

Communication

## Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité

## Psychiatry and prison: always in the field of the topicality

J.L. Senon

*Service hospitalo-universitaire de psychiatrie et psychologie médicale, université et hôpitaux, La Miletrie, BP 587, 86021 Poitiers, France*

Disponible sur internet le 18 août 2004

### Résumé

Les rapports entre psychiatrie et prison sont toujours dans le champ de l'actualité dans tous les pays industrialisés. Tous ont connu une désinstitutionnalisation psychiatrique et un désengagement de l'hébergement social, tous connaissent une montée de la violence et y font souvent face par le recours à des peines de détention souvent plus longues du fait du développement du mouvement de « tolérance zéro » visant à réprimer toute délinquance, même mineure. L'augmentation souvent avancée du nombre des détenus présentant des troubles mentaux a été peu étudiée, en dehors de travaux récents. Elle peut être mise en rapport avec la population repérée il y a plus d'un siècle par les aliénistes français, population de sujets qui ne sont pas reconnus irresponsables mais présentent néanmoins des troubles mentaux. En France, depuis 1994, la santé est réalisée en prison par les équipes des hôpitaux. Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) ont été confortés. Pourtant nombre de détenus malades mentaux n'ont toujours pas les soins dignes de notre société républicaine. Dix ans après la loi du 18 janvier, aucune évaluation et aucun bilan ne sont réalisés. Pourtant il s'agit bien de penser ensemble l'articulation du soin et de la peine dans notre société démocratique.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

The relationship between psychiatry and prison is always in the field of the topicality in all the industrialized countries. All knew a psychiatric deinstitutionalization and a disengagement of social lodging, all know a rise of violence and often face there by the recourse to sorrows of detention often longer because of the development of the movement of "tolerance zero" aiming at repressing any delinquency, even minor. The increase often advanced in the number of the prisoners presenting of the mental disorders was studied little, apart from recent work. It can be put in connection with the located population more than one century ago by the French mental specialists, population of subjects which are not recognized irresponsible but present nevertheless mental disorders. In France, since 1994, health is carried out in prison by the teams of the hospitals. The Services Médico-Psychologiques Regional (SMPR) were consolidated. However, as much a many mental sick prisoners still do not have the care worthy of our republican company. Ten years after the law of January 18, any evaluation and any assessment is not carried out. However, it is a question well of thinking together the articulation of the care and the sorrow in our democratic company.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Délinquants malades mentaux ; Prison ; Psychiatrie ; Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire ; Secteur ; SMPR ; UHSA ; UMD

*Keywords*: Consultation–Liaison Psychiatry; Prison; Prisoners presenting mental disorders; Psychiatry; Psychoses in prison; Sector; SMPR; UMD

Tous les pays industrialisés s'interrogent sur les rapports entre psychiatrie et prison. Deux questions sont posées autant en Europe que dans les pays anglo-saxons : les prisons ne connaissent-elles pas une augmentation constante de la proportion des malades mentaux détenus et, par ailleurs, les

soignants en psychiatrie s'impliquent-ils suffisamment dans la prise en charge des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux ou de la personnalité ? Ces constatations sont-elles en rapport univoque avec la désinstitutionnalisation psychiatrique aussi importante aux États-Unis qu'en Europe, ou serait-ce le fruit d'un désengagement sanitaire et social plus général tel qu'on le constate dans les pays industrialisés

Adresse e-mail : [jean.louis.senon@univ-poitiers.fr](mailto:jean.louis.senon@univ-poitiers.fr) (J.L. Senon).

[14] ? Ce questionnement, qui semble nouveau du fait de sa médiatisation actuelle, appartient en fait à l'histoire de la psychiatrie, comme en témoignent les débats de la Société médico-psychologique qui, depuis plus d'un siècle et demi, ont toujours été vifs et riches dans le domaine de la psychiatrie criminelle.

