

# Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement

Jean-Luc Roelandt

Psychiatre, chef de pôle (secteur 59G21), directeur CCOMS EPSM Lille Métropole  
<ccoms@epsm-lille-metropole.fr>

Toute personne vivant dans notre démocratie ne peut être considérée comme une étiquette. On n'est pas « fou », ni « malade mental » pas plus que « dépressif ». On est avant tout un citoyen avec des droits et des devoirs. Quel que soit l'état de santé, la situation sociale, familiale, ou la nationalité, les droits humains s'appliquent à tous les individus et les troubles psychiques ne les aliènent pas.

Peut-être est-il temps de différencier totalement le soin psychiatrique de l'enfermement, la psychiatrie de la justice ?

## Le « fou » toujours banni de la société des hommes

Pendant longtemps, le « fou » a été banni, exilé ou exterminé. Quand il commettait des délits, il n'était pas été jugé – du moins en apparence, car le bannissement, l'exil signifiaient la mort et la déshérence. C'est au nom de l'humanisme que Philippe Pinel, aliéniste à Bicêtre, fortement influencé par Jean-Baptiste Pussin (ancien malade devenu surveillant), ôta leurs chaînes aux insensés et tenta de soigner les passions humaines qui menaient à la folie [1]. Il initia un mouvement d'humanisation des soins aux aliénés, en les installant dans des lieux protégés, loin des villes, ou globalement durant un siècle, un tiers mourrait, un tiers y passait leur vie et un tiers guérissait ou était repris par leur famille. Un traitement moral était mis en place [2] à l'abri des asiles, la société étant vécue comme nuisible pour l'aliéné.

C'est au nom de l'humanisme que l'on a dès lors enfermé les « fous criminels » et les « fous à soigner » dans les mêmes lieux. C'est au nom de beaux principes que l'on a transformé de facto les futurs hôpitaux psychiatriques en prisons, dès 1838, date de la loi qui permet le « placement d'office » et le « placement volontaire » des aliénés. C'est pour sauver de la guillotine ceux qui avaient déjà perdu la tête que l'asile fut créé et que la confusion

entre soin et peine, hôpital et prison fut intégrée dans l'esprit des Français, puis du monde entier.

Dans les années 1930-1940, la montée en puissance des théories eugénistes et de l'expertise pseudo-scientifique a conduit aux dérives que l'on connaît. Alexis Carrel [3], médecin français et Prix Nobel, fut le précurseur des chambres à gaz pour les aliénés et les déficients. Pendant la guerre : enfermement et surmortalité dans les asiles, opération T4 organisée par les nazis pour éliminer les déficients, les aliénés et les personnes âgées dépendantes, 40 000 morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français par application stricte des tickets de rationnement [4].

Après le génocide de la Seconde Guerre mondiale [5], l'opinion publique était mûre pour porter un regard critique sur l'enfermement et ses conséquences. La psychiatrie, traumatisée par l'enfermement mortel des malades durant la guerre, allait s'ouvrir et prôner des soins ambulatoires. De multiples rapports officiels recommandèrent de déployer les équipes de psychiatrie au plus près des citoyens, pour développer prévention, soins et postcure au sein même de la cité (principes de la sectorisation psychiatrique).

Si la volonté administrative et celle de certains psychiatres progressistes étaient réelles, elles se sont heurtées aux politiques gestionnaires des asiles. La réforme de la psychiatrie n'a jamais été menée à son terme en France, les conservatismes catégoriels et les groupes de pression professionnels et politiques étant très puissants et l'action de l'État trop ambivalente.

Les psychiatres ne sont incités par aucune politique publique volontaire à changer leurs pratiques trop hospitalo-centrées, les gestionnaires et les syndicats veulent maintenir sur un site hospitalier unique leurs activités, les politiques ont le souci de garder un bassin d'emploi concentré, les psychothérapeutes privés ont besoin de l'hôpital psychiatrique comme « repoussoir » et la population a peur que les « fous soient lâchés dans la rue ».

En définitive, toute volonté d'ouverture du système asilaire a toujours achoppé sur la question du statut juridique du « fou » (devenu « malade mental »), synonyme pour la population française de « violeur, criminel et violent<sup>1</sup> » [6]. La médiatisation dramatique de quelques faits divers conforte régulièrement l'immobilisme de l'opinion publique et de tous ceux qui profitent d'une manière ou d'une autre du climat sécuritaire dans les hôpitaux.

## Une évolution lente

Malgré ces freins à la reconnaissance du statut de citoyen de la personne ayant des troubles psychiques, on note des évolutions. Tout d'abord, la nosographie psychiatrique. On est passé d'une nosographie très stigmatisante, qui énonçait de manière définitive qui était « fou », « psychotique », ou « névrosé » (étiquettes inamovibles que l'on gardait à vie) à la notion de « trouble psychique<sup>2</sup> ». Cette notion porte en elle l'idée d'une affection qui peut être passagère et soignable, voire guérissable.

Les associations de patients et de proches (Fnapsy, Unafam) agissent depuis vingt ans en faveur de la reconnaissance des droits des personnes malades et contre la stigmatisation, rejoignant le courant général d'implication des usagers du système de santé dans la défense de leurs droits [7].

