

## Mission d'information de l'Assemblée nationale sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

*La psychiatrie en milieu pénitentiaire :  
Une psychiatrie à part entière ou une psychiatrie entièrement à part ?*

Audition de l'ASPMP  
Jeudi 30 mai 2013

<http://www.assemblee-nationale.tv/media.12.4338>

Dr Michel **DAVID**  
Président de l'ASPMP  
Psychiatre des Hôpitaux  
Dispositif de soins psychiatriques  
Maison d'arrêt de Coutances (50)

Dr Cyrille **CANETTI**  
Vice-Président de l'ASPMP  
Psychiatre des Hôpitaux  
SMPR de la Santé/Paris



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.

*Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire*

*« Dans la vie en société, comme partout, il y aura toujours des risques à courir, il faut savoir les accepter. Le tout est de trouver le moindre risque social. Si par peur des crimes, on confisque la liberté, où sera le gain ? La société ne doit pas seulement nous garantir la vie et la propriété, mais aussi le moyen de nous en servir. Si, pour assurer la vie et la propriété, elle risque de nous enlever toute possibilité d'en user librement, le risque social à courir est bien autrement plus grave que celui des dangers individuels qui nous menacent. Contre ces derniers, avec plus ou moins de prudence, on arrive à se garantir, contre le danger d'une mainmise de l'Etat ou de la police on est impuissant ; et c'est là ce qui fait des individus sans initiative ni courage, et par la suite les peuples en décadence »*

Raymond Saleilles,  
*L'individualisation de la peine*, 1898

La prison n'intéresse guère. Quand elle fait la une de l'actualité notamment quand est relevé le manque d'hygiène dans les prisons ou pour une soudaine préoccupation suite à des suicides répétés, l'impact de ces messages est ambivalent. Si rarement une évasion spectaculaire survient, la réponse émotionnelle sécuritaire l'emporte sur toute autre considération. Si certains faits peuvent être émis pour interpeller sur une situation regrettable, ils provoquent néanmoins surtout de nombreuses réactions d'assentiment : « ils ont ce qu'ils méritent ». L'association délinquance et maladie mentale provoque souvent un mouvement de « recul ».

L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire ne concerne pas en nombre absolu un grand nombre de patients par rapport à tous ceux suivis par l'ensemble de la psychiatrie publique, privée et associative, mais il concentre à lui seul bien des problèmes cruciaux qu'ils soient éthiques, déontologiques, organisationnels, thérapeutiques et un défi en ce qui concerne les choix de parcours de soins parsemés d'innombrables embûches. L'évocation des soins en milieu pénitentiaire, et pas seulement pour la psychiatrie, peut d'ailleurs se décliner sous l'égide de la devise républicaine.

En effet, la **liberté** est concernée. Evidemment car il s'agit de la prison mais la psychiatrie est une discipline concernée par la privation de liberté, à la fois juridiquement par les mesures de soins sans consentement mais aussi cliniquement en étant une pathologie de la Liberté comme le disait le célèbre psychiatre français du XX<sup>ème</sup> siècle Henri Ey : « *Mais si la Psychiatrie est une pathologie de la liberté elle est éventuellement pathologie de l'humanité, pathologie de ce qu'il y a de plus "humain" dans l'homme. L'homme "aliéné" ou simplement "altéré" dans son humanité reste tout de même un homme, un malade qui souffre dans son humanité* » (L'information psychiatrique, Henri Ey, Fragments de l'œuvre militante, n°48, Janvier 1972).

**L'égalité des droits** est un principe fondamental et éternel, mais qui connaît une actualité tendue témoignant de la permanence d'un combat pour le faire respecter. Cette égalité des droits se manifeste en milieu pénitentiaire par un objectif de qualité des soins équivalente à celle de la population générale comme le rappelle le préambule du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice d'octobre 2012. Les outils pour atteindre cet objectif ont été légalement posés par la créa-

tion du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 1985 et la loi du 18 juin 1994 pour les soins somatiques rattachant ainsi tous les soins au milieu hospitalier. Exit alors la médecine pénitentiaire que Robert Badinter qualifiait de « médecine de sous-hommes ». Pour autant, la seule avancée législative ne suffit pas à l'effectivité de l'égalité des droits comme le rappelle Antoine Lazarus, président de l'Observatoire international des prisons, dans la préface de 4<sup>ème</sup> édition du Guide de prisonniers (2012) : « *Les avancées et exigences supranationales de la loi nationale sont parfois en avance sur l'opinion publique et celle des professionnels... Il faut donc se battre pour que les avancées des droits des détenus ne restent pas des énoncés démocratiques et un alibi humanitaire n'existant que dans les écrits du législateur* ». La prise en compte de la réalité carcérale impose de reconnaître que la stricte égalité des droits n'est guère réaliste ; il convient de s'en rapprocher au plus près et lorsque l'objectif ne peut être atteint, il faut recourir sans hésitation vers le dispositif de droit commun. On peut questionner ainsi certains points où l'égalité des droits est problématique comme le respect du secret professionnel, le droit à l'intimité et à une vie privée ou bien encore l'accès à la suspension de peine pour raisons psychiatriques.