### 1. Malades mentaux ou délinquants : un débat inscrit dans l'histoire de la clinique

La dimension médico-légale de la clinique psychiatrique a effectivement été travaillée par les tout premiers aliénistes qui ont toujours démontré que la prise en compte de la dimension médico-légale et criminelle de la maladie mentale est un des éléments fondateurs de la clinique psychiatrique française [15]. Pinel et les révolutionnaires de 1789 attiraient l'attention à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle sur les aliénés criminels trop négligés par la médecine et la psychiatrie : « Ces aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante [...] Les aliénés, qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues dignes de pitié, doivent être soignés dans des asiles spéciaux. »

Dès la naissance de la clinique psychiatrique, cette modification radicale du regard jeté sur le malade mental aura comme conséquence l'opposition encore très actuelle entre malade mental irresponsable, relevant de soins psychiatriques, et criminel, responsable donc puni. Comme le rappelle Michel Foucault [5] : « Toutes les instances de contrôle fonctionnent sur un double mode : celui du partage binaire et du marquage : (fou-non fou, dangereux-inoffensif, normal-anormal), et celui de l'assignation coercitive (qui il est ; où il doit être ; comment le caractériser ; comment le reconnaître ; comment exercer sur lui de manière individuelle une surveillance constante...). Pour autant, les aliénistes des siècles derniers n'ont jamais oublié ceux des criminels qui, sans être des malades mentaux reconnus au moment des faits (et donc considérés comme responsables), n'en présentaient pas moins des troubles psychiques préoccupants, en particulier dans le cadre de la prison qui réactive les psychopathologies préexistantes. Tous les rapports depuis la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle ont dénoncé la situation dramatique de ces détenus présentant des troubles mentaux : il en sera ainsi des interventions de Lelut en 1843, de Baillarger dans sa « Note sur la fréquence de la folie chez les prisonniers » à la Société Médico-Psychologique en 1844, du rapport Pactet et Colin de 1876, de celui de Constant en 1874, ou du travail de précurseur de Paul Sérieux de 1903 qui avance 3 % de psychotiques dans la population carcérale [16]. Le législateur avait un temps envisagé d'atténuer la responsabilité de ces malades mentaux, responsabilisés parce que non déments au moment des faits, en envisageant, dans la circulaire Chauvié de 1905, leur responsabilité atténuée et donc une peine réduite et adaptée. Très vite tombée en désuétude, cette

circulaire n'a pas eu d'incidence sur le sort en détention des détenus malades mentaux et elle a, depuis, un effet paradoxal d'augmentation de la durée des peines.

Chaque modification du Code pénal a toujours été de pair avec une évolution de la loi organisant les soins sous la contrainte de ceux qui sont déclarés irresponsables. Le Code pénal de 1810 établissait ainsi dans son article 64 qu'il n'y a ni crime ni délit quand le sujet était en état de démence au moment des faits. Écrite dans le sillage du Code napoléonien, la Loi du 30 juin 1838 fixait les modalités du placement d'office notamment pour ceux qui seront déclarés irresponsables. Quatre ans après la loi du 27 juin 1990 qui réformait celle de 1838 en rendant exceptionnelle l'hospitalisation sous la contrainte, le Code pénal de 1994 dans son article 122-1 prévoit l'irresponsabilité pénale comme abolition du discernement. Il comporte deux alinéas :

- n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ;
- la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

Pour autant, dans notre pays, l'autorité administrative n'est pas tenue par le non-lieu après application de l'article 122-1 CP, et le détenu irresponsable ne fait pas systématiquement l'objet d'une hospitalisation d'office dans un service de psychiatrie. Par ailleurs, l'atténuation de la responsabilité prévue par l'article 122-1 al. 2 est souvent à l'origine d'un allongement paradoxal de la durée des peines, les jurys d'assises ayant un réflexe de protection vis-à-vis des risques de récidive de ceux que les psychiatres ne retiennent pas comme malades irresponsables. Cette évolution paradoxale est devenue dans notre pays un véritable problème, sur le plan éthique comme sanitaire, ces détenus malades mentaux responsables présentant de fréquentes décompensations à l'origine de troubles du comportement très mal gérés tout au long de longues peines dans les établissements pénitentiaires.

