

FORMATION CONTINUE

**Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire :
organisation, moyens, psychopathologies et réponses
thérapeutiques****Consultation–liaison psychiatry in jails: procedures, modes and
therapeutic strategies**C. Manzanera ^a, J.-L. Senon ^{b,*}^a Hôpital Camille-Claudel, 16000 Angoulême, France^b Service hospitalo-universitaire de psychiatrie et psychologie médicale, université et hôpitaux, La Milettrie, BP 587, 86021 Poitiers, France

Disponible sur internet le 20 août 2004

Résumé

L'essor de la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral est récent. Il correspond à la mise en place, depuis la loi du 18 janvier 1994, d'interventions d'équipes de secteurs de psychiatrie dans les établissements pénitentiaires afin de compléter l'action des Services Médico-Psychologiques Régionaux implantés au nombre de deux ou trois par région. La pratique de la psychiatrie en milieu carcéral doit tenir compte d'une clinique particulière où domine le passage à l'acte et d'un lieu particulier fait de privation. Le modèle de la psychiatrie de liaison tel qu'il a été développé en soins généraux est tout à fait approprié à ces conditions de travail. Elle permet non seulement une réécriture nécessaire de la clinique psychiatrique, mais aussi une prise en compte des difficultés propres à ce milieu de travail (surveillance, isolement, risque de clivage...). Enfin, une adaptation de la prise en charge thérapeutique est nécessaire non seulement en fonction des pathologies présentes, mais aussi en fonction du cadre et de la durée limitée des prises en charge. Le rôle de l'entretien d'accueil est primordial à ce niveau.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The rise of the psychiatry practice in prison is recent. It corresponds to the setting places, since the law of January 18, 1994, of interventions by teams of sector psychiatry in the penal establishments, to supplement the action of the SMPR established two or three per region. The practice of psychiatry in prison must take account of a particular private clinic where acting out and psychopathology of deprivation dominates. The model of the consultation–liaison psychiatry such as it was developed in general care is completely appropriate to these working conditions. It allows not only one rewriting necessary of the psychiatric private clinic, but also a taking into account of the specific difficulties to this work environment (monitoring, insulation, risk of cleavage...). Lastly, an adaptation of the therapeutic assumption of responsibility is necessary not only according to pathologies present, but also according to the framework and to the limited duration of the assumptions of responsibility. The role of the maintenance of reception is of primary importance on this level.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Délinquants malades mentaux ; Prison ; Psychiatrie ; Secteur ; SMPR ; UMD**Keywords**: Consultation–liaison psychiatry in jails; Prison; Prisoners presenting mental disorders; Psychiatry; SMPR; UMD

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

* Auteur correspondant

L'entrée de la psychiatrie dans le monde à part de la carceralité s'est faite progressivement, parallèlement à l'évolution des préjugés concernant le malade mental. Le réel essor de la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral est récent. Il correspond au fait que la santé dans la prison a été confiée aux hôpitaux par la loi du 18 janvier 1994. À l'image du psychiatre en soins généraux, l'intervention des équipes psychiatriques en milieu carcéral peut se concevoir selon le modèle de la psychiatrie de liaison. En effet, les missions de ces équipes ne se limitent pas à un simple rôle de consultation. Une part non négligeable de leurs interventions s'oriente vers la prévention, l'éducation et la relation dans un lieu autre que l'hôpital psychiatrique, c'est pourquoi nous proposons le concept de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire [40].

Les pathologies rencontrées ainsi que leur prise en charge imposent aux intervenants psychiatriques une réelle réécriture de la clinique et une adaptation de leurs interventions.

I. ASPECTS HISTORIQUES

Dès le Moyen Âge, les malades mentaux faisaient l'objet d'actes thérapeutiques et de soins, le plus souvent à domicile, mais aussi parfois dans des structures religieuses [42]. Ainsi, on retrouve dans les statuts de l'hôpital du Saint-Esprit de Montpellier au XII^e siècle cette recommandation : « S'il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et vous rechercherez l'origine de leur folie pour y apporter remède. Vous les mettez seuls, de peur qu'ils ne se fassent mal les uns aux autres » [39].

Au XVII^e siècle, sur décret royal, Louis XIV crée les hôpitaux généraux à l'occasion du « grand renfermement ». L'Hôpital Général est assimilé à une structure « semi-juridique », destinée à protéger les sujets (la société) des indésirables et des oisifs [18], dont les mendiants, les malades, les fous. Il existe alors une confusion totale entre les « fous » et l'ensemble des criminels.

L'apparition de la loi de 1838, réglementant la structure juridique et institutionnelle des soins, conduit à la création de l'« institution asilaire » et à l'apparition d'une nouvelle discipline, l'aliénisme. La reconnaissance de l'aliénation mentale comme maladie va largement contribuer à l'humanisation de la folie [27,29]. Afin de limiter l'interprétation dichotomique de cette loi, elle est complétée de l'article 64 du premier code pénal de 1810 qui établit l'absence de crime ou de délit chez le sujet qui présente un état de démence au moment des faits. Cependant, les aliénistes constatent que les malades mentaux continuent d'affluer dans les prisons. Baillarger [2] publie en 1844 une note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. Il attire l'attention sur les effets de l'incarcération chez certains détenus et sur ceux qui ne présentaient pas un état de démence avéré au moment des faits mais ne souffraient pas moins de troubles confirmés. Certains, à l'image de Briere de Boismont [12], vont plaider pour la création de maisons spécialisées pour fous criminels au sein des asiles ordinaires.

L'aboutissement de ces réflexions conduit à l'expérience « pénitenciaro-psychiatrique » du « quartier de condamnés aliénés et épileptiques » de Gaillon, ancêtre des Maisons Centrales Sanitaires. En 1906, Gaillon est fermé et ses « condamnés » confiés à l'asile d'aliénés de Villejuif qui créera quelques années plus tard une unité pour malades difficiles.

En Belgique, au début du XX^e siècle, le souci de protection de l'ordre social conduit en 1930 à la promulgation de la loi de défense sociale qui admet le principe d'enfermement de durée indéterminée pour le délinquant malade mental, se rapprochant des conceptions du XVII^e siècle en France.

En France, suite au décret du 31 mars 1936, des services d'« examens psychiatriques » ou Centres d'Orientation Régionaux (CRO) apparaissent à Fresnes, à La Santé et à La Petite Roquette. Ces services se heurtent aux résistances de l'Administration pénitentiaire qui accusent le psychiatre de « fabriquer le fou » et de « susciter la simulation ».

Après la Seconde Guerre mondiale, en mai 1945, P. Armor [1], directeur général de l'Administration pénitentiaire, soutient une réforme visant à la création d'annexes psychiatriques dans chaque établissement pénitentiaire (24 prévues initialement).

Avec l'arrivée du nouveau code de Procédure pénale de 1958, quatre articles vont définir la notion de services psychiatriques en milieu carcéral, les articles D 395 à D 398 :

- article D 395 : des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt ;
- article D 396 : les détenus peuvent, sur leur consentement écrit et après l'avis conforme du médecin, être soumis à une cure de désintoxication alcoolique avant leur libération ;
- article D 397 : des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans lesdits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique ;
- article D 398 : prévoit que « les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur la proposition du médecin de la prison et conformément à la législation générale en la matière, il appartient au préfet de faire procéder à leur internement. Cet internement doit être effectué d'urgence s'il s'agit d'individus dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui... ».

P. Hivert [25] sera à l'origine de la création du premier Centre Médico-Psychologique Régional (CMPR) expérimental de la Santé, rapidement suivi par la mise en place d'une structure identique à Saint-Paul à Lyon. J. Mérot créera le premier secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Fleury-Mérogis. L'article D 397 y trouve l'une de ses premières applications. Dans le prolongement de ces expériences, la circulaire parue le 30 juillet 1967 officialise la création des

CMPR, mais situe le personnel médical sous l'autorité du chef de l'établissement pénitentiaire.

J. Fortineau [19] résume les interrogations des psychiatres des hôpitaux : « S'il existe une pathologie de l'incarcération, est-il du ressort des psychiatres des hôpitaux de l'assumer ? La tâche des psychiatres des hôpitaux serait-elle d'adapter le prisonnier à la prison ? La création de la psychiatrie carcérale est-elle une façon d'entériner la pénurie de crédits pour la santé mentale ? Cette psychiatrie spéciale à laquelle nous sommes conviés à coopérer sous le regard d'une presse qui a tendance à ne voir en nous que des gardiens de l'ordre, des flics, ne risque-t-elle pas de ternir notre image. [...] Les psychiatres des hôpitaux qui ont mis plus de 120 ans à sortir de leurs asiles vont-ils aller maintenant en prison ? »

La circulaire interministérielle justice-santé du 28 mars 1977 prévoit la mise en place de 17 CMPR sur le modèle du secteur psychiatrique avec un budget issu de l'hygiène Mentale du département. Finalement, en remplacement des CMPR, le décret du 14 mars 1986 définit les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) qui deviennent le troisième type de secteur de psychiatrie après le secteur de psychiatrie générale et celui de psychiatrie infanto-juvénile.