Enfin la **fraternité** qui s'exprime concrètement au travers de la **solidarité** interroge sur les moyens et leur organisation que la société entend mettre pour s'occuper des personnes détenues souffrant de troubles mentaux. Moyens non seulement intra carcéraux mais aussi extra pénitentiaires. Quid des services sociaux en prison ? Quid de l'engagement de la psychiatrie générale à s'impliquer auprès de cette population ?

En fait, il convient de se demander, quel que soit l'avenir de la psychiatrie (en fait il s'agit plutôt et surtout de l'avenir et du devenir des patients), comment devrait s'intégrer au mieux l'offre de soins en psychiatrie pour les personnes détenues. Quel parcours de vie - aussi peu « carcéralo-centré » pour les personnes détenues qu'il ne doit être « hospitalo-centré » en milieu ouvert pour tous les usagers - doit-on pouvoir proposer ? Cette question intègre bien évidemment l'amont et l'aval de la prison, la fonction et les problématiques de l'expertise psychiatrique pénale, les liens avec tous les organismes œuvrant à la réinsertion des personnes souffrant de troubles mentaux.

La prison et la psychiatrie ont donc à voir avec un de nos biens les plus précieux : la liberté d'aller et de venir avec deux objectifs différents : la prison punit ; la psychiatrie est censée soigner. Mais quand la psychiatrie s'approche de la prison, au risque d'y fusionner, est-ce encore une psychiatrie aux fondements médicaux à vocation sanitaire ou se corrompt-elle pour participer à l'ordre social (ce qui est aussi une question de la psychiatrie en milieu ouvert) ? Le risque est grand pour la psychiatrie de quitter le soin pour la répression. De nombreux régimes totalitaires ont su largement utiliser cette facette dangereuse de la psychiatrie.

En somme la psychiatrie en milieu pénitentiaire est-elle une psychiatrie à part entière ou une psychiatrie entièrement à part ? Il convient de synthétiser la problématique des soins psychiatriques en prison, d'en dégager les grandes tendances à la lueur des orientations de politiques sanitaires et des choix sociaux en débordant du cadre strict de la prison et en considérant l'évolution de la psychiatrie dans son ensemble. D'où est-on parti ? Où en sommes-nous ? Où veut-on aller ?

## **D'où est-on parti ?**

La psychiatrie et la prison sont nées à la même époque dans les suites de la Révolution française. L'incarcération devenait une sanction pénale plus ou moins sévère en fonction de la gravité des délits et des crimes. En privant de liberté le délinquant, celui-ci devait s'amender en faisant pénitence, d'où l'Administration pénitentiaire. La psychiatrie naissante, avec Philippe Pinel et Etienne Esquirol, créa les asiles et la loi du 30 juin 1838 permit une privation de liberté par l'internement d'office pour motifs thérapeutiques.

Pendant plusieurs décennies, psychiatrie et justice vont essentiellement se rencontrer autour des procès pénaux. Les psychiatres (les aliénistes) étaient sollicités pour donner leur avis sur l'état mental des délinquants avant leur jugement afin de savoir s'ils présentaient un trouble mental à l'origine de leur infraction et ayant aboli leur discernement, permettant alors un traitement psychiatrique et non une sanction pénale.

Ce n'est vraiment qu'après la seconde guerre mondiale que la psychiatrie rentre progressivement dans les prisons pour proposer des soins. Les asiles psychiatriques sont devenus des hôpitaux psychiatriques mais les modalités des hospitalisations sous contrainte ont dû attendre 152 ans après la loi de 1838 pour connaître une première réforme en 1990, sans toutefois de modification majeure avant de voir une troisième mouture de la loi, le 5 juillet 2011, dont la principale caractéristique sur le plan des principes est l'introduction systématique d'un magistrat (le juge des libertés et de la détention) pour contrôler dans les 15 jours qui suivent l'hospitalisation la conformité de la procédure et de vérifier que la limitation à la liberté d'aller et venir du patient n'est pas abusive. En 2013, le débat est vif sur ce sujet avec des discussions de fond sur les modalités de soins imposés, la recherche de soins sans consentement uniquement pour des motifs thérapeutiques et non pour des raisons d'ordre public. Ce qui ne va pas de soi, dans une société chaque jour plus sûre mais qui est obsédée par le risque zéro et à la recherche frénétique d'une sécurité absolue, au grand plaisir des politiques qui ne demandent pas mieux que de contrôler les foules, d'où la pertinence des propos du juriste R. Saleilles cité en fronton de cette présentation.

L'accumulation de lois sécuritaires depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle dont les mesures les plus connues sont les peines-plancher et la loi de rétention de sûreté a conduit la juriste Mireille Delmas-Marty à écrire un essai au titre significatif « *Libertés et sûretés dans un monde dangereux* ». Pourtant le dernier quart du XX<sup>ème</sup> siècle avait permis des avancées significatives sur le soin en prison comme rappelé supra.

Malheureusement, l'ambiance sécuritaire et les contraintes économiques ont cassé cette démarche progressiste.

