu de participer à une nouvelle étape, en 2008, avec l'ouverture, sur l'Hôpital Sainte Marguerite du CRIR-AVS Paca-Corse, en lien avec Mireille Bonierbale et l'équipe de Christophe Lançon.

En retraçant ce long parcours et avant de m'éclipser définitivement, j'espère vous avoir convaincu de ce que, à force de « sourire et de tenir » sur nos convictions, nous sommes parvenus à poser les jalons, d'une Sectorisation Psychiatrique, au-delà des murs de la prison. Pour autant, le danger, Mesdames et Messieurs, serait de laisser croire, au travers de cette « avancée », que la prison constitue à présent un lieu de soins adéquat pour les hommes.