### 2. Notre pays comme précurseur de l'intervention psychiatrique dans la prison

Dans le droit fil des propositions de Baillarger en 1844, la Société médico-psychologique développera dans les années 1860 des travaux sur la nécessité d'une prise en charge spécifique des « aliénés dangereux » comme des « criminels dangereux ». De façon dissociée seront étudiés les dispositifs de prise en charge des malades mentaux hospitalisés dangereux avec l'ébauche des unités pour malades difficiles, mais aussi la création d'établissements pénitentiaires spécifiques accueillant des détenus présentant des troubles mentaux les rendant dangereux. Ces deux courants parallèles, sanitaires

et pénitentiaires, seront longtemps divergents et avec peu de passerelles. Voisin, qui travaillait au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle sur la prévention sociale du crime, propose de séparer dans des lieux différents les individus incurables et dangereux afin qu'ils ne cohabitent pas avec les malades mentaux sans troubles du comportement. En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, à l'instigation d'Henri Colin le département de la Seine acceptera la création d'un quartier de sûreté à Villejuif. Ce sera le précurseur des unités pour malades difficiles (UMD) qui s'implanteront en outre à Cadillac, Montfavet, et Sarreguemines.

Bailleul, directeur de la quatrième circonscription pénitentiaire, dans sa « note sur la folie dans les prisons centrales » constate dans les mêmes années 1850 qu'« il suffit d'analyser la population des détenus ou de vivre en contact avec eux pour arriver à cette conviction que grand nombre d'entre eux, sans être classés par ordonnance parmi les aliénés, n'ont pas l'entier et libre usage de leurs facultés ». L'ouverture du quartier des aliénés criminels de Gaillon se fera en 1876, quartier qui survivra jusqu'en 1906. Gaillon, dont le dernier médecin-chef a été Henri Colin, fut le précurseur de l'établissement pénitentiaire de Château-Thierry qui regroupe « les détenus en cours de peine signalés par les établissements pénitentiaires pour des troubles du comportement, du caractère avec ou sans manifestations psychopathiques, détenus qui se sont montrés réfractaires à la vie communautaire et au traitement qu'il aurait proposé ». L'établissement de Château-Thierry sera complété quelques années plus tard par celui de Haguenau qui sera transféré à Metz-Barres. Il faudra attendre 1927 pour que se mette en place dans une maison cellulaire une consultation psychiatrique ayant un objectif de dépistage des troubles mentaux des détenus entrants. Cette consultation implantée à Loos-les-Lille fonctionnera quelques années à partir de 1927 à l'instigation de Vullien et Raviart. En 1936, des services d'examen psychiatrique seront créés à la Santé, à Fresnes, à la Petite Roquette avec comme médecins chefs Cellier, Schiff et Baddonnell.

Dans les années qui suivront la fin de la guerre 1939–1945, les soins psychiatriques en prison connaîtront un progrès notable avec la réforme Amor qui accordera une place particulière aux « anormaux mentaux » : « Catégorie de délinquants qui doit retenir notre attention non seulement parce qu'il est juste de leur donner les soins que réclame leur état mais parce que, de toute évidence, ils sont à la sortie de prison un facteur important de prévention de la récidive. » La réforme Amor stipule que dans tout établissement doivent fonctionner un service social et un service médico, psychologique. Vingt-quatre annexes psychiatriques étaient initialement prévues, mais uniquement 14 pourront fonctionner quelques années.

À la prison de la Santé, P. Hivert crée le premier CMPR (centre médico, psychologique régional) expérimental, structure sanitaire financée par le département de la Seine. Il y fera un travail de « dépistage » des pathologies psychiatriques présentées par les détenus entrants dans l'établissement

pénitentiaire. Une autre annexe connaîtra un développement spécifique à Lyon sous l'impulsion de Marcel Colin, Hochmann, Broussolle, Gonin puis P. Lamothe. Le travail pionnier de Paul Hivert sera à l'origine de la sortie de la circulaire du 30 juillet 1967 qui crée les CMPR et envisage la création de 17 d'entre eux gérés par les hôpitaux de proximité. J. Mérot créera le premier CMPR fonctionnant comme un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Fleury-Mérogis en relation avec l'hôpital d'Étampes. Se mettront en place par la suite ceux de Marseille, Rennes, Bordeaux, Varcès, et Poitiers. Les CMPR deviendront plus tard les SMPR ou secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire investissant initialement les maisons d'arrêt avant que quelques structures se créent sur des établissements pour peine. La circulaire interministérielle santé–justice du 28 mars 1977 sera la base réglementaire du fonctionnement des 17 SMPR initiaux. Petit à petit leur nombre sera élargi à une trentaine sur l'ensemble du territoire.