Le rapport Chodorge, établi par le Haut Comité de la Santé Publique, constate en 1992 que l'Administration pénitentiaire n'a pas les moyens de mener une politique de santé adaptée dans la prison où s'accumulent les pathologies de la précarité sociale : HIV, hépatite, tuberculose... mais aussi pathologies psychiatriques. Il propose de confier au ministère de la Santé la réalisation des soins de toute nature dans les établissements pénitentiaires et de donner au détenu le bénéfice de l'assurance maladie. Il établit les bases de la loi de 1994 [40].

La loi du 18 janvier 1994 a été une révolution pour la santé en prison. Elle prévoit que chaque établissement pénitentiaire établit un protocole avec l'hôpital de rattachement géographique organisant les UCSA (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires) pour la médecine et mettant en place, pour la psychiatrie, l'intervention du secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile. Elle innove en étendant dès leur écrou le bénéfice de la protection sociale à l'ensemble des détenus affiliés aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale.

La circulaire du 8 décembre 1994 établit les exigences spécifiques du milieu carcéral que les professionnels de santé doivent respecter :

- prendre en compte la spécificité du lieu et les contraintes liées à l'organisation de la vie en détention ;
- élaborer un projet thérapeutique prenant en considération les aléas de la durée d'incarcération ;
- travailler dans la perspective de passer le relais à une autre équipe de soins ;
- délimiter les champs d'intervention respectifs du soin et de l'exécution de la peine.

Cette même circulaire justifie l'intervention psychiatrique de façon précise :

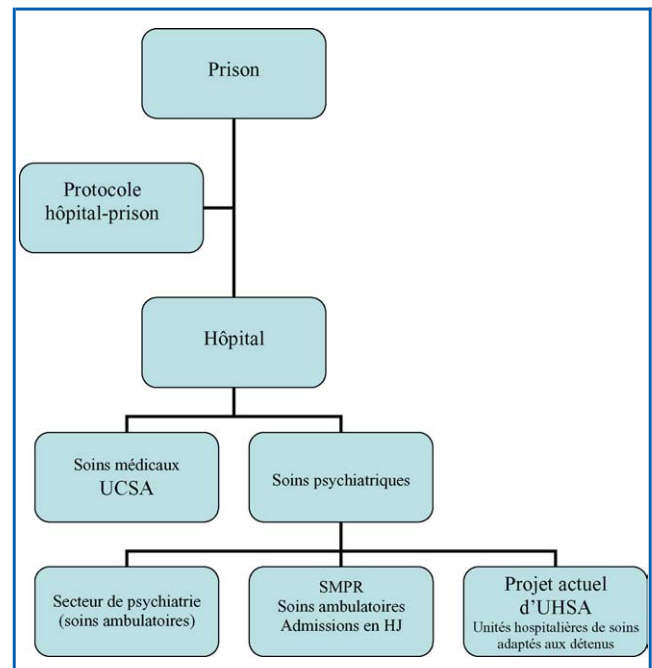


Fig. 1. Protocoles prison-hôpital : soins somatiques et psychiatriques

- importance dans la population pénale de pathologies mentales chroniques préexistantes à la détention ;
- aggravation de ces pathologies du fait des contraintes liées aux conditions de la vie carcérale ;
- forte incidence des troubles mentaux réactionnels à l'incarcération, fréquence des conduites addictives et des conduites suicidaires ;
- augmentation du nombre des personnes présentant des troubles psychiatriques placés sous détention du fait du moindre recours aux articles 122-1 et 122-2 du Code pénal.

2. LES MOYENS ACTUELS

Depuis la loi du 8 décembre 1994, tout établissement pénitentiaire a signé avec l'hôpital de proximité un protocole mettant en place soins médicaux et psychiatriques (Fig. 1). Toute prison doit donc être dotée d'une intervention psychiatrique : les maisons d'arrêt qui dans chaque département accueillent les prévenus avant le jugement ou les condamnés en attente de transfert, comme les établissements pour peines qui reçoivent les condamnés, Centres de détention ou Maisons centrales. Cette intervention psychiatrique est assurée par le secteur de psychiatrie de l'hôpital de rattachement ou par le SMPR s'il est implanté sur l'établissement pénitentiaire.

2.1. L'intervention des secteurs de psychiatrie dans chaque établissement pénitentiaire

La loi du 18 janvier 1994 redéfinit les relations Santé-Prison en précisant que tous les soins dispensés en prison (physiques et mentaux) dépendent d'une tutelle sanitaire.

Un guide méthodologique est annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 afin de spécifier les rôles spécifiques des SMPR et des secteurs de psychiatrie : « Conformément à l'article 9 de l'arrêté du 14 décembre 1986, dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR ou d'une antenne de SMPR, les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont dispensés par les secteurs de psychiatrie générale. À l'égard des mineurs et jeunes majeurs détenus, l'intervention est assurée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il en va de même pour l'accompagnement psychologique des très jeunes enfants demeurant auprès de leur mère détenue. La coordination régionale de l'ensemble de ces prestations est assurée par le psychiatre, chef de service, responsable du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. »

Dès lors, toutes les prisons doivent permettre une consultation psychiatrique et avoir éludé toutes les difficultés inhérentes à l'hospitalisation de détenus dans les hôpitaux psychiatriques de rattachement. Lorsqu'il n'existe pas de SMPR au sein de la structure carcérale, le secteur de psychiatrie générale où est implanté l'établissement pénitentiaire doit assurer les prestations psychiatriques. Si des soins psychiatriques plus particuliers sont nécessaires, le psychiatre peut demander le transfert du détenu vers un SMPR.

Le secteur de psychiatrie générale a une mission de santé publique dans les structures de détention de son ressort. Dans la prison, son action a la même philosophie de santé publique que sa mission générale : intervenir au plus près des populations en difficulté, faire un travail de prévention, établir un réseau multipartenarial dans l'intérêt du patient, donner des soins ambulatoires et si besoin au décours d'une hospitalisation, établir les relais de prise en charge. La mission de santé mentale des secteurs de psychiatrie dans la prison a ainsi plusieurs volets :

- entretien d'accueil des entrants et se focalisant initialement sur les populations à risque ;
- dépistage des troubles mentaux avérés des entrants ;
- prévention du suicide ;
- prise en charge des détenus présentant des troubles addictifs : toxicomanies, alcoolisme, pharmacodépendances... ;
- orientation vers les SMPR des détenus relevant de soins psychiatriques soutenus et y consentant ;
- hospitalisation en vertu de l'article D 398 du Code de procédure pénale des détenus présentant une pathologie psychiatrique avérée et ne consentant pas aux soins ;
- orientation vers l'Unité de Malades Difficiles (UMD) des détenus relevant de l'application de l'article D 398 CPP et présentant un état de dangerosité non compatible avec l'hospitalisation sur le secteur de rattachement ;
- préparation de la sortie des détenus ayant été suivis et pour lesquels des soins ambulatoires et/ou hospitaliers sont indispensables à la sortie.

Le travail du secteur de psychiatrie intervenant dans la prison est réalisé par une équipe multidisciplinaire : psychiatre, psychologues et infirmiers psychiatriques. Depuis la loi

de 1994, quelques moyens supplémentaires ont été attribués à quelques secteurs intervenant en prison, mais la situation critique de la psychiatrie publique dans certaines régions défavorisées de notre pays, du fait de problèmes de démographie médicale comme paramédicale, rend difficile le maintien d'une présence soignante satisfaisante. La fermeture de certains secteurs ou leur regroupement, faute de moyens, font que l'intervention dans certains établissements pénitentiaires, situés parfois loin des métropoles, est devenue très aléatoire.

2.2. Les SMPR

Les Centres Médico-Psychologiques Régionaux deviennent des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) après le décret du 14 mars 1986. Une circulaire parue le 5 décembre 1988, complétée par celle du 5 décembre 1994, définit le fonctionnement des SMPR et l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ils sont actuellement une trentaine en France, rattachés à des établissements hospitaliers, dont trois en département d'Outre-Mer. Ils sont pour la plupart dotés de « lits » dans une unité spécifique de la détention avec un fonctionnement d'hôpitaux de jour. Un SMPR a mis en place un fonctionnement en hôpital à temps complet et un petit nombre assure une astreinte médicale de garde. L'admission au SMPR est prononcée par le directeur de l'hôpital (comme pour toute admission hospitalière) sur proposition d'un praticien hospitalier du SMPR. Leur personnel est constitué d'une équipe pluridisciplinaire associant psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux et secrétaires médicales. Cette équipe est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, chef de service, nommé par le ministère de la Santé, après agrément de l'Administration pénitentiaire.

Les missions des SMPR telles qu'elles sont définies par l'arrêté du 14 décembre 1986 sont au nombre de quatre :

- dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et mise en œuvre des traitements psychiatriques ;
- suivi psychiatrique et psychologique de la population postpénale ;
- lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;
- coordination des soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires qui leur sont rattachés.

Le rapport Massé de 1992 [37] précise trois points fondamentaux dans le fonctionnement des SMPR : indépendance vis-à-vis de l'Administration pénitentiaire, intégration au secteur psychiatrique, libre consentement du détenu aux soins évitant toute confusion avec les Unités pour Malades Difficiles.