De son côté, l'hôpital psychiatrique a beaucoup changé en cinquante ans, même si cela s'est fait lentement. Les soins se sont progressivement déployés dans la cité (centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, dispositifs de réhabilitation psychosociale, diminution du recours à l'hospitalisation complète et mise en place de soins à domicile et d'alternatives). En France aujourd'hui, environ 70 % des personnes prises en charges par les services de psychiatrie publique ne sont jamais hospitalisées ; la majorité des personnes ayant besoin de soins spécialisés sont soignées dans la cité. En 2003, 30 % des services d'hospitalisation psychiatrique étaient ouverts (non fermés à clé). Dans ces services les soignants sont désormais dédiés aux soins aux patients et non plus à la surveillance et à l'enfermement. La durée de séjour est passée de 180 jours (dans les années 1970) à 39 jours (8 jours dans certains services, et ce quel que soit le mode d'hospitalisation). La psychiatrie soigne à domicile et de mieux en mieux.

Ces pratiques respectueuses des droits de la personne et en accord avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé [8-10] existent aujourd'hui en France, mais elles ne sont pas garanties sur l'ensemble du territoire,

<sup>1</sup> L'enquête « La santé mentale en population générale » a mis en évidence que les actes illégaux et violents étaient attribués très majoritairement au « fou » et au « malade mental » en France.

<sup>2</sup> Les « troubles psychiques » sont définis par les classifications psychiatriques internationales (constituées par des panels d'experts de différentes obédiences). Troubles anxieux, dépressifs, addictifs ou troubles psychotiques, souvent associés les uns aux autres.

où, majoritairement, l'hospitalisation psychiatrique reste encore synonyme d'enfermement [11]. En effet, malgré une situation favorable en densité de psychiatres et nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique, par rapport à nos voisins européens, la diversité des organisations, des structures et des pratiques de soins et d'accompagnement est la règle. Cela engendre de fortes disparités quantitatives et qualitatives entre les citoyens pour l'accès aux soins de santé mentale [12].

## Situation des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie en France

Selon les derniers chiffres disponibles (2005), les hospitalisations sans consentement (d'office ou à la demande d'un tiers) représentent 12 % de toutes les hospitalisations en psychiatrie, chiffre en légère augmentation ces dernières années [13, 14]. Rappelons que, jusqu'à la fin des années 1970, il n'y avait quasiment que des hospitalisations sans consentement dans les hôpitaux psychiatriques français.

On compte 60 366 hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) dont 27 017 en urgence. La demande émane le plus souvent d'un parent ou un proche, avec au moins un certificat médical attestant la nécessité de cette hospitalisation. 22 088 sorties à l'essai ont été prononcées durant l'année. 6 951 personnes en HDT sont hospitalisées depuis plus de 3 mois.

Toujours en 2005, 11 465 hospitalisations d'office ont été demandées par arrêté préfectoral. Sur 96 départements, 63 % sont signées après une mesure provisoire – faite essentiellement en urgence par les maires sur présentation d'un certificat médical –, 29 % durent plus de 4 mois. Les taux départementaux varient de 7 à 74 pour 100 000 habitants, soit de 1 à 10,5. Ce qui reste incompréhensible sans une analyse des pratiques locales !

Les hospitalisations d'office dans le cadre de l'irresponsabilité pénale (article 122.1) sont au nombre de 173 en 2005. Les non-lieux pour irresponsabilité pénale concernent les personnes atteintes, « au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli [leur] discernement ou le contrôle de [leurs] actes. » (article 122.1 du Code pénal). Leur nombre est constant depuis 17 ans (environ 200 à 260 par an). La personne reconnue irresponsable de ses actes est hospitalisée d'office en psychiatrie. En général, plus le délit commis est grave plus l'hospitalisation est longue.

En 2005, 21 702 sorties à l'essai<sup>3</sup> d'HO, selon les deux modalités d'HO, ont été prononcées [14]. Ce sont des sorties d'obligation de soins en ambulatoire essentiellement préventive des rechutes, mais aussi curatives pour éviter

<sup>3</sup> Une même personne peut bénéficier de plusieurs sorties dans l'année.

une hospitalisation trop longue et donc facteur de désinsertion sociale majeure.

Enfin, les hospitalisations d'office des personnes sous main de justice (D 398) : 2 821 hospitalisations de détenus. Les personnes retournent en prison après avoir été soignées dans les services de psychiatrie publique, ou, dans certains cas, dans des unités pour malades difficiles (UMD).

## La grande confusion entre justice et psychiatrie

Pour le grand public, il existe une corrélation très forte entre actes violents (tels que meurtre, viol, inceste et agressions) et figures du « fou » et du « malade mental » [15]. Pourtant, le nombre de non-lieux pour irresponsabilité pénale sur le total de personnes mises en examen dans les affaires terminées, représente moins de 1 % depuis 1987. En 2005 par exemple, sur 51 411 affaires jugées (crime, délit ou contravention) il y a eu 212 non-lieux pour irresponsabilité pénale (art. 122-1, alinéa 1 du Code pénal), dont 173 sont suivies d'une hospitalisation d'office (soit 0,027 % du total des hospitalisations en psychiatrie la même année).