## **Où en est-on ?**

La conjonction à la fin des années 90 des difficultés croissantes de la psychiatrie publique et des angoisses sociétales a contribué à ce recul et quelques repères permettent de saisir ce cheminement lent et apparemment inéluctable :

**1. L'évolution de la psychiatrie publique.**

La fermeture drastique de lits de psychiatrie depuis des décennies n'a pas été accompagnée de moyens permettant des modalités de prise en charge non hospitalières.

**2. Les grandes affaires pénales médiatiques,** notamment en relation avec la délinquance sexuelle (Affaire Dutroux en Belgique, puis d'Outreau en France), puis dans la première décennie du XXI<sup>ème</sup> siècle des crimes perpétrés par des malades mentaux, ont préparé des politiques sécuritaires.

**3. La loi du 18 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.**

Première grande loi « sanito-sécuritaire » issue des événements précédents créant comme on l'a vu le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins. A partir des travaux précieux du psychiatre psychanalyste, Claude Balier, tout récemment décédé, elle s'adressait initialement uniquement aux auteurs d'infractions à caractère sexuel, pour ensuite dans une inflation législative et sécuritaire s'étendre à des infractions à caractère non sexuel. D'une initiale louable et savante intention soignante, le politique s'est engouffré ensuite dans une psychiatrisation de la délinquance, bien mieux contrôlée en prison que dans les hôpitaux psychiatriques. Une évaluation de cette loi et de ses dispositifs serait très opportune afin de mieux équilibrer l'accompagnement entre le soin et le social (suivi socio-judiciaire).

**4. Le soin sous obligation judiciaire.**

Le suivi sociojudiciaire encouru conduit à une obligation de soin détournée en prison sous peine d'absence d'aménagement de peine ou de remises de peines sans évaluation préalable expertale ayant posé l'indication de la mesure tout en sollicitant indirectement le psychiatre traitant pour donner un éventuel avis expertal (confusion du registre thérapeutique et du registre expertal). La déconnexion soins/remises de peine a été dénoncée y compris dans des travaux de type conférence de consensus, en vain (notamment lors de l'audition publique sur la prise en charge de la psychopathie). On peut s'interroger sur l'utilité de telles réunions scientifiques.

**5. L'expertise psychiatrique.**

Décadence sans grandeur de l'expertise psychiatrique à la fois encensée en étant de plus en plus sollicitée par la loi mais déconsidérée dans son exercice quotidien par tout un ensemble d'injonctions contradictoires où l'Etat se montre défaillant pour résoudre un problème que son administration connaît bien mais qui s'avère incapable de trouver des solutions (modalités de réalisation de l'expertise, incohérence administrative, sous-financement etc.). Il s'ensuit une défection de l'expertise : les anciens démissionnent avant même de partir à la retraite et les jeunes ont prudemment raison de ne pas s'y investir (malgré les dispositions législatives récentes prises, dans la loi de programmation de l'exécution des peines). Et pourtant, l'expertise psychiatrique qui permet de repérer parmi les personnes délinquantes celles qui sont malades mentales et qui ont commis l'infraction en relation avec leur pathologie et nécessitent des soins et non une punition, est un dispositif essentiel dans un Etat de droit. L'association nationale des psychiatres experts judiciaires (ANPEJ) interpelle et alerte d'ailleurs sans relâche les cabinets ministériels sans obtenir de réponses.

**6. L'altération du discernement.**

En relation plus ou moins directe avec l'expertise, l'atermoiement est remarquable de l'exécutif et du législateur à prendre en compte l'altération du discernement malgré des tentatives législatives avec des contradictions au sein des mêmes mouvements politiques (Loi de programmation de

l'exécution des peines et proposition de loi du Sénat sur la responsabilité pénale des auteurs d'infractions)

**7. L'hospitalisation des personnes détenues.**

Difficultés croissantes de la psychiatrie publique à prendre en charge les personnes détenues nécessitant des soins par diminution des unités d'hospitalisation suffisamment sécurisées, avec un personnel formé et en nombre suffisant, dans des locaux aptes à prendre en charge de manière efficace et thérapeutique les intéressés, sans se contenter d'hospitalisations ultracourtes, le plus souvent en chambre d'isolement ou de sécurité, voire en attachant les patients sur le lit (la contention). La crainte des évasions, de la mise en cause de la responsabilité des directions d'hôpitaux et des soignants dans une ambiance de recherche de « coupables » (cf. procès Canarelli à Marseille), les pressions sécuritaires des préfetures (qui ont pu refuser des hospitalisations des personnes détenues pour prévenir une éventuelle évasion tout en privant de soins appropriés les personnes concernées malgré la création d'un risque pour le milieu pénitentiaire), la violence réelle ou le plus souvent fantasmée des personnes détenues participent de ce rejet d'accueillir cette population.

**8. Les Unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA).**

En 2002, les UHSA ont été créées pour répondre à cette situation avec l'espoir que soient définitivement cachées ces « *personae non gratae* » de la vue de la psychiatrie publique. Actuellement, 5 UHSA sont en fonctionnement sur les 17 prévues dans un programme en deux tranches. L'ASPMP demande l'évaluation de ce programme et s'interroge même sur l'inégalité d'accès aux soins si le programme UHSA allait jusqu'à son terme sans UHSA dans les DOM/ROM (Départements et régions d'Outre-mer), ce qui ne manquerait pas d'ouvrir à des contentieux légitimes. Il convient de remarquer que les UHSA ont permis une hospitalisation sous le régime libre, ce qui représente un progrès indéniable mais pas sur demande d'un tiers.