La psychiatrie a été le modèle étudié par la commission Chodorge qui sera à l'origine de la loi du 18 janvier 1994 confiant aux hôpitaux de proximité les actions de santé à mener dans les établissements pénitentiaires. Depuis 1994, chaque établissement pénitentiaire a établi avec l'hôpital un protocole fixant les modalités des interventions hospitalières dans le domaine de la médecine générale, des spécialités, comme de la psychiatrie. La prise en charge de la psychiatrie, qu'il s'agisse du « dépistage » d'éventuels troubles mentaux chez les détenus entrants, comme des soins apportés à ceux-ci, est donc assurée dans la plupart des cas par une équipe du secteur de psychiatrie générale ou encore par le SMPR si l'établissement pénitentiaire accueille une telle structure [17].

Les équipes de psychiatrie de secteur intervenant en milieu pénitentiaire comme les SMPR ne donnent des soins dans la prison qu'à des détenus consentants. Si un détenu malade mental ne consent pas aux soins qui lui sont nécessaires, deux possibilités sont prévues par la loi :

- s'il s'agit d'un prévenu, l'opération d'expertise peut évoluer vers l'application de l'article 122-1 du Code pénal et une irresponsabilité pénale éventuelle ;
- s'il s'agit d'un condamné, l'article D. 398 du Code de procédure pénale prévoit qu'un aliéné ne peut être maintenu dans un établissement pénitentiaire et qu'il est alors fait application à son égard de la législation du Code de la santé prévoyant une hospitalisation d'office si son état le justifie.

L'intervention psychiatrique dans la prison propose donc dans notre pays plusieurs niveaux de réponse :

- des consultations ambulatoires proposant un dépistage des troubles mentaux des entrants dans la prison et une prise en charge psychothérapeutique et chimiothérapeutique à distance réalisée par une équipe de secteur hospitalier ;
- pour les détenus consentants, ne pouvant du fait de leurs troubles être maintenus dans une détention normale, une possibilité d'admission dans un SMPR, une unité psychiatrique implantée dans la prison et gérée par une équipe de

soignants de l'hôpital psychiatrique de rattachement. Ces unités ont une vocation régionale ;

- pour les détenus malades mentaux non consentants, la possibilité d'une hospitalisation d'office dans le service de psychiatrie de secteur référent, ou dans une Unité de Malades Difficiles.

### 3. Pathologies psychiatriques en détention : études et méta-analyses récentes

Beaucoup de chiffres sont avancés dans la presse pour dénoncer l'accumulation dans la prison de malades mentaux, mais peu d'études valides y sont consacrées. Une méta-analyse rigoureuse vient d'être publiée dans *The Lancet* sur les personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux [4]. Dans ce travail, Seena Fazel, chercheur à l'université d'Oxford et John Danesh, à l'université de Cambridge, passent en revue 62 publications internationales portant sur 22 790 détenus de 12 pays occidentaux qui ont une moyenne d'âge de 29 ans et qui sont des hommes dans 81 % des cas. Les auteurs ont pris en compte toutes les études publiées dont ils ont rigoureusement vérifié les données.

Si les résultats de cette méta-analyse sont loin des propos caricaturaux de la presse de ces derniers mois, ils sont néanmoins préoccupants pour la psychiatrie et la santé publique. Ils retrouvent chez les hommes incarcérés 3,7 % de psychoses chroniques, 10 % de troubles dépressifs caractérisés et 65 % de troubles de la personnalité (incluant 47 % de personnalités antisociales). Chez les femmes, ils constatent respectivement 4 % de psychoses chroniques, 12 % de troubles dépressifs et 42 % de troubles de la personnalité (avec 21 % de personnalités antisociales). Pour les psychoses chroniques chez les hommes prévenus, S. Fazel et J. Danesh constatent une relative dispersion dans les études publiées : 5 % dans le travail de Roesch et dans celui de Brooke, 4 % dans celui de Teplin ou de Simpson, 2 % pour Powell. Chez les femmes, trois études sont reprises, celles de Davidson, Teplin et Anderson dont les chiffres varient entre 3 et 5 % de la population pénale de femmes présentant une psychose chronique.

Pour les psychoses chroniques avérées, ces données sont conformes aux études ponctuelles réalisées dans quelques établissements pénitentiaires français : Gallet *et al.* dans une recherche réalisée à Toulouse trouvaient à la maison d'arrêt Saint-Michel 3,5 % de psychoses chroniques (75 % de schizophrénies et 25 % de psychoses paranoïaques) et au centre de détention de Muret 4,5 % des condamnés présentant des psychoses chroniques avec la même répartition entre schizophrénie et paranoïa [6]. Dauver *et al.*, au centre de détention de Caen, dénombrent 4,75 % de condamnés présentant une psychose chronique [3].