Ce décalage s'explique par un certain nombre de confusions que nous allons tenter d'éclaircir.

La justice a eu besoin de l'expertise des psychiatres pour organiser scientifiquement la criminologie : connaissance de l'individu, individualisation de la peine et psychopathologisation des faits judiciaires venant agir comme caution scientifique à l'enfermement. Tout cela ayant comme triple objectif d'aider le pénal à rendre le justiciable présentable (c'est-à-dire ne plus présenter dans les cours d'assise les personnes qui ne respecteraient pas les codes judiciaires), mais aussi de désigner ceux qui ne sont pas jugeables pour, théoriquement, les soigner et enfin d'aider à la gestion, par la justice, des irresponsables civils dans le cas des tutelles. Et l'on vit l'extension du domaine d'utilisation des expertises psychiatriques pour traquer la preuve (jusqu'au procès d'Outreau, qui a mis en évidence les aberrations de ce processus). Par ailleurs, la confusion existe aussi entre présence d'un trouble psychiatrique et responsabilité pénale [16]. On peut avoir un trouble psychique et être responsable de ses actes. Les personnes ayant des troubles psychiques sont des citoyens qui ont les mêmes droits que l'ensemble de la population dite « saine ». La responsabilité en est un<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> À l'exception de très rares cas d'abolition complète de la conscience au moment de l'acte délinquant, en relation avec la maladie, la responsabilité totale ou atténuée est la règle. Les experts ne se sont pas donné le mot pour responsabiliser la population. Les chiffres d'irresponsabilité pénale sont constants depuis 1994 ; et nous n'avons pas pu obtenir de quelque manière que ce soit les chiffres avant cette date. En particulier, impossible de savoir où le rapport Pradier (1999), qui avait mis en cause la partie expertale, a trouvé ses sources.

Dans les services publics d'hospitalisation psychiatrique, se trouvent des populations très variées :

- des personnes hospitalisées librement (88 % des hospitalisations en psychiatrie) ;
- des personnes hospitalisées à la demande d'un tiers (80 % des hospitalisations sans consentement) ;
- des personnes en HO, qui correspondent à trois profils :
  - des personnes dont les troubles psychiques ont entraîné un trouble à l'ordre public et nécessité une HO (11 500 par an),
  - des personnes qui ont commis un crime ou un délit, ont un trouble psychique, ont été jugées irresponsables et ont bénéficié d'un non-lieu ( $\pm$  200 par an),
  - des détenus venant de prison pour se faire soigner (1 805 par an).

À l'hôpital public se trouvent donc toutes ces personnes soignées théoriquement de la même façon et surveillées par les mêmes professionnels, ce qui est une aberration, étant donné leurs différences de situation, de besoins de soins et de statut juridique.

Cette situation explique que la plupart des hôpitaux psychiatriques fonctionnent encore avec des pavillons fermés. Cette confusion explique aussi en partie que, pour la population, pour qui prime les faits les plus marquants émotionnellement et médiatiquement, les crimes et délits soient donc par extension attribués à l'ensemble des « malades mentaux » se trouvant à « l'hôpital psychiatrique ».

Pour aggraver cette confusion, le suivi médico-judiciaire des personnes présentant des perversions sexuelles en prison ou des personnalités pathologiques, entraîne une explosion des expertises et des obligations de soins judiciaires ambulatoires. Si le délinquant enfonce son suivi, il retourne en prison et non pas à l'hôpital ! D'où, là encore, un facteur additionnel de confusion entre justice et psychiatrie, hôpital et prison.

Cette confusion se retrouve à son paroxysme dans les représentations sociales du grand public. En effet, le grand public attribue les actes graves de criminalité (meurtre, viol, inceste) et de délinquance (violences envers les autres) aux figures du « fou » et du « malade mental ». Et pense qu'il faut soigner le « fou » et le « malade mental » à l'hôpital psychiatrique avec des médicaments. Donc, si la réalité était conforme aux représentations sociales, la plupart des criminels et des délinquants qui sont actuellement en prison, devraient se trouver à l'hôpital psychiatrique ! Ce qui n'est pas le cas, puisque 99 % de ces individus n'ont pas été jugés irresponsables de leurs actes pour cause de maladie mentale. En effet, en 2003, sur 48 000 affaires jugées (crime, délit ou contravention) il y a eu 285 non-lieux pour irresponsabilité (art. 122-1) [17].

Pour en sortir, il faudrait séparer radicalement le soin, qui relève de la psychiatrie et de la médecine, et l'enfermement et le contrôle, qui relèvent du domaine de la justice. En bref, sortir de la confusion, c'est dire que la justice ne soigne pas et que l'hôpital n'enferme pas.