**9. La suspension de peine pour raisons psychiatriques.**

Il existe une apparente discrimination entre les personnes détenues souffrant de troubles mentaux comparées à celles souffrant d'affections somatiques car elles pourraient ne pas relever d'une suspension de peines pour raisons psychiatriques. Cette discrimination a été officiellement et publiquement dénoncée lors d'un colloque organisé au ministère de la santé sur les soins aux personnes sous main de justice en novembre 2012. Le mois suivant, les ministres de la santé et de la justice ont annoncé la mise en place de deux groupes de travail dont un consacré à la suspension de peine et qui vient de terminer ses travaux. Il faut en espérer des annonces ministérielles importantes et qui devraient interroger sur ce cas concret d'inégalité des droits collectivement accepté. Si l'on met en relation la pénalisation plus importante des personnes souffrant d'altération du discernement et le non accès à la suspension de peine, on constate le traitement inégalitaire réservé aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Loin sont les prescriptions du premier siècle de l'empereur romain Marc Aurèle (loi Divus Marcus) : « *« Si vous voyez clairement qu'Aelius Priscus était dans une fureur continuelle qui le privait de toute sa raison, et qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner qu'il ait tué sa mère en feignant d'être furieux, vous pouvez lui épargner la punition, puisqu'il est assez puni par son état ; et cependant, il faut l'observer de plus près et même, si vous le trouvez judicieux, l'enchaîner, tant pour le punir que pour sa propre conservation et la sûreté de ses proches. Mais s'il avait des intervalles de bon sens, comme cela arrive souvent, vous examinerez s'il n'a pas commis le crime dans ces moments, en sorte que sa maladie ne puisse pas lui mériter la grâce. Si vous trouvez que cela soit ainsi, vous nous consulterez, et nous verrons s'il ne mérite pas d'être condamné au dernier supplice, attendu l'énormité de son crime, s'il l'a commis dans un temps où il avait sa raison.*

*Nous apprenons par vos lettres que le furieux dont il s'agit est dans un état à être gardé par les siens, ou même dans sa propre maison. Vous ferez bien de citer devant vous ceux qui étaient chargés de le garder dans le temps où il a commis son crime, et d'en examiner la cause de leur négligence. Vous jugerez chacun suivant qu'il y aura plus ou moins de sa faute, car on donne aux furieux des gardiens, non seulement pour les empêcher d'attenter sur eux-mêmes, mais aussi pour les mettre hors d'état de nuire aux autres. S'ils font quelque tort, on l'imputera avec raison à la faute de ceux qui les auront gardés avec négligence ».*

#### **10. Constitution d'une filière ségrégative ?**

Comme la loi de 1998 avec ses bonnes intentions, le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire avec son unité pivot le SMPR, qui en son temps était un progrès sanitaire incontestable, apportant un soin hospitalier aux personnes détenues dans les prisons, pourrait se dessiner de plus en plus comme une filière ségrégative, coupée de la psychiatrie publique, avec les UHSA comme points d'orgue et pour certains les consultations extrapénitentiaires complèteraient cette filière ségrégatives. Cette question cruciale sera d'ailleurs le thème des 23<sup>èmes</sup> rencontres annuelles des Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Lille en novembre prochain avec le titre opportun suivant : « *Du traitement de droit commun au traitement d'exception : nouvelles filiarisations* ».

#### **11. L'inégalité de l'offre de soins.**

L'organisation des soins en prison n'échappe pas aux inégalités territoriales en matière d'offre de soins constatées en milieu ouvert. Outre les inégalités démographiques régionales, il existe une inégalité de l'offre de soins entre les établissements pénitentiaires sièges de SMPR et ceux où interviennent à temps souvent très partiel ou pas du tout, des professionnels de la psychiatrie dépendants des secteurs de psychiatrie générale, dans les dispositifs de soins psychiatriques (DSP au sein des UCSA). Non seulement, le temps soignant peut y être très restreint mais également les professionnels isolés et parfois peu au fait des particularités du milieu pénitentiaire peuvent s'y trouver en difficulté avec une répercussion indirecte sur les prestations prodiguées aux personnes détenues.

#### **12. L'illisibilité des postes disponibles dans les SMPR pour les praticiens hospitaliers psychiatriques depuis l'adoption de la loi HPST.**

Cette disposition ne facilite pas les recrutements ni une veille des postes vacants.