Certains SMPR proposent des prises en charges particulières, comme des antennes d'alcoologie (Varces, Rouen...) ou de toxicomanies, des lieux de consultation « extrapénitentiaires » ayant le statut de CMP, ou pour l'un d'entre eux, des lits d'hospitalisation pour femmes détenues.

Que cela soit dans le cadre de l'intervention de l'équipe de SMPR comme de celle de psychiatrie de secteur, les travaux de ces dernières années soulignent la mission pri-

mordiale de repérage précoce des troubles mentaux par le psychiatre et son équipe. Cette priorité est en particulier établie pour certaines populations : mineurs, détenus âgés, comportements suicidaires ou addictifs, et surtout pour les auteurs de crimes sexuels. Ainsi, la loi du 1^{er} février 1995 prévoit une évaluation systématique précoce des troubles mentaux chez les criminels sexuels et les « meurtres d'une gravité particulière ».

L'article R. 50-34 du CPP précise que les sujets s'étant rendus responsables d'une infraction de nature sexuelle (ces infractions sont visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 CP), d'un meurtre ou d'un assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, sont signalés au psychiatre intervenant en milieu pénitentiaire (psychiatre du SMPR ou psychiatre du secteur de psychiatrie générale) par le chef d'établissement qui met en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel [42].

Enfin, nous pouvons citer l'article R. 50-35 qui, tel qu'il est rédigé dans ce même décret, précise qu'avant leur libération, les personnes mentionnées à l'article R. 50-33 (infractions de nature sexuelle, meurtre ou assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de torture ou de barbarie) font l'objet d'un examen psychiatrique en vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge post-pénale adaptée [47].

3. PSYCHIATRIE DE LIAISON EN MILIEU CARCÉRAL

Travailler dans la prison présente pour des équipes de secteur psychiatrique bien des difficultés : travailler chez l'autre, dans un milieu clos où la loi est omniprésente et où la réclusion est à l'origine d'une restriction communicationnelle pouvant susciter bien des psychopathologies, surtout si l'on prend en compte les spécificités des populations détenues et leur fréquente précarisation. Le travail dans la prison impose par ailleurs une vigilance éthique et une réflexion déontologique toujours renouvelée. Il est fondamental, pour permettre la survie des équipes soignantes, d'avoir un cadre, et celui de la psychiatrie de liaison, psychiatrie de l'exercice dans les services somatiques de l'hôpital général, est précieux pour aider à penser l'activité de soins comme la souffrance des détenus et des soignants dans un lieu où le passage à l'acte est la règle. Dans ce chapitre, nous proposons d'appliquer le modèle de la psychiatrie de liaison, telle qu'elle se pratique en milieu médicochirurgical, à la psychiatrie réalisée en milieu carcéral. En effet, la mise en place d'une intervention psychiatrique dans un milieu extérieur (le milieu pénitentiaire) nécessite une double adaptation : adaptation au milieu lui-même (milieu clos avec ses règles et ses contraintes, obligation de collaboration avec un personnel non-médical, le personnel pénitentiaire, importance de prise en compte du rappel de la loi telle qu'elle est exprimée par le

jugement...), adaptation à une expression particulière de la clinique psychiatrique du fait du milieu comme des spécificités de la population et de sa fréquente précarisation. Réécrire une clinique psychiatrique adaptée au milieu d'exercice constitue l'un des premiers enjeux de la psychiatrie en milieu carcéral.

3.1. Troubles mentaux et carcéralité

Les troubles mentaux retrouvés en milieu carcéral sont dénoncés dans tous les pays industrialisés comme étant en constante augmentation sans que cela ne soit réellement propre à notre pays, mais beaucoup plus à relier à un ensemble de facteurs : une désinstitutionnalisation psychiatrique, une crise de l'hébergement social et plus récemment l'importation d'un modèle judiciaire de « tolérance zéro » se développant en Europe, après les États-Unis.

Suicide, automutilations ou agressivité stigmatisent une clinique particulière, une clinique de l'agir, clinique retrouvée dans le passage à l'acte criminel. Ces modes d'expression sont souvent le fait de personnalités pathologiques ou de troubles psychiatriques sous-jacents que l'équipe psychiatrique devra identifier, comme de l'influence du milieu qui peut aussi les sécréter.

3.2. Passages à l'acte en détention

Le moment de l'incarcération est un temps crucial de la vie du détenu. Rupture avec le milieu de vie, perte des repères spatiotemporels et affectifs, perte de l'autonomie ; l'incarcération est particulièrement favorable aux manifestations anxieuses et aux troubles du comportement souvent marqués par des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. S. Baron-Laforêt [6] individualise quatre temps particulièrement propices à ces manifestations : au cours de la garde à vue, au moment de l'écrou, les premiers jours de l'incarcération, moment de l'adaptation au milieu carcéral, lors du jugement, et à l'approche ou au moment de la sortie.

Ces passages à l'acte en détention sont chaque année soigneusement répertoriés dans le rapport annuel de l'Administration pénitentiaire comme incidents et accidents individuels et collectifs.

3.2.1. Suicides et tentatives de suicide

Il s'agit d'un problème majeur en détention, et notre pays a bien du retard dans l'organisation d'une politique efficace de prévention. Un rapport de Jean-Louis Terra au garde des Sceaux, ministre de la Justice, vient d'être publié à ce sujet [46].

Le taux de mortalité par suicide en prison est près de six fois supérieur à celui rencontré en population générale (140 pour 100 000 contre 22 pour 100 000 en 1998 [7]). Le rapport « Incidents collectifs et individuels en détention » de l'Administration pénitentiaire de 1997 montre que ce chiffre est en constante augmentation (60 en 1982 contre 125 en 1997). Si l'on rapporte ce chiffre à la population carcérale générale, on retrouve un taux de 0,19 % en 1993 contre

0,22 % en 1997. En 2001, pour 67 308 entrants, J.-L. Terra dénombre 104 suicides, soit un taux de 1,54 pour mille ; en 2002, il constate 122 suicides, soit un taux de 1,49 pour mille entrants. Il note judicieusement qu'il faut constater que parallèlement le pourcentage de prévenus a augmenté, en passant de 33,7 % en 2001 à 37,6 % en 2003 [46].

Les moyens privilégiés pour se suicider en prison restent la pendaison ou la strangulation (96/125 en 1997, 92 % des décès en 2001 et 2002), bien que le suicide par absorption médicamenteuse (13/125 en 1997) soit en augmentation relative. Plusieurs raisons à cela [40] : la disparition de la « fiole » depuis 1995, la responsabilisation partielle du détenu dans la gestion de son traitement, des prescriptions inadéquates au milieu de la détention. Les prescripteurs ont manifestement modifié leurs comportements puisque les intoxications médicamenteuses sont divisées par deux entre 1998–1999 et 2000–2001.

J.-L. Terra prend en compte la pratique très ancienne des pénitentiaires de « doubler » les détenus préoccupants. Il rapporte, en s'appuyant sur la population décédée en 2001 et 2002, soit 226 suicides pour ces deux années, que la moitié des personnes décédées occupaient seules leur cellule et que la moitié des « doublées » ont profité de l'absence du codétenu pour passer à l'acte. Il souligne que 24 suicides ont été enregistrés au quartier disciplinaire, soit 11 % des suicides. La durée de la sanction disciplinaire est un facteur précipitant [46].

Concernant les tentatives de suicide, une très nette augmentation est là aussi constatée ces dernières années (1022 tentatives en 1997, contre 827 en 1996 et 537 en 1997), les tentatives de suicide par absorption médicamenteuse se situant en deuxième position derrière les tentatives par pendaison ou strangulation.

M. Cipriani-Crauste [13] évoque l'« état de mal suicidaire » chez l'individu « autoagressant ». Il peut s'exprimer par un acte isolé lors d'un raptus anxieux ou par une répétition de conduites corporelles variées, et caractérise des détenus au champ de la communication perturbée.

N. Bourgoïn [11] propose, au terme d'un travail d'observation de plus de dix ans, d'individualiser un profil des suicidés en milieu pénal : c'est un adulte jeune, célibataire et sans enfant, primaire (première incarcération), sans emploi. Le mode de passage à l'acte le plus fréquent est la pendaison.

M. Bénézech [9] individualise quatre groupes de facteurs « suicidogènes » :

- les conditions de vie en prison : choc de l'incarcération, perte des repères habituels, perte de l'autonomie, la promiscuité... ;
- les particularités des populations carcérales : majoritairement masculine, jeune (deux tiers des détenus ont moins de 30 ans), personnalités fragiles ou limites (états limites, toxicomanes...);
- le fonctionnement de la justice pénale qui ne favorise pas le dépistage des difficultés psychologiques (difficultés procédurales, gravité des décisions judiciaires, etc.) ;

- La « mutation culturelle » de la prison par exemple : relâchement de la discipline, perte des repères institutionnels, etc.

3.2.2. Automutilations

Favorisées par l'absence de verbalisation, elles sont souvent l'apanage de certains profils psychologiques (troubles limites de la personnalité, personnalités narcissiques, jeunes détenus...). Elles sont en léger recul depuis 1997 (1337 actes en 1997 contre 1763 en 1996 et 1703 en 1994). L'automutilation, favorisée par l'absence de verbalisation, permet d'obtenir une décharge brutale de la tension interne.