## Des idées reçues tenaces qui polluent le débat

Le débat sur la situation de la psychiatrie en France est contaminé par plusieurs idées reçues qui empêchent d'avancer sur la mise en œuvre d'une psychiatrie adaptée aux citoyens de notre pays. Ces idées reçues circulent d'autant plus facilement qu'elles n'ont pas d'argumentation chiffrée. Afin de passer de l'image à la réalité, étudions le fondement de quatre assertions courantes reprises régulièrement en guise de réponse à tous les problèmes, par les professionnels, le grand public et les médias : il manque des lits d'hospitalisation ; les malades sont dans la rue ; les malades sont dans les prisons ; et, dans les pays où l'on a fermé les hôpitaux psychiatriques, ce n'est pas mieux. Ce qu'on pourrait condenser de la façon suivante : « La psychiatrie française, suivant les modèles anglais et italien, en diminuant le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, a jeté les malades à la rue et en prison. » Cela est à mon sens très inexact en France et faux dans les deux pays cités. Point par point, voyons ce qu'il en est.

### « Il manque des lits d'hospitalisation »

Le nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique a diminué de 40 000 en 16 ans (environ 98 000 lits en 1990 et 58 000 en 2006 [18]). Cette baisse de lits a été rendue possible, entre autres, grâce à l'accueil des personnes âgées démentes en maisons de retraite, à la prise en charge des personnes alcooliques dans les services adéquats et à l'accueil des personnes handicapées mentales dans les structures médico-sociales.

Entre 1980 et 2003, les créations de lits en maisons de retraite et en médico-social ont été beaucoup plus importantes que la baisse des lits en psychiatrie. De plus, les mesures sociales liées à la mise en place de la loi de 1975 sur le handicap (en particulier Allocation adulte handicapé [AAH] et Allocation personnalisée au logement [APL]), ont permis aux malades de se loger et de vivre à l'extérieur de l'hôpital. Pendant cette même période, le nombre de professionnels a été multiplié par deux, et 6 000 psychiatres sur 13 700 se sont installés en ville. Enfin, simultanément à ce transfert de populations de l'hôpital psychiatrique vers des structures adaptées se sont déployés de manière importante des soins dans la cité [19].

De plus, dans ces lits psychiatriques, au minimum 25 % de personnes sont hospitalisées de manière « inadéquate », ce qui veut dire qu'elles n'ont plus besoin de soins psychiatriques et devraient vivre en structures d'hébergement médico-social et non pas à l'hôpital psychiatrique. Les données du ministère de la Santé montrent que dans des régions entières en France, des personnes sont maintenues à l'hôpital psychiatrique des années, faute de places adaptées dans le médico-social. Pour les personnes hospitalisées de manière « adéquate » et nécessitant des soins

psychiatriques au long cours, la création d'appartements thérapeutiques avec soins intensifs à domicile, comme en Angleterre, serait opportune. L'Unafam<sup>5</sup> réclame 50 000 places en appartements associatifs, contre les 6 000 existant aujourd'hui. Donc, si on inversait les chiffres, comme en Angleterre, on aurait 12 000 lits psychiatriques et 50 000 appartements et places dans la cité ; cela s'accompagnerait de 30 % du personnel à l'hôpital et 70 % en ville.

### « Les malades psychiatriques sont à la rue »

Revenons sur le leitmotiv prôné par certains : les malades mentaux sont à la rue, du fait de la diminution du nombre de lits. Rappelons qu'il y a vingt ans, c'est le chômage de masse, la pauvreté et le délitement des liens familiaux qui a jeté de nombreuses personnes à la rue, pas la diminution des lits de psychiatrie. Quelqu'un qui vit dans la rue a toutes les raisons d'avoir des troubles psychiques et de développer des maladies physiques en plus grand nombre. D'ailleurs ce sont les mêmes inégalités sociales de santé et les mêmes facteurs de risque, que nous retrouvons dans les populations des quartiers en difficulté, des prisons et de la rue. D'où l'augmentation importante pour ces populations des prévalences de troubles psychiques présentés. Toutes les études concordent en ce sens.

À la rue, la première nécessité est de trouver un toit. Dès qu'il y a un hébergement, il y a des soins possibles. Les 50 équipes mobiles « psychiatrie et précarité » créées en France en cinq ans pourront certes apporter des soins, mais on manquera tout de même de logements. L'hôpital ne peut pas être un logement fixe pour les sans-abri. Ce n'est pas son rôle. Ce sont donc les politiques de cohésion sociale qui doivent être interpellées, pas seulement la psychiatrie.

### « Les malades mentaux sont en prison »

Rappelons tout d'abord quelques chiffres : 95 % des crimes sont commis par des personnes qui n'ont pas de trouble mental ; en revanche les patients psychiatriques sont 12 fois plus souvent victimes de crimes que la population générale, et 90 % des suicides sont associés à des troubles mentaux [20].

Ce sont les politiques pénales qui emplissent ou désemplissent les prisons, pas la psychiatrie. Au moment de la mise en place de la présomption d'innocence en 2001, il y avait 49 000 places en prison – chacun avait sa chambre – et 58 000 lits de psychiatrie. Aujourd'hui, il y a toujours 58 000 lits de psychiatrie (plus des centaines de places de suivis dans la cité), mais 64 000 personnes en prison. L'offre de soins de la psychiatrie a augmenté, et le nombre de personnes en prison aussi.

<sup>5</sup> Union nationale des amis et familles de malades psychiques.