#### **13. La loi du 5 juillet 2011**

- La comparution devant le juge de la liberté et de la détention est souvent difficile pour de nombreux patients de droit commun. La référence à la détention, la nécessité parfois de se faire assister d'un avocat, l'audience dans un tribunal peut être source d'incompréhension pour un patient, qui se considère malade et peut penser se voir appliquer le traitement d'un délinquant et non celui médical attendu. Si l'intervention d'un juge dans ces contextes sérieux de privation de liberté est primordiale pour s'assurer de la légalité de la procédure en droit commun, elle devient plus ambiguë pour une personne détenue qui a également affaire au JLD pour l'affaire pénale. N'y a-t-il pas une forme de conflit d'intérêt dans ces situations ? Dans le contexte plus général du débat sur l'autorité judiciaire la plus pertinente pour assurer la légalité de la procédure, le cas particulier des personnes détenues devrait être pris en considération.
- L'impossibilité de recourir à des soins sur demande d'un tiers pour les personnes détenues pourtant initialement prévue mérite d'être questionnée. La demande d'un tiers peut être un acte de solidarité et de préoccupation pour un proche en difficultés psychologiques (mais l'inverse est aussi possible, soit une volonté d'exclusion). Cet acte de solidarité, dont

il faut reconnaître qu'il pourrait être difficile à mettre en œuvre en prison, entérine aussi le risque de désaffiliation sociale que représente l'incarcération. Mais le problème pourrait être facilement résolu si, conformément à une demande ancienne de la profession, un seul mode d'hospitalisation sans consentement était adopté, motivé uniquement sur la nécessité de proposer des soins en milieu hospitalier sur constatation médicale, sans référence à l'ordre public et avec un contrôle juridique.

- Lors des hospitalisations en UHSA, en cas de mainlevée de la mesure par le JLD, retour est obligé sur le lieu de détention même si la personne détenue souhaite rester dans l'UHSA en soins libres, occasionnant ainsi une rupture dans la démarche thérapeutique.
- Le certificat conjoint avant comparution devant le juge est source de complications pratiques et se différencie de la procédure de droit commun (psychiatres de lieu et d'implication différent). Comme pour la procédure de droit commun, cette mesure est de peu d'utilité et dans le certificat précédent cet avis, la mention relative aux modalités de comparution devrait y être portée (simplification).

#### **14. Le secret professionnel.**

Les occasions de non-respect du secret professionnel sont légion, parfois même de manière officielle comme le montre la problématique des CPU et du cahier électronique de liaison (CEL) caractère quasiment « génétique » et panoptique de l'Administration pénitentiaire à tout contrôler de la personne détenue : « *Il existe une réelle détermination de l'institution (pénitentiaire) à vouloir tout connaître de la personne captive* » (JE Senna, *Atteintes à la dignité du détenu lors des escortes ou des consultations médicales*, Gazette du Palais, n°233-237, du 21 au 25/08/2011). Il faut être également avec le législateur. Ainsi dans la préparation de la loi de programmation sur l'exécution des peines, ce sont les interventions des associations dont l'ASPMP, qui ont permis que soit retirée du texte la transmission directe du médecin au juge d'application des peines des attestations de suivi, marquant ainsi une rupture du secret professionnel et renforçant la déresponsabilisation des personnes détenues plutôt habituelle en milieu pénitentiaire.

#### **15. L'indépendance professionnelle.**

L'indépendance professionnelle, autre principe essentiel de la pratique médicale avec le secret médical, se trouve ainsi malmenée et sa perte contribue à la destruction d'un cadre thérapeutique efficace pour donner des soins dans un milieu qui leur est hostile et qui dédaigne l'intimité psychique comme physique. Comme il ne faut pas se méfier uniquement de l'Administration pénitentiaire, la perte de l'indépendance professionnelle est majorée par les lois sanitaires elles-mêmes. Ainsi, la loi HPST de juillet 2009 a supprimé l'indépendance professionnelle des praticiens hospitaliers qui deviennent soumis aux bons vouloirs des directeurs d'hôpitaux - seuls patrons de l'hôpital - et qui peuvent être démis de leur fonction de responsabilité ou être déplacés d'un service à l'autre s'ils ne montrent pas l'allégeance souhaitée ou en fonction des besoins de l'hôpital.

A noter autre cas de perte d'indépendance professionnelle, pourtant devoir des médecins comme l'impose l'article 5 du code de déontologie médicale (article R.4127-5 du code de la santé publique) : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* », le fait que le directeur de l'établissement de santé doit désigner le professionnel qui doit participer à la CPU. Ces questions d'indépendance professionnelles médicales sont particulièrement importantes en psychiatrie, et pas uniquement en milieu pénitentiaire, essentiellement car notre profession est très concernée par la privation d'aller et venir des patients hospitalisés. Il est donc extrêmement dommageable que les praticiens hospitaliers n'aient plus la possibilité de muter lisiblement sur un poste précis et que les chefs de pôles soient nommés par les directeurs d'établissements de santé



et non plus par le ministère de la santé en prenant en compte curriculum vitae et ancienneté. Ces nouvelles procédures permettent les abus locaux. Ces pratiques « féodales » mises en place sous l'ancien gouvernement, sans appel possible, sont peu compatibles avec les soucis actuels de transparence, de refus des conflits d'intérêt et d'optimisation des compétences et ressources humaines.