La fréquence des troubles dépressifs caractérisés est, elle aussi, une constante dans les travaux épidémiologiques sur la population pénale : plus de dépressions chez les femmes que chez les hommes, mais, pour les deux sexes confondus, un détenu sur dix présente un état dépressif caractérisé.

Les personnalités antisociales sont à l'opposé plus fréquentes chez les détenus masculins (47 %) que chez les femmes (21 %).

Sur la population carcérale, S. Fazel et J. Danesh font une comparaison avec la population générale : quatre fois plus de psychoses ou de dépressions dans la prison, dix fois plus de personnalités antisociales au sens du DSM-IV. Ils constatent cependant une relative hétérogénéité dans les études citées : par exemple, pour les psychoses chez les hommes, les chiffres passent de 1 % dans l'étude de Davidson à 6 % dans celle de Di Cataldo ou, pour la dépression chez les femmes, de 9 % à 14 %. Les écarts sont encore plus importants dans l'évaluation de la personnalité antisociale qui passe de 28 % dans l'étude de Collins à 64 % dans celle de Roesch chez les hommes, puis, chez les femmes, de 12 % dans l'étude de Jordan à 51 % dans plusieurs petites études.

S. Fazel et J. Danesh posent fort logiquement le problème des moyens alloués au dépistage et au traitement de ces troubles, les équipes intervenant en détention étant, quels que soient les pays industrialisés, très restreintes par rapport à celles du milieu hospitalier ou des soins ambulatoires proposés à la population générale.

On retrouve dans la plupart des pays industrialisés un courant de désinstitutionnalisation avec limitation des hospitalisations à temps plein, diminution des durées de séjour et développement des prises en charge ambulatoires. De la même façon, tous ces pays constatent un désengagement de l'hébergement social. L'équilibre entre judiciaire, social et sanitaire est donc toujours aussi difficile à établir, la prison étant toujours au carrefour des ambivalences sociales. Dans notre pays, la psychiatrie est accusée d'être plus que jamais libéricide (en référence à l'augmentation continue des hospitalisations sous la contrainte) mais dans les mêmes temps et par les mêmes responsables, elle est stigmatisée comme limitant à l'excès les hospitalisations des malades mentaux. Il faut aussi noter que nombre de pays connaissent une évolution de la répression pénale avec une augmentation de la durée des peines au non de la « tolérance zéro » diffusée à partir des études de Charles Murray et William Bratton, prônant une répression inflexible de la petite criminalité.

### 4. La naissance d'une nouvelle clinique : états limites à expression psychopathique ou clinique de l'agir

Toutes les études internationales soulignent l'importance dans les établissements pénitentiaires des détenus présentant des personnalités pathologiques, personnalités antisociales pour le DSM-IV, personnalités limites à expression psychopathique ou psychopathologies de carence s'exprimant essentiellement par le passage à l'acte. Depuis Lagache, Flavigny, Hochmann ou Bailly-Salin, de nombreux auteurs travaillant en détention ont approché ces psychopathologies. L'évolution de ces dernières années est marquée par l'extension des travaux cliniques aux troubles limites de la personnalité et à la psychopathie. Au-delà des pathologies psychia-

triques « classiques », des psychoses aux troubles de l'humeur, s'esquisse une clinique du passage à l'acte ou mieux encore une clinique de l'agir, comme le souligne André Ciavaldini dans cette session. Cette extension du champ clinique et thérapeutique de la psychiatrie est constatée dans tous les pays industrialisés de l'Europe aux pays anglo-saxons.