Une question reste toujours sans réponse fiable : quel est le nombre exact de personnes ayant des troubles psychiques en prison ? Au XIX<sup>e</sup> siècle, le psychiatre Sérieux disait déjà qu'il y avait 30 % de malades mentaux en prison ! Aujourd'hui, plus de 200 psychiatres exercent en prison et réalisent l'évaluation diagnostique de la population carcérale. En fonction des enquêtes, 10 à 60 % des personnes emprisonnées auraient des troubles psychiques. Ces chiffres surprenants sont à manier avec précaution. Les dernières études soulignent que les conditions de détention en prison (privation de liberté, surpopulation, violences, prise de toxique, rupture des relations affectives, familiales et sociales) amènent, sans surprise, à la détection fréquente de souffrance psychique [21-23]. Ce qui ne veut pas dire qu'il y ait maladie au sens clinique et donc nécessité de traitement. Du fait de méthodologie différente, les chiffres des quelques études existantes ne peuvent être comparés. Mais on note tout de même une corrélation forte entre précarité, difficultés dans l'enfance, troubles psychiques, passages à l'acte et emprisonnement.

Si l'on compare les taux de prévalence en prison avec ceux des populations hors prison cumulant les mêmes facteurs de risques (précarité, niveau d'éducation faible, consommation de toxique, isolement social, immigration...) on voit que les taux de troubles anxio-dépressifs sont similaires, et peuvent atteindre 50 à 60 % (Annexe 1). Dans certains pays en guerre ou en difficultés sociales majeures, les taux de prévalences de troubles psychiques en population générale atteignent les mêmes prévalences.

Le débat sur l'irresponsabilité doit être renseigné. Le nombre de personnes jugées irresponsables au moment d'un acte délictueux (article 122.1 du Code pénal) n'a pas augmenté depuis 17 ans. Ce n'est pas la notion d'irresponsabilité atténuée qui a rempli les prisons. Les chiffres qui circulent (« 10 fois plus de personnes irresponsables avant la loi sur l'atténuation de la responsabilité ») n'ont aucune assise scientifique, mais ils intoxiquent fortement le débat.

Enfin, on peut avoir des troubles psychotiques, dépressifs, addictifs et être responsable de ses actes. À moins de considérer d'emblée les personnes ayant des troubles psychiques comme des humains à part, non-citoyens, vraiment autres.

#### « La situation n'est pas meilleure en Italie et en Angleterre »

L'Italie et l'Angleterre ont créé des prisons-hôpitaux sous contrôle judiciaire. Cela conduit à ne plus confondre délinquant, criminel et malade mental. En conséquence, les services d'hospitalisation psychiatrique sont ouverts, respectent la liberté de circulation, et on ne les confond plus avec les prisons (rappelons que 70 % des services d'hospitalisation psychiatrique en France sont fermés à clé – ce qui est une contradiction majeure quand on sait qu'il s'agit de médecine et non d'enfermement). Soulignons que l'obliga-

tion de soins n'a jamais significé enfermement systématique, mais surveillance constante.

L'Angleterre a fermé ses hôpitaux psychiatriques il y a 20 ans, en investissant massivement dans les services ambulatoires et dans le renforcement du rôle des usagers et de leurs associations. Le nombre de lits est dix fois plus faible qu'en France, et ils sont quasiment tous implantés à l'hôpital général, avec des unités sécurisées. Le système de psychiatrie est entièrement public, et fonctionne avec un budget identique à celui de la France, 6 000 psychiatres au lieu de 13 600 et uniquement 300 entrées pour 100 000 habitants par an, au lieu de 1 000 en France. L'Angleterre consacre 14 % de son budget santé à la santé mentale, contre 12 % pour la France, mais l'investissement est hors l'hôpital, dans la communauté où vivent et se soignent 95 % des patients. Les politiques d'évaluation sont très développées et les patients intégrés au fonctionnement des services. Personne ne se plaint d'un manque de lits et le nombre de psychiatres, tous publics ou presque, est considéré comme suffisant. L'Angleterre a un système de psychiatrie légale pour les malades délinquants – ce qui permet de ne pas confondre soins et délinquance, et de maintenir le système de psychiatrie distinct du système judiciaire.

L'Italie a stoppé les admissions en psychiatrie en 1980 (réforme Basaglia), et fermé ses hôpitaux psychiatriques effectivement en 1995, sous Berlusconi, par redéploiement des soins et des hébergements dans la communauté. Le budget de la santé est plus faible qu'en France et en Angleterre, et la psychiatrie n'y compte qu'à hauteur de 6 %. Pour une population quasi équivalente, le nombre de lits est de 12 000, au lieu de 58 000 en France, le nombre de psychiatres, 7 000, suffisant pour exercer dans toute l'Italie, et le nombre d'entrées à l'hôpital est de 800 pour 100 000 habitants. Les durées d'hospitalisation sont brèves, entre 8 et 15 jours et sous contrôle judiciaire. La famille joue encore un rôle important de soutien social et d'accompagnement. Le taux d'hospitalisation sans consentement est très bas dans certaines régions d'Italie, par rapport à la France. Les familles et l'ensemble des psychiatres italiens sont partisans du maintien de cette loi qui est une vraie loi de santé publique.