**16. Carence de l'Etat en matière de service social dans la prison.**

La prison en 2013 connaît son record de personnes sous écrou : près de 70 000 avec PERSONNE pour assurer les missions de service social depuis que les SPIP ont leur action recentrée sur la criminologie alors que les besoins relatifs aux droits sociaux sont considérables. Face à la défaillance de l'Etat, les Pouvoirs publics en viennent d'ailleurs à proposer pour résoudre des situations inquiétantes des solutions aberrantes de manière d'autant plus perverse qu'elles prennent l'apparence de bonnes idées, très fraternelles et solidaires, comme la mise en place de co-détenu de soutien pour prévenir le suicide.

**17. La rétention de sûreté ou le retour contemporain de la guillotine sèche.**

Et pour symboliser cette régression sociale acceptée finalement par résignation collective et/ou lâcheté, notre pays a accepté sans rechigner la rétention de sûreté qui ne peut que satisfaire le sadisme sous-jacent des nostalgiques de la peine de mort, retour contemporain du concept de la « guillotine sèche » à propos du bagne de Cayenne.

### Où veut-on aller ?

Des signaux importants, certains rassurants d'autres inquiétants, sont lancés depuis mi 2012 et qui montrent au moins l'intérêt des Pouvoirs publics sur le sujet sans que l'on puisse vraiment préjuger des résultats de ces travaux :

1. La rétention de sûreté pourrait être abolie comme les peines-planchers.
2. Des outils de réflexion sont menés par les Pouvoirs publics :
  - La mission d'information de l'Assemblée nationale sur la surpopulation carcérale (2012/2013)
  - La conférence de consensus sur la prévention de la récidive (février 2013) qui opte pour moins de prison avec une augmentation souhaitées des peines alternatives à l'incarcération
  - La présente mission d'information de l'Assemblée nationale sur « La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » (1<sup>er</sup> semestre 2013)
  - Le rapport Couty dans le cadre d'un « pacte de confiance » (2012/2013)
  - L'examen par la Cour des comptes de la psychiatrie en milieu pénitentiaire en complément de son rapport sur l'ensemble de la psychiatrie de 2011<sup>1</sup> (courant 2013).
  - Les groupes de travail sur la suspension de peine pour raison médicale et la réduction des risques infectieux

---

<sup>1</sup> Cour des Comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2011)*. Rapport public thématique, décembre 2011, [www.comptes.fr](http://www.comptes.fr);

- Une préoccupante enquête sur le financement des unités sanitaires de niveau 1 menée de manière désordonnée et à propos de laquelle l'APSEP et l'ASPMP ont interpellé le directeur de la DGOS sans réponse de sa part à ce jour (Annexe II)
- 3. Pour la psychiatrie, des incertitudes pèsent sur les modalités de réforme de la loi du 5 juillet 2011 et sur les intentions du Gouvernement relativement à la prise en compte de la psychiatrie dans une loi spécifique ou seulement insérée dans une loi de santé publique. Il est surprenant de constater pour une discipline médicale qui permet de priver de liberté une personne que ne soit pas plus pris au sérieux les conditions de son exercice.
- 4. Pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le tournant est-il définitivement pris pour un développement séparé de la psychiatrie publique comme le dessine le guide méthodologique des soins aux personnes sous main de justice de 2012 et le programme UHSA ou faut-il prendre d'autres directions ? Pour évoquer cette alternative, autant reprendre la fin du document remis par l'ASPMP à l'occasion de son audition auprès de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la surpopulation carcérale.

**Deux « tendances » se dégagent :**

- La prison ne peut être un lieu de soin ordinaire. Elle est un lieu où l'on prodigue des soins mais non un lieu de soin. Il devrait se cantonner à de la consultation. L'hospitalisation ne devrait se faire qu'en milieu psychiatrique habituel en dotant les services de moyens pour prodiguer des soins dans des conditions satisfaisantes aussi bien pour la qualité des soins que pour assurer la sécurité des personnes. Les lieux de consultation devraient être rattachés au secteur de psychiatrie générale correspondant au concept de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire défendu par le professeur Jean-Louis Senon<sup>1,2</sup>.

La participation d'une majorité de psychiatres éviterait le clivage, voire l'affrontement<sup>3</sup>, qui s'est instauré progressivement entre les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et les secteurs de psychiatrie générale et pédopsychiatriques. Outre la limitation de l'offre et les économies prodiguées en évitant les coûteuses UHSA, ce dispositif faciliterait le retour en milieu ouvert avec une meilleure articulation dedans/dehors. En diminuant les échelons et les multiples structures, le parcours de soin pourrait être plus cohérent, moins haché, parcellisé. Que ce soit de la part du patient ou des professionnels, les risques d'échappement involontaire du parcours de soin pourraient être diminués.

Il s'agirait « d'abolir » le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire pour réintégrer tout le dispositif dans un secteur rénové de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie

---

<sup>1</sup> Senon JL, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, coll. Médecine et société, PUF, 1998.

<sup>2</sup> Manzanera C, Senon JL, Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques, *Annales Médico Psychologiques* 162 (2004) 686-699

<sup>3</sup> Manzanera C, Quelle est l'incidence de l'expertise psychiatrique pénale sur l'équilibre entre justice et santé et donc entre prison et hôpital dans la société actuelle, *Expertise psychiatrique pénale*, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, Fédération Française de Psychiatrie, John Libbey Eurotext

avec la garantie de la pérennité des moyens attribués antérieurement pour la population pénale.