3.2.3. Grèves de la faim

En 1997, elles représentaient 957 détenus contre 886 en 1996 et 1002 en 1994. Plus de 13 % de ces grèves sont supérieures à un mois, et 27 % sont supérieures à 20 jours.

D'après M. Gayda [21], il s'agit principalement d'un mode de protestation ou de pression sur les différentes autorités (judiciaires, pénitentiaires ou politiques).

Leur taux est en diminution constante depuis 1985 (380 cas pour 10 000 détenus en 1985 contre 144 cas pour 10 000 détenus en 1995 d'après A. Kensey [26]).

A. Tatossian, D. Glezer et G. Casile [45] mettent en garde contre les enjeux créés par cette situation où le tiers soignant risque d'être utilisé comme instrument dans la situation conflictuelle par le gréviste ou par « le partenaire-cible ».

3.2.4. Agressions envers le personnel

Elles constituent un point délicat dans les relations entre l'équipe psychiatrique et l'équipe pénitentiaire dans la mesure où toute agression ne nécessite pas forcément un transfert en psychiatrie (incompréhension de l'équipe pénitentiaire). Elles restent en constante augmentation.

3.3. Les pathologies mentales sous-jacentes

Des troubles de la personnalité ou des troubles psychiatriques avérés sont souvent à l'origine de ces passages à l'acte. Les identifier sera l'une des principales missions des équipes psychiatriques.

Assez peu d'études ont été publiées sur l'épidémiologie des pathologies psychiatriques dans les établissements pénitentiaires. Une remarquable méta-analyse a été publiée en 2002 dans *le Lancet* par S. Fazel et J. Danesh [17]. Nous reprenons en synthèse dans le **Tableau I** quelques données de la littérature internationale en comparaison avec quelques travaux français publiés [44]. Une étude pilote est en cours dans les établissements pénitentiaires français.

3.4. Personnalités pathologiques

Les personnalités limites à expression psychopathique représentent de 10 à 60 % de la population pénale selon les établissements. Elles seraient incriminées dans plus de 80 % des tentatives de suicide ou d'automutilation, et dans plus de 60 % des incidents graves survenant en prison.

Tableau I

Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (% population pénale) [16,17,44]

Pathologies psychiatriques	Études internationales						
	Méta-analyse Fazel Danesh	Roesch (Hommes prévenus)	Teplin (Prévenus)	Motiuk (Hommes Condamnés)	Gravier 1999	Dauver	Études françaises Gallet et al
Psychoses chroniques	4	5	4	3	2,15	4,75	3,5 (MA) 4,6 (CD)
Dépression	12	10	14	/	3,5	/	/
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	15,5	/

Bergeret définit la clinique de ces personnalités selon la prédominance de quatre séries de symptômes [10] :

- l'angoisse permanente de vide, fluctuante ;
- le syndrome dépressif : traduisant le « vide existentiel » du sujet. Il apparaît pour J. Bergeret comme l'élément fondamental de ce mode d'organisation de la personnalité ;
- les symptômes névrotiques : multiples et fluctuants ;
- l'instabilité et l'impulsivité : avec facilité du passage à l'acte, conduites sexuelles déviantes, abus toxicomaniaques...

Kernberg [27] les assimile à une organisation déterminée et fixe de la personnalité, caractérisée par des mécanismes de défense prégénitaux contre l'angoisse, de type psychotique. Leurs mécanismes de défense sont caractérisés par le clivage, l'idéalisation primitive, l'identification projective et le déni.

Ils présentent une biographie mouvementée, marquée par des carences affectives précoces, des antécédents de violences physiques et/ou sexuelles, d'abandons, une instabilité et des lacunes dans les relations mère-enfant, ponctuée de ruptures et de fusions. Le père est résolument absent ou inexistant sur le plan symbolique [28].

Au SMPR de Varcès, Claude Balier a fait le pari d'une approche psychanalytique des comportements violents. Concernant le passage à l'acte, C. Balier [4,5] précise qu'« il convient de l'apprécier dans sa fonction de sauvetage d'un narcissisme défaillant ». Le travail proposé à ces patients a pour but le rétablissement de la continuité narcissique permettant de canaliser des mouvements internes violents. Il s'agit d'accompagner une lente élaboration qui prend source dans la confrontation entre la souffrance du détenu, le cadre carcéral et le psychiatre. Enfin, il souligne la nécessité d'un système de pare-excitation avant d'entamer tout travail de thérapie avec ces sujets... La difficulté de ce travail d'accompagnement et de mise en mots reste d'éviter la reproduction de l'alternance fusion/rupture en travaillant sur la relation soignants-soignés et sur la fonction contenante du cadre.

3.4.1. Troubles dépressifs

Particulièrement fréquents en milieu carcéral, ils présentent deux formes : des troubles réactionnels principalement, notamment lors du temps de la détention préventive ; des dépressions de type abandonnique lors de la détention.

Loin de la description classique de l'Épisode Dépressif Majeur des classifications, la symptomatologie dépressive est ici particulière. L'inhibition psychomotrice est souvent modérée voire absente, l'humeur semble adaptée aux conditions de vie du sujet, la culpabilité est rarement exprimée directement. Ces dépressions réactionnelles peuvent précipiter un passage à l'acte suicidaire lorsque le détenu « réalise » la gravité et les conséquences de son acte criminel ou lors de sevrages brutaux (alcool ou toxiques).

La perte de repères favorisée par la détention peut favoriser l'apparition de véritables syndromes régressifs, notamment pour les personnalités de type névrotique.

Les premiers temps de l'incarcération (maison d'arrêt), une instruction qui se prolonge, les mois qui précèdent la libération pour les longues peines sont les moments les plus favorables à ces décompensations dépressives qu'il faut savoir reconnaître et prendre en charge, la prise en charge relationnelle et psychothérapique étant essentielle pour éviter le repli et l'abandon souvent retrouvés avant les tentatives de suicide.

3.4.2. Troubles psychotiques

Selon l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP), la population de psychotiques incarcérés est comprise entre 3 et 5 % [20] ; souvent l'incarcération est un révélateur des troubles schizophréniques. Le passage à l'acte criminel est alors le révélateur de la psychose schizophrénique dont les signes productifs se révéleront quelques mois ou années plus tard ; c'est dire l'intérêt de rechercher les signes négatifs et de désorganisation de la schizophrénie devant tout passage criminel tranchant avec le fonctionnement habituel du sujet [36]. Si toutes les formes de schizophrénies peuvent se rencontrer, les incarcérations sont souvent en relation avec des thèmes de persécution. Dans d'autres cas la prison concentre les formes déficitaires et on y rencontre encore des formes catatoniques historiques.

Certains auteurs regroupent sous le terme de « psychoses carcérales » des troubles psychotiques survenant à deux périodes particulières de la détention : lors des premiers jours de l'incarcération chez le prévenu primaire, et au moment du transfert dans un établissement pour peine. Ils s'apparentent à des troubles adaptatifs sur personnalités fragiles et peuvent s'accompagner d'auto ou d'hétéroagressivité.

D'après E. Gallet *et al.* [20], la prévalence des psychotiques en milieu carcéral équivaut à deux ou trois fois celle de la population générale. Par ailleurs, les malades mentaux accessibles à une sanction pénale (article 122-1 alinéa 2 du code pénal) bénéficient le plus souvent d'une augmentation de celle-ci jusqu'au maximum prévu par la loi. De même, le recours à l'article 122-1 alinéas 1 (irresponsabilité pénale), lors des expertises, s'est effondré en dix ans, passant de 0,45 à 0,27 % des affaires criminelles de 1987 à 1997.

3.4.3. Troubles anxieux et troubles du sommeil

Au premier rang en fréquence, ils témoignent des difficultés d'adaptation à l'univers carcéral. Ils existent également chez ceux qui recherchent, au travers de leur prise en charge, un moyen d'obtenir des psychotropes (« défonce », trafic...). Ces troubles conduisent parfois à de véritables attaques de panique avec risque de raptus anxieux ou de passages à l'acte autoagressifs. Les facteurs favorisants sont à nouveau : la rupture avec le milieu extérieur, la perte des repères spatio-temporels et affectifs, la violation de l'intimité, la perte d'autonomie, la promiscuité, etc.

3.4.4. Conduites addictives

En moyenne, un entrant sur trois a des problèmes avec l'alcool (enquête nationale de prévalence réalisée en 1994–1995) et environ 10 % ont des problèmes de toxicomanie. Ce chiffre serait en constante augmentation. En l'espace de dix ans, les condamnations pour infraction à la législation des stupéfiants ont augmenté de près de 60 %.

C. de Beaurepaire *et al.* [8] retrouvent chez les détenus hospitalisés à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes les chiffres suivants : 80 % d'alcooliques purs au-dessus de 40 ans, 48 % de consommateurs exclusifs de stupéfiants et 22 % d'alcooliques purs entre 20 et 30 ans. Parmi les troubles psychiatriques présentés par cette population, on retrouve plus de 25 % de symptômes dépressifs, 25 % de symptômes anxio-dépressifs réactionnels. La fréquence des actes autoagressifs chez les détenus addictifs hospitalisés est élevée puisque 57 % d'entre eux ont réalisé des tentatives de suicide et 25 % des automutilations.