L'Italie a 1 600 lits judiciaires pour les malades ayant commis un délit et environ 1 300 sont occupés par an. Ce nombre n'a pas augmenté depuis la réforme Basaglia, au contraire. Notons à ce propos que 48 % de la population de Trieste pense qu'un meurtrier n'est ni « fou », ni « malade mental », ni « dépressif », une différence considérable avec la France.

#### Comment sortir de l'impasse ?

Comment répondre aujourd'hui sans confusion à l'évolution des consciences vers plus de respect des droits

humains, dans une démocratie qui veut sécuriser au maximum les siens ?

En 2001, avec Éric Piel [24] nous avons proposé 3 réponses.

#### Première réponse : respecter les droits humains toujours et partout

La première réponse est que toute personne présentant un trouble psychique et ayant commis un crime ou un délit puisse bénéficier d'une instruction complète (c'est-à-dire à charge et à décharge) suivie d'un procès, qui doit en premier juger de l'imputabilité d'un acte à un innocent présumé et ensuite, et ensuite seulement, dire la peine. C'est-à-dire ne plus confondre le juge et le psychiatre, et considérer l'expertise psychiatrique comme un avis et non pas comme un jugement. C'est une solution sage pour les citoyens qui doivent être jugés et pas uniquement pour les victimes. C'est expliquer qu'il y a de l'humain et du citoyen dans toute personne, quels que soient ses actes et son état de santé. Les troubles psychiques n'aliènent pas les droits humains et la citoyenneté.

Actuellement, quand un jugement conclut à l'irresponsabilité pénale et que les faits sont graves, il y a substitution de l'autorité judiciaire par l'autorité préfectorale. Il est très rare que la personne soignée puisse être réintégrée rapidement dans son milieu d'origine, étant donné la vague d'émotion que le crime a pu entraîner. Comme l'a souligné récemment Robert Badinter [25], ces cas concernent très peu de personnes, mais sont emblématiques dans l'opinion publique. Ces personnes, en fonction d'une dangerosité potentielle ou du fait de l'émotion publique qu'a entraînée leur crime, sont alors transférées en unités pour malades difficiles (où tout ressemble à un enfermement avec des soins obligatoires, mais sans les garanties pénitentiaires). Les UMD sont considérées comme des hôpitaux psychiatriques, mais ne serait-il pas plus pertinent qu'elles soient transformées en prisons-hôpitaux, sous autorité judiciaire, et que les individus qui ont commis un crime et ont été jugés irresponsables soient condamnés à des peines d'UMD ? C'est la solution italienne, anglaise ou allemande. L'enfermement dans ces conditions est judiciaire (et non sanitaire), ce qui permet de différencier la psychiatrie de la justice<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Prenons un exemple : le jeune homme qui a tué deux professionnels de santé à l'hôpital de Pau est actuellement considéré comme irresponsable et placé dans une UMD. Si demain ses troubles se sont estompés, les psychiatres peuvent conclure que sous traitement, il n'est plus dangereux et peut sortir de l'UMD. Le préfet ne signera pas immédiatement sa sortie. Il est fort probable que ce jeune homme ne pourra sortir rapidement. Il sera alors maintenu en UMD pour des raisons politiques et sociales par le préfet, ce que l'on peut très bien comprendre étant donné l'émotion soulevée et le sentiment que la justice n'est pas été rendue pour la population. Or il aura le statut d'une personne enfermée pour soins dans un hôpital. Ce statut n'est pas normal. Il faudrait affirmer clairement que les UMD ne sont pas que des hôpitaux, mais des prisons-hôpitaux.

#### Deuxième réponse : permettre l'accès à tous les soins ambulatoires en prison et intégrer les services de psychiatrie dans les unités hautement sécurisées interrégionales (UHSA)<sup>7</sup>

Rappelons qu'actuellement si un détenu a besoin de soins somatiques il est admis à l'hôpital général avec une garde pénitentiaire ou policière, mais si ce même détenu a besoin de soins psychiatriques constants, il est envoyé à l'hôpital psychiatrique, sans garde d'aucune sorte ! On place alors de facto l'équipe de soins psychiatriques dans un rôle de gardien de prison ou de policier, et les services d'hospitalisation psychiatrique se transforment en prisons, alors que ce sont des lieux de soins. De ce fait, les détenus hospitalisés en psychiatrie sont souvent enfermés en chambre d'isolement, médicamenteusement massivement et renvoyés rapidement d'où ils viennent. Dans ces conditions, peut-on parler de soins pour les détenus dans les hôpitaux psychiatriques à l'heure actuelle ? Cette attitude encore plus enfermante que la prison est liée à l'émotion des équipes soignantes désemparées face à un rôle de gardiennage qu'elles ne veulent plus assumer et qui n'est pas dans leur compétence, et face à la pression grandissante des juges et des préfets pour la surveillance de ces personnes qui ne doivent pas « s'évader ». Les hôpitaux n'étant néanmoins pas des prisons, les « évasions » sont possibles et cela se sait dans le milieu carcéral<sup>8</sup>.