En France, partant des apports de la psychanalyse dans la psychopathologie de l'adolescent, Claude Balier, longtemps médecin-chef du SMPR de Varcès près de Grenoble, a fait le pari d'une possible approche psychanalytique : « Il ne fait pas de doute que notre population est composée de sujets associant une suffisante notion de la réalité à des troubles graves du narcissisme responsables de l'absence de maîtrise pulsionnelle [...] il faut se tourner alors vers les psychanalystes d'enfants et vers ceux qui se sont occupés des perturbations de l'adolescent pour une analyse métapsychologique du psychopathe. » Il propose dans « Psychanalyse des comportements violents » [1] une clinique du passage à l'acte qu'il entrevoit dans sa fonction de « sauvetage du narcissisme défaillant ». Il démontre l'importance de l'effet contenant de la prison qui représente la loi et contribue à établir le pare-excitation. Pour ces prises en charge de personnalités pathologiques, les soignants ont appris l'importance du travail en équipe et de la supervision. Dans cette approche psychothérapique en milieu pénitentiaire, le soignant est bien loin de l'attitude classique de bienveillante neutralité et d'attente de la demande du patient. Il s'agit au contraire d'éveiller cette demande et de l'accompagner dans un travail de mise en mot de la souffrance réactivée par le caractère intolérable de la répétition des passages à l'acte.

Au Canada comme en Belgique, au nom du pragmatisme, les travaux cliniques prennent distance avec la psychanalyse pour une lecture plus comportementale ou éclectique, comme T.H. Pham et G. Coté le proposent par exemple [10]. Aux États-Unis, les psychopathies graves sont explorées par J. Reid Meloy [12] dans une approche structurelle et dynamique ouverte au décloisonnement des approches théoriques. C'est pour la psychiatrie porter son intérêt sur des formes nouvelles de psychopathie, souvent repérées dès l'adolescence, parfois émaillées de décompensations d'allure psychotique mais essentiellement marquées par la violence des troubles du comportement. Ces psychopathologies sont de plus en plus souvent constatées dans les établissements pénitentiaires, et surveillants comme intervenants psychiatriques sont souvent démunis face à des trajectoires de plusieurs semaines marquées par une ascension vers une violence clastique sans limites apparentes, avant qu'une approche relationnelle puisse s'établir pour un travail de mise en mots. La recrudescence des violences auto- et hétéro-agressives dans les établissements pénitentiaires est un constat dans tous les pays européens. Partout se pose pour les psychopathies graves le problème de l'intervention psychiatrique dans la prison et surtout celui des institutions partagées ou intermédiaires entre hôpital psychiatrique et prison. Ainsi, en Angleterre, R.E. Kendell [7] est l'auteur d'un rapport au

Premier ministre où il prend position pour confondre, sur le plan clinique comme sur celui de l'organisation sanitaire, maladies mentales avérées et troubles sévères de la personnalité psychopathiques. Déjà en 1999, le gouvernement de Tony Blair avait proposé de voter une loi visant à la détention indéfinie pour toute personne responsable d'un délit majeur et présentant des troubles sévères de la personnalité. L'Angleterre va donc dans le sens de la recherche de nouvelles structures pour les psychopathies graves, structures à la fois prisons sécuritaires et unités psychiatriques de haute sécurité.

En dehors des psychopathies graves, la clinique évolue dans l'exploration d'autres types de passages à l'acte. Les violences sexuelles sont une des grandes priorités de toutes les sociétés contemporaines. Après des années de silence coupable, nos sociétés longtemps aveugles face aux violences sexuelles notamment intrafamiliales sollicitent la psychiatrie pour prendre en charge non seulement ceux des auteurs d'agressions sexuelles qui présentent des troubles mentaux mais aussi et surtout ceux qui acceptent, éventuellement sous la contrainte de la loi, de faire un travail sur eux-mêmes. La loi du 17 juin 1998 a créé dans ce sens le suivi sociojudiciaire avec obligation de soins [11,18]. Une évolution des mentalités peut être constatée avec la notion de « soins pénalement obligés » tels que les développe X. Lameyre [8]. Cette clinique du passage à l'acte, née de l'expérience des soignants en milieu pénitentiaire, est un apport très riche à la prise en charge ambulatoire des personnes présentant des personnalités pathologiques. Elle s'est élargie à l'accompagnement médico-psychologique des auteurs d'agressions sexuelles, là aussi autour de travaux de Claude Balier [2] ou de Denise Bouchet-Kervella.