La prise en charge de ces détenus pose deux types de problèmes. Les malades alcooliques posent le problème d'une prise en charge le plus souvent pluripartenariale (psychiatrique, médicale, socioéducative) rarement possible, et les toxicomanes posent la question des traitements substitutifs et psychotropes en prison.

3.5. L'orientation du détenu malade mental

L'orientation vers des soins appropriés du détenu malade mental est une des missions essentielles des équipes de psychiatrie de secteur intervenant dans la prison comme des SMPR. Pour cette orientation, il est indispensable de prendre en compte les « verrous régulateurs » entre prison et hôpital psychiatrique pour les détenus malades mentaux qui sont déterminés par le Code pénal et le Code de procédure pénale (Tableau 2) :

Tableau 2

Entre prison et hôpital : les « deux verrous régulateurs » prévus par la loi pour les malades mentaux

Article 122-1 CP

- N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement.
- La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique 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.

Article D 398 CPP

- Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

- le Code Pénal de 1994 dans son article 122-1 ;
- le Code de procédure pénale dans son article D 398.

Cette orientation peut être schématisée de la façon suivante (Fig. 2) :

- s'il s'agit d'un prévenu en attente de son jugement, il convient que le psychiatre intervienne auprès du juge d'instruction pour qu'une expertise psychiatrique soit rapidement diligentée. Trois cas sont alors possibles :
 - l'expert reconnaît une irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal : si le juge d'instruction ne sollicite pas de contre-expertise, un non-lieu est prononcé et le dossier est transmis au préfet qui peut, au vu de l'expertise (et souvent d'un certificat médical réglementaire), signer un arrêté d'hospitalisation d'office réalisé dans le secteur d'appartenance de la personne malade ;
 - l'expert conclut à la responsabilité, auquel cas les soins sont donnés en détention si le détenu est consentant (en ambulatoire ou si l'état le nécessite après admission dans un SMPR) ; si le détenu n'est pas consentant il peut être fait application de l'article D 398 du Code de procédure pénale qui prévoit qu'un détenu malade mental peut être hospitalisé d'office dans le secteur psychiatrique ;
 - si l'expert est en faveur d'une responsabilité atténuée selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal, aucune mesure spécifique ne peut être envisagée et l'on se retrouve dans le cas précédent de la responsabilité totale. Souvent même, la cour d'assises peut prononcer de façon paradoxale des peines plus lourdes, le jury cherchant à protéger la société face à une personne considérée comme responsable mais néanmoins malade mental et donc en risque de récidive ;
- s'il s'agit d'un condamné, aucune nouvelle procédure d'expertise n'est possible. Deux cas sont possibles :
 - si le détenu malade mental est consentant, il fait l'objet, selon son état clinique, soit de soins ambulatoires par

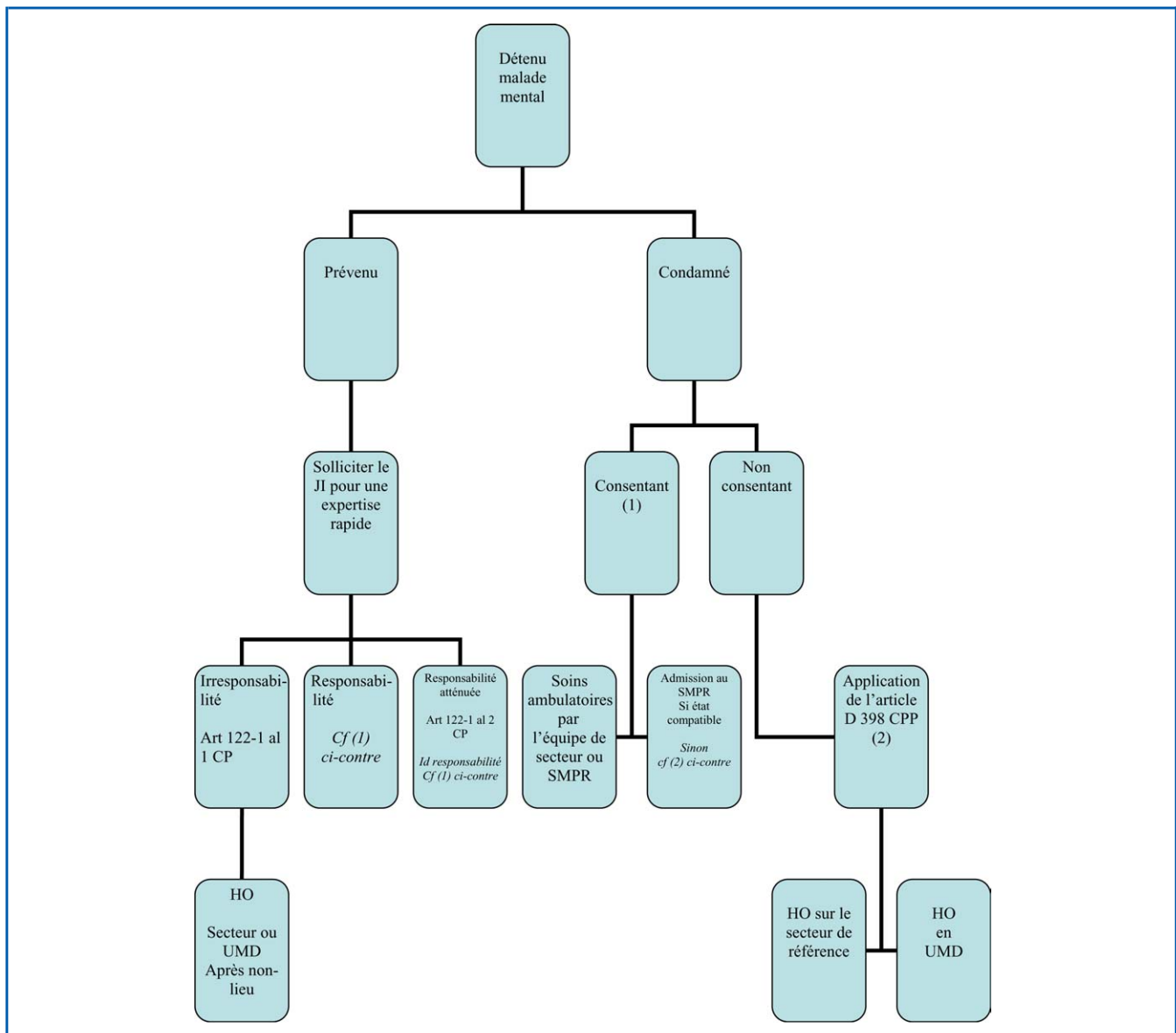


Fig. 2. Orientation du détenu malade mental : arbre décisionnel.

l'équipe de secteur intervenant dans la prison, soit il est proposé à l'admission du SMPR de la région. Si son état n'est pas compatible avec l'admission au SMPR, il est fait application de l'article D 398 CPP et il est hospitalisé d'office sur le secteur de rattachement ou l'UMD ;

- si le détenu malade n'est pas consentant, il est fait application à son égard de l'article D 398 CPP et il est hospitalisé d'office sur le secteur ou en UMD.

Ces procédures d'orientation du détenu malade mental sont souvent difficilement applicables. Obtenir une hospitalisation d'office en application de l'article D 398 CPP se révèle souvent bien difficile du fait de la réticence des préfets ou plus souvent encore de celles des secteurs ne disposant pas le plus souvent de services adaptés à l'accueil d'un malade mental judiciairisé, surtout si le sujet a été reconnu responsable et condamné et si des mesures particulières de

surveillance doivent être prises, en particulier pour éviter une évasion.

De la même façon, l'admission est difficile en SMPR, souvent surencombrés et se limitant à l'admission de détenus de leur établissement d'implantation. Il en est de même pour l'admission en UMD, ces structures fonctionnant avec des listes d'attente de plusieurs mois.

C'est une des raisons pour lesquelles ministère de la Justice et ministère de la Santé ont prévu de créer des unités hospitalières accueillant des détenus malades, les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) qui devraient être implantées dans les hôpitaux psychiatriques selon le même procédé que les UHSI pour les pathologies médicales : unités interrégionales de soins aux détenus malades mentaux soignés par un personnel hospitalier volontaire de l'hôpital psychiatrique et surveillé par des pénit-

tentiaires. Ces UHSA devraient compléter les unités pour malades difficiles qui répondent mal aux besoins des établissements pénitentiaires du fait de leur longue liste d'attente. En plus de Sarreguemines, Villejuif, Cadillac, et Montfavet, une nouvelle UMD doit être implantée à Plouguernevel en Bretagne.