Les services de médecine, chirurgie, obstétrique avaient obtenu cet accès aux soins de qualité pour les détenus malades dans les CHU, par la création des UHSA. On avait évidemment oublié d'inclure la psychiatrie dans ce dispositif. Les représentations sociales de la population et, par conséquent des décideurs, associant depuis longtemps les hôpitaux psychiatriques aux prisons... La création d'UHSA permettrait de garantir les soins aux personnes sous main de justice et ne pas confondre la fonction soignante avec la fonction d'enfermement. Elles auraient dû voir le jour dès 2002 et être incluses dans les CHU. Nous avons à l'époque prôné d'y adjoindre quelques lits de psychiatrie. L'hospitalisation psychiatrique étant de courte durée, l'arsenal psychothérapeutique et chimiothérapeutique devant être mis en place rapidement. Quinze à 25 lits par région auraient dû être largement suffisants.

Ce sont finalement des UHSA qui seront créées, en dupliquant le modèle existant pour les soins somatiques. Elles doivent permettre d'implanter dans l'enceinte des hôpitaux généraux de nouvelles structures de soins sécurisées par l'administration pénitentiaire et réservées à l'hospitalisation des détenus présentant des troubles psychiatriques. Mais on peut craindre que les projets d'UHSA

<sup>7</sup> Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSA) qui sont devenues, pour la psychiatrie, les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

<sup>8</sup> Ce qui peut expliquer le nombre important de demandes d'hospitalisation émanant du milieu carcéral à l'hôpital psychiatrique.

actuels ne soient détournés de leur but et servent de simple soupape à la prison. Leur implantation dans les hôpitaux généraux couplée aux UHSI aurait permis la prise en charge conjointe d'une psyché et d'un soma souvent très intriqués.

### Troisième réponse : définir clairement les limites du champ psychiatrique

La troisième réponse ne concerne pas directement la psychiatrie. Comme l'écrivait Georges Lantéri-Laura : « Les infractions, par elles-mêmes ne constituent jamais des sortes de maladies, de telle manière qu'avec les intentions les plus louables, il demeure dénué de sens de confondre peine et traitement, et d'imaginer qu'une espèce de traitement, appliqué dans des conditions assez contraignantes, pourrait représenter la forme moderne et judicieuse de la peine. Si l'on estime que la déontologie et le souci d'efficacité peuvent éventuellement se concilier, ce ne saurait être qu'à la condition expresse de dissocier absolument ce qui relève de la condamnation et du châtement, et ce qui concerne la thérapeutique.

» Toute notre rétrospection tend ainsi à éclairer la problématique actuelle et à mettre en lumière les apories propres à la confrontation des déviations sexuelles, de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la justice. »

Les ministres de la Justice et de la Santé ont récemment décidé la création des centres de rétention de sûreté pour les personnes ayant purgé leur peine mais étant jugées « potentiellement dangereuses » [26]. La personne sera alors placée dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté, sous double tutelle justice et santé, dans lequel lui sera proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale et sociale, destinée à permettre la fin de la mesure. Nous reconnaissons là l'ancien principe de la relégation pour les criminels (au bagne de Cayenne), au nom de leur dangerosité potentielle.

Pour exister, ces centres ont une fois de plus besoin d'une caution médicale et « scientifique » de la psychiatrie pour maintenir en détention des gens qui ont purgé leur peine [27]. Aujourd'hui, la caution psychiatrique devrait autoriser l'enfermement à vie du délinquant, pour une cause médicale, alors que la science psychiatrique est variable et imparfaite. Elle est très influencée par les normes et les théories en cours. Il n'y a pas de marqueurs biologiques en psychiatrie. Nous pensons que la société ne doit absolument pas utiliser la médecine à des fins sécuritaires. La sécurité des individus n'a pas besoin de caution scientifique pour être garantie. Anticipons ce qui se passe déjà pour les criminels jugés « irresponsables » : les experts ne prendront pas la responsabilité de les mettre en liberté ! (On ne sait définir scientifiquement la « dangerosité potentielle », déjà pour les malades, c'est difficile, alors pour des détenus non malades !...) Donc une institutionnalisation massive est à craindre.

Dans le cas des délinquants sexuels, on peut se demander si la réponse relève de la psychiatrie, ou pas plutôt de la criminologie et de l'endocrinologie, puisque la thérapie qui est proposée est souvent une surveillance policière et une forme la castration chimique.

Les troubles de la personnalité ne sont pas des troubles psychiques, c'est une donnée du champ de la psychologie, de la sociologie ou de la criminologie. L'avis du psychiatre ne peut être convoqué que si la personne présente par ailleurs des troubles psychiques et uniquement dans ce cas.

### Quelques pistes concrètes de changement pour conclure

La notion si floue de « dangerosité potentielle » est l'ombre qui plane depuis plus de deux siècles sur la psychiatrie française. Elle a contaminé la merveilleuse machine de Pinel et d'Esquirol, la création utopique de l'asile d'aliénés, qui au début était uniquement là pour soigner les passions humaines. À cause de cette « dangerosité potentielle », les asiles, lieux de soins modèles, sont devenus des lieux totalitaires d'observation des comportements dangereux du fait d'une maladie psychiatrique. Au nom de cette théorie – tout « fou » peut-être dangereux –, combien de personnes ont passé leur vie à l'hôpital psychiatrique car on craignait leurs réactions potentielles ?