- Il est acté que la psychiatrie publique ne peut plus ou ne veut plus ou bien encore théorise une modalité de soins aux personnes détenues qui se satisfait du schéma du guide méthodologique d'octobre 2012 cité ci-dessus et au plan d'actions stratégiques pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014 élaborés conjointement par les ministères de la Santé et de la Justice<sup>1</sup>, c'est-à-dire d'une organisation des soins spécifiques à trois niveaux en s'efforçant de se rapprocher au plus près du dispositif de soin en milieu ouvert (idéal illusoire).

Toutes ces questions devront être débattues si l'opportunité d'une loi d'orientation spécifique à la psychiatrie était réellement décidée et voulue par les Pouvoirs publics<sup>2</sup>. Il est probable que ces débats seront agités, comme ils le sont déjà à propos de la loi du 5 juillet 2011 et où se pose foncièrement la relation que veut instaurer la société avec la maladie mentale et les limites à la liberté et venir qu'elle veut imposer aux personnes malades.

A l'issue de ces débats, la psychiatrie en milieu pénitentiaire sera soit une psychiatrie à part entière, soit une psychiatriquement entièrement à part<sup>3</sup>. A nous de débattre sur la façon d'organiser le service public hospitalier et ses missions. Cette tendance à considérer la psychiatrie en milieu pénitentiaire à part nous contamine tous car si on utilise des brouilleurs de téléphone de prison, ce ne sont pas que les téléphones qui sont brouillés mais aussi souvent les esprits. La pression sécuritaire rend très prégnant le poids de l'Administration pénitentiaire sur le contexte soignant et comme vous l'a signalé Alain Blanc, président de l'Association française de criminologie, il est souvent bien difficile de convaincre le ministère de la santé de soutenir efficacement le dispositif sanitaire en prison. D'ailleurs le fait de nous réunir dans la présente table ronde, somaticiens et psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire, même si nous partageons le même public, les mêmes problématiques, les mêmes contraintes du cadre pénitentiaire, n'est-il pas illustration de cette tendance à considérer nos interventions comme quelle peu à part de la pratique généraliste ?

Que l'équilibre trouver entre la responsabilisation de tout citoyen dans la menée de ses soins comme l'a voulu la loi Kouchner de 2002 et des soins sous contraintes, qu'elles qu'en soient les modalités (Hospitalisations et soins sans consentements, injonctions ou obligations de soins etc.) ? Ce sujet qui semble très spécialisé tourne pourtant autour du principe essentiel de liberté. Si comme le disait Henri Ey, la maladie mentale est *une pathologie de la liberté*, comment restituer la liberté aux personnes en souffrant dans

<sup>1</sup> Ministères de la Santé et de la Justice, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014*, "Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ».

<sup>2</sup> Encore rappelée par la proposition n°8 du rapport Couty 2013 : « Engager en 2013 la préparation de dispositions législatives pour l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie dans le cadre d'un secteur psychiatrique rénové, ouvert sur son environnement et sur la base des concertations et travaux déjà réalisés ». Mais ce n'est qu'une proposition de plus parmi un rapport de plus...

<sup>3</sup> Cette expression s'inspire d'une formule fréquemment utilisée aux Antilles françaises : « Les Antillais sont-ils des citoyens à part entière ou entièrement à part ? » et que ne peut connaître que l'auteur de ces lignes, attaché à la Guadeloupe où il a exercé dix ans. Pour ceux qui connaissent l'histoire et la sociologie antillaise, cette formule résume des problèmes essentiels, profonds et souvent douloureux. La transposer à la psychiatrie en milieu pénitentiaire permet de montrer toute l'importance à apporter à ces questions complexes.

un cadre le plus digne possible et sans que la psychiatrie soit un instrument de contrôle social comme il l'a si bien rappelé lors d'une motion pour le congrès mondial de psychiatrie de Mexico de 1971. Ses propos sont si actuels, en résonnance avec ceux de Raymond Saleilles, qu'il convient de terminer cette intervention sur ces lignes :

*« L'Association mondiale de psychiatrie dénonce la malfaisance des campagnes de contestations antipsychiatriques d'inspiration politico-idéologique qui font jouer à la psychiatrie un rôle qui n'est pas le sien, celui d'être un instrument de la répression sociale.*

*L'Association mondiale de psychiatrie, en affirmant que la psychiatrie est et ne peut être qu'une des principales branches de la médecine appliquée à la prophylaxie et au traitement des «maladies» mentales, recommande expressément à toutes les Sociétés qui la composent d'attirer l'attention de chacun de ses membres, celle de l'opinion publique et celle du Gouvernement de leur pays, sur le caractère essentiellement médical et l'usage exclusivement thérapeutique de l'action et des institutions psychiatriques.*

*L'Association mondiale de psychiatrie condamne toute exploitation politique qui aurait été ou pourrait être faite des concepts, méthodes et institutions propres à l'exercice de la psychiatrie au service des seuls malades mentaux ».*