3.6. La psychiatrie de liaison comme modèle d'intervention en milieu carcéral

La psychiatrie de liaison constitue une approche privilégiée des troubles psychiatriques présents en milieu carcéral. En effet, par sa bipolarité (activités de consultation et de liaison), elle facilite l'intégration du psychiatre et de son équipe au sein d'une structure caractérisée par son isolement du milieu extérieur mais aussi par l'approche dynamique des pathologies présentées dans le chapitre précédent. L'équipe psychiatrique fait un travail de restauration de la communication dans un milieu clos, elle doit rester attentive à lier son propre travail avec celui du monde pénitentiaire ainsi qu'avec les secteurs de psychiatrie générale, les SMPR ou les UMD. Effectivement, soigner c'est lier et rapprocher toutes les institutions de soins pouvant apporter une réponse thérapeutique au détenu malade en évitant soigneusement l'isolement et un travail en vase clos. Lier, c'est aussi témoigner, apporter des éléments à l'hôpital sur les besoins de la population pénitentiaire, maintenir avec les institutions de soin des relations de qualité, mais dire les problèmes sans secréter le rejet, l'oubli ou la relégation, grand danger quand on intervient dans la prison.

3.6.1. Aperçu historique et définition

Apparue au début du XX^e siècle aux USA, elle correspond à l'instauration de la psychiatrie au sein de l'hôpital général. Son acceptation, à l'image de la psychiatrie en milieu carcéral, a été longue et laborieuse.

C'est à partir des années 1950 que les travaux de Lipowski [32–35] ont permis d'individualiser une forme particulière d'intervention du psychiatre en soins généraux, ne se limitant pas uniquement à une activité de consultation appelée « liaison ».

Il définit la psychiatrie de liaison en 1971 comme « le secteur de la psychiatrie clinique incluant des activités de clinique, d'enseignement et de recherche de la part du psychiatre et des professionnels de la santé mentale au sein des services non-psychiatriques de l'hôpital général » [33].

En 1992, R. Zumbrennen [43] situe son action auprès des patients présentant des troubles psychiatriques avérés, mais aussi auprès des soignants ou des patients présentant des réactions ou des difficultés psychologiques secondaires à une affection physique. Le psychiatre de liaison doit se soucier du contexte particulier dans lequel il évolue, afin d'appréhender l'homme dans sa globalité.

Il confère un triple rôle au psychiatre de liaison et à son équipe :

- consulter : orienter, prescrire ;

- expertiser : travailler sur les mouvements affectifs et les réactions comportementales du malade, des soignants face au malade, de la famille face au malade et aux soignants ;
- enseigner : sensibiliser et informer sur les fonctionnements psychiques normaux et pathologiques [26].

3.6.2. Psychiatrie de liaison hospitalière et « carcérale »

La pratique de la psychiatrie en milieu carcéral peut être rapprochée de la pratique de la psychiatrie en milieu médico-chirurgical pour plusieurs raisons (d'après J.-L. Senon [41,42]) :

- toutes deux s'exercent dans un milieu extérieur au milieu psychiatrique, ce qui nécessite pour le psychiatre et son équipe une adaptation au fonctionnement et aux contraintes de l'endroit où il intervient ;
- le psychiatre doit, selon S.M. Consoli [15], relever en permanence un défi, « défi d'avoir à faire notre place, à nous faire reconnaître dans notre spécificité, mais aussi d'avoir à répondre au scepticisme ambiant ». Il existe un risque permanent de clivage ou d'exclusion de l'équipe psychiatrique tant du côté de la prison que de celui de l'hôpital d'origine ;
- le développement de liens avec l'équipe médicale (UCSA) est essentiel dans la prise en compte globale de l'individu (corps et esprit) ;
- une adaptation de la clinique est nécessaire en marge de l'apprentissage classique, avec nécessité de travaux de recherche et mise en place d'un enseignement spécifique ;
- une préparation des différents protagonistes de l'équipe de psychiatrie paraît indispensable face à des pathologies empreintes de souffrance, de risque de passage à l'acte et de violence ;
- elle permet la prise en compte des aspects institutionnels et individuels tout en restaurant la communication autour du malade ;
- enfin, l'autonomie du point de vue déontologique et éthique est nécessaire dans la relation au détenu, ce que ne permettaient pas les SMPR. Mais, il nous faut être en garde contre toute tentation de projeter les propres difficultés et angoisses des soignants sur l'Administration pénitentiaire et ses agents, exposant au risque de clivage et de rejet.

Avant de pouvoir réellement s'intégrer dans le fonctionnement pénitentiaire, l'équipe de psychiatrie devra faire la preuve de son utilité et de son efficacité.

3.6.3. De l'utilité à l'intégration de l'équipe de psychiatrie

Faire la preuve de son utilité, c'est d'abord convaincre de la pertinence de l'approche proposée [14,15]. La prison, tout comme l'hôpital général, est une institution avec des règles propres, des groupes particuliers, des défenses qu'il faudra assimiler. Le défi de l'équipe psychiatrique sera double : tout d'abord lutter pour son intégration, puis pour maintenir sa différence.

Morasz et al. [38] déterminent trois niveaux d'intégration :

- la coexistence technique où deux pôles qui se pensent contraires tentent de cohabiter. Selon A. Gunn-Secheyahay [24], « il est évident que c'est par ses actes plutôt que par ses paroles et par ses écrits que le psychiatre se fait accepter » ;
- la reconnaissance mutuelle où le psychiatre finit par faire alliance avec le milieu dans lequel il évolue ;
- l'alliance collaboratrice née du désir de chacun de fonctionner et d'apprendre ensemble. C'est le niveau idéal.

Malheureusement, une fois atteint, le niveau d'alliance collaboratrice ne se nourrit pas de lui-même pour perdurer. Cette fragile construction dépend pour beaucoup d'investissements interindividuels spécifiques et toujours à renouveler.

L'intrication des liens entre psychiatrie et Administration pénitentiaire est en constant remaniement et nécessite une attention constante, une lutte active contre tous les phénomènes de clivages ou d'exclusion.

3.7. Spécificité du travail de liaison en milieu pénitentiaire

Proche du travail de liaison en milieu hospitalier, l'exercice de la liaison en milieu carcéral possède ses propres particularités et difficultés. Certaines ont déjà été abordées, comme l'exercice dans un lieu fermé, la notion de privation de liberté... Mais d'autres facteurs spécifiques interviennent, notamment les relations avec le secteur de rattachement et les échanges avec le personnel de l'Administration pénitentiaire dans le respect du secret médical.

3.7.1. Lien avec l'hôpital de rattachement

L'équipe de psychiatrie pénitentiaire se trouve exposée au risque d'« un cloisonnement » par rapport à son secteur psychiatrique d'origine. La surspécialisation de ces équipes favorise leur isolement et expose au risque d'épuisement (ou *burn-out*) comme le rappelle R. Zumbunnen [48]. S. Baron-Laforêt [7] précise que le SMPR doit travailler « en partenariat étroit avec l'ensemble des intervenants en prison », « [...] cela permet d'optimiser le travail de chacun et de lutter contre le cloisonnement qui existe de fait entre tous les services ». P. Giravalli et al. [22] pensent qu'il est nécessaire que ces unités soient rattachées à une unité psychiatrique sectorisée afin de prévenir les risques d'une hyperspécialisation responsable d'une accentuation du cloisonnement de la psychiatrie classique.

3.7.2. Lien avec le milieu d'exercice

Le travail de liaison en milieu pénitentiaire repose sur trois principes : la notion de « paranoïa en miroir », identité et place des soignants, identité et valeur des pénitentiaires.

3.7.2.1. La « paranoïa en miroir ». La notion de « paranoïa en miroir », que nous avons décrite [40,41], dérive d'une lutte

de pouvoirs et de tensions favorisée par le narcissisme des soignants et des pénitentiaires. S. Baron-Laforêt et J. Laurans [7] mettent en garde contre l'illusion du soignant de changer la prison et contre l'habileté de certains détenus (personnalités limites par exemple) à manipuler les différentes catégories d'intervenants. Ces luttes de pouvoir et les inévitables tensions qui en découlent doivent être évitées par un travail d'élaboration, une capacité à rechercher le sens, tout en acceptant de supporter les incontournables frustrations.

Cette « paranoïa en miroir » se manifeste par « méfiance, suspicion, projection hostile, repli de chaque équipe dans sa tour d'ivoire, limitation des échanges verbaux au profit des interpellations vives par l'écrit (notes, réglementation, courriers à la hiérarchie...) ». La multiplicité des passages à l'acte des détenus pourrait représenter le symptôme de cette maladie institutionnelle. Dénier de la mission de chacun, elle impose de la part de l'équipe soignante une vigilance de chaque instant, notamment concernant la reproduction du clivage favorisée par certaines pathologies, comme les personnalités de type limite, entre bon et mauvais objet.

D. Glezer et al. [23] rappellent que « l'absence d'interférence de la part de l'équipe psychiatrique sur le fonctionnement de l'équipe pénitentiaire apparaît comme l'un des fondements du travail en milieu carcéral ». Cela implique que : les soignants ne possèdent pas de clés de la prison, ils n'entrent pas seuls dans les cellules, et ils n'interviennent pas dans les problèmes disciplinaires, hormis dans le cas de passage à l'acte chez un détenu malade.

3.7.2.2. *Identité et place des soignants.* L'identité du psychiatre de liaison est nécessairement remise en cause dans ce cadre si particulier de fonctionnement. Cette remise en cause, indispensable afin de pouvoir créer une alliance, impose un double défi à l'équipe soignante : comprendre l'autre et se faire comprendre de l'autre.