## 5. Critiques apportées au dispositif sanitaire et psychiatrique en prison

En dépit d'évolutions notables du dispositif de soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires depuis 1994, des critiques de plus en plus affirmées sont exprimées sur les failles et l'insuffisance des soins apportés au détenu malade mental. On peut les schématiser en plusieurs points :

- la diminution des irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal ;
- l'évolution paradoxale de l'incidence de l'application de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal, l'atténuation de la responsabilité proposée par l'expert étant parfois à l'origine d'une majoration de la durée des peines de détention ;
- les difficultés pratiques d'application de l'article D 398 du Code de procédure pénal ;
- la saturation des SMPR, limitant trop souvent leur action au seul établissement pénitentiaire de leur implantation et fonctionnant trop à distance des hôpitaux ;
- les difficultés d'accès aux UMD sur-saturés et ayant une période d'attente ne permettant pas de répondre aux situations de crise si fréquentes chez les détenus présentant des

troubles limites de la personnalité ou des décompensations psychotiques ;

- l'absence de suivi spécifique chez les malades ayant fait l'objet d'une irresponsabilité pénale après leur sortie d'hospitalisation d'office ;
- la démographie psychiatrique vidant les secteurs de leurs psychiatres comme de leurs infirmiers psychiatriques.

La diminution des irresponsabilités pénales en application de l'article 122-1 CP, bien que loin des chiffres annoncés par la presse, est une donnée d'analyse importante. Les irresponsabilités atteignaient 0,4 % des dossiers criminels en 1987, 0,5 et 1988, 0,6 en 1989, puis 0,9 % en 1992 avant de diminuer à 0,5 % en 1994, à 0,4 % en 1996 et 0,25 % en 1997. La tendance des experts à responsabiliser le sujet est corrélée à plusieurs éléments :

- la tendance à évaluer, conformément au Code pénal, l'état mental au moment des faits, ce qui tranche avec la pratique des experts psychiatres des années 1960 qui proposaient l'irresponsabilité à chaque fois qu'une pathologie avérée était constatée. Il faut voir là l'incidence de thérapies actives pouvant « stabiliser » nombre de troubles mentaux, notamment pour ce qui concerne les schizophrénies ;
- l'évolution des psychothérapies qui ont comme objectif de responsabiliser le malade dans sa prise en charge, avec le préalable de la demande du patient ;
- pour ce qui concerne les schizophrénies, la persistance de pratiques d'évaluation expertale se limitant à la recherche de signes positifs et productifs de la maladie, tels que l'injonction hallucinatoire, cela alors que nombre de passages à l'acte criminels peuvent être les révélateurs ou les premières manifestations d'une schizophrénie évoluant à bas bruit, se manifestant uniquement par des signes de la lignée déficitaire ou de désorganisation ;
- le fait que la pratique expertale prenne en compte l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique qui est marquée par la désinstitutionnalisation et la limitation des séjours hospitaliers au seul traitement des épisodes féconds de la maladie ;
- la difficulté de trouver une réponse hospitalière appropriée après le non-lieu suivant l'irresponsabilité ;
- le travail sur le passage à l'acte criminel chez un patient irresponsabilisé insuffisamment inscrit dans les pratiques hospitalières.

Depuis plus d'une décennie, et bien avant la rédaction de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal, une tendance est notée allant vers une plus grande sévérité des peines prononcées alors que la responsabilité est proposée comme atténuée par l'expert. L'article 122-1 alinéa 2 prévoit que « la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable : toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Il faut noter que nombre de jurys d'assises prononcent des peines conséquentes quand la responsabilité est considérée comme atténuée,

en retenant l'existence de troubles mentaux constatés par l'expert et donc un risque majoré de récidive à l'issue de la peine, réaction sécuritaire visant à protéger la société. Cette sur-pénalisation des sujets retenus comme ayant une responsabilité atténuée est aussi à rapporter à l'impasse légale actuelle : la juridiction ne peut pas fixer le régime de la peine, notamment dans le domaine d'une prise en charge sanitaire, et rien n'est possible aux soignants en prison pour délivrer des soins appropriés à ces détenus. Un récent rapport du Sénat rappelle que toutes les législations étudiées, sauf la France, donnent au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux [13]. Cette attitude des jurys ainsi que les réticences des magistrats s'explique aussi par l'absence de suivi contractualisé ou d'obligation de soins à la sortie de l'hôpital psychiatrique pour des malades stabilisés ayant commis des infractions graves. Trop souvent se retrouvent devant la justice des malades ayant commis des passages à l'acte graves et sortant de quelques mois d'hospitalisation avant d'échapper à toute prise en charge ambulatoire. Ne faudrait-il pas accepter pour ces malades mentaux délinquants des obligations de soins ambulatoires éventuellement sur le modèle de l'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, puisque les équipes hospitalières savent bien qu'elles ne reviendront pas pour eux aux pratiques asilaires d'antan avec des hospitalisations contraintes illimitées ?