## CONCLUSION

Le mot de la fin en mettant en parallèle deux textes, celui de notre consœur Anne Lécu et celui de Paul Ricœur, qui illustrent bien la complexité de l'exercice en milieu carcéral et la tentation fréquente de le quitter : *« Parce que c'est un lieu « limite » où plus facilement qu'ailleurs la médecine peut devenir tortionnaire, parce que c'est une institution exemplaire en ce qu'elle grossit les tendances de la société qui l'abrite, le médecin qui se laisse questionner par la problématique de la prison sait que la garde du secret est ici plus importante qu'ailleurs. Car c'est en prison ou plus généralement dans les lieux de contrainte qu'il cède d'abord. Mais s'il cède ici, il cèdera ailleurs. C'est pourquoi les médecins, tous, doivent veiller à sa garde. C'est une discipline nécessaire. Si jamais baisse la vigilance, si se corrompt sa ténacité, c'est l'effroi qui guette. Car la remise en cause du secret médicale à quelque chose à voir avec la profanation ».*

Et un texte de Paul Ricœur : *« Le médecin consulté dans le cadre de la prison ne peut pas exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins, dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé, requise précisément par les règles du système carcéral. **Le choix, pour le médecin individuel, est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate, au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle...** »*

## BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

1. Archer E, *Rappel des questionnements suscités jadis et naguère par des structures dont l'UHSA d'aujourd'hui nous semblait hier si proche*, Psychiatrie et prison : la question du soin aux personnes détenues, Journées d'étude, 3 et 4 février 2011, *Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire* 15 Lyon, [iu.ens-lyon.fr/evenements/psychiatrie-et-prison-la-question-du-soin-aux-personnes-detenu-es-109974.kjsp?STNAV=&RUBNAV=#29](http://iu.ens-lyon.fr/evenements/psychiatrie-et-prison-la-question-du-soin-aux-personnes-detenu-es-109974.kjsp?STNAV=&RUBNAV=#29)
2. ASPMP. *La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et ses réformes possibles sous l'angle des droits des usagers*. Contribution pour le séminaire du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Paris, 6 septembre 2012, [aspmp.contact@gmail.com](mailto:aspmp.contact@gmail.com)
3. Badinter R., *La prison républicaine*, Fayard, 1992.
4. Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, PUF, collection le fil rouge, 1998.
5. Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice
6. Comité consultatif national d'éthique, *La santé et la médecine en prison*, Avis n°94, 21 novembre 2006, [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr).
7. Contrôleur des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2012*, Dalloz, 2013
8. Cleirec P et al, *Prescriptions des psychotropes en milieu carcéral*, *L'Information psychiatrique* 2005 ; 81 : 437-40
9. David M, *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, 2006
10. David M., Paulet C., Laurencin G. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité. *L'Information psychiatrique*, 2012 ; 88 : 605-15 doi : 10.1684/ipe.2012.0967
11. Delmas-Marty M., *Libertés et sûretés dans un monde dangereux*, Seuil, Mars 2010.
12. Fevre F, Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du parquet dans l'enquête préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre ? *Expertise psychiatrique pénale*, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, Fédération Française de Psychiatrie, John Libbey Eurotext.
13. Haute Autorité de santé, Audition publique (15 et 16 décembre 2005), *Prise en charge de la psychopathie*, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), mai 2006

14. Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins*, février 2011. Téléchargeable sur le site de la Documentation française
15. Laurent M. et Brahmy B., *Guide de la pratique en milieu pénitentiaire*, Heures de France, 2005.
16. Lécu A., *La prison, un lieu de soins ?* Les belles lettres, 2013
17. Manzanera C, Senon JL, Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques, *Annales Médico Psychologiques* 162 (2004) 686-699
18. Manzanera C, Quelle est l'incidence de l'expertise psychiatrique pénale sur l'équilibre entre justice et santé et donc entre prison et hôpital dans la société actuelle, *Expertise psychiatrique pénale*, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, Fédération Française de Psychiatrie, John Libbey Eurotext
19. Ministères de la Santé et de la Justice, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014*, Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice
20. Monceau M, Jaergoins M, *Consommation de médicaments psychotropes en prison*, Eres, 1996
21. Observatoire international des prisons, *le guide du prisonnier*, La Découverte, 2012
22. Renneville M, *Crime et folie, deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Fayard, 2003.
23. Ricœur P, Soi-même comme un autre, Points Essais, n°330, 1998
24. Salas D, *La volonté de punir, Essai sur le populisme pénal*, Hachette Littératures, 2005.
25. Rouillon F et al, Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, *Expertise psychiatrique pénale*, Audition publique du 25 et 26 janvier 2007, John Libbey Eurotext.
26. Sénat, *Rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses*, Rapporteurs Goujon P. et Gautier C., n°420, session ordinaire 2005-2006.
27. Thomas P. et Adins C., *Psychiatrie en milieu carcéral*, Elsevier Masson, 2012
28. Sechter D, Senon JL, Sechter D, La dangerosité, problème central des confrontations des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital. *L'information psychiatrique* 2012 ; 88 : 631-40 doi : 10.1684/ipe.2012.0969
29. Senon JL, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, coll. Médecine et société, PUF, 1998.