R. Zumbunnen [48] évoque « les frustrations inhérentes à l'activité de psychiatre consultant à l'hôpital général ne doivent pas être méconnues : une identité qui demande régulièrement à être reprécisée ; une place et un rôle qui ne sont jamais définitivement acquis et doivent être constamment consolidés ou reconquis ». Il insiste sur le fait que l'équipe psychiatrique puisse être le support de mouvements projectifs et identificatoires à l'origine de la difficulté de leur travail. Le risque est d'aboutir au déni de la spécificité du travail psychiatrique. Il convient de réaffirmer les objectifs de la mission soignante tout en respectant la déontologie et l'éthique.

3.7.2.3. *Identité et valeur des pénitentiaires.* La population en milieu carcéral a considérablement augmenté depuis les années 1970, parallèlement à l'augmentation de la durée moyenne de détention. Il faut rappeler que la prison reste le lieu de l'exclusion où, en 1994, on relevait que plus de 60 % des détenus n'avaient pas dépassé le niveau des études primaires [26].

En 1975, outre la mission punitive, des missions socio-éducatives avaient été confiées aux surveillants aboutissant à une certaine mutation de leur activité. Mais, en 1993, et surtout en janvier 1994, leur rôle se modifie à nouveau considérablement avec l'arrivée d'un grand nombre d'intervenants extérieurs. Plusieurs des rôles qui leur permettaient de se dégager de l'image traditionnelle du surveillant ont alors été confiés à ces intervenants externes. À nouveau cantonnés dans une fonction de surveillance stricte, ils voient leur souffrance laissée pour compte au profit de celle des détenus, alors que leur « médecine du travail » est à peine esquissée. Une équipe de psychiatrie en milieu pénitentiaire travaillant sur le mode de la psychiatrie de liaison devra être attentive à « respecter et conforter » le rôle des pénitentiaires [40].

3.8. Organisation d'un service de consultation-liaison « carcéral » et modalités d'intervention

Cette organisation doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments [22] :

- importance du lieu dans lequel il va intervenir ;
- analyser en termes de besoins les motifs des appels, notamment ceux émanant du personnel non médical (surveillants...) ;
- évaluer les moyens mis à la disposition de l'équipe afin de répondre à ces besoins (outils théoriques et structures).

3.8.1. Constitution d'une équipe de liaison

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire constituée autour du psychiatre et exerçant des fonctions complémentaires. Ainsi Giravalli et al. [22] estiment qu'« à des degrés divers, en fonction des demandes et de leurs compétences, peuvent intervenir des infirmiers, des psychologues, des assistantes sociales ».

Le psychologue clinicien tient de ce fait un rôle important. Son rôle peut se définir à plusieurs niveaux : au niveau du diagnostic de personnalité et dans l'utilisation de tests psychologiques ; au niveau de la prise en charge psychothérapique ; enfin, dans le travail de régulation avec l'équipe.

L'équipe infirmière de liaison, outre la disponibilité particulière qu'elle propose, s'intègre dans la prise en charge des patients (sur prescription médicale le plus souvent), la mise en place d'activités (dans les SPMR notamment), et dans le travail de synthèse. L'exemple d'un modèle de collaboration entre équipe infirmière et psychiatre offre l'opportunité de « s'adresser mutuellement » les patients. Enfin les infirmiers permettent un accompagnement de chaque patient tout au long de son séjour dans l'institution des soins : c'est la notion d'infirmier référent.

3.8.2. Les missions

Reprenant les missions de la psychiatrie de liaisons telles que S.M. Consoli les a précisées [15], l'activité de liaison en prison peut se subdiviser ainsi :

- réalisation d'actes à caractère diagnostique : consultations classiques pour détecter les pathologies psychotiques, les troubles dépressifs... ;
- réalisation d'actes thérapeutiques spécifiques : ateliers thérapeutiques... ;
- réalisation d'actes impliquant des décisions concrètes : orientation d'un patient... ;
- réalisation d'actes s'inscrivant dans une approche globale du malade : collaboration avec les équipes de l'UCSA, soutien psychologique, etc. ;
- participation à des actions de conseils ou à caractère pédagogique : rôle de soutien avec les proches, travail de réinsertion, travail pédagogique, etc. ;
- participation à des actions de recherche scientifique, d'enseignement.

Le psychiatre en milieu carcéral est soumis à une grande rigueur éthique et déontologique. S.M. Consoli [14] souligne la difficulté d'établir un travail chez « l'autre » sous sa surveillance, difficulté majorée en milieu carcéral.

4. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

La prise en charge thérapeutique des détenus nécessite une nouvelle élaboration par rapport aux prises en charge classiques. Cette modification tient à deux particularités déjà évoquées : le lieu particulier d'exercice, avec ses contraintes et ses limites ; et les pathologies particulières rencontrées (personnalité limite à expression psychopathique ou psychotique, toxicomanie...). Ces pathologies nécessitent d'adapter les stratégies d'intervention avec une attention particulière sur les relations soignants-soignés, sur le travail du cadre, et sur celui du devenir.

4.1. Particularités liées au lieu d'intervention

4.1.1. Enjeux du traitement

L'intervention du psychiatre en milieu pénitentiaire peut poser un problème éthique. En effet, par l'action qu'il a auprès du détenu, le psychiatre participe à l'adaptation favorable des détenus à l'institution carcérale. D. Glezer et al. en 1983 [23] soulignent qu'il incombe au psychiatre et à son équipe d'affirmer la finalité de leur intervention, tout en rejetant un quelconque rôle dans l'adaptation des détenus au milieu carcéral, de psychiatrisation du désordre et de l'indiscipline. C. Balier, en 1989 [4], ajoute que l'un des devoirs de l'équipe psychiatrique est de « savoir distinguer ce qui est de l'ordre du conflit et de la protestation [...] et renvoyer à la justice et à l'Administration pénitentiaire ce qui leur revient ».

Le travail thérapeutique pourra se faire à trois niveaux [41,42] :

- prise en charge des décompensations transitoires (liées à l'incarcération ou à la procédure pénale en cours) : décompensations psychotiques aiguës, troubles du sommeil, troubles dépressifs... ;

- prise en charge des troubles psychiatriques antérieurs à l'incarcération : troubles bipolaires, alcoolisme... ;
- prise en charge de pathologies de carences graves dans le but de limiter la compulsion de répétition.

4.1.2. L'entretien d'accueil

Tous les auteurs soulignent l'importance de l'entretien d'accueil comme travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande.

Depuis la loi de 1994, l'intervention précoce du secteur psychiatrique en détention permet non seulement l'évaluation clinique mais aussi d'amorcer l'éveil d'une demande de soins. Au cours de cet entretien, le psychiatre devra faire la preuve de ses capacités d'empathie dans le but d'initier une relation forte au patient tout en restant vigilant face aux capacités de séduction et de fusion de ce dernier. Ce premier entretien, primordial dans la relation future avec le patient, a pour but :

- une évaluation psychiatrique et psychopathologique du détenu ;
- un travail d'information sur les possibilités de prise en charge intra et extrapénitentiaire ;
- un travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande, notamment en initiant un début de verbalisation du passage à l'acte, notamment chez les personnalités limites, comme le précise P. Bailly-Salin [3].

L'éveil d'une demande de soin nécessite de la part du soignant non seulement un engagement mais aussi une gestion de la distance (transfert et contre-transfert) avec le patient afin d'éviter de reproduire l'alternance fusion–rupture maternelle.

4.2. Modalités d'exercice

4.2.1. Fonction du cadre

Avant de pouvoir entamer un travail avec ces patients, la mise en place d'un système de pare-excitation est fondamentale. Pour C. Balier [5] « la prison protectrice en représente un [pare-excitation] par elle-même quand elle est vécue de façon positive ». Mais Legendre [30] et A. Maurion [31] précisent qu'elle ne peut en aucune façon être « un cadre thérapeutique » en elle-même. En effet, l'institution carcérale présente de nombreux facteurs pathogènes, allant de la promiscuité à la transgression sociale en passant par la perversion des liens relationnels.

C. Balier [5] souligne qu'il est nécessaire pour les soignants de doubler le pare-excitation externe (la prison) d'un deuxième cadre, thérapeutique celui-ci. Chaque cadre possède sa fonction propre, le premier contribuant à la sécurité, aux sanctions et à la discipline, et le second, dans une complémentarité s'attachant à la compréhension et à la restauration du sens.

4.2.2. Le contrat de soins

Il est souhaitable dans la prise en charge des personnalités limites à expression psychopathologique d'établir un contrat de soins. Il présente l'avantage d'une responsabilisation du pa-

tient dans sa prise en charge mais aussi permet de matérialiser le cadre et d'en fixer les limites.

P. Bailly-Salin [3] écrit : « C'est donc l'interaction et la dynamique entre l'entretien et la vie institutionnelle qui vont être l'objet du contrat limité. » Le contrat devra être limité à la fois dans ses objectifs et dans le temps afin d'éviter de répéter les situations de rupture.