Les difficultés d'application de l'article D 398 CPP permettant de donner des soins à un détenu malade mental sont signalées dans nombre de départements. Elles tiennent bien sûr aux hésitations des préfets à signer les arrêtés d'HO, à la méfiance des équipes hospitalières, mais surtout aux impossibilités d'accueil de ces patients dans les services actuels de psychiatrie, fonctionnant en grande part sur le modèle de l'hospitalisation libre. L'orientation vers une UMD est tout aussi difficile du fait de l'importance de la liste d'attente et des délais de ce fait imposés. Cependant des alliances régionales existent, associant SMPR et UMD, pour faciliter les hospitalisations d'office urgentes. Les mêmes problèmes sont notés pour faire admettre un détenu dans un SMPR. Nombre d'entre eux, du fait de leurs sur-sollicitations, limitent leurs admissions aux détenus de l'établissement pénitentiaire de leur implantation.

Toutes ces interrogations sont souvent évoquées à l'occasion d'affaires criminelles très médiatisées. Elles ne suscitent cependant que peu de débats chez les professionnels de la psychiatrie. Dix ans après la mise en place de la loi du 18 janvier 1994, loi qui était une véritable révolution dans un combat pour la santé mentale, aucun bilan n'est tracé par les ministères responsables, pas plus que par les associations professionnelles. Pas de bilan, pas d'évaluation, quel manque à penser ? Pourtant la prise en charge du malade mental délinquant est bien le domaine d'une réflexion collective décloisonnée associant professionnels de santé, magistrats, pénitentiaires, philosophes et politiques... L'enjeu de ce problème de santé est capital, il s'agit de penser ensemble pour

ne pas céder à la démesure face au passage à l'acte et de penser ensemble le soin dans ses rapports avec la peine dans une société démocratique [9].

## Références

- [1] Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF « Le fil rouge »; 1988.
- [2] Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF « Le fil rouge »; 1996.
- [3] Dauver, et al. Éléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. *Forensic* 2002; 10:15–21.
- [4] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002;359:545–50.
- [5] Foucault M. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard; 1975.
- [6] Gallet, et al. Les psychotiques incarcérés. *Forensic* 2000;2:48–52.
- [7] Kendell RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *British J Psychiatry* 2002;180:100–15.
- [8] Lameyre X. Penser les soins pénalement obligés. Un impératif éthique. In: *Les soins obligés. XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie Les soins obligés XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie Thèmes et commentaires*. Paris: Dalloz; 2002. p. 70–85.
- [9] Lameyre X, Senon JL. Résister à la démesure. Éditorial. *Revue de psychiatrie et psychologie légale. Forensic* 2003;16:1–2.
- [10] Pham TH, Côté G. *Psychopathie : théorie et recherche*. Psychologie, Septentrion. Presses Universitaires; 2000.
- [11] Pradel J, Senon JL. De la prévention et de la répression des infractions sexuels. Commentaires de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998. *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal* 1999;3:208–43.
- [12] Reid Meloy J. *Les psychopathes*. Psychologie vivante. Paris: Frison-Roche; 2000.
- [13] Sénat de la République française. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux. Document de travail du Sénat. Série législation comparée 2004;132:28.
- [14] Senon JL, Lafay N, Papet N, Manzanera C. Prison et psychiatrie : à la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire. *Revue pénitentiaire et de Droit Pénal*. Paris: Cujas; 2000. p. 506–23.
- [15] Senon JL. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. *Ann Med Psychol* 1998;156:161–78.
- [16] Senon JL. *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*. Paris: PUF « Médecine et société »; 1998.
- [17] Senon JL. Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique dans la prison depuis la mise en place de la loi du 18 janvier 1994. *Revue de Sciences Criminelles et de Droit Pénal comparé* 1998;3: 509–21.
- [18] Tyrode Y, Bourcet S, Senon JL, Olié JP. *Suivi socio-judiciaire : loi du 17 juin 1998*. Psychiatrie, EMC. Paris: Elsevier; 2001. 37-901-A-60.