L'évolution des pratiques soignantes permet désormais le maintien des personnes vivant avec des troubles psychiques dans leur milieu de vie. Il est donc possible de ne plus enfermer à vie des personnes à l'hôpital psychiatrique, et de ne plus bannir en relégation des personnes qui ont purgé leur peine de prison. Les droits de tout citoyen doivent être garantis.

Cette évolution doit passer par un changement de paradigme radical : au « soigner ou punir », qui a engendré la confusion (la prison qui soigne et l'hôpital qui enferme), il faudrait préférer le « soigner et punir », qui laisse à la psychiatrie le soin et à la justice la punition et l'enfermement – si nécessaire – pour les délinquants. Dans cette option, soigner et punir, la réinsertion et la réhabilitation doivent être au cœur de l'action des professionnels de chaque champ, afin d'œuvrer avec la personne concernée à sa réinsertion et ses soins.

Pour y parvenir, il faudrait différencier clairement les pouvoirs :

- à la justice et la police le pouvoir de préserver ou supprimer la liberté ;
- à la psychiatrie le pouvoir de soigner – en n'importe quels lieux et situations, même et surtout en prison ;
- aux associations d'usagers de psychiatrie le pouvoir de se battre pour défendre leurs droits et être reconnus comme des citoyens à part entière.

Dans cette optique, quelques propositions pour une révision de la loi de juillet 1990 sur l'hospitalisation psychiatrique peuvent être avancées.

Il est essentiel de clairement différencier trois cas de figures : 1) les personnes ayant des troubles psychiques ; 2) les personnes ayant des troubles psychiques, ayant commis des actes délictueux et étant jugées responsables ; 3) les personnes ayant des troubles psychiques, ayant commis des actes délictueux et étant jugées irresponsables pénalement.

1) Pour l'immense majorité des personnes ayant des troubles psychiques, le soin se fait en ambulatoire dans la cité. Si leur état le nécessite, une hospitalisation libre peut être envisagée dans des services de psychiatrie intégrés dans les hôpitaux généraux. Pour celles qui ne peuvent pas consentir, la mise en place d'une obligation de soins transitoire (maximum 15 jours), non liée à un trouble de l'ordre public, en ambulatoire ou en hospitalisation, en fonction des besoins de soins de la personne. L'obligation de soins pourrait être décidée par le maire sur avis médical. La vérification de la procédure du traitement sanitaire obligatoire et les recours relevant du juge au civil. Les personnes sont hospitalisées dans les mêmes services hospitaliers décrits précédemment, les soins étant les mêmes, seul le consentement varie.

2) Pour les personnes ayant des troubles psychiques, délinquantes, responsables de leurs actes et purgeant une peine de prison. Si une hospitalisation du fait d'un trouble psychique est nécessaire, elle s'effectue en UHSA. Comme pour les soins somatiques, la garde est pénitentiaire. Il faudrait recalibrer ce programme, en créant dans chaque région quinze à vingt lits d'hospitalisation, pas plus (soit 450 lits au total contre 800 prévus). L'idéal étant de les associer aux lits d'UHSI pour le somatique<sup>9</sup>.

3) Pour les personnes ayant des troubles psychiques, délinquantes et jugées irresponsables pénalement (art. 122-1). Que soient créés des prisons-hôpitaux, par passage des UMD actuelles sous un statut pénitentiaire. L'entrée et la sortie se feraient sous contrôle judiciaire – au pénal, avec procès et recours habituels garantis et des soins psychiatriques seraient donnés dans ces UMD. Et dès que cela est possible, libération conditionnelle, avec mesures de contrôle judiciaire et/ou des soins et un suivi psychiatrique dans la cité.

Ces propositions de bon sens permettraient de différencier nettement le soin de la peine, tout en permettant l'accès aux soins pour tous y compris en prison. Elles auraient pour avantage aussi de lutter contre cette stigmatisation odieuse qui fait de tout malade un délinquant potentiel. Cela nécessite une révolution dans notre manière de penser : mettre au premier plan le citoyen plutôt que le malade, avec des droits et des devoirs. Et de n'enfermer

<sup>9</sup> Cf. plus haut.

les personnes que pour ce qu'elles ont fait et non pas pour ce qu'elles sont.

Écouter la parole des citoyens ayant des problèmes de santé mentale, les accompagner pour vivre dans la cité avec l'attention des leurs, voici ce qui est en jeu. Quand on connaît l'importance des problèmes de santé mentale à l'heure actuelle dans la population française<sup>10</sup>, on conçoit bien que tout ce qui sera fait pour permettre l'accès aux soins, l'accompagnement et l'entraide ira dans le bon sens.

Cette évolution est conditionnée par la distinction claire entre trouble psychique et délinquance, psychiatrie et justice, afin que la psychiatrie ne soit plus synonyme d'enfermement, de danger, mais de médecine au sens noble du terme.

<sup>10</sup> Les enquêtes SMPG et ESMED montrent l'importance des troubles psychiques en population générale. Ils varient de 22 à 41 %, avec une moyenne nationale à 32 % pour l'enquête SMPG. L'accès au soin est fortement obéré par l'image d'une psychiatrie qui enferme et médicamente des personnes qui ne guérissent pas, et qui sont perçues comme irresponsables et non conscientes de leurs troubles par la plupart des Français.