4.3. Psychothérapies en milieu carcéral

Il s'agit d'un travail forcément limité au temps de l'incarcération et nécessitant, du fait des personnalités qui y sont traitées, un travail précoce sur la rupture.

4.3.1. Travail en équipe

Le travail d'équipe présente plusieurs avantages, en permettant la répartition des investissements sur plusieurs intervenants ainsi que la mise en commun du travail effectué par chacun des membres. Une attention particulière doit être portée concernant le risque de clivage et/ou de manipulation des intervenants. Il s'organise autour de deux missions : prise en charge psychothérapeutique du malade et synthèse du travail réalisé par l'ensemble des membres de l'équipe autour du psychiatre responsable et du psychologue.

4.3.2. Les partenaires du travail de soin

À plusieurs reprises, nous avons insisté sur la nécessité d'une prise en charge multipartenariale des patients incarcérés durant deux périodes distinctes.

Durant l'incarcération, le travail psychothérapeutique sera avantageusement complété de prises en charge éducative (instituteur, éducateur...), sociale et médicale (UCSA). Un travail de liaison avec ces différentes entités favorise la prise en charge globale du patient-détenu. Ensuite, un travail de relais de la prise en charge initiée au SMPR ou par l'équipe de secteur intervenant en prison est nécessaire afin de prévenir tout phénomène de rejet favorable à une nouvelle décompensation.

5. CONCLUSION

L'intervention psychiatrique calquée sur le modèle de la psychiatrie de liaison en hôpital général permet d'intégrer ces particularités liées au milieu d'exercice, à la multiplicité des intervenants et aux pathologies rencontrées. Elle favorise, entre autres, la prise en charge multidisciplinaire des « patients-détenus », la lutte contre le clivage et l'évolution de la clinique psychiatrique carcérale. Mais sa mise en place nécessite l'attribution de moyens supplémentaires (personnel soignant, partenaires socioéducatifs, attribution de locaux adaptés...) d'une part, et la création d'autres structures de type SMPR dans les prisons françaises. La création d'UHSA est un autre mode de réponse aux carences d'un appareil de soin ayant pourtant beaucoup évolué depuis la loi de janvier 1994.

La psychiatrie publique doit rester ouverte et militante à tous les problèmes rencontrés par les soignants dans la prison, difficultés qui ont bien à voir avec les avancées qu'elle a connues ces dernières décennies de désinstitutionnalisation. L'intérêt de la psychiatrie publique pour les psychopathologies de la précarisation et pour la psychiatrie criminelle et médico-légale lui donne toutes ses lettres de noblesse [29].

RÉFÉRENCES

- [1] Amor P. Rapport devant le conseil supérieur de l'administration pénitentiaire. Séance du 30 juillet 1946.
- [2] Baillarger MJ. Note sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers. *Ann Méd Psychol* 1844;4:74–80.
- [3] Bailly-Salin P. Stratégie thérapeutique vis-à-vis des psychopathes. *Confrontations psychiatriques* 1980;18:175–88.
- [4] Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Paris: PUF; 1988.
- [5] Balier C. Psychiatrie en milieu carcéral : soins ou traitement ? *Pers psychiatr* 1989;19:237–41.
- [6] Baron-Laforêt S, Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC Psychiatrie*. 9. Paris: Elsevier; 1998 37-953-A-10.
- [7] Baron-Laforêt S, Laurans J. Les soins psychiatriques en prison. *Santé mentale* 1997;14:19–21.
- [8] Beaurepaire de C, Hiriart V. Conduites addictives et population incarcérées. (Étude descriptive chez les patients de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes). *Cible*; 1997.
- [9] Bénézech M. Le suicide et sa prévention dans les prisons françaises. *Ann Méd Psychol* 1999;157:561–6.
- [10] Bergeret J. Les états limites et leurs aménagements. 7ème édition. In: Bergeret J, Becache A, Boulanger JJ, Chartier JP, Dubor P, Houser M, Lustin JJ, editors. *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris: Masson; 1998.
- [11] Bourgoin N. Le suicide en prison et en liberté, situations comparées. *Revue française des affaires sociales* 1992; 161–72.
- [12] Briere De Boismont A. De la nécessité de créer un établissement pour les aliénés vagabonds et criminels, résumé de communication. *Ann Méd Psychol* 1846;8:118–21.
- [13] Cipriani-Crauste M. L'autoagressant en milieu carcéral (De la communication non verbale au chantage-écran). Paris: Ministère de la Justice; 1983 Travaux et documents n° 19.
- [14] Consoli SM. Psychiatrie, psychanalyse et médecine à l'hôpital général. *Synapse* 1991;81:36–41.
- [15] Consoli SM. Psychiatrie de liaison. In: Senon JL, Sechter D, Richard D, editors. *Thérapeutique psychiatrique*. Paris: Hermann; 1995. p. 955–79.
- [16] Dauver B, et al. Éléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au Centre Pénitentiaire de Caen. *Forensic* 2002;10:15–21.
- [17] Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 3592002 February 16.
- [18] Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1972.
- [19] Fortineau J. Les psychiatres des hôpitaux en prison. *Bulletin des psychiatres des hôpitaux* 1977;3:18–9.
- [20] Gallet E, Camilleri C, Crochet F, Laurencin G, Nouvel A. Les psychotiques incarcérés. *Forensic* 2000;2-3:48–52.
- [21] Gayda M. L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire. *Actua Psychiatrique* 1983;3:54–9.
- [22] Giravalli P, Lançon C, Pin M. Aspects actuels de la psychiatrie de liaison. *Ann Psychiatrique* 1992;7:190–4.
- [23] Glezer D, Bianchi H, Penverne D. La création d'intersecteurs de psychiatrie pénitentiaire : Aspects éthiques, déontologiques et médico-légaux. *Actua Psychiatrique* 1983;3:35–45.
- [24] Gunn-Secheaye A. Intégration de l'unité de psychiatrie et de psychologie médicale à l'hôpital cantonal de Genève. In: Gayral L, Escande M, editors. *La psychiatrie à l'hôpital général, réunion nationale*. Toulouse: Specia; 1980.
- [25] Hivert P. Psychiatrie en milieu carcéral. *EMC Psychiatrie*. Paris: Elsevier; 1982. p. 6 37-889-A-10.
- [26] Kensey A, Guillonneau M. Éléments statistiques pour l'étude de la santé en milieu carcéral (31ème congrès français de criminologie. Dijon)1996.
- [27] Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. Toulouse: Privat; 1979.
- [28] Kipman SD. L'enfant désarticulé. *Rev Neuropsychiatr Inf* 1978;2-3:99–107.
- [29] Lanteri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris: Éditions du Temps; 1998.
- [30] Legendre C. Un lieu paradoxal d'effets thérapeutiques : le milieu pénitentiaire. *L'évolution Psychiatrique* 1989;54:321–31.
- [31] Legendre C, Maurion A. Milieu carcéral et espace thérapeutique. *L'évolution psychiatrique* 1993;58:83–92.
- [32] Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et de médecine à l'hôpital. Examen d'ensemble. *Rev méd psychosom* 1969;11:32–55.
- [33] Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et de médecine à l'hôpital. Aspects cliniques. *Rev méd psychosom* 1969;11:171–204.
- [34] Lipowski ZJ. Consultation de psychiatrie et de médecine à l'hôpital. Problèmes théoriques. *Rev méd psychosom* 1969;11:300–34.
- [35] Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1971;12:461–5.
- [36] Macheret-Christie F, Gravier B. Schizophrénie, Psychose et prison. Site internet Psychiatrie et violence : www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence/articles 2003.
- [37] Massé G. La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale. Rapport au ministre de la Santé. Rennes: ENSP; 1992.
- [38] Morasz L, Dalery J. De l'intégration du psychiatre de liaison. *Ann Psychiatrique* 1999;14:80–4.
- [39] Postel J, Quétel C, editors. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris: Dunod; 1994.
- [40] Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Paris: PUF; 1998.
- [41] Senon JL, Lafay N, Papet N, Manzanera C. L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : modalités et stratégies thérapeutiques. *Ann Méd Psychol* 2000;158:445–59.
- [42] Senon JL, Lafay N, Papet N, Manzanera C. Prison et psychiatrie : la difficile recherche d'un équilibre entre sanitaire, social et judiciaire. Cujas editor; *Revue pénitentiaire et de Droit Pénal* 2000. p. 506–23.
- [43] Senon JL, Mery B, Lafay N. Incidents collectifs et individuels en détention : Étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires. *Ann Méd psychol* 1999;157:441–55.
- [44] Senon JL. Psychiatrie et prison, toujours dans le champ de l'actualité. Dans ce numéro.
- [45] Tatossian A, Glezer D, Casile G. Les comportements de grève de la faim. *Confrontations psychiatriques* 1989;31:280–304.
- [46] Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Rapport au garde des Sceaux, ministre de la Justice et au ministre de la Santé. Ministère de la Justice; Décembre 2003.
- [47] Tyrode Y, Roure L. La prise en charge des détenus s'organise. Tyrode Y, Roure L, editors. *Les avancées en psychiatrie*. Paris: Masson; 1997.
- [48] Zumbunnen R. Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général. Paris: Masson; 